

**rassegna
penitenziaria
e criminologica**

**numero
speciale
1982**

Fondata da GIUSEPPE ALTAVISTA

DIRETTORE

NICOLO' AMATO - *Direttore generale per gli Istituti di prevenzione e pena.*

COMITATO SCIENTIFICO

ACHILLE ARDIGO' - AUGUSTO BALLONI - RENATO BREDI - FRANCO
BRICOLA - MARCELLO BUONAMANO - LUIGI CANCRINI - GIA-
COMO CANEPA - GIOVANNI CONSO - VITTORIO FROSINI - VIT-
TORIO GREVI - ALESSANDRO MARGARA - GUGLIELMO NESPOLI -
MASSIMO NOBILI - ADRIANO OSSICINI - GIULIANO VASSALLI.

REDATTORE CAPO

LUIGI DAGA - *Direttore dell'Ufficio studi, ricerche e documentazione
della Direzione generale per gli Istituti di prevenzione e pena.*

COMITATO DI REDAZIONE

MARCELLO ALBINO - RAFFAELE CICCOTTI - DOMENICO CORTELLESA
- SAVERIO FORTUNA - IGNAZIO STURNIOLO - GIANCARLO ZAPPA.

Segreteria di Redazione

LETIZIA CECCARELLI - VALTER SETINI.

La *Rassegna penitenziaria e criminologica* è pubblicata quadrimestralmente.

La collaborazione è aperta a studiosi ed esperti di ogni indirizzo e di ogni Paese. Sulla pubblicazione di scritti e contributi (che, anche se non pubblicati, non sono restituiti) decide il Comitato di redazione al quale i predetti scritti e contributi dovranno essere inviati.

Agli Autori degli articoli saranno inviati gratuitamente 25 estratti dei loro scritti. Un numero di estratti superiore dovrà essere chiesto all'atto del licenziamento delle bozze e sarà fornito, per la parte eccedente i 25, a prezzo di costo.

I libri inviati per recensione o segnalazione dovranno pervenire in doppio esemplare al Comitato di redazione.

Prezzo di un fascicolo (Italia) L. 8.500

Prezzo di un fascicolo (Eestero) L. 9.350

Prezzo di un fascicolo doppio o arretrato prezzo doppio.

Il prezzo di abbonamento annuale alla *Rassegna penitenziaria e criminologica* è di L. 20.400. Il pagamento, in unica rata, va versato all'atto dell'abbonamento.

Per l'estero il prezzo è di L. 22.500

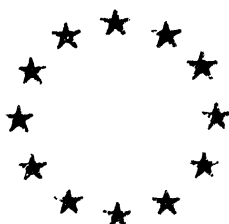
L'importo dell'abbonamento va versato sul c.c. postale n. 387001 intestato all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato.

Per gli abbonamenti richiesti dai Paesi esteri, l'ammontare va versato — per coloro che non possono servirsi del conto corrente postale — a mezzo ASSEGNO BANCARIO oppure tramite VAGLIA POSTALE INTERNAZIONALE intestati, in ambedue i casi, al medesimo Istituto.

Gli abbonamenti non disdetti entro il 30 novembre si intendono rinnovati per l'anno successivo.

La direzione e la redazione della *Rassegna penitenziaria e criminologica* hanno sede presso la Direzione generale per gli Istituti di prevenzione e pena — Ministero di Grazia e Giustizia — Via Silvestri, 252 — Roma.

COUNCIL OF EUROPE CONSEIL DE L'EUROPE



LE DROGHE E LA PRIGIONE

DRUGS AND PRISON

LA DROGUE ET LA PRISON

Atti del VI Seminario Internazionale di Studio

organizzato da:

**CONSIGLIO D'EUROPA
MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA
CENTRO INTERNAZIONALE DI RICERCHE E STUDI SOCIOLOGICI,
PENALI E PENITENZIARI**

MESSINA - PALERMO, 6 - 10 dicembre 1982

SOMMARIO

Presentazione Pag. VII

Relazioni:

GIANFRANCO GARAVAGLIA, <i>Droga e carcere. L'approccio medico al problema</i>	» 3
SOLANGE TROISIER, <i>Examen du thème du point de vue des médecins</i>	» 29
<i>Questionnaire: prison et toxicomanie</i>	» 55
LUIGI DAGA, « <i>Carcere e Droga</i> ». <i>Il punto di vista dell'Amministrazione penitenziaria</i>	» 81
OLE INGSTRUP, <i>Examination of the theme from the Prison Administration's point of view</i>	» 111
JOHANNA M. VAN DER VAART, <i>Drugusers in prison</i>	» 129
ANNA SABATTINI SEPE, « <i>Droga e Carcere</i> » <i>dal punto di vista del servizio sociale</i>	» 143

Comunicazioni:

GIOVANNI BIONDI, <i>Indagine su 371 tossicodipendenti detenuti trattati nella casa circondariale « Regina Coeli » di Roma (Riassunto)</i>	» 167
FRANCESCO BRUNO - FRANCO FERRACUTI, <i>Considerazioni critiche e metodologiche sulla liceità e sull'efficacia del trattamento nelle tossicodipendenze</i>	» 203
KJELL BJERVER, <i>The correctional treatment system. Treatment or detention of drug abusers</i>	» 231
HERVE DU COUEDIC, <i>Equipe medico-sociale spécialisée et milieu pénitentiaire</i>	» 245
S. FILETTI - E. AGUGLIA, <i>Fenomeno droga e istituzioni carcerarie: interventi terapeutici e riabilitativi</i>	» 275

Ministero di Grazia e Giustizia - D.G.I.I.P.P. (a cura di R. CASTELLANI, D. CORTELLESA, I. RUNSTENI). <i>Inda- gine sul trattamento penitenziario dei tossicodipendenti</i>	Pag. 291
GERALD STREITBERG, <i>Fundamentals for drug-therapy in prison</i>	» 327
LUIGI M. SOLIVETTI, <i>Toxicomania as desocialization: some comments on treatment problems related to the socio- cultural aspects of drug abuse</i>	» 331
<i>Interventi:</i>	
GIORGIO CHIOZZA - GIACOMO CANEPA, <i>L'assistenza ai tossi- codipendenti nella casa circondariale di Genova</i> . . .	» 377
GIUSEPPA CUCINOTTA, <i>Il drogato in carcere</i>	» 389
GERMANO GREGANTI, <i>Tre riflessioni sul tema: « Le Droghe e la Prigione »</i>	» 395
LEEUDERT H. ERKLENS, <i>Drug-developments in the Dutch penitentiary system</i>	» 405
FERNAND GOFFIOUL, <i>Roles des services de santé mentale pen- dant et après l'incarcération</i>	» 413
RICCARDO LUCCHINI, <i>La loi fédérale sur les stupéfiants: le cas de la Suisse</i>	» 433
<i>Le débat sur le problème de la drogue en Suisse. Les inter- ventions parlementaires entre 1977 et 1981</i>	» 461
P.A. ROORDA, <i>Drugs in Prison in the Netherlands</i>	» 501
<i>Methadone treatment of Heroin Addicts in the Houses of Detention at Haarlem, Holland</i>	» 509
<i>Documenti preparati dal Segretariato del Consiglio d'Europa: Synthèse des réponses des divers Etats membres préparée par le Secrétariat Division des Problèmes Criminels</i> .	» 515
<i>Conclusions generales adoptées par les membres du Sèminaire</i>	» 527

APPENDICE

<i>Lista dei partecipanti</i>	» 535
---	-------

PRESENTAZIONE

La popolazione detenuta tossicodipendente tende ad aumentare in tutti i paesi d'Europa, rispecchiando il Trend di vasto incremento del fenomeno delle tossicomanie.

Il carcere, sempre più frequentemente tappa obbligata dell'iter esistenziale del tossicomane, si trova così caricato di una serie di problemi per la cui soluzione nessuna amministrazione penitenziaria è sufficientemente attrezzata, strutturalmente e culturalmente.

Il problema delle metodologie di assistenza, dei criteri di ripartizione dei tossicomanici nella popolazione penitenziaria, lo stesso fondamentale nodo dei fini cui deve tendere l'amministrazione nei confronti del detenuto tossicomane, sono tutti temi su cui appare sempre più urgente uno sforzo collettivo di studio e ripensamento, confortato dal necessario scambio di esperienze operative.

Nell'ambito dei programmi annuali di studio sul trattamento dei delinquenti la Divisione dei Problemi Criminali della Direzione degli Affari Giuridici del Consiglio d'Europa ha organizzato a Messina e Palermo dal 6 al 10 dicembre 1982, con la collaborazione del Centro Internazionale di ricerche, studi sociologici, penali e penitenziari di Messina e con il patrocinio della Amministrazione penitenziaria italiana, un Seminario Internazionale dal tema « Le droghe e la prigionia », raccogliendo le testimonianze e le esperienze di gran parte delle Amministrazioni penitenziarie dei Paesi aderenti al Consiglio d'Europa.

L'oggetto di studio è stato esaminato con metodo pluridisciplinare, e cioè dal punto di vista dei medici, da quello delle Amministrazioni penitenziarie dei vari Paesi, da quello degli operatori che si occupano dell'assistenza ai tossicomanici detenuti e liberati dal carcere.

In considerazione della rilevanza scientifica e sociale dell'incontro, vengono pubblicate in questo numero speciale della Rassegna penitenziaria e criminologica tutti gli atti del Seminario.

Tale documento può offrire un contributo notevole non soltanto agli addetti ai lavori del settore penitenziario ma anche agli operatori sociali ed ai sempre più vasti strati di persone coinvolte più o meno direttamente dal fenomeno droga.

Il volume sarà diffuso, contemporaneamente, nei ventuno Paesi membri del Consiglio d'Europa; per permettere la massima fruizione dei singoli contributi, questi ultimi sono pubblicati nella lingua originale in cui sono stati redatti accompagnati da ampie sintesi, oltre che in italiano, nelle due lingue ufficiali del Consiglio d'Europa.

LUIGI DAGA
*Direttore dell'Ufficio Studi,
Ricerche e Documentazione*

PRESENTATION

La population des toxicomanes détenus tend à s'accroître dans tous les pays d'Europe, reflétant le Trend de forte augmentation du phénomène des toxicomanies.

La prison, qui constitue de plus en plus une étape obligée du cheminement existentiel du toxicomane, est ainsi chargée d'une série de problèmes pour la solution desquels aucune administration pénitentiaire n'est suffisamment équipée, ni du point de vue structurel ni culturellement.

Le problème des méthodologies d'assistance, des critères de répartition des toxicomanes parmi la population pénitentiaire, et même la question fondamentale des buts auxquels doit viser l'administration vis-à-vis du détenu toxicomane, ce sont là les sujets pour lesquels un effort collectif d'étude et de réflexion, étayé par l'échange nécessaire d'expériences opérationnelles, apparaît de plus en plus urgent.

Dans le cadre des programmes annuels d'étude sur le traitement des délinquants, la Division des Problèmes Criminels de la Direction des Affaires Juridiques du Conseil de l'Europe a organisé, du 6 au 10 décembre 1982, à Messine et à Palerme, avec la collaboration du Centre International de recherches, études sociologiques, pénales et pénitentiaires de Messine et sous le patronage de l'Administration pénitentiaire italienne, un Séminaire International sur le thème « Les drogues et la prison », en rassemblant les témoignages et les expériences d'une grande partie des Administrations pénitentiaires des Pays membres du Conseil de l'Europe.

Le sujet a été examiné selon une méthode multidisciplinaire, c'est-à-dire du point de vue des médecins, des Administrations pénitentiaires des différents pays, des opérateurs qui s'occupent de l'assistance aux toxicomanes détenus et relâchés.

En considération de l'importance scientifique et sociale de la réunion, la Revue pénitentiaire et criminologique publie dans ce numéro spécial les actes complets du Séminaire.

Il s'agit d'un document susceptible d'offrir une contribution remarquable non seulement aux spécialistes du secteur pénitentiaire, mais également aux opérateurs sociaux et aux couches de plus en plus vastes des personnes concernées plus ou moins directement par le phénomène de la drogue.

Le volume sera diffusé simultanément dans les 21 Pays membres du Conseil de l'Europe; afin de faire bénéficier au maximum de toutes contributions, celles-ci seront publiées dans leur langue originale et accompagnées de résumés exhaustifs en italien ainsi que dans les deux langues officielles du Conseil de l'Europe.

LUIGI DAGA

*Directeur du Bureau d'Etudes,
Recherches et Documentation*

INTRODUCTION

The number of drug addicts in detention is tending to increase in all the countries of Europe, reflecting the trend of a huge increase in the drug addiction phenomenon.

The prison, an increasingly obligatory stage in the drug addict's existential progress, thus finds itself burdened by a series of problems which no prison administration is sufficiently equipped — either structurally or culturally — to solve.

The problem of methods of treatment, the criteria for the distribution of drug addicts among the prison population, and even the fundamental question of what objectives the administration should aim at in its handling of the addict, are all matters for which a collective effort of study and review, backed up by the necessary exchange of operational experiences, seems ever more urgently necessary today.

In the framework of the annual programmes of study on the treatment of offenders, the Division of Criminal Problems within the Council of Europe's Directorate of Juridical Affairs held an International Seminar at Palermo from 6 to 10 December 1982. Sponsored by the Italian Prison Administration and with the collaboration of the Centro Internazionale di Ricerche, Studi sociologici, penali e penitenziari in Messina, the Seminar tackled the theme « Drugs and Prison » and gathered the testimonies and experiences of most of the Prison Administrations of the Council of Europe's member States.

The theme was examined in a multidisciplinary fashion, i.e. from the viewpoint of physicians, from that of the Prison Administrations in the various countries, and from that of the other personnel assigned to the task of assisting drug addicts either in prison or on release.

*In view of the scientific and social significance of the Seminar, its collected proceedings are being published in this special number of the *Rassegna penitenziaria e criminologica*.*

It is hoped that this publication may make a substantial contribution not only to prison staff but to social workers and to the increasingly wide strata of people involved, directly or indirectly, by the drug phenomenon.

The volume will be distributed simultaneously in the twenty-one member States of the Council of Europe. To permit as wide a consultation of the individual contributions as possible, these are being published in the language in which they were originally written accompanied by extensive summaries both in Italian and in the two official languages of the Council of Europe.

LUIGI DAGA

*Director of the Study,
Research and Documentation Office*

PREFACE

Au mois de novembre 1980 s'est réunie à Strasbourg une conférence ministérielle, consacrée aux problèmes des drogues, la première après que les activités du Conseil de l'Europe en la matière avaient pris une nouvelle dimension à la suite du transfert à cette Organisation des activités du Groupe Pompidou.

A cette occasion, le Secrétaire Général de l'Organisation a déclaré que:

« Le Conseil de l'Europe, dont l'un des objectifs essentiels est la sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, ne peut rester indifférent au drame de la drogue. Quelle peut être, en effet, la liberté d'un individu tombé sous l'emprise de la drogue et des trafiquants? Comment un être humain, peut-il préserver ses droits essentiels quand il est soumis à l'esclavage d'un besoin oppressant? ».

C'est dans cet esprit que s'effectuent les travaux du Conseil de l'Europe en la matière. Il essaie de promouvoir par ses recommandations, ses études et ses réunions une meilleure collaboration entre ses Etats membres et une meilleure coordination de leurs efforts dans la lutte globale contre les méfaits de la drogue.

Pour arriver à jeter les bases d'une stratégie commune à tous les Etats européens, il importe d'étudier tous les aspects du problème bien en profondeur et en y associant les spécialistes appropriés.

S'il est vrai que le phénomène de la drogue ne date pas d'hier, il n'en est pas moins vrai qu'il a pris des dimensions nouvelles et inquiétantes, non seulement dans la société libre, mais également dans le milieu carcéral.

Les Administrations pénitentiaires sont de plus en plus confrontées aux problèmes aigus posés par la présence dans les prisons de personnes condamnées pour des délits liés à la toxicomanie, qu'il s'agisse de trafiquants et/ou d'utilisateurs.

La réunion organisée conjointement par le Centre de Messine et le Conseil de l'Europe en 1982 sous le patronage de l'Administration pénitentiaire italienne avait pour but de situer ces problèmes, de les étudier dans un contexte multidisciplinaire et de poursuivre dans un esprit de solidarité européenne la recherche des solutions appropriées tenant compte à la fois des exigences de la collectivité et de la nécessité de respecter les droits de l'individu.

Si l'ensemble des contributions rassemblées dans la présente publication pouvaient contribuer à éclairer les chemins à suivre, le Conseil de l'Europe s'en réjouirait profondément.

ERIK HARREMOES

Directeur des Affaires Juridiques

PREFACE

In November 1980 a ministerial conference met at Strasbourg to discuss the problems of drug addiction, the first since the activities of the Council of Europe in this field had assumed a new dimension following the transfer to that Organisation of the activities of the Pompidou Group.

On that occasion, the Secretary General of the Organisation declared that:

« The Council of Europe, one of whose essential objectives is to safeguard human rights and the fundamental liberties, cannot remain indifferent to the drama of drug-taking. In fact, what kind of freedom can an individual who has fallen into the grasp of drugs and of pedlars hope to have? How can a human being preserve his essential rights when subjected to the slavery of an oppressive need? ».

It is in this spirit that the work of the Council of Europe in this sector is being carried out. By means of recommendations, studies and meetings, it tries to improve collaboration between its member States and to promote a better coordination of their efforts in the global fight against the evils of drug-taking.

With a view to laying the bases for a strategy common to all European countries, it would be advisable to study all the aspects of the problem very thoroughly, calling in specialists when appropriate.

If it is true that the drug phenomenon was not born yesterday, it is no less true that it has assumed new, frightening dimensions, not only in free society, but also within the prisons.

The prison administrations are progressively having to face up to crucial problems posed by the presence in the prisons of persons condemned for crimes connected to drug addiction, whether drug-pedlars or users.

The meeting organised jointly by the Messina Centre and the Council of Europe in 1982 under the patronage of the Italian

prison administration aimed at situating these problems, at studying them in a multidisciplinary context and at continuing to seek for appropriate solutions in a spirit of European solidarity, bearing in mind both the requirements of the collectivity and the need to respect the rights of individual.

If the contributions gathered together in this publication contribute to throw light on the paths to be followed, the Council of Europe will feel profoundly gratified.

ERIK HARREMOES

Director of Legal Affairs

RELAZIONI

DROGA E CARCERE. L'APPROCCIO MEDICO AL PROBLEMA

GIANFRANCO GARAVAGLIA (*)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Riassumendo dunque:

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

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

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

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

LA SITUAZIONE ATTUALE IN ITALIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SCHEMA DI PROGRAMMA DI TRATTAMENTO MEDICO-ANTROPOLOGICO DEL TOSSICODIPENDENTE

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

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

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

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

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

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

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

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

Infatti:

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

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

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

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

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

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

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

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

3) *Personale addetto al Servizio Tossicodipendenti*

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

Psichiatra;

Psicologo;

Infermiere professionale proveniente da strutture psichiatriche;

Assistente Sociale;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

g) Visita di giro quotidiano nel reparto di degenza.

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

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

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

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

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

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

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

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

COMMENTO AL PROGRAMMA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RIASSUNTO

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

1) *Dati di fatto.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II) *Considerazioni.*

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

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

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

Proposte operative.

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

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

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

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

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

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

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

RESUME

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

I. Données

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. *Considérations*

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

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

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

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

Propositions opérationnelles

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

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

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

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

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

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

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

SUMMARY

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

1) *Facts*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. *Conclusions*

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

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

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

III. *Operative Proposals*

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

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

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

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

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

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

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

EXAMEN DU THEME DU POINT DE VUE DES MEDECINS

SOLANGE TROISIER

Pour les Pays Européens j'ai interrogé à la fois les directeurs de l'Administration Pénitentiaire et les médecins, qu'ils soient psychiatres ou généralistes, et leur ai envoyé les deux questionnaires.

Trois pays ne m'ont pas répondu: l'Irlande, la Turquie et la Belgique.

Quant à l'Angleterre mon ami le Dr West, membre du Bureau du Conseil International des Services Médicaux Pénitentiaires et Professeur de Criminologie à Cambridge, m'a envoyé quelques réflexions qui ne correspondent absolument pas aux questionnaires que je lui avais envoyés.

J'ai également envoyé ces questionnaires à Israel, en Algerie et en Suisse.

A) ETATS MEMBRES (*)

I. CHYPRE

Avis du psychiatre

I. – Sevrage complet. Le détenu est délivré de sa dépendance physique.

Il ne faut pas créer de quartier réservé aux toxicomanes mais un mode de vie particulier et une surveillance redoublée.

II. – Traitement classique, détenus aussi bien traités qu'à l'extérieur.

(*) Ordre alphabétique anglais.

III. – La prison agit favorablement sur les toxicomanes.

IV. – L'administration de médicaments peut créer une dépendance.

II. DANEMARK

Avis d'un généraliste de Copenhague

I. – Pas de sevrage car trafic en prison.

II. – Le toxicomane est délivré de sa dépendance physique par la Méthadone.

Pas de traitement non substitutif, pas de psychothérapie.

Il y a trop de toxicomanes en prison, 225 chaque jour.

Il faut créer un mode de vie carcérale particulier mais pas de quartier spécial, pas de surveillance redoublée.

Le traitement est aussi bien fait en prison qu'à l'extérieur, les psychothérapies moins bien.

III. – La prison n'est pas un lieu de rupture d'un usage toxique, présence de délinquants confirmés, aussi la prison est-elle plutôt défavorable.

IV. – Il n'y a pas, ou peu, de médicaments prescrits donc pas de toxicomane iatrogène.

Le médecin se sent assez mal en prison.

II) ALLEMAGNE

Le Directeur de l'Administration Pénitentiaire de Bonn a interrogé 17 Lands.

Un résumé est établi pour chacun et j'en ai tiré ensuite des conclusions.

Baden-Wurtemberg – Stuttgart

Pour les médecins *le sevrage est possible* avec désintoxication physique. Doutes pour les courtes peines. Désintoxication psychique si la peine est plus longue.

Traitement physique et psychique dans un hôpital pénitentiaire avec psychothérapie analytique.

Rôle de la prison: *avis divergents*.

Pas de toxicomanie iatrogène car peu de médicaments sont distribuée.

Bavière – Munich

Sevrage avec moyens de contrôle appropriés. Les toxicomanes recherchent la compagnie de sujets toxico-dépendants et écoutent de la musique appropriée.

Traitement: classique.

- consultations de soutien au détenu;
- travail dans les entreprises de la prison;
- contacts avec le milieu extérieur, S.O.S. drogue, etc....

Rôle de la prison. Il serait *plutôt positif*, tentative de motivation, disposition à collaborer avec le système pénitentiaire.

Parfois refus, plus souvent succès avec:

- 1) amélioration de l'état physique;
- 2) accoutumance à une vie régulière et au travail;
- 3) possibilité d'une formation professionnelle;
- 4) la chance que représente un changement d'attitude vis-à-vis de la drogue;
- 5) aide fournie par une personne qualifiée;
- 6) la réinsertion après une thérapie entreprise en prison et continuée à l'extérieur.

Peu de médicaments prescrits – surveillance accrue.

Bayreuth

I. – Pas de sevrage total.

II. – Traitements classiques. Il faut que les détenus se sentent motivés.

III. – Influence favorable de la prison dans la mesure où ils admettent pouvoir vivre sans drogue.

IV. – Pas de traitement de remplacement.

Berlin

- I. – Pas de sevrage car trafic dans la prison.
- II. – Traitement: motivation du détenu et prise de conscience.
- III. – Prison plutôt favorable car dépendance physique bien traitée.
- IV. – Pas de traitement autorisé ni sédatif, ni barbiturique.

Brême

- I. – Pas de sevrage total. Hospitalisation facile 3 à 6 semaines avant la sortie.
- II. – Traitement banal.
- III. – Pas de réponse sur la rôle de la prison.
- IV. – Traitement de remplacement considéré comme dangereux.

Hambourg

- I. – Sevrage difficile.
- II. – Traitements banals. Transferts dans cliniques spécialisées pour des sujets aptes et consentants.
- III. – Prison relativement favorable.
- IV. – Pas de médicaments prescrits.

Bermau – Ministère de la Justice bavarois

- I. – Pas de sevrage pendant l'incarcération.
- II. – Traitements:
 - désintoxication physique, réussit presque toujours;
 - aide du personnel et de tout l'environnement par le traitement psychologique, par le travail, l'hygiène personnelle, la prise de conscience du détenu.

III. – Influence favorable de la prison.

IV. – Difficulté de prescription pour les médecins.

Ebrach

I. – Sevrage possible.

II. – Traitements classiques et, si le détenu l'accepte, acuponcture et traitement psychothérapique par dialogues et discussions de groupe.

III. – Travail et formation dans les services sociaux de l'établissement. La prison est un lieu de dialogue. Préparation à la réinsertion.

IV. – Pas de problème avec les médicaments prescrits. Surveillance efficace.

Lamosberg-Lech

I. – Sevrage: facile par la désintoxication physique, difficile par la désintoxication psychique.

II. – Traitement: thérapie à long terme.

III. – Prison relativement positive s'il y a une prise de conscience – césure dans la vie du toxicomane.

IV. – Pas de traitement prescrit.

Wiesbaden

I. – Sevrage total impossible mais celà dépend de la motivation, des intéressés, de la durée de l'incarcération et des efforts du personnel soignant.

II. – Traitement important pour les toxicomanes héroïnomanes et pour les femmes qui sont soignées énergiquement par des femmes compétentes.

III. – Légère influence favorable de la prison.

IV. – Médicaments distribués parcimonieusement car souvent il y a trafic.

Hanovre – Lingen

- I. – Sevrage possible mais la désintoxication n'a pas lieu.
- II. – Traitements classiques.
- III. – La prison n'a pas d'influence favorable. La réinsertion peut s'amorcer grâce à une thérapeutique appropriée.
- IV. – Une nouvelle toxicomane iatrogène peut exister.

Hanovre – Vechta

- I. – Sevrage possible mais il peut exister un approvisionnement occasionnel.
- II. – Traitements difficiles.
- III. – La prison a une action positive.
- IV. – Pas de traitements prescrits.

Hanovre – Wolfenbittel.

- I. – Le sevrage n'est pas total: physiquement peut-être, psychologiquement certainement pas.
- II. – Traitements psychiques difficiles.
- III. – Pas de réponse.
- IV. – Les médecins sont très opposés à tout traitement.

Hanovre – Celle

- I. – Sevrage physique, surtout après de longues peines.
- II. – Hospitalisations fréquentes pour héroïnomanes.
- III. – Prisons peu adaptées, peu favorables.
- IV. – Les médecins sont peu prescripteurs.

Dusseldorf

- I. – La prison n'est pas adaptée au traitement. Désintoxication physique mais pas psychique.

II. – Les désintoxications physiques et psychiques sont pratiquées.

II. – La prison a une influence positive.

IV. – Moins de traitements médicamenteux distribués dans les prisons.

Mayence

I. – Pas de sevrage. La prison n'est pas destinée à la désintoxication. Parfois hospitalisation.

II. – Traitement par information du détenu: les avantages de la détention, la future réinsertion, le rôle du personnel.

III. – La prison a une influence favorable.

IV. – Pas de traitement prescrit.

Saarbruck

I. – Sevrage total impossible. Souvent polytoxicomanie.

II. – Le traitement n'est guère possible (un seul médecin).

III. – La prison est très favorable. Régénération de la personnalité.

IV. – Pas de traitement prescrit. Se méfier d'exorciser le démon à l'aide de Belzebuth.

Conclusion

Le problème du sevrage semble être particulièrement difficile, se rapprochant des chiffres français.

Sur 17 Lands interrogés 9 considèrent que le sevrage est possible sans qu'il y ait de trafic; 8 considèrent qu'il est impossible.

Quant à l'action favorable de la prison, sur 17 Lands interrogés 12 considèrent que l'action est favorable, voire très favorable, alors qu'il y a 5 avis divergents négatifs.

En ce qui concerne les médicaments entraînant une véritable toxicomanie iatrogène, ils sont très peu prescrits dans 14 cas; dans 3 cas seulement les détenus peuvent en bénéficier. Ils sont moins distribués qu'à l'extérieur.

III) GRECE

Avis du psychiatre

I. – Pas de sevrage complet.

II. – Traitements par produits non substitutifs neuroleptiques, tranquillisants, sédatifs – Psychothérapie.

III. – La prison a une influence négative.

IV. – Une toxicomanie iatrogène existe.

Les traitements sont mieux prescrits qu'à l'extérieur.

Le médecin se sent assez mal en prison d'après le questionnaire.

IV) ISLANDE

I. – Pas de sevrage total. La prison délivre le détenu de sa dépendance physique.

Ne pas créer de quartier spécial, pas de vie particulière, pas de surveillance redoublée.

II. – Traitements médicamenteux non substitutifs.

Ils sont aussi bien traités qu'à l'extérieur. Les psychothérapies sont meilleures.

III. – La prison est un lieu de repli obligé d'un usage toxique mais avec la présence de délinquants confirmés – Extraction d'un milieu favorable à la toxicomanie.

La prison a une action plutôt favorable.

Le médecin y est assez bien dans sa peau.

IV. – Nouvelle toxicomanie iatrogène avec souvent d'autres formes de toxicomanie: tabac, alcool, colle etc....

Avis plutôt restrictif.

IV) ITALIE

Le Directeur de l'Administration Pénitentiaire indique que les réponses fournies aux demandes du questionnaire dérivent de la distribution des responsables qui appartiennent

à un échantillon de 15 instituts pénitentiaires choisis parmi les plus représentatifs du phénomène de la toxicomanie dans les prisons.

Les directeurs et médecins de prison considèrent qu'il n'y a pas de sevrage complet. La drogue peut entrer clandestinement en prison.

Désintoxication physique limitée et temporaire. Le psychique demeure.

La prison ne permet pas de se délivrer de la dépendance.

II. — Il existe des médicaments de substitution (Méthadone) et des produits non substitutifs (psychotiques par exemple).

Importance de la psychothérapie.

Il ne faut pas créer de quartier réservé aux toxicomanes. Il faut favoriser un mode de vie carcéral particulier mais pas de surveillance redoublée.

L'information fournie par l'administration centrale est insuffisante.

Les traitements sont aussi bien distribués qu'à l'extérieur, les psychothérapies moins bien.

III. — La prison n'a pas d'effet favorable du fait de la carence des services sociaux extérieurs: coercition, promiscuité, absence d'éléments affectifs, de travail, des contacts avec les criminels dangereux, surtout pour le détenu primaire. Prise de conscience du criminel et volonté d'abandonner dans quelques cas.

IV. — Malgré une bonne organisation de la pharmacie et de l'administration, il peut exister une toxicomanie iatrogène avec apparition d'autres formes d'atteintes par l'alcool, le tabac, les produits après-rasage, la colle.

VII) LUXEMBOURG

Avis du psychologue

I. — Pas de sevrage. La prison ne délivre pas le détenu toxicomane de sa dépendance. Il ne faut pas créer de quartier spécial, pas de médecine particulière, pas de surveillance redoublée.

II. – Pas de traitement de substitution mais des traitements non-substitutifs et psychothérapie.

Traitements somatiques et psychothérapiques moins bien qu'à l'extérieur.

III. – La prison est peu ou pas favorable. Le toxicomane est introduit dans un monde de délinquants. La prison n'extrait pas le toxicomane d'un milieu favorable à sa toxicomanie.

IV. – Apparition d'une nouvelle toxicomanie – Traitements hypnotiques ou anxiolytiques.

Le psychologue se sent plutôt mal dans la prison.

Avis du généraliste

I. – Pas de sevrage mais possibilité de délivrer le toxicomane de sa dépendance physique.

II. – Pas de traitement de substitution. Hospitalisation en hôpital psychiatrique. Psychothérapie rudimentaire mais association avec organisation privée. Traitement aussi bien qu'à l'extérieur.

III. – Prison: pas de rupture avec l'usage toxique – Milieu de délinquants confirmés, mais extraction du milieu favorable à sa toxicomanie. Plutôt favorable suivant les personnalités.

IV. – Apparition d'une nouvelle toxicomanie et autres formes (alcool, tabac, colle etc.....).

VIII) MALTE

Avis du Directeur de l'Administration Pénitentiaire

I. – Les toxicomanes incarcérés sont ensuite envoyés en hôpital psychiatrique.

II. – Pas de traitement prescrit à doses infinitésimales.

III. – Importance de la prévention par l'information sur le danger de la drogue.

IX) PAYS – BAS

Avis du Directeur

I. – Pas de sevrage, trafic au sein de la prison, mais le détenu est délivré de sa dépendance physique.

II. – Pas de traitement; créer des quartiers réservés aux toxicomanes et favoriser un mode de vie carcérale particulier – Surveillance redoublée.

Information insuffisante de l'administration centrale.

III. – Prison plutôt favorable – rupture d'un usage toxique. On extrait le toxicomane d'un milieu favorable à la toxicomanie s'il reste longtemps en prison mais il est en contact avec des délinquants dangereux – Réinsertion possible.

IV. – En ce qui concerne la nouvelle toxicomanie, c'est un problème purement médical.

Avis du Médecin Inspecteur

I. – Il existe du trafic en prison et il n'y a pas de sevrage total.

II. – Traitement substitutif (Méthadone) à doses décroissantes et traitement psychotrope non substitutif.

Traitement psychothérapique.

III. – La prison a une action de resocialisation plutôt favorable.

IV. – Pas de toxicomanie iatrogène, les médicaments sont très bien distribués, mieux qu'en dehors de la prison.

Le Médecin et le Directeur de l'Administration Pénitentiaire se sentent plutôt mal en prison.

X) NORVEGE

Avis de deux généralistes et d'un psychiatre

I. – Pas de sevrage, la prison ne peut délivrer le toxicomane de sa dépendance physique.

II. – Il n'y a pas de traitement de substitution, mais traitement par psychotropes banals avec psychothérapies aussi bien qu'à l'extérieur.

III. – La prison est un lieu de rupture pour le toxicomane mais des délinquants confirmés y existent.

Prison plutôt défavorable pour un des praticiens, plutôt favorable pour les deux autres avec l'aide du milieu ouvert.

IV. – Les médicaments sont distribués plutôt parcimonieusement de façon plus restrictive qu'à l'extérieur avec contrôle très sérieux des infirmières.

XI) PORTUGAL

Réponse du Directeur Général des services pénitentiaires

I. – Pour 2 médecins le sevrage est complet. Pour 2 autres le sevrage est moyen car l'accès à la drogue est toujours possible.

II. – Traitement somatique et psychologique. Explication de cette sorte d'évasion face aux difficultés et traitement par psychothérapie.

III. – L'action de la prison dépend de la personnalité du détenu. Les avis sont divergents. Les médecins sont plutôt défavorables.

IV. – 3 médecins pensent qu'une nouvelle toxicomanie peut se créer; le Directeur de la prison pense le contraire.

XII) ESPAGNE

J'ai interrogé un certain nombre de praticiens et je n'ai eu qu'une seule réponse, d'un généraliste spécialisé en toxicomanie.

I. – Le sevrage n'est pas complet. Le détenu toxicomane est délivré de sa dépendance physique.

II. – Les thérapeutiques médicamenteuses sont mieux prescrites qu'à l'extérieur.

Quant aux psychothérapies elles sont aussi bien prescrites qu'à l'extérieur.

Le praticien insiste sur la psychothérapie avec utilisation de la musique.

III. – La prison a une action favorable, malheureusement il faut compter avec un budget insuffisant.

La prison est pour le toxicomane le lieu de rupture obligé. Ce médecin ne pense pas que le toxicomane soit influencé par les délinquants confirmés qui s'y trouvent.

La prison extrait le toxicomane de son milieu.

Le médecin interrogé ne se sent pas bien en prison, comme d'ailleurs beaucoup de nos confrères.

IV. – Quant à la toxicomanie médicamenteuse il ne l'a pas constaté dans la prison où il travaille.

XIII) SUEDE

Réponse du psychiatre spécialisé dans les problèmes de la drogue, Médecin-Chef de la prison d'OSTERAKER

I. – Pas de sevrage car il y a trafic mais l'originalité de la prise en charge des toxicomanes dans ce pays est la proposition au détenu d'un contrat. Après la désintoxication physique, le détenu est mis dans un quartier libre où lui-même surveille ses urines pour détecter la drogue. S'il récidive on le remet en milieu fermé.

Les résultats sont bons.

II. – Traitement de substitution par Méthadone – Traitement par produits non substitutifs associés.

Traitement également par psychothérapie.

Ces traitements sont moins bien administrés qu'à l'extérieur, ainsi que la psychothérapie.

III. – La prison extrait le détenu d'un milieu favorable à sa toxicomanie. La prison est plutôt favorable.

Le médecin s'y sent plutôt bien.

IV. – Il existe une toxicomanie médicamenteuse et aussi d'autres formes de toxicomanie par alcool, tabac, produits d'après-rasage, colle etc....

Il faut s'occuper de la même manière des grands ou des petits drogués.

XVII) SUISSE

J'ai reçu des réponses du 1er et du 2ème questionnaire de deux psychiatres et d'un généraliste.

I. – Sevrage complet à l'entrée mais possibilité de trafic clandestin. Délivrance complète de sa dépendance physique.

II. – Traitement par produits substitutifs (Méthadone) pendant 10 à 14 jours puis traitement par tranquillisants et psychothérapies.

Détenu aussi bien soigné qu'à l'extérieur mais les psychothérapies sont moins bien qu'à l'extérieur.

III. – Action favorable de la prison mais pas de façon durable. Il faut une action conjuguée de l'équipe médico-sociale pour une réinsertion.

IV. – Nouvelle toxicomanie aux tranquillisants – Trafic ou lors des permissions, cependant pas des neuroleptiques qui sont distribués avec beaucoup de soins.

XVIII) ANGLETERRE

Les toxicomanes en prison par Patrick Bucknell (Justice of the Peace)

En Grande-Bretagne, en 1978, 1.117 personnes ont été condamnées pour drogue (usage, trafic, autre délit).

Le passage en prison est très important pour la réinsertion et le traitement.

Le traitement

Suppression de la drogue sous surveillance médicale, traitement de la dépendance psychologique sur des bases

individuelles ad hoc, ceci est difficile et meilleur. Cependant prise en charge à Holloway, Wormwood et à la prison psychiatrique de Grendon ainsi qu'à Feltham Borstal.

A Holloway on peut prendre en charge 20 femmes à la fois avec un programme comprenant aussi une psychothérapie de groupe.

Importance de la post-cure en rapport avec la probation très difficile en Grande-Bretagne. Tentative de réinsertion Travail recherché par les bénévoles.

B) ETAT NON MEMBRES

I) ALGERIE

Réponse d'un psychiatre de la prison de Blida

I. — Sevrage complet par hospitalisation en hôpital psychiatrique car trafic en prison. Il semble que la dépendance physique ne soit pas supprimée par la prison (chira ou kif) — pas de drogues dures.

II. — Il existe des traitements de substitution, des traitements non-substitutifs psychotiques et de la psychothérapie.

Le traitement est mieux fait en prison qu'à l'extérieur. Les psychothérapies par contre sont moins bien faites qu'à l'extérieur.

III. — La prison a une action favorable par sevrage « de force » pour une longue durée.

Le toxicomane est introduit dans un milieu de délinquants confirmés. Cependant la prison extrait le toxicomane d'un milieu favorable à sa toxicomanie.

IV. — Il peut exister une intoxication iatrogène avec apparition d'autres formes de toxicomanie mais elle est assez rare.

Le psychiatre se sent assez bien en prison.

II) FINLANDE

Avis de deux généralistes

I. – Le sevrage est total, avec des techniques draconiennes. Les détenus ont déjourné un temps assez long dans la prison-police et les symptômes de sevrage ont disparu.

II. – L'Administration Pénitentiaire fait le maximum pour éviter le trafic. Les médecins sont très méfiants pour tout usage de stupéfiant.

III. – L'action de la prison a des effets divergents mais les moyens manquent pour une bonne prise en charge thérapeutique.

La prison est malheureusement un milieu dur et déprimant qui a une influence négative sur l'état psychique des toxicomanes.

IV. – Pas de médicaments de substitution prescrits et pas de toxicomanie iatrogène. Les médicaments sont donnés parcimonieusement.

Les médecins interrogés regrettent le manque de personnel spécialisé pour la prise en charge des toxicomanes et surtout la réinsertion à l'extérieur.

III) ISRAEL

Réponse du médecin-chef généraliste des prisons

I. – Pas de sevrage, parfois troc et motivation.

Il faut créer un quartier réservé aux toxicomanes avec une vie carcérale à part et une surveillance redoublée.

II. – Traitement classique avec surveillance des urines.

Les traitements somatiques sont mieux prescrits qu'à l'extérieur. La psychothérapie ensuite est moins bien.

III. – La prison a un effet favorable mais avis plus subtil: isolement, manque de travail et recherche de la drogue en prison. Cependant début de réinsertion sociale ébauchée.

Le psychiatre se sent assez mal en prison.

IV. – Il existe une toxicomanie iatrogène.

RIASSUNTO

Dopo essere stata incaricata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa del rapporto sulla droga ed il carcere, ho interrogato i responsabili dei penitenziari, gli psichiatri, e i medici di Francia e d'Europa. Solamente la Turchia e l'Irlanda non hanno fornito risposta.

È stato inviato un primo questionario quantitativo.

Domande:

- Nel carcere dove lavorate, in qualità sia di medico generico, sia di psichiatra, sia di direttore, pensate che il detenuto che vi è incarcerato sia completamente svezzato dalla droga responsabile della sua tossicomania durante il suo soggiorno nell'ambiente carcerario?

- Quale atteggiamento terapeutico, sia somatico sia psicologico, adottate nei confronti del tossicomane al suo arrivo e durante la sua permanenza in carcere?

- A vostro avviso il carcere ha un'azione positiva favorevole per il tossicomane? Permette un reinserimento nella società?

- Pensate che per i tossicomani trattati nel carcere le numerose terapie che vengono loro prescritte, neurolettiche, ipnotiche ecc., siano bene amministrate come presso la popolazione in genere e in certi casi non si potrebbe parlare forse di un'altra tossicomania?

- *Nell'insieme il medico che opera nel penitenziario si considera male equipaggiato per far fronte alla tossicomania in carcere al 55 %.*

Le risposte per l'Europa sono state 300. Le conclusioni sono le seguenti:

Per l'Italia il carcere non è impermeabile al traffico della droga e la prigione non ha un'azione favorevole. Dei trattamenti sostitutivi sono impiegati frequentemente.

In Spagna lo svezzamento non è completo. Solamente la dipendenza fisica è totale. La prigione avrebbe un'azione piuttosto sfavorevole per i tossicomani.

In Portogallo l'incarcerazione sarebbe piuttosto sfavorevole per i tossicomani. Il traffico esiste in prigione.

Per Cipro lo svezzamento sarebbe completo. Il trattamento è lo stesso di quello attuato all'esterno.

A Malta non vi sono terapie specifiche.

In Grecia la prigione ha un'azione sfavorevole. Non vi è svezzamento completo. Esiste una tossicomania iatrogena.

In Germania sono stati interrogati 17 Landër.

I risultati sono i seguenti:

– Il problema dello svezzamento sembra essere particolarmente difficile e si avvicina ai dati della Francia;

– 9 Landër considerano che lo svezzamento sia impossibile senza che vi sia traffico – considerano che sia impossibile;

– Riguardo l'azione favorevole della prigione, su 17 Landër, 12 considerano questa azione favorevole, cioè molto favorevole, mentre 5 sono di parere contrario.

– I farmaci che comportano una effettiva tossicomania iatrogena sono poco prescritti in 14 casi; in 3 casi soltanto i detenuti possono beneficiarne. Sono meno distribuiti rispetto all'esterno.

In Austria si parla, soprattutto di reinserimento sociale grazie ad una motivazione per la psicoterapia.

Per la Svizzera i farmaci insistono sul trattamento a base di Metadone. L'azione della prigione sarebbe favorevole.

In Gran Bretagna lo svezzamento è possibile per i medici interrogati riguardo alle droghe pesanti. La dipendenza psicologica non è abolita. Il trattamento con il metadone è raro. Non vi è tossicomania iatrogena.

Su circa 400 risposte si sono avute, per la Francia, i seguenti risultati:

– *Che il carcere è impermeabile a qualsiasi traffico.* Su 10 persone interrogate, 6 lo affermano.

– *7 persone su 19 pensano che la prigione libera il tossicomane dalla sua dipendenza fisica.* I medici sono più formali, soprattutto gli psichiatri. I responsabili dei penitenziari si pronunciano in maniera meno compatta.

– *Il 79 % delle persone interrogate pensano che non bisogna creare dei luoghi speciali per i tossicomani, e neanche dei modi di vita carcerari particolari (61 %).* I responsabili dei penitenziari interrogati affermano di applicare una sorveglianza raddoppiata per i tossicomani.

– *Riguardo ai trattamenti sostitutivi, il 27 % dei medici non si pronuncia.* È questo parte del segreto professionale? Sono capaci di condurre il trattamento con il metadone? Numerose domande alle quali non posso rispondere.

– *Il 48 % dei generici e il 67 % degli psichiatri non ne prescrivono.* Al contrario il 16 % dei medici, psichiatri e generici messi insieme ne prescrivono.

– *Riguardo ai trattamenti non sostitutivi, l'87 % dei medici, generici e psichiatrici messi insieme ne prescrivono.*

– *Le psicoterapie sono prescritte dal 70 % dei medici (64 % dei generici e 77 % degli psichiatri).*

– *Gli psichiatri ed i generici pensano che la terapia medicamentosa è al 59 % ben amministrata come avviene all'esterno.*

– *Al contrario, le psicoterapie, in particolare per gli psichiatri, sono applicate meno bene che all'esterno.*

– 7 persone interrogate su 19 considerano che la prigione introduca il tossicomane in un ambiente di delinquenza consolidata.

– L'82 % dei generici, il 66 % dei direttori degli istituti e il 57 % degli psichiatri sono formalisti: la prigione toglie il tossicomane dal suo ambiente.

– Riguardo alla comparsa di una tossicomania medicamentosa nel carcere, essa si verifica per 7 persone su 10, con una maggiorazione dell'80 % per gli istituti di pena.

– Può infine comparire un'altra forma di tossicomania: farmaci, colla, dopo barba, tabacco. La risposta è affermativa per il 61 % dei direttori degli istituti e per il 50 % dei medici.

– Per concludere il punto che mi sembra più importante: il carcere, per la Francia, ha un'azione favorevole per il tossicomane per il 55 % degli interrogati e un'azione piuttosto favorevole per il 53 % degli interrogati.

– Il 12 % degli interrogati non si pronuncia e il 33 % considera che l'azione della prigione è sfavorevole.

Nel Lussemburgo non esiste lo svezzamento. L'azione della prigione sarebbe piuttosto favorevole.

Nei Paesi Bassi non vi è svezzamento. Esiste il traffico all'interno della prigione. Il detenuto è liberato dalla sua dipendenza fisica. L'azione della prigione sarebbe piuttosto favorevole sia per i medici sia per i responsabili dei penitenziari.

In Svezia non ci sarebbe svezzamento e i detenuti tossicomani vivono con gli altri detenuti. Esisterebbe un patto morale tra essi e l'amministrazione per lottare contro la tossicomania. In caso di ricaduta essi vengono tolti dall'ambiente in cui si trovano. Trattamenti con il Metadone e la psicoterapia. La prigione ha un'azione piuttosto favorevole.

In Irlanda l'azione della prigione è favorevole. Vi sono dei trattamenti medicamentosi non sostitutivi. Non vi è svezzamento totale.

In Danimarca non vi è svezzamento ma il traffico esiste in prigione. Si effettuano trattamenti di metadone. L'azione della prigione è considerata sfavorevole.

In Norvegia non vi è svezzamento. L'azione della prigione non è molto favorevole. Non vi sono trattamenti sostitutivi.

Infine, in Belgio esiste uno svezzamento fisico integrale. La prigione ha un'azione favorevole. Una nuova tossicomania è possibile ma meno grave.

RESUME

Après avoir été chargée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe du rapport sur la drogue et la prison, j'ai interrogé à la fois les responsables pénitentiaires, les psychiatres et les médecins de France et d'Europe. Seules la Turquie et l'Irlande ne m'ont pas répondu.

Un premier questionnaire quantitatif a été envoyé.

L'importance des réponses a été telle que j'ai jugé bon, pour mieux les cerner, de les informatiser tout en les développant.

Questions:

– Dans la prison où vous travaillez, soit comme généraliste, soit comme psychiatre, soit comme directeur, pensez-vous que le détenu qui y est incarcéré est sevré complètement de la drogue responsable de sa toxicomanie pendant son séjour en milieu carcéral?

– Quelle attitude thérapeutique, tant somatique que psychologique adoptez-vous envers le toxicomane à son arrivée et pendant son séjour en prison?

– A votre avis la prison a-t-elle une action positive favorable chez le toxicomane? Permet-elle d'amorcer une réinsertion sociale?

– Pensez-vous que chez les toxicomanes traités en prison les nombreuses thérapeutiques qui leur sont prescrites, neuroleptiques, hypnotiques etc.... soient aussi bien administrées que dans la population générale et dans certains cas ne pourrait-on pas parler d'une autre toxicomanie?

Sur environ 400 réponses il ressort, pour la France, les résultats suivants:

– *Que la prison, est imperméable à tout trafic.* Sur 10 personnes interrogées, 6 l'affirment.

– *7 personnes sur 19 pensent que la prison délivre le toxicomane de sa dépendance physique.* Les médecins sont plus formels, surtout les psychiatres. Les pénitentiaires se prononcent moins massivement.

– *79 % des personnes interrogées pensent qu'il ne faut pas créer de quartier spécial pour les toxicomanes, de même qu'il ne faut pas créer de mode de vie carcéral particulier (61 %).* Les pénitentiaires interrogées disent appliquer une surveillance redoublée pour les toxicomanes.

– *En ce qui concerne les traitements de substitution, 27 % des médecins ne se prononcent pas.* Est-ce le secret médical? Savent-ils bien conduire le traitement par la Méthadone? Autant de questions auxquelles je ne peux pas répondre.

– *48 % des généralistes et 67 % des psychiatres n'en prescrivent pas. Par contre 16 % des médecins, psychiatres et généralistes confondus en prescrivent.*

– *Quant aux traitement non substitutifs, 87 % des médecins, généralistes et psychiatres confondus en prescrivent.*

– *Les psychothérapies sont prescrites par 70 % des médecins (64 % de généralistes, 77 % de psychiatres).*

– *Il semble, pour les psychiatres comme pour les généralistes, que la thérapeutique médicamenteuse est à 59 % aussi bien administrée qu'à l'extérieur.*

– *Par contre les psychothérapies, en particulier pour les psychiatres, sont moins bien appliquées qu'à l'extérieur.*

– *7 personnes interrogées sur 10 considèrent que la prison introduit le toxicomane dans un milieu de délinquance confirmé.*

– *82 % des généralistes, 66 % des chefs d'établissement et 57 % des psychiatres sont formels la prison extrait le toxicomane de son milieu.*

– *Quant à l'apparition d'une toxicomanie médicamenteuse en prison elle est vraie pour 7 personnes sur 19, avec une majoration à 80 % pour les établissements pour peines.*

– *Enfin il peut apparaître une autre forme de toxicomanie: médicaments, colle, après-rasage, tabac. La réponse est affirmative pour 61 % des chefs d'établissement et pour 50 % des médecins.*

– *Pour terminer, le point qui me semble le plus important: la prison, pour la France, a une action favorable pour le toxicomane chez 55 % des interrogés, une action très favorable chez 2 % des interrogés et une action plutôt favorable chez 53 % des interrogés.*

– *12 % des personnes interrogées ne se prononcent pas et 33 % considèrent que l'action de la prison est défavorable.*

– *Dans l'ensemble, le médecin pénitentiaire se considère comme mal armé pour faire face à la toxicomanie en prison, à 55 %.*

300 réponses ont été dépouillées en ce qui concerne l'Europe. Les conclusions sont les suivantes:

Pour l'Italie la prison n'est pas imperméable au trafic de la drogue et la prison n'a pas une action favorable. Des traitements de substitution sont fréquemment employés.

En Espagne le sevrage n'est pas complet. Seule la dépendance physique est totale. La prison aurait une action plutôt défavorable sur les toxicomanes.

Au Portugal l'incarcération serait plutôt défavorable aux toxicomanes et le trafic existe en prison.

Pour Chypre le sevrage serait complet. Le traitement est le même qu'à l'extérieur.

A Malte il n'y a pas de thérapeutique spécifique.

En Grèce la prison a une action défavorable. Il n'y a pas de sevrage complet. Il existe une toxicomanie iatrogène.

En Allemagne, 17 Lands ont été interrogés. De leurs réponses il ressort:

– *que le problème du sevrage semble être particulièrement difficile se rapprochant des chiffres français;*

– *9 Lands considèrent que le sevrage est impossible sans qu'il y ait trafic — 8 considèrent qu'il est impossible;*

– *quant à l'action favorable de la prison, sur 17 Lands, 12 considèrent que l'action est favorable, voire très favorable, alors qu'il y a 5 avis divergents;*

- en ce qui concerne les médicaments entraînant une véritable toxicomanie iatrogène, ils sont très peu prescrits dans 14 cas; dans 3 cas seulement les détenus peuvent en bénéficier. Ils sont moins distribués qu'à l'extérieur.

En *Autriche* on parle surtout de réinsertion sociale grâce à une motivation par la psychothérapie.

Pour la *Suisse* les médecins insistent sur le traitement par la Méthadone. L'action de la prison est favorable.

En *Angleterre* le sevrage est possible pour les médecins interrogés, en ce qui concerne les drogues dures. La dépendance psychologique n'est pas supprimée. Le traitement par la Méthadone est rare. Il n'y a pas de toxicomanie iatrogène.

Au *Luxembourg*, il n'y a pas de sevrage. L'action de la prison serait plutôt favorable.

Aux *Pays-Bas* il n'y a pas de sevrage. Il existe du trafic au sein de la prison. Le détenu est délivré de sa dépendance physique. L'action de la prison serait plutôt favorable aussi bien pour les médecins que pour les responsables pénitentiaires.

En *Suède* il n'y aurait pas de sevrage et les détenus toxicomanes vivent avec les autres détenus. Il existerait un contrat moral entre eux et l'Administration pour lutter contre la toxicomanie. S'ils récidivent on les extrait du milieu ouvert dans lequel ils étaient. Traitement par la Méthadone et par psychothérapie. La prison a une action plutôt favorable.

En *Islande* l'action de la prison est favorable. Il y a des traitements médicamenteux non substitutifs. Il n'y a pas de sevrage total.

Au *Danemark* il n'y a pas de sevrage mais le trafic existe en prison. On donne des traitements par la Méthadone. L'action de la prison est considérée comme défavorable.

En *Norvège* il n'y a pas de sevrage. L'action de la prison n'est pas très favorable. Il n'y a pas de traitement de substitution.

Enfin pour terminer, en *Belgique* il existe un sevrage physique intégral. La prison a une action favorable. Une nouvelle toxicomanie est possible mais moins grave.

SUMMARY

After being asked by the Council of Ministers of the Council of Europe to report on drugs in prison, I enquired of prison authorities, psychiatrists and doctors both in France and the rest of Europe. Only Turkey and Ireland did not reply. A first quantitative questionnaire has been sent off. The quantity of replies was such that I decided to computerize and elaborate the data in order to better understand it.

Questions:

– In the prison where you work, whether as general practitioner, as psychiatrist or as Governor, do you think that the inmate imprisoned there is completely cut-off from the drug he is addicted to during his imprisonment?

– What therapeutical stand, both somatic and psychological, do you adopt vis-à-vis drug addict on arrival at and during his stay in prison?

– in your opinion does the prison provide positive action to the advantage of the drug addict? Does it ensure social rehabilitation?

– What is your opinion of the various therapies prescribed for drug addicts in prison — neuroleptics, hypnotics etc — are they run as well as for the population as a whole and in certain cases do they not represent another form of addiction?

Out of some 400 for France the following points arose:

– *That the prison was isolated from all dealing* – out of 10 people questioned, 6 replied affirmatively.

– *7 out of 19 people thought that prison freed the drug addict of his dependance.* Whilst doctors were more categorical, particularly psychiatrists, the prison authorities were less so.

– *79 % of the people interviewed thought that no special area should be set up for drug addicts nor should a special way of prison life be created for them (61 %).* The prison authorities questioned admitted applying double security measures for drug addicts.

– *As far as concerns treatment with substitutes 27 % of the doctors did not express an opinion.* It is a medical secret? Do they know how to apply methadone treatment properly? Questions to which I cannot reply.

– *48 % of general practitioners and 67 % of psychiatrists do not prescribe methadone. On the other hand, a mixed 16 % of psychiatrists do prescribe methadone. On the other hand, a mixed 16 % of doctors, psychiatrists and general practitioners do so.*

– *As far as concerns non-substitute treatment, a mixed 87 % of doctors, psychiatrists and general practitioners prescribe it.*

– *Psychotherapeutic method are prescribed by 79 % of doctors (64 % of general practitioners and 77 % of psychiatrists).*

– *According to both psychiatrists and general practitioners, it seems that medico-deceptive therapy is run 59 % better than outside the prisons.*

– *However, particularly according to psychiatrists, psychotherapies are not so well run as outside.*

– *7 out of 19 people felt that the prison introduced the drug addict to hardened criminals.*

– *82 % of general practitioners, 66 % of Governors and 57 % of psychiatrists were certain that prison removed the addict from his normal background.*

– As far as the appearance of medico-deceptive addiction in prisons is concerned, 7 out of 19 thought it was true and this rose to 89 % for periods of punishment.

– Other forms of addiction can occur – medicines, glue, after-shave, tobacco etc. 61 % of the Governors and 59 % of the doctors replied affirmatively.

– Finally, the most important point in my opinion: in France, prison has a positive effect on the drug addict for 55 % of those interviewed, 2 % thought the effect was very positive, whilst 53 % considered it fairly positive.

12 % did not express an opinion and 33 % felt that the effect of imprisonment was not favourable.

– On the whole, 55 % of the prison doctors considered themselves as ill-equipped to face the addiction problem in prisons.

Some 300 replies were scrutinized for Europe, and the following points emerged:

Italy: prison were not cut off from drug dealing and did not have a positive effect. Treatment with substitutes were frequently adopted.

Spain: the severance was not complete – only total physical dependance was broken. Prison had a rather negative effect on drug addicts.

Portugal: imprisonment was negative for drug addicts and dealing existed in prison.

Cyprus: the severance was complete and the same treatment was used as outside prison.

Malta: no special treatment.

Greece: prison had a negative effect. Severance was not complete. Iatrogenic addiction existed.

Germany: 17 Länder were questioned; the severance problem was particularly difficult compared with French figures – 9 Länder considered severance impossible without dealing and 8 considered it impossible – as far as the positive effect of prisons is concerned, out of the 17 Länder, 12 thought it was positive, even very positive whilst the other five had diverse opinions – as far as medicines leading to a iatrogenic addiction is concerned, in 14 very few were prescribed, only 3 felt that inmates could reap some benefit. They were distributed less than on the outside.

Austria: stress was given to rehabilitation into the community through psychotherapy motivation.

Switzerland: doctors insisted on methadone treatment. Prison effect was considered positive.

United Kingdom: the doctors questioned thought severance was possible for hard drugs. Psychological dependance was not broken. Methadone treatment was rare. No iatrogenic addiction.

Luxembourg: no severance. Prison effect was fairly positive.

Netherlands: No severance. Drug dealing existed in prisons. Inmates freed from physical dependance. Both doctors and prison authorities considered prison effect positive.

Sweden: No severance and drug addict inmates live side by side with other inmates. Gentleman's agreement between them and prison authorities to fight against drug addiction. If relapse occurs, they are removed from open place. Methadone and psychoterapy treatment used. Prison had positive effect.

Iceland: prison effect positive. Treatment with non-substitute medicines. No total severance.

Denmark: no total severance but dealing existed in prisons. Methadone treatments applied. Prison effect seen as negative.

Norway: no severance. Prison effect not very positive. No treatment with substitutes.

Belgium: complete physical severance. Prison effect positive. New addictions possible but not so serious.

QUESTIONNAIRE: PRISON ET TOXICOMANIE

SOLANGE TROISIER (*)

Monsieur le Président,

Mes Chers Amis,

Le tiens tout d'abord à remercier le Conseil de l'Europe de m'avoir désignée comme Rapporteur sur un sujet, ô combien d'actualité: la drogue et la prison. La France vous en est reconnaissante.

Bien sûr j'aurais pu faire une enquête uniquement qualitative et interroger à la fois les médecins, les psychiatres et les responsables de la prison ayant en charge des toxicomanes, mais l'universitaire que je suis et le médecin assoiffé de réponses conformes aux normes de la science moderne a préféré, surtout pour les prisons françaises, mener une étude exhaustive sous la forme d'un questionnaire dont le dépouillement a fait appel aux techniques informatiques. Je tiens ici à évoquer tout particulièrement les qualités exceptionnelles de ceux qui y ont participé.

Mon questionnaire avait été ainsi libellé:

1) Dans la prison où vous travaillez soit comme généraliste, soit comme psychiatre, soit comme directeur, pensez-vous que le détenu qui y est incarcéré est sevré complètement de la drogue responsable de sa toxicomanie pendant son séjour en milieu carcéral?

2) Quelle attitude thérapeutique, tant somatique que psychologique adoptez-vous envers le toxicomane à son arrivée et pendant son séjour en prison?

3) A votre avis la prison a-t-elle une action positive favorable chez le toxicomane? Permet-elle d'amorcer une réinsertion sociale?

(*) Inspecteur Général, Ministère de la Justice. Professeur de Médecine Pénitentiaire à Paris VII.

4) Pensez-vous que chez les toxicomanes traités en prison les nombreuses thérapeutiques qui leur sont prescrites, neuroleptiques, hypnotiques etc soient aussi bien administrées que dans la population générale et dans certains cas ne pourrait-on pas parler d'une autre toxicomanie?

Ce questionnaire ouvert et qualitatif que j'ai posé il y a un an a été si bien rempli que nous avons pensé, avec les informaticiens du Ministère de la Justice, mieux cerner le problème et pousser plus avant nos investigations en obligeant certains interlocuteurs à nous répondre ou à ne pas se prononcer mais en tous cas à mieux définir cette entité: le toxicomane et la prison.

C'est pour cela que j'ai été amenée à élaborer un questionnaire plus sophistiqué et à conclure en fonction des réponses traduisant l'univers sociologique que représente la prison.

Questionnaire: prison et toxicomanie

- Présentation:
- 1ère partie: questionnaire posé;
- 2ème partie: traitement des réponses;
- conclusion.

PRESENTATION

11. - POUR APPREHENDER AU MIEUX LES RAPPORTS « PRISON ET TOXICOMANIE ».

En France, en 1982, nous avons constitué un questionnaire composé de 26 questions fermées (cf. pages 3 à 6) que nous avons diffusé auprès de tous les directeurs et chefs d'établissements pénitentiaires, ainsi qu'auprès des médecins généralistes et psychiatres intervenant dans ces mêmes établissements.

12. - REPRESENTATIVITE DES PERSONNES AYANT REPONDU AU QUESTIONNAIRE:

12.1 - *Le personnel de direction pénitentiaire.*

158 chefs d'établissements ont répondu.

Seuls 16 établissements ne nous ont pas fait parvenir de réponse de leur direction; parmi ces 16 établissements, 13 referment moins de 100 détenus (pour une population pénale française en septembre

1982 de 32 500 détenus en métropole), les 3 autres établissements détenant respectivement 400, 300 et 250 personnes.

12.2 – *Les médecins.*

237 médecins, soit 132 généralistes et 105 psychiatres, ont répondu.

Seuls 17 établissements ne nous ont fait parvenir de réponses ni d'un généraliste, ni d'un psychiatre; parmi ces 17 établissements, 14 renferment moins de 100 détenus, les 3 autres détenant respectivement 400, 300 et 200 personnes.

13. – PRESENTATION DU TRAITEMENT DES REPONSES.

Le questionnaire comportait 26 questions; les réponses à 19 d'entre elles ont subi un ou plusieurs des traitements suivants:

- comptage exhaustif des 395 réponses;
- tri croisé des réponses selon la fonction exercée par l'interviewé, chef d'établissement pénitentiaire, médecin:

généraliste;

psychiatre;

- tri croisé des réponses selon le lieu où l'interviewé exerce ses fonctions: établissement pour peine, maison d'arrêt.

Les établissements pénitentiaires français se répartissent en 2 grandes catégories.

Les maisons d'arrêt où sont incarcérés:

- les prévenus au sens de l'article D. 50 du Code de Procédure Pénale;

- les condamnés à une courte peine (dont le reliquat de peine à subir au moment où la condamnation devient définitive est inférieur à un an);

- les condamnés à une longue peine en instance d'affection dans un établissement spécialisé;

- les dettiers soumis à une contrainte par corps.

Les établissements pour peine qui reçoivent les condamnés à une longue peine au sens de l'article 717 du C.P.P. et qui sont classés, suivant leur régime de détention, en deux catégories:

- maisons centrales (régime normal);
- centres de détention (régime assoupli).

14. – LE TRAITEMENT DES 395 REPONSES A CE QUESTIONNAIRE NOUS DONNE DONC, A UN INSTANT DONNE (SEPTEMBRE 1982), UNE IMAGE DES RAPPORTS « PRISON ET TOXICOMANIE » TELS QU'ILS SONT PERCUS PAR LE PERSONNEL DE DIRECTION PENITENTIAIRE ET PAR DES MEDECINS EXERCANT EN PRISON.

QUESTIONNAIRE: PRISON ET TOXICOMANIE

Vous voudrez bien répondre en cochant les cases correspondant à vos réponses:

- aux questions A. B. C. D. F. H. I. J. K. si vous êtes personnel pénitentiaire
- aux questions A. B. C. E. G. H. I. J. D. si vous êtes médecin ou paramédical

Vous travaillez dans la prison de

code établ.		

1

comme:

- chef d'établissement
- assistant social ou éducateur
- médecin généraliste
- médecin psychiatre

	1
	2
	3
	4

2

depuis la date suivante

1	9		
---	---	--	--

3

Dans le cadre de vos fonctions pénitentiaires, pouvez-vous préciser la date, l'année à partir de laquelle vous avez été confronté aux conséquences de l'incarcération régulière de toxicomanes:

1	9		
---	---	--	--

4

A votre avis, la prison est-elle un lieu imperméable à tous trafics de stupéfiants:

- OUI, avec certitude
- OUI, certainement
- NON, semble-t-il
- NON, assurément

	1
	2
	3
	4

5

Pensez-vous que la prison permette de délivrer le « détenu toxicomane » de sa dépendance physique lorsqu'elle existe (morphine, héroïne, etc...):

- OUI, avec certitude
- OUI, certainement
- NON, semble-t-il
- NON, assurément

	1
	2
	3
	4

6

Etant personnel pénitentiaire:

Face aux problèmes posés par la dépendance psychique du détenu (à la ou) aux drogues responsables de sa toxicomanie, vous agissez sur ses conditions de vie carcérale:

- a) en créant un « quartier réservé » aux toxicomanes

	OUI	1
	NON	2

7

- b) en favorisant pour les toxicomanes un mode de vie carcéral particulier

	OUI	1
	NON	2

8

- c) en appliquant aux toxicomanes une surveillance redoublée (par membres du personnel ou co-détenus)

	OUI	1
	NON	2

9

Etant médecin ou paramédical:

Face aux problèmes posés par la dépendance psychique du détenu (à la ou) aux drogues responsables de sa toxicomanie, vous adoptez envers ce toxicomanes les thérapeutiques suivantes:

- a) traitements médicamenteux de substitution

	OUI	1
	NON	2

10

- b) traitements médicamenteux non substitutifs (psychotropes ne donnant pas lieu à dépendance)

	OUI	1
	NON	2

11

- c) psychothérapies

	OUI	1
	NON	2

12

Etant personnel pénitentiaire:

Considérez – vous l'information qui vous est fournie par l'administration centrale pour ce qui concerne la conduite à tenir en matière de lutte contre la toxicomanie, comme étant:

- exhaustive
suffisante
insuffisante
inexistante

	1
	2
	3
	4

13

Etant médecin ou paramédical:

Vous pensez que les thérapeutiques médicamenteuses prescrites aux toxicomanes sont:

mieux
aussi bien
moins bien

	1
	2
	3

14

administrées en prison qu'à l'extérieur.

Vous pensez que les psychothérapies prescrites aux toxicomanes sont:

mieux
aussi bien
moins bien

	1
	2
	3

15

administrées en prison qu'à l'extérieur.

REPONDENT A NOUVEAU PENITENTIAIRES ET MEDICAUX

Quel est votre sentiment sur les idées couramment énoncées qui suivent:

- a) La prison est pour le toxicomane le lieu de rupture obligé d'un usage toxique . . .

	VRAI	1
	FAUX	2

16

- b) La prison introduit le toxicomane dans un milieu de délinquants confirmés

	VRAI	1
	FAUX	2

17

- c) La prison crée chez le toxicomane un refus supplémentaire qui accentue sa révolte . .

	VRAI	1
	FAUX	2

18

- d) La prison extrait le toxicomane d'un milieu favorable à sa toxicomanie

	VRAI	1
	FAUX	2

19

Pensez-vous que l'on puisse parfois parler, chez le détenu toxico-
mane:

- a) de l'apparition d'une toxicomanie médicamenteuse (dépendance nouvelle à des hypnotiques ou anxiolitiques prescrits, par exemple)

OUI	1
NON	2

20

- b) de l'apparition d'autres formes de toxicomanie (alcools, tabac, après-rasage, colle etc....)**

OUI	1
NON	2

21

Pensez-vous qu'il existe de « petits » et de « grands » drogués

OUI	1
NON	2

22

Faut-il s'intéresser aux premiers plus qu'aux seconds

	OUI	1
	NON	2

23

Connaissez-vous le contenu de la loi du 31 décembre 1970 portant sur la lutte contre la toxicomanie

	OUI	1
	NON	2

24

A votre avis, la prison a sur le toxicomane une action globalement:

[illegible]

plutôt favorable

• • • • •

| très défavorable | . | . | . | . | . | . | . | . | . |

1
2
3
4

25

Personnellement, vous vous sentez:

bien

assez bien

assez mal

```
.mal . . . . .
```

1
2
3
4

26

armé dans vos fonctions pour faire face aux problèmes posés par les détenus toxicomanes

TRAITEMENT DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE

QUESTION NUMERO 5

A votre avis, la prison est-elle un lieu imperméable à tous trafics de stupéfiants:

OUI, avec certitude	1
OUI, certainement	2
NON, semble-t-il	3
NON, assurément	4

5

Traitement de la question numéro 5

395 réponses:

Total 0 = 10	Moyenne 3 %	ne se prononcent pas
Total 1 = 51	Moyenne 13 %	} 60 % OUI
Total 2 = 187	Moyenne 47 %	
Total 3 = 120	Moyenne 30 %	} 37 % NON
Total 4 = 27	Moyenne 7 %	

Commentaire:

6 répondesurs sur 10 pensent que la prison est un lieu « imperméable » à tous trafics de stupéfiants.

Question numéro 5

R É P O N S E S	Des 395 répon- deurs %	Des 158 péniten- tiaires %	Des 237 méde- cins %	Dont 132 gé- néra- listes %	Et 105 psychia- tres %	Des 56 travail- lant en Etablis- sements pour peines %	Des 339 travail- lant en maison d'arrêt %
Ne se prononcent pas . . .	3	0	5	4	4	2	2
Qui avec certitude	13	8	16	20	11	9	14
Qui certainement	47	49	46	47	45	39	49
TOTAL des OUI . . .	60	57	62	67	56	48	63
NON semble-t-il	30	35	27	26	30	41	29
NON assurément	7	8	6	3	10	9	6
TOTAL des NON . . .	37	43	33	29	40	50	35

Ce qui ressort du tableau précédent:

57 % des pénitenciers et 62 % des médecins;
 56 % des psychiatres et 67 % des généralistes;
 48 % en établissements pour peines et 63 % en maison d'arrêt:
 pensent que la prison est relativement imperméable aux trafics
 de stupéfiants

QUESTION NUMERO 6

Pensez-vous que la prison permette de délivrer le « détenu toxico-
 mane » de sa dépendance physique lorsqu'elle existe (morphine, héroïne,
 etc...)

OUI, avec certitude
 OUI, certainement
 NON, semble-t-il
 NON, assurément

	1
	2
	3
	4

6

Traitement de la question numéro 6

395 réponses:

Total 0 =	6	Moyenne 1 %	ne se prononcent pas
Total 1 =	74	Moyenne 19 %	} 68 % OUI
Total 2 =	192	Moyenne 49 %	
Total 3 =	102	Moyenne 26 %	} 31 % NON
Total 4 =	21	Moyenne 5 %	

Commentaire:

7 répondants sur 10 pensent que la prison délivre le « détenu
 toxicomane » de sa dépendance physique.

Ce qui ressort du tableau n. 6:

57 % des pénitenciers;
 70 % des médecins généralistes;
 79 % des médecins psychiatres:
 pensent que la prison délivre le détenu toxicomane de sa dépendance physique.

(Aucune différence sensible entre répondants en établissements
 pour peines et répondants maison d'arrêt)

Question numéro 6

R É P O N S E S	Des 395 répon- deurs	Des 158 péniten- tiaires	Des 237 méde- cins	Dont 132 généra- listes	Et 105 psychia- tres
	%	%	%	%	%
Ne se prononcent pas	1	0	3	2	3
QUI avec certitude	19	9	25	20	31
QUI certainement	49	48	49	50	48
total des oui . . .	68	57	74	70	79
Non semble t-il	26	39	17	20	13
Non assurément	5	4	6	8	
Total des non . . .	31	43	23	28	185

Commentaire général sur les réponses aux questions 5 et 6:

On répond différemment à ces 2 questions selon que l'on est chef d'établissement pénitentiaire, médecin généraliste ou médecin psy-
chiatre.

Deux applications possibles à cela:

- ou bien des perceptions différentes des problèmes posés (trafics de stupéfiants en prison, dépendance physique du détenu toxicomane)
- ou bien un degré différent de connaissance des problèmes posés chez ces trois catégories professionnelles.

QUESTION NUMERO 7-8-9

Etant personnel pénitentiaire:

Face aux problèmes posés par la dépendance psychique du détenu (à la ou) aux drogues responsables de sa toxicomanie, vous agissez sur ses conditions de vie carcérale:

a) en créant un « quartier réservé » aux toxi-
comanes

	OUI	1
	NON	2

7

b) en favorisant pour les toxicomanes un mode
de vie carcérale particulier

	OUI	1
	NON	2

8

c) en appliquant aux toxicomanes une surveil-
lance redoublée (par membres du personnel
ou co-détenus)

	OUI	1
	NON	2

9

Traitement de la question numéro 7

158 réponses:		Quartier réservé aux toxicomanes	
Total 0 =	25	Moyenne 16 %	ne se prononcent pas
Total 1 =	8	Moyenne 5 %	OUI
Total 2 =	125	Moyenne 79 %	NON

Traitement de la question numéro 8

158 réponses:		Mode de vie carcérale particulier	
Total 0 =	23	Moyenne 14 %	ne se prononcent pas
Total 1 =	39	Moyenne 25 %	OUI
Total 2 =	96	Moyenne 61 %	NON

Traitement de la question numéro 9

158 réponses:		Surveillance redoublée	
Total 0 =	9	Moyenne 6 %	ne se prononcent pas
Total 1 =	134	Moyenne 85 %	OUI
Total 2 =	15	Moyenne 9 %	NON

Ce qu'il faut retenir:

- 16 % des chefs d'établissement ne répondent pas à la question 7 et 14% à la question 8: parce qu'ils ne la désirent pas ou bien parce que ces initiatives ne relèvent pas de leur autorité.

- 5 % des chefs d'établissement créent des « quartiers réservés » aux toxicomanes

25 % leur favorisent un mode de vie carcérale particulier

85 % leur appliquent une surveillance redoublée.

QUESTION NUMERO 10-11-12

Etant médecin ou paramédical:

Face aux problèmes posés par la dépendance psychique du détenu (à la ou) aux drogues responsables de sa toxicomanie, vous adoptez envers ce toxicomane les thérapeutiques suivantes:

a) traitements médicamenteux de substitution

	OUI	1
	NON	2

b) traitements médicamenteux non substitu-
tifs (psychotropes ne donnant pas lieu à
dépendance)

	OUI	1
	NON	2

11

c) psychothérapies

	OUI	1
	NON	2

12

Question numéro 19: traitements médicamenteux de substitution

	237 médecins %	132 généralistes %	105 psychiatres %
Ne se prononcent pas	27	30	25
En prescrivent	16	22	8
N'en prescrivent pas	57	48	67

Ce qu'il faut retenir:

- 27 % des médecins ne se prononcent pas sur cette question;
- 48 % des généralistes (seulement 1 sur 2) disent ne pas prescrire de traitement médicamenteux de substitution... contre 67 % des psychiatres.

Question numéro 11: traitement médicamenteux non substitutifs

	237 médecins %	132 généralistes %	105 psychiatres %
Ne se prononcent pas	7	9	4
En prescrivent	87	85	90
N'en prescrivent pas	6	6	6

Ce qu'il faut retenir:

- 87 % des médecins disent prescrire des traitements médicamenteux non substitutifs (% identique chez les généralistes et chez les psychiatres).

Question numéro 12: psychothérapies

	237 médecins	132 généralistes	105 psychiatres
	%	%	%
Ne se prononcent pas	13	16	9
En prescrivent	70	64	77
N'en prescrivent pas	17	20	14

Ce qu'il faut retenir:

- 70 % des médecins disent prescrire des psychothérapies: ce % descend à 64 % pour les généralistes et monte à 77 % pour les psychiatres.

QUESTION NUMERO 14 e 15

Etant médecin ou paramédical:

Vous pensez que les thérapeutiques médicamenteuses prescrites aux toxicomanes sont:

mieux	1
aussi bien	2
moins bien	3

14

administrées en prison qu'à l'extérieur.

Vous pensez que les psychothérapies prescrites aux toxicomanes sont:

mieux	1
aussi bien	2
moins bien	3

15

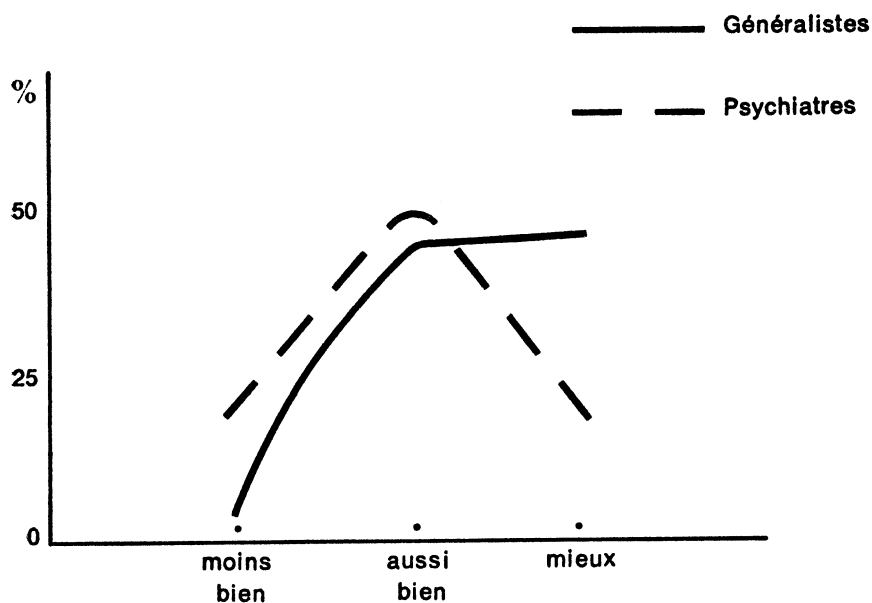
administrées en prison qu'à l'extérieur.

Question numéro 14: thérapeutiques médicamenteuses

	237 médecins %	132 généralistes %	105 psychiatres %
Ne se prononcent pas	1	1	2
Les considèrent mieux administrées	35	47	20
Les considèrent aussi bien administrées...	50	46	55
Les considèrent moins bien administrées...	14	6	23
... EN PRISON QU'A L'EXTERIEUR			

Ce qu'il faut retenir:

– des avis totalement différents sur la question selon que répondent les généralistes ou les psychiatres:

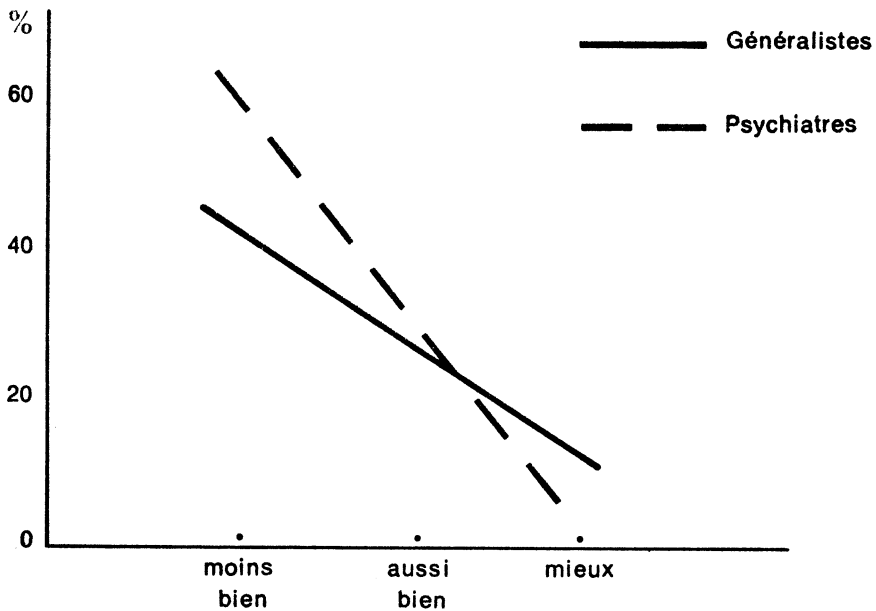


Question numéro 15: psychothérapies

	237 médecins %	132 généralistes %	105 psychiatres %
Ne se prononcent pas	8	12	4
Les considèrent mieux administrées...	10	14	5
Les considèrent aussi bien administrées...	31	31	31
Les considèrent moins bien administrées...	51	43	6
... EN PRISON QU'A L'EXTERIEUR			

Ce qu'il faut retenir:

– des avis toujours différents sur la question selon que répondent les généralistes ou les psychiatres... mais pour les uns comme pour les autres, des avis nettement moins positifs qu' à la question numéro 14.



– 51 % des médecins pensent que les psychothérapies sont moins bien administrées aux toxicomanes en prison qu'à l'extérieur, et pourtant (voir question 12), ils sont 70 % à leur en prescrire: reste à définir ce qu'est une psychothérapie en prison.

QUESTION NUMERO 17-19.

Quel est votre sentiment sur les idées couramment énoncées qui suivent:

- b) La prison introduit le toxicomane dans un milieu de délinquants confirmés

VRAI	1
FAUX	2

17

- d) La prison extrait le toxicomane d'un milieu favorable à sa toxicomanie

VRAI	1
FAUX	2

19

Question numéro 17: prison = milieu de délinquants confirmés

R É P O N S E S	Des 395 Personnes Interrogées	Des 158 Pénitentiaires	Des 237 Médecins	Dont 132 Généralistes	Et 105 Psychiatres	Des 56 travaillant en Etablissements pour peines	Des 339 travaillant en Maisons d'Arrêt
	%	%	%	%	%	%	%
Ne se prononcent pas . . .	5	5	5	6	3	2	5
VRAI	71	75	69	68	70	75	71
FAUX	24	20	26	26	27	23	24

Commentaire:

Réponses sensiblement identiques quelles que soient les personnes interrogées, 7 sur 10 pensent que la proposition énoncée est VRAIE...

Avec toutefois de légères nuances:

Plus on se sent proche du délinquant confirmé, (chef d'établissement plus que médecins / en établissements pour peines plus qu'en maisons d'arrêt) et plus on est persuadé que la prison introduit le toxicomane dans un milieu de délinquants confirmés (cela varie sur 5 % environ).

Question numéro 10: la prison extrait le toxicomane de son milieu

R É P O N S E S	Des 395 Personnes Interrogées %	Des 158 Pénitentiaires %	Des 237 Médecins %	Dont 132 Généralistes %	Et 105 Psychiatres %	Des 56 travaillant en Etablissements pour peines %	Des 339 travaillant en Maisons d'Arrêt %
Ne se prononcent pas	8	6	9	7	12	8	8
VRAI	69	66	71	82	57	79	67
FAUX	23	28	20	11	31	13	52

Commentaire:

De très fortes fluctuations dans les réponses, selon les personnes interrogées:

83 % des médecins généralistes pensent que la proposition énoncée est VRAIE.... mais seulement 66 % des chefs d'établissement et 57 % des psychiatres pensent de même.

La différence des réponses VRAI entre établissements pour peines (79 %) et maisons d'arrêt (67 %) est aussi importante et s'explique plus aisément par les longueurs de temps passé en prison, différentes selon que le détenu toxicomane est en établissement pour peine (moyenne ou longue peine) ou en maison d'arrêt (prévention ou courte peine).

QUESTION NUMERO 20-21

Pensez-vous que l'on puisse parfois parler, chez le détenu toxicomane:

- a) de l'apparition d'une toxicomanie médicamenteuse (dépendance nouvelle à des hypnotiques ou anxiolitiques prescrits, par exemple)

	OUI	1
	NON	2

20

- b) de l'apparition d'autres formes de toxicomanie (alcools, tabac, après-rasage, colle, etc...)

	OUI	1
	NON	2

21

Question numéro 29: Apparition d'une toxicomanie médicamenteuse

R É P O N S E S	Des 395 Personnes Interrogées	Des 158 Pénitentiaires	Des 237 Médecins	Dont 132 Généralistes	Et 105 Psychiatres	Des 56 travaillant en Etablissements pour peines	Des 339 travaillant en Maisons d'Arrêt
	%	%	%	%	%	%	%
Ne se prononcent pas . . .	9	12	8	8	8	7	10
OUI	67	69	65	64	66	80	64
NON	24	19	27	28	26	13	26

Commentaire

- près de 7 personnes sur 10 ayant répondu pensent qu'il y a parfois, chez le détenu toxicomane, apparition d'une toxicomanie médicamenteuse.
- et lorsque l'on ne considère que les personnes travaillent en éta- blissement pour peine, cette propension à répondre par l'affirmative grimpe à 80 %.

Question numéro 21: Apparition d'autres formes de toxicomanie

R É P O N S E S	Des 395 Personnes Interrogées	Des 158 Pénitentiaires	Des 237 Médecins	Dont 132 Généralistes	Et 105 Psychiatres	Des 56 travaillant en Etablissements pour peines	Des 339 travaillant en Maisons d'Arrêt
	%	%	%	%	%	%	%
Ne se prononcent pas . . .	12	11	13	11	16	12	12
QUI	55	61	50	52	48	70	52
NON	33	28	37	37	36	18	36

Commentaire:

- 55 % des personnes ayant répondu pensent qu'il y a parfois, chez le détenu toxicomane, apparition d'autres formes de toxicomanie; ce résultat global cache des chiffres divergents: 61 % des chefs d'éta- blissements le pensent contre seulement 50 % des médecins, 70 % des personnes travaillent en établissement pour peine le pensent contre seulement 52 % en M.A.

Commentaire général sur les réponses aux questions 29 et 21:

– un fort taux d'interviewés « ne se prononcent pas » pour chacune des deux questions: de l'ordre de 10 %.

– au minimum 1 sur 2 et au maximum 4 sur 5 personnes ayant répondu pensent que la détention favorise parfois chez le toxicomane l'apparition de nouvelles formes de toxicomanie: médicaments, alcools, tabac, après-rasage, colle, etc...

QUESTION NUMERO 24

Connaissez-vous le contenu de la loi du 31 décembre 1970 portant sur

La Lutte contre la toxicomanie;

	OUI	1
	NON	2

24

R É P O N S E S	Des 395 Personnes Interrogées	Des 158 Pénitentiaires	Des 237 Médecins	Dont 132 Généralistes	Et 105 Psychiatres	Des 56 travaillant en Etablissements pour peines	Des 339 travaillant en Maisons d'Arrêt
	%	%	%	%	%	%	%
Ne se prononcent pas			9	9	10	11	8
OUI			55	35	68	53	87
NON			36	56	22	36	5

Commentaire:

35 % des chefs d'établissements;

53 % des médecins généralistes;

87 % des médecins psychiatres,
répondent connaître la loi n. 70.1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic illicite des substances vénéneuses.

Cette loi est la base sur laquelle se sont structurées en France les réponses des institutions au phénomène « Toxicomanie » qu'elles découvraient à l'époque.

QUESTION NUMERO 25

A votre avis, la prison a sur le toxicomane une action globalement:

très favorable	1
plutôt favorable	2
plutôt défavorable	3
très défavorable	4

25

Traitement de la question numéro 25

395 réponses:

Total 0 = 49	Moyenne 12 %	ne se prononcent pas
Total 1 = 9	Moyenne 2 %	55 % favorable
Total 2 = 210	Moyenne 53 %	
Total 3 = 113	Moyenne 29 %	33 % défavorable
Total 4 = 14	Moyenne 4 %	

Commentaire:

- Parmi les personnes ayant répondu au questionnaire:

Plus d'1 sur 2 pensent que la prison a sur le toxicomane une action globalement favorable... et 12 % refusent de se prononcer.

Question numéro 25

R É P O N S E S	Des 395 Personnes Interrogées	Des 158 Pénitentiaires	Des 237 Médecins	Dont 132 Généralistes	Et 105 Psychiatres	Des 56 travaillant en Etablissements pour peines	Des 339 travaillant en Maisons d'Arrêt
	%	%	%	%	%	%	%
Ne se prononcent pas			12	11	13	12	15
Très favorable			2	3	2	4	0
Plutot favorable			53	53	53	62	42
TOTAL FAVORABLE . . .			55	56	55	66	42
Plutot défavorable			29	28	29	21	38
Très défavorable			4	5	3	1	5
TOTAL DEFAVORABLE . . .			33	33	32	22	43

Ce qui ressort du tableau précédent:

– Pas de défférence à priori entre les réponses des pénitentiaires et celles des médecins: 55 % pensent que la prison à une action favorable sur le toxicomane.

– Par contre, lorsque l'on examine de plus près les réponses des médecins, on constate qu'elle ne font pas bloc: les 55 % de médecins deviennent 66 % de généralistes contre 42 % de psychiatres.

QUESTION NUMERO 26

Personnellement, vous vous sentez:

bien
assez bien
assez mal

1
2
3
4

26

armé dans vos fonctions pour faire face aux problèmes posés par les détenus toxicomanes

Traitement de la question numéro 26

395 réponses:

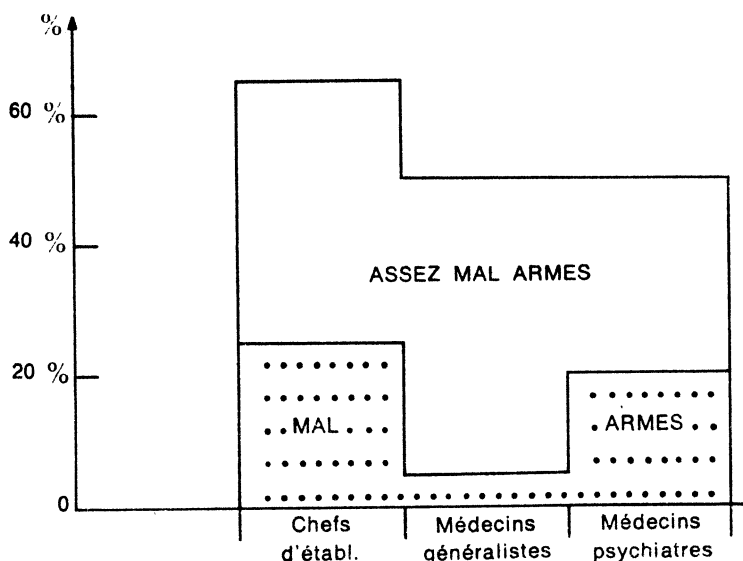
Total 0 = 39	Moyenne 10 %	ne se prononcent pas
Total 1 = 26	Moyenne 7 %	
Total 2 = 111	Moyenne 28 %	35 % se sentent bien ou assez bien armés
Total 3 = 150	Moyenne 38 %	
Total 4 = 69	Moyenne 17 %	55 % se sentent assez mal ou mal armés.

Question numéro 26

R É P O N S E S	Des 395 Personnes Interrogées %	Des 158 Pénitentiaires %	Des 237 Médecins %	Dont 132 Généralistes %	Et 105 Psychiatres %	Des 56 travaillant en Etablissements pour peines %	Des 339 travaillant en Maisons d'Arrêt %
Ne se prononcent pas			10	9	10	8	12
Bien armés			7	5	8	8	8
Assez bien armés			28	19	34	36	32
TOTAL B./A.B.			35	24	42	44	40
Assez mal armés			38	42	36	42	28
Mal armés			17	25	12	6	20
TOTAL A.M./M.			55	67	48	48	48

Ce qui ressort du tableau précédent:

- 67 % des chefs d'établissements pénitentiaires et 48 % des médecins se sentent assez mal ou mal armés dans leurs fonctions pour faire face aux problèmes posés par les détenus toxicomanes:



- 10 % des personnes ayant répondu au questionnaire ont refusé de se prononcer sur cette dernière question.

RESUME

1. - Sur le % des non-réponses aux questions posées (0 = ne se prononcent pas):

Ils restent compris entre 1 et 12 % avec toutefois quelques exceptions:

- 14 % des chefs d'établissements pénitentiaires ne répondent pas lorsqu'il leur est demandé s'ils favorisent pour les toxicomanes un mode de vie carcéral particulier; et ce chiffre grimpe à 16 % lorsqu'il leur est demandé s'ils créent dans leurs établissements des « quartiers réservés » aux toxicomanes.

- 13 % des médecins ne répondent pas lorsqu'il leur est demandé s'ils prescrivent des psychothérapies aux détenus toxicomanes et ce chiffre grimpe à 27 % lorsqu'il leur est demandé s'ils prescrivent aux détenus toxicomanes des traitements médicamenteux de substitution.

2. — *Les chefs d'établissements pénitentiaires face aux problèmes posés par les détenus toxicomanes:*

— ils ne se sentent bien ou assez bien armés dans leurs fonctions que pour 24 % d'entre eux et ne connaissent le contenu de la loi de 70 sur la lutte contre les toxicomanes que 35 % d'entre eux.

— 5 % créent dans leur prison des « quartiers réservés » aux toxicomanes; 25 % leur favorisent un mode de vie carcérale particulier; 85 % leur appliquent une surveillance redoublée.

— Ils pensent que la prison est imperméable aux trafics de stupéfiants pour 57 % d'entre eux; néanmoins ils voient parfois apparaître chez le détenu toxicomane: soit une toxicomanie médicamenteuse (69 % d'entre eux l'affirment), soit une autre forme de toxicomanie (61 % d'entre eux l'affirment).

— Parmi eux, 57 % pensent que la prison délivre le détenu toxicomane de sa dépendance physique et 66 % qu'elle l'extrait d'un milieu favorable à sa toxicomanie.

— Enfin, pour 56 % d'entre eux, la prison a sur la toxicomanie une action globalement favorable avec toutefois une réserve de taille: 75 % d'entre eux pensent qu'elle l'introduit dans un milieu de délinquants confirmés.

3. — *Les médecins — généralistes et psychiatres — face aux problèmes posés par le détenu toxicomane:*

	Parmi les généralistes	Parmi les psychiatres	
et	44% 53%	40% 87%	Se sentent bien ou assez bien armés dans leurs fonctions, connaissent le contenu de la loi du 31.12.70
	22%	5%	Disent prescrire des traitements médicamenteux de substitution
	85%	90%	Disent prescrire des traitements médicamenteux non substitutifs
	64%	77%	Disent pratiquer des psychothérapies
	67%	56%	Pensent que la prison est imperméable aux trafics des stupéfiants
néanmoins	64%	66%	Voient parfois apparaître chez le détenu toxicomane une toxicomanie médicamenteuse
et	52%	48%	Une autre forme de toxicomanie (alcools, tabacs, après-rasage, colle, etc...
	70%	79%	Pensent que la prison délivre le détenu toxicomane de sa dépendance physique
et	82%	57%	Qu'elle l'extrait d'un milieu favorable à sa toxicomanie
enfin	66%	42%	Pensent que la prison a, sur le toxicomane, une action globalement favorable
mais	68%	70%	Considèrent qu'elle l'introduit dans un milieu de délinquants confirmés.

Conclusions

Dans le questionnaire que je viens de vous exposer il ressort:

– *Que la prison, en France, est imperméable à tout trafic.*
Sur 10 personnes interrogées 6 affirment.

– *La prison délivre-t-elle le toxicomane de sa dépendance physique?*
7 personnes sur 19 pensent que la prison le délivre.

Les médecins sont plus formels, surtout les psychiatres. Les pénitenciers se prononcent moins massivement.

– *70 % des personnes interrogées pensent qu'il ne faut pas créer de quartier spécial pour les toxicomanes, de même qu'il ne faut pas créer de mode de vie carcéral particulier (61 %).*

Les pénitenciers interrogés disent appliquer une surveillance redoublée pour les toxicomanes.

– *En ce qui concerne les traitements de substitution, 27 % des médecins ne se prononcent pas.*

Est-ce le secret médical, savent-ils bien conduire le traitement par la Méthadone? Autant de questions auxquelles je ne peux pas répondre.

48 % des généralistes et 67 % des psychiatres n'en prescrivent pas. Par contre 16 % des médecins, psychiatres et généralistes confondus en prescrivent.

– *Quant aux traitements non substitutifs, 87 % des médecins, généralistes et psychiatres confondus, en prescrivent.*

– *Les psychothérapies sont prescrites à 79 % par les médecins (64 % par les généralistes, 77 % par les psychiatres).*

– *Il semble, pour les psychiatres comme pour les généralistes, que la thérapeutique médicamenteuse est à 59 % aussi bien administrée qu'à l'extérieur.*

– *Par contre les psychothérapies, en particulier pour les psychiatres, sont moins bien appliquées qu'à l'extérieur.*

– *7 personnes sur 19 considèrent que la prison introduit le toxicomane dans un milieu de délinquance confirmé.*

– *La prison extrait-elle le toxicomane de son milieu?*

82 % des généralistes, 66 % des chefs d'établissement et 57 % des psychiatres sont formels: la réponse est oui.

– *Quant à l'apparition d'une toxicomanie médicamenteuse en prison elle est vraie pour 7 personnes sur 19 interrogées, avec une majoration à 89 % pour les établissements de peines.*

– *Enfin il peut apparaître une autre forme de toxicomanie: médicaments, colle, après-rasage, tabac. Réponse affirmative pour 61 % des chefs d'établissement et pour 59 % des médecins.*

– Pour terminer, le point qui me semble le plus important de mon étude: *la prison en France a une action favorable pour le toxicomane chez 55 % des interrogés, une action très favorable chez 2 % des interrogés et une action plutôt favorable chez 53 % des interrogés.*

12 % des personnes interrogées ne se prononcent pas et 33 % considèrent que l'action de la prison est défavorable.

– *Dans l'ensemble, le médecin pénitentiaire se considère comme mal armé pour faire face à la toxicomanie en prison, à 55 %.*

« CARCERE E DROGA » IL PUNTO DI VISTA DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

LUIGI DAGA (*)

SOMMARIO: 1. Termini del problema ed entità del fenomeno. - 1.1) Esame preliminare dei termini del problema: a) l'Amministrazione penitenziaria; b) il tossicodipendente. - 1.2) Entità del fenomeno. - 2. Il carcere come risposta. - 2.1) La risposta del carcere. - 2.2) Possibili alternative. - 2.3) Il trattamento dei tossicodipendenti. - 3. I problemi posti all'Amministrazione penitenziaria. - 3.1) Problemi generali. - 3.2) I problemi del primo ingresso. - 3.3) I problemi del mantenimento. - 3.4) Prevenzione e repressione. - 4. Conclusioni. - 4.1) Le risorse. - 4.2) Proposte operative.

1. - TERMINI DEL PROBLEMA ED ENTITÀ DEL FENOMENO

1.1. - *Esame preliminare dei termini del problema*

a) *L'Amministrazione penitenziaria*

Appare opportuno apportare preliminarmente alcuni chiarimenti sui soggetti fondamentali di questa relazione: l'Amministrazione penitenziaria e il tossicodipendente.

Ogni Amministrazione penitenziaria — e precisiamo che ogni volta che parleremo di A.P. non ci riferiremo ad una in particolare ma a tutte, cercando di generalizzare i problemi identificando quelli veramente comuni a tutti i pratici del settore — è parte integrante del sistema della giustizia penale del paese.

(*) Magistrato di Tribunale, Direttore dell'Ufficio studi, ricerche e documentazione, Direzione Generale per gli Istituti di Prevenzione e Pena del Ministero di Grazia e Giustizia - Italia.

È quindi collegata con il resto del sistema, ed è quindi destinata comunque — visto che in tutti i paesi d'Europa la droga è, in diversa misura, un oggetto della repressione penale — a sopportare l'impatto con i detenuti tossicodipendenti:

- 1) per reati connessi alla detenzione, uso o spaccio e traffico di droga;
- 2) per reati comuni commessi da tossicomani.

Questo perché, in linea di principio, l'A.P. è il sistema complessivo, che si occupa della custodia degli imputati e dell'esecuzione delle pene inflitte ai condannati. Ma l'A.P. è anche un sistema con finalità trattamentali, siano esse tassativamente previste dalle leggi fondamentali dello Stato (come per l'Italia) o basate su programmi correzionali variabili nel tempo per motivi politici o finanziari, è quindi anche l'insieme di organizzazioni private e pubbliche che si occupano dei bisogni e dei problemi dei detenuti in istituzioni chiuse o aperte, e del loro reinserimento sociale.

Ne consegue che il problema riguarda sia le carceri (istituzioni chiuse), sotto il doppio profilo della sicurezza della istituzione e del benessere del detenuto drogato e dell'intera popolazione penitenziaria (pericoli di contagio), che tutte le strutture (anche non « penitenziarie », ad es. gli enti locali, ove questi si occupino per legge del problema, enti privati ecc.) che hanno come cliente un tossicomane soggetto a norme penali (anche in libertà), sotto il punto di vista della sicurezza (difesa sociale in generale) nonché dell'efficienza del trattamento e del loro risultato.

Occorre quindi una prima precisazione: concetto di riferimento sarà quello della Amministrazione penitenziaria in senso stretto, senza però perdere di vista le interazioni con gli altri soggetti pubblici e privati che lavorano nel campo.

Deve infatti subito avvertirsi la necessità di valutare realisticamente le limitate possibilità e i limitati compiti della A.P. nel settore del recupero dei tossicodipendenti detenuti, al fine di non porsi obiettivi illusori e irraggiungibili.

Non può infatti ragionevolmente sostenersi che il carcere dovrebbe sempre riuscire là dove hanno fallito la società e la famiglia.

A.P., in senso stretto, in ulteriore approssimazione, comprende nella generalità dei casi anche il settore dei servizi

sanitari e quello di servizio sociale: poiché però tali due sottosistemi sono oggetto di altre relazioni, il taglio di questo rapporto sarà relativo ai problemi degli istituti chiusi, al fine di fornire una visione eminentemente pratica e che non pretende di coprire tutto l'arco della problematica.

b) *Il tossicodipendente*

Il secondo termine del problema è costituito dal drogato (o dalla droga che esso assume); non è la sede per discutere sul punto. La definizione di tossicodipendente è in genere connessa non alla sostanza assunta ma alla sua « dipendenza fisica » e « psichica » della sostanza.

Ai nostri fini, come scelta indotta dall'esperienza penitenziaria sul piano della maggiore pericolosità e maggiore difficoltà nel reinserimento, riterremo « drogato » il tossicodipendente da oppiacei e da altre droghe pesanti, nonché il tossicodipendente che fa uso di psicofarmaci nonché di sostanze sostitutive (medicinali in genere, inalazioni di gas). Opportuno precisare che non deve essere fatto riferimento per determinare la categoria al tipo di reato commesso, ma soltanto alla condizione obiettiva di tossicomane.

Il parametro del reato (connesso alle leggi che reprimono l'uso e il traffico di droga) non è sufficiente, poiché molti drogati commettono reati comuni, motivati dal bisogno di procurarsi droga. Vi è poi una categoria « marginale »: quella del delinquente comune che assume sostanze psicotrope in genere per commettere reati.

Se l'abuso delle sostanze ne determina la tossicodipendenza, questo tipo di detenuto rientrerà nella categoria generale: esso peraltro pone più gravi problemi in genere all'istituzione perché trattasi di deviante di tipo diverso, la cui pericolosità criminale è più radicata.

Nell'ottica di un trattamento coerente e globale della personalità e delle problematiche del tossicodipendente in istituto penitenziario è necessario che tutti gli operatori carcerari (dall'agente, all'educatore, all'assistente sociale) coinvolti nella vita istituzionale del detenuto tossicomane, posseggano una corretta informazione del problema « droga ».

La distinzione tra consumatore, tossicofilo, tossicomane, tra droghe leggere e droghe pesanti, tra droghe legali e illegali

ecc., assume un'importanza rilevante per la chiara conoscenza del « tossicomane » al di là delle errate informazioni allarmistiche o permissiviste dei mass-media.

Puntualizzare questo punto appare importante in quanto ha i suoi riflessi sulla percezione spesso distorta del « drogato » da parte degli operatori penitenziari e su una prassi di trattamento istituzionale permissiva o repressiva non congrua al reale caso di tossicomania. (Ad esempio spesso vediamo negli istituti l'uso di atteggiamenti estremamente permissivi verso l'alcolista, e atteggiamenti repressivi e di rifiuto verso il consumatore di droghe leggere).

1.2. - *Entità del fenomeno*

Con il progressivo aumento globale dei casi di tossicodipendenza e l'inadeguato incremento delle risposte ai problemi di fondo (sociali, personali ecc.) che sono sottesi all'abuso della droga aumenta in maniera imponente il ricorso del tossicodipendente al reato, e di conseguenza il numero dei « clienti » della A.P.

In Italia al 31 dicembre 1981 il 17,1 % della popolazione detenuta maschile era coinvolto nel fenomeno e ben il 33,2 % della popolazione femminile. Mediamente si è avuto dal 1979 al 1981 un aumento della presenza di tossicomani in carcere superiore al 50 %.

Dati simili si riscontrano a livello europeo, dimostrando una preoccupante generalizzazione del fenomeno. Il tossicodipendente non è più una esigua minoranza, e pone seri problemi alla A.P., problemi che sono di carattere epidemiologico e repressivo, prima ancora che trattamentali.

Oltre che di carattere quantitativo, infatti il problema preoccupa per la diversa qualità del fenomeno, rispetto a quello che presentano le diverse fasce caratteristiche della popolazione penitenziaria: in effetti il problema dei detenuti drogati si pone anche alle A.P. ipoteticamente preoccupate del solo aspetto custodiale e di difesa sociale generale, non soltanto a quelle fondate su un sistema improntato a finalità di risocializzazione. Il perché è evidente: il drogato è un elemento disturbatore nel sistema, un imprevedibile elemento di rottura, prima ancora di essere un soggetto-oggetto di un programma possibile di reinserimento

2. - IL CARCERE COME RISPOSTA

2.1. - *La risposta carcere*

Come parte del sistema penale complessivo l'Amministrazione penitenziaria è soggetta, nella quantità e qualità degli ingressi dei clienti, a molti fattori variabili, quali la Legislazione penale sostanziale, il tipo di pene (detentiva e non) che possono essere inflitte, la quantità globale dei reati commessi, l'efficacia dell'azione investigativa della Polizia nell'identificare gli autori dei reati, l'efficienza dei tribunali e il loro atteggiamento nella quantificazione della pena e nella scelta della medesima.

In pratica si dice che l'Amministrazione penitenziaria non può scegliere il cliente, ma lo subisce (essendo amministrazione « servente »), e può soltanto tentare di adattarsi, nei procedimenti e nelle finalità (relativamente ai sistemi che godono di qualche discrezionalità nella indicazione dei fini), alla situazione qualitativa-quantitativa della popolazione detenuta.

Se questo è vero è anche vero che per i suoi stessi specifici compiti e responsabilità l'Amministrazione penitenziaria è più di ogni altra idonea a valutare quali siano i limiti qualitativi della istituzione carcere, oltre i quali l'imprigionamento non riveste più un valore positivo ai fini della difesa sociale generale ed ai fini di prevenzione speciale (vale a dire del trattamento e della risocializzazione), ma al contrario assume un valore negativo di criminogenesi e di fattore moltiplicatore della devianza.

Il che avviene puntualmente ogni qualvolta il carcere è una risposta indiscriminata ad un fascio troppo esteso di comportamenti antisociali, quando si verifica il fenomeno del sovraffollamento, quando l'opinione pubblica — e gli enti locali, « politici » per propria natura forse più delle istituzioni statali centralizzate — non sono sensibili al problema del recupero del detenuto, quando non vi sono le premesse e gli strumenti, anche finanziari, per l'attuazione di un trattamento risocializzativo differenziato per il condannato, quando infine, ed è il caso italiano, non si può soddisfacentemente attuare la separazione di giudicabili e condannati per l'imponente

percentuale di detenuti in attesa di giudizio e per la lunghezza delle carcerazioni preventive.

Come parte dello Stato-governo, e come fattore modificativo dell'opinione pubblica, sia direttamente che a mezzo del numeroso staff che lavora nel settore (e non si escludono le associazioni private e il fenomeno del volontariato), l'Amministrazione penitenziaria può però incidere direttamente (con iniziative legislative) e indirettamente (fornendo dati sulla realtà penitenziaria e analisi realistiche della situazione, previsioni sugli andamenti ecc.) nelle scelte politiche degli altri organi dello Stato, che concorrono a creare il quadro normativo della giustizia penale.

Orbene, con riferimento alla specifica situazione del tossicodipendente, è da anticipare sin da ora quello che appare essere il risultato di ogni ricerca nel campo, e che del resto emerge dall'esperienza di tutti i pratici del settore: occorre ridurre al minimo la risposta « carcere » nei confronti del deviante tossicodipendente.

Se è opinione consolidata, per esperienza della moderna scienza criminologica e penitenziaria, che la pena detentiva non può avere nella maggioranza dei casi un effetto risocializzatore, ciò è tanto più vero nei confronti delle categorie che hanno subito in partenza ulteriori emerginazioni, come appunto quella dei tossicodipendenti. Il particolare ambiente dell'istituzione carcere, che riproduce un microcosmo caratterizzato dall'accentuazione di tutti i meccanismi violenti e repressivi presenti nella società esterna, rende estremamente difficile il lavoro degli operatori impegnati nel settore del trattamento e del recupero dei drogati.

Parallelamente quindi allo sforzo « all'interno » dell'istituzione, si dovrà creare una mobilitazione di opinione pubblica per favorire sia legislativamente che con la prassi giurisprudenziale il ricorso ad altre forme di controllo penale, che permettano al tossicodipendente di avere più chances di reinserimento e sgravino le istituzioni chiuse di un problema di difficile soluzione e di per sé causa di molti altri problemi.

2.2. - *Possibili alternative*

Si fa qui di seguito esclusivo riferimento alla situazione italiana. I detenuti tossicodipendenti non sono discriminati

dagli altri detenuti nella possibilità di fruire delle misure alternative alla detenzione, vale a dire l'affidamento in prova al servizio sociale, la semilibertà, la libertà controllata e la semi-detenzione. Questo è vero soltanto in linea di principio, poiché l'esperienza dimostra, anche in assenza di specifiche ricerche sul campo, che in generale il tossicodipendente per la particolare situazione di emarginazione non dispone di punti validi di riferimento esterno (familiari, lavorativi), e quindi meno degli altri condannati è in condizione di offrire quel minimo di garanzia di probabilità di reinserimento richiesto, sul piano della difesa sociale, per accedere a tali misure.

Tali misure poi, va precisato, intervengono (salvo le ultime due, di recente istituzione e finora di scarsa applicazione) soltanto dopo un periodo più o meno lungo di carcerazione, verificandosi quindi tutti gli aspetti negativi, sull'istituzione e sul tossicodipendente, propri e specifici del primo periodo di esperienza carceraria dei provenienti dalla libertà.

Moltissimi tossicodipendenti si trovano infatti — ed è fenomeno generalizzato — in carcere in attesa di giudizio, perché arrestati in flagranza di reato o perché i reati commessi prevedono obbligatoriamente la cattura dell'imputato: in questi casi la « crisi » dovuta all'impatto con la perdita della libertà (e della possibilità di assumere droga) si somma all'incertezza sulla propria sorte, dal punto di vista del processo, con immaginabili effetti sul soggetto.

Estremamente opportuno è stata quindi la recente introduzione nel codice di procedura penale italiano di alcune norme (Legge 12 agosto 1982, n. 532) che prevedono che il giudice può sostituire lo stato di custodia preventiva con l'arresto nella propria abitazione o in altro luogo di privata dimora ovvero in un luogo pubblico di cura o di assistenza.

Il che significa che è praticabile per il tossicodipendente in attesa di giudizio una via diversa dal carcere: quella, come emerge dalle già numerose applicazioni, degli arresti domiciliari o del soggiorno in comunità terapeutiche specializzate per l'assistenza e il recupero dei drogati. La favorevole accoglienza dei mass-media a tale tipo di sentenze e la diffusione delle notizie sui casi che si sono verificati fanno prevedere l'accentuazione di tale indirizzo giurisprudenziale con intuibili effetti favorevoli e sulla istituzione e sui tossicodipendenti.

2.3. – *Il trattamento dei tossicodipendenti*

Nonostante le misure alternative previste in varie legislazioni, e i particolari programmi correzionali già in atto o in sperimentazione per i tossicodipendenti, siamo ancora in presenza di una gran parte di detenuti tossicodipendenti che devono sopportare una esperienza carceraria in istituti di tipo chiuso.

Occorre pertanto esaminare realisticamente i problemi posti all'istituzione e prospettare alcune soluzioni, senza la pretesa, in questo campo sempre eccessiva, di enunciare dogmi o certezze di alcun tipo.

Parleremo sovente di « trattamento » del tossicodipendente, ed è quindi opportuno precisare il senso in cui questa espressione viene qui usata.

« Trattamento » del condannato è certamente un termine polivalente e di per sé ambiguo, che non si è totalmente liberato dalle connotazioni cliniche proprie di un determinato approccio criminologico né da una certa coloritura di imposizione-violenza che lo ha fatto ripudiare da settori sempre più vasti della moderna scienza criminologica e penitenziaria.

Senza volere in questa sede affrontare e risolvere problemi di ben più ampio respiro, è però necessario intendersi sui termini del discorso; si fa qui riferimento, di seguito, ad un doppio significato:

a) trattamento come modo di trattare, regime di vita, offerta di opportunità sul piano del mantenimento (almeno) della personalità acquisita al momento dell'ingresso in carcere (con riferimento quindi a tutti i detenuti, siano essi tossicodipendenti o no, in attesa di giudizio o condannati);

b) trattamento rivolto ai condannati, come collaborazione della istituzione carceraria all'opera di rieducazione, che deve essere il più possibile frutto autonomo di un diverso atteggiarsi del soggetto nei confronti delle scelte personali e sociali.

Tale impegno presuppone, con evidenza, una collaborazione del detenuto, risultando altrimenti impossibile ogni sforzo da parte dell'Amministrazione penitenziaria.

Con specifico riguardo al tossicodipendente, tale secondo contenuto del trattamento coincide in larga parte con il trat-

tamento di disassuefazione prima e mantenimento poi, che è un procedimento a ben vedere non collegato alla posizione giuridica (giudicabile o condannato), come invece sono le prime due valenze indicate.

In tale ultima connotazione di trattamento ha largo spazio il trattamento sanitario, anche se non può tale approccio essere ritenuto né esaustivo né prevalente, come avremo modo di sostenere. Si impone a questo punto una riflessione: se pure si è parlato di « crisi del trattamento », sia per i motivi « ideologici » cui si è fatto sopra riferimento che per motivi più strettamente finanziari (sembrando risultare in alcuni paesi non conveniente, in termini di costo/benefici con riferimento alla recidiva, impegnarsi in programmi lunghi e costosi di recupero dei criminali), nessuna Amministrazione penitenziaria potrà esonerarsi dall'affrontare i gravissimi problemi del tossicomane incarcerato: e per motivi di civiltà e di necessario rispetto del principio della pena umana e per elementare difesa della sicurezza all'interno degli istituti. Paradossalmente il carcere assume la funzione di ultima spiaggia, di tentativo di risposta finale ad un problema che non è stato risolto né affrontato nell'ambiente libero della comunità civile. Risposta repressiva ed emarginante sì, ma spesso unica reale offerta di un concreto impegno dell'istituzione nell'aiuto al tossicodipendente che voglia ribellarsi alla propria condizione.

3. - I PROBLEMI POSTI ALL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

3.1. - *Problemi generali*

Il tossicomane pone alla A.P. oltre che tutti i problemi degli altri detenuti (in ordine alla sicurezza e alla disciplina e in ordine all'impegno sul piano del trattamento e della risocializzazione) altri e specifici problemi connessi alla particolare condizione personale, che ha riflessi sia in ordine al piano sanitario (sindrome di astinenza, malattie collaterali, particolare scadimento fisico) che al piano comportamentale (autolesionismo, depressione e indifferenza alle regole disciplinari, intolleranza da parte dei condetenuti) che al piano penale (poiché

il tossicodipendente è, per la spinta a procurarsi droga, dotato di alta pericolosità criminale, ed è spesso protagonista di episodi di introduzione e traffico di sostanze stupefacenti in carcere).

Un secondo ordine di problemi è quello della messa a dura prova delle risorse organizzative della A.P. sul piano trattamento. È infatti indubbio che il tossicomane va seguito molto più che un detenuto normale, e con particolari metodiche e con personale preparato. E questo può mettere in crisi gli istituti, visto che in generale le A.P. non dispongono di forze adeguate per il numero dei clienti, che aumenta sempre più in tutti i paesi d'Europa. Le maggiori esigenze qualitative dei tossicodipendenti detenuti possono anche far saltare i programmi di previsione, e i ruoli previsti negli istituti per le diverse categorie di operatori penitenziari possono rilevarsi grandemente insufficienti.

Nel microcosmo carcerario il tossicodipendente ritrova, accentuato, l'ambiente sfavorevole esterno che ha concorso alla progressiva creazione della sua dipendenza dalla droga. Tale dipendenza aggravata dal senso di isolamento dell'incarcerazione, risposta « dura » con cui la società sancisce la frattura con il mondo « normale »: in particolare, a parte il rigetto da parte del personale di custodia (perché il tossicomane esprime un alto livello di richieste e di necessità di intervento), il suo particolare stato ansioso rende il tossicodipendente invisibile e non tollerato da una parte della popolazione detenuta, e insieme, oggetto facile di sfruttamento per la parte peggiore della medesima. Tutto questo sfocia in uno stato di continua tensione che ha una negativa influenza nel clima generale dell'istituto, e che causa un effetto moltiplicatore dei disagi propri della condizione del tossicodipendente.

3.2. — *I problemi del primo ingresso*

Subito dopo l'arresto, il tossicomane viene immesso nel circuito carcerario assieme agli altri — normali — compagni di pena; uguale è la trafila di ingresso in carcere, peggiore e più drammatico lo shock delle prime ore e dei primi giorni di detenzione. Appare evidente che l'Amministrazione peni-

tenziaria deve farsi pieno carico di due problemi fondamentali, in questo stadio della vicenda carceraria del tossicomane:

- 1) individuazione dello stato di tossicodipendenza;
- 2) azione di controllo e sostegno nel primo periodo della detenzione.

Circa il primo problema, quello della individuazione del tossicodipendente, occorre predisporre una serie di interventi il più possibile immediati, prima ancora di procedere all'isolamento dell'individuo (in genere necessitato dalla sua posizione di arrestato, in attesa dell'interrogatorio dell'Autorità Giudiziaria). Tali interventi devono essere di tipo sanitario, con visita del soggetto e compilazione di una cartella clinica, e di tipo socio-psicologico, attraverso un colloquio con un operatore penitenziario culturalmente attrezzato per comprendere e seguire la problematica delle prime ore di privazione della libertà.

Tale immediato intervento è assolutamente necessario per evitare il precipitare di situazioni psico-neurologiche già precarie: è esperienza comune che i suicidi dei tossicodipendenti avvengono nelle prime ore e nei primi giorni di carcerazione.

Nel caso di recidivi (nel campione esaminato in una recente ricerca condotta dall'Amministrazione penitenziaria italiana si trattava del 72,4 %), la documentazione già in possesso dell'istituzione permette una conoscenza abbastanza precisa della situazione psico-fisica del soggetto; nei casi di primo ingresso assoluto soccorrono l'esame medico, le dichiarazioni del soggetto (mai reticenti, anzi in genere esagerate nell'indicare la quantità di droga assunta pro die), le analisi cliniche. A proposito di queste occorre richiamare la necessità di una migliore regolamentazione della materia, essendo impossibile per alcune legislazioni procedere ad analisi coattivamente.

Identificato il tossicomane, si dovrà procedere ad interventi di carattere sanitario che avranno una diversa gamma di esecuzione a seconda del grado di insofferenza del soggetto alla forzata deprivazione dell'uso della droga.

L'esperienza della Amministrazione penitenziaria italiana è però nel senso che di reali e conclamate crisi di astinenza, con necessità di sottoporre il T.D. a massicce terapie

coadiuvanti o sostitutive se ne verificano ben poche, e che il maggior bisogno di intervento nei confronti del tossicomane sia nel senso del continuo sostegno psicologico. Tale intervento è più difficile invero per le Amministrazioni penitenziarie dello intervento sanitario, in quanto necessariamente da svolgere a livello personale e per un rilevante arco di tempo, ed è ancora più difficile perché in questa prima fase di svezamento il tossicodipendente collabora scarsamente con l'operatore: richiede soltanto droga o suoi sostituti.

Occorre anche provvedere alla protezione della personalità del soggetto, che nella quasi totalità dei casi non ha una vera personalità criminale ma ha commesso il reato perché indotto dalla necessità di procurarsi la droga. Un contatto con la « malavita » comune in questo stadio delicatissimo può produrre un deterioramento irreversibile della personalità con costruzione di modelli antisociali peggiori e più pericolosi.

La concentrazione dei tossicodipendenti in apposite sezioni degli istituti in questa prima fase potrebbe assolvere alla duplice funzione di meglio seguirli sia dal punto di vista sanitario che psicologico, nonché di proteggerli e separarli dalla restante popolazione detenuta. La prima controindicazione è costituita dalla compagnia di altri tossicodipendenti, con evidente crescita dell'ansia e della nevrosi da astinenza, mentre un altrettanto evidente vantaggio è costituito dalla possibilità di attuare un livello di sicurezza maggiore rispetto al resto dell'istituto, per limitare al massimo i rischi di introduzione delle sostanze stupefacenti.

Una tale soluzione — aree attrezzate sia da un punto di vista sanitario che psicologico — sembra ottimale con riferimento al primo periodo di svezamento, ma è evidentemente attuabile soltanto in alcuni grandi istituti, mentre i tossicodipendenti possono essere arrestati dovunque, e di conseguenza assegnati anche in piccoli istituti dove si trovano immediatamente isolati dal resto della popolazione penitenziaria.

Quel che è da ribadire è che dovrebbe evitarsi la concentrazione dei tossicomani nelle infermerie e nei centri clinici, in promiscuità con i malati « normali »; è vero che questa spesso è l'unica risorsa disponibile alla Amministrazione penitenziaria, ed in effetti rende possibile un migliore sostegno medico nel primo periodo: presenta però la controindicazione

di accentuare l'equazione tossicodipendenza = malattia fisica, sminuendo la possibilità di un apporto psico-sociale, e di creare numerosi problemi per i detenuti « malati », date le particolari caratteristiche comportamentali del tossicodipendente.

È peraltro vero che il ricovero in tali sezioni si impone in tutti i casi in cui esistono primarie esigenze sanitarie, ad esempio per malattie anche gravi collegate allo stato di tossicodipendenza.

Una notazione di carattere pratico: nella assegnazione dei tossicodipendenti alle infermerie e ai centri clinici bisognerà aumentare il livello di controllo e di sicurezza generale rispetto quello medio solito dei reparti destinati ad ospitare detenuti malati; non è infrequente infatti il fenomeno del furto di medicinali o di sostanze propriamente stupefacenti da parte del tossicodipendente degente.

In molti casi, soprattutto nei piccoli istituti, nei casi gravi di disturbi fisici si deve ricorrere al ricovero in luoghi esterni di cura, con una inevitabile deprivazione dell'aiuto da parte di personale specializzato non medico, e la offerta di un mero trattamento clinico che da solo non può soddisfare la problematica del tossicodipendente.

Reparti carcerari opportunamente attrezzati su base territoriale sono previsti dalla legislazione italiana (art. 84 legge 22 dicembre 1975, n. 685), in aderenza ai principi contenuti nella Risoluzione (73) 6 del Consiglio d'Europa sugli aspetti penali dell'abuso di droghe (I, B, 5 e I.E.).

Tali reparti, in via di attuazione, concreteranno il diritto del detenuto tossicodipendente ad ottenere non soltanto le cure mediche, ma anche l'assistenza necessaria per la sua riabilitazione.

Si delinea così un sistema non esclusivamente fondato sull'aiuto sanitario ma aperto a tutte le componenti di assistenza psicologica e sociale.

In tali reparti, comunque, non è prevista la permanenza del tossicodipendente al di là della prima fase dello svezamento.

In ogni caso ogni Amministrazione penitenziaria si trova costretta, in questa prima fase, a rispettare l'esigenza di giustizia nell'assegnazione dei soggetti ai vari istituti, che sono in genere quelli prossimi all'autorità giudiziaria che procede.

Assume quindi un valore soltanto teorico il problema della concentrazione o dispersione del tossicodipendente in uno o pochi istituti specializzati o al contrario in tutte le carceri del sistema; in tale fase l'Amministrazione penitenziaria può soltanto operare all'interno dei singoli istituti attrezzando particolari sezioni, come detto, nelle carceri che ospitano in genere un maggior numero di tossicodipendenti.

Tali strutture devono essere concepite come unità multidisciplinari ove operino sanitari, psicologi, educatori, assistenti sociali, in modo da poter assicurare un completo trattamento di sostegno nella prima fase dello svezzamento. Dipenderà dalle legislazioni nazionali se tale opera debba essere svolta in proprio dall'Amministrazione penitenziaria o attraverso l'apporto della struttura sanitaria pubblica nazionale, come nel caso dell'Italia; comunque è da rilevare la utilità dei contatti anche operativi con le strutture esterne, che dovranno poi comunque prendere in carico la problematica dei tossicomani dimessi, anche per la scelta della metodologia di svezzamento intramurale, che con evidenza non dovrebbe essere disomogenea a quelle degli enti esterni (es. problema del metadone, ecc.).

Consegue a quanto detto che in genere l'Amministrazione penitenziaria non è neanche libera — considerando una ipotetica situazione ottimale e non il crescente sovraffollamento delle prigioni — di assegnare sempre il detenuto in un istituto prossimo alla sede della famiglia, finalità che vede sempre perseguirsi nei confronti di tutti i detenuti.

Un aspetto del problema abbastanza controverso tra i pratici è quello dell'effetto dei contatti con la famiglia da parte del tossicodipendente: in linea di massima si sostiene che il favorire i contatti con il nucleo familiare ha un benefico effetto sul tossicomane. Bisogna però realisticamente opporre che in genere tra le famiglie di origine (poiché il maggior numero di tossicomani sono molto giovani, essendo le fasce più colpite quelle che vanno dai 22 ai 25 anni, e poi dai 26 ai 30) e il tossicodipendente esiste una frattura e un gap di comprensione, talché la posizione di rifiuto da parte dei familiari deve spesso volte essere modificato con un paziente lavoro di servizio sociale.

Ci sono però — e numerose — famiglie realmente interessate ad aiutare i congiunti che versano nella doppia condi-

zione di detenuto e tossicomane: in questi casi l'Amministrazione penitenziaria è chiamata a sopportare un maggiore sforzo — sul piano custodiale e organizzativo — per permettere un più ampio numero di colloqui e per favorire nei modi consentiti dalla legge tali contatti.

3.3. — *I problemi del mantenimento*

Superato il primo periodo di esperienza carceraria, durante il quale si vince con effetti generalmente positivi (ove sia assicurata l'impossibilità di procurarsi droga) la dipendenza fisica delle sostanze stupefacenti (anche se quasi mai è ancora del tutto superata la dipendenza psichica), il detenuto tossicodipendente ha in genere meglio chiara anche la sua vicenda processuale, ove non conosca già la pena inflitta, e quindi ha buone possibilità di normalizzare il suo comportamento.

Questo risulta vero a due condizioni difficilmente realizzabili nelle attuali strutture penitenziarie:

1) che si sia efficacemente operato nella prima fase con un sostegno non soltanto medico ma anche psico-sociale, al fine di motivare realmente il detenuto ad una modifica radicale del suo approccio verso i problemi personali;

2) che non venga mai meno e la struttura di sicurezza di controllo e la « terapia » di mantenimento, o meglio « trattamento di mantenimento ».

In questa fase occorre modificare i termini relazionali del rapporto tra tossicodipendenti e mondo esterno: mentre nel primo periodo le figure di riferimento erano lo psicologo o l'educatore da un lato e il sanitario dall'altro, in questo stadio successivo (che si deve considerare durare fino alla dimissione del soggetto dall'istituto chiuso), oltre che di fronte alle figure degli operatori suindicati, che sono sempre essenziali al buon proseguimento dell'opera di trattamento, occorre porre il detenuto tossicodipendente di fronte alla realtà complessiva dell'istituzione, invitandolo a confrontarsi con il resto della popolazione penitenziaria, inserendolo nel normale circuito delle possibilità trattamentali offerte dalla istituzione, in particolare del lavoro, dello studio, della attività di tempo libero e sportivo, responsabilizzandolo gradualmente.

Il detenuto che si è liberato dalla dipendenza fisica dagli stupefacenti non può essere infatti mantenuto in una situazione artificiosa di separatezza dal resto della popolazione carceraria non tanto perché questa costituirebbe una « ghettizzazione » (l'essere ristretto in sezioni speciali può risolversi in un migliore trattamento e in benefici per il detenuto), quanto perché non è in tal modo possibile, all'interno della istituzione, ammettere il tossicodipendente alle occupazioni consentite agli altri detenuti, come il lavoro e le altre attività che si svolgono nei locali comuni.

Nell'attuazione dei programmi di trattamento individuali all'interno degli istituti chiusi — in tutti i casi in cui il tossicodipendente non abbia la possibilità di godere delle misure alternative alla detenzione — dovrà essere realisticamente valutata l'esigenza della volontarietà dell'approccio da parte del tossicodipendente, che per essere effettivo e valido dovrà essere non soltanto « volontario » ma anche « spontaneo », cioè non inquinato da secondi fini e motivazioni strumentali, così come dovrà essere incentivato il lavoro degli operatori all'esterno, nell'ambiente familiare, sociale e lavorativo che dovrà accogliere il tossicodipendente.

Potrebbe ipotizzarsi in questa fase, per i condannati che hanno superato la più urgente problematica della dipendenza fisica, la concentrazione in uno o pochi istituti, dotati di particolari strutture di sostegno atte al mantenimento del trattamento e a diminuire un pericolo di recidiva nel ricorso alla droga?

Le varie legislazioni penali riconoscono in generale nel tossicodipendente un malato mentale, indicando nel manicomio giudiziario, o negli ospedali psichiatrici, la sede idonea per l'esecuzione della pena ad esso inflitta: non è questa naturalmente la soluzione che qui ipotizziamo, poiché sono evidenti e accertate le differenze tra malattia di mente e stato di tossicodipendenza (che pure possono essere compresenti), vogliamo invece pensare ad una prigione-esperimento come si è progettato o attuato in alcuni paesi d'Europa, in cui si riuniscono i tossicodipendenti che volontariamente accettano di sottoporsi a un particolare regime (più favorevole per certe opportunità, più rigido nei controlli) che possa aiutarli a giungere al momento della liberazione con maggiori chances personali di reinserimento e di risocializzazione.

Tali esperimenti rivestono un grande interesse, e si attende di verificare nel concreto i risultati. Una perplessità può però fin da ora esprimersi: la artificiosità del microcosmo che si crea, simile a quello di alcune comunità terapeutiche, stride violentemente con la realtà sociale che i liberati dovranno affrontare da soli, per cui potrebbe sembrare allo stato preferibile la via della « dispersione » dei detenuti (dopo la prima fase trattamentale) nelle varie carceri, pur continuando a seguirli con la massima attenzione e sotto il punto di vista medico e sotto quello del sostegno complessivo della personalità.

3.4. — *Prevenzione e Repressione*

Deve qui farsi riferimento ai fatti e comportamenti che più possono turbare l'ordine e la sicurezza dei penitenziari. Non può nascondersi che i fautori dei sistemi di « concentrazione » dei tossicomani in singole sezioni o in singoli istituti motivano tale prospettiva con l'opportunità di non elevare troppo il livello di rigore del regime in tutti gli istituti del sistema, riservandone soltanto alcuni a tale tipologia di detenuti. In effetti il tossicomane ha aspetti di imprevedibilità comportamentale e una struttura antisociale tale da rendergli più difficile, in generale, l'adesione alle norme di comportamento imposte dalla istituzione chiusa, con conseguenti irregolarità comportamentali, violazioni disciplinari, atti di autolesionismo, episodi di introduzione e traffico di stupefacenti all'interno degli istituti.

L'opera di prevenzione all'interno del carcere deve attuarsi principalmente, nella prima fase della carcerazione, in una alta sorveglianza da parte della custodia (onde impedire suicidi o atti di autolesionismo) e nella seconda fase, una volta correttamente osservata la personalità del soggetto, nell'osservazione periodica — a mezzo di colloqui e incontri da parte degli operatori penitenziari — dei sintomi di possibili crisi e cedimenti.

Circa l'introduzione di droga e il traffico di essa in istituto, trattasi di un fenomeno da reprimere con il massimo impegno da parte delle Amministrazioni penitenziarie, poiché il ricorso allo stupefacente può vanificare mesi di strenuo lavoro nei confronti di un tossicomane. Ciò detto, peraltro, occorre affrontare il problema globale senza drammatizzarlo e conclu-

dere, con il dovuto realismo, che le droghe oggi possono penetrare le maglie dei controlli più accurati con relativa facilità. È il prezzo da pagare se si vuole un sistema carcerario permeabile ai contatti con l'esterno.

Al proposito è comunque da ribadire che illudersi di risolvere il problema del tossicomane contro la sua volontà è cosa del tutto frustranea, in ultima analisi. È pur vero che in generale le Amministrazioni penitenziarie sono immediatamente condannate, senza appello, dai mass-media ogni qualvolta si diffonda la notizia di episodi di introduzione o traffico di droga negli istituti; è un aspetto del problema generale della reazione del pubblico di fronte agli omicidi in carcere, alle manifestazioni di protesta, a tutte le illegalità commesse da quella categoria che si pretenderebbe vedere (o meglio, non vedere) scontare in pace la giusta pena. Di fronte a tale atteggiamento, bisogna in ogni sede spiegare che non può pretendersi da una fascia della popolazione che ha già dato ampia prova di devianza e di antisocialità un comportamento irreprensibile per il solo fatto di essere imprigionata, e che esistono livelli di controllo e di repressione interna alla istituzione che non possono essere ragionevolmente superati se si vuole mantenere alla istituzione stessa una valenza minima di risocializzazione.

La repressione dei comportamenti suindicati segue le ordinarie vie del sistema penitenziario: vale a dire sanzioni disciplinari (sempre adottate sotto stretto controllo sanitario) e sanzioni penali per gli episodi più gravi.

Quel che conta qui sottolineare è che esistono comportamenti di per sé a volte non censurabili né sotto il profilo disciplinare né sotto quello penale, e che possono passare inosservati se non si riesce a realizzare un controllo quasi continuo sul detenuto. Mi riferisco all'assunzione di sostanze sostitutive degli stupefacenti (aspirazione di gas dalle bombolette), assunzione di medicinali particolari o in dosi massicce, abuso di alcool come sostitutivo della droga. Circa il primo fenomeno, ineliminabile in pratica in sistemi che prevedono la possibilità di tenere in cella fornelli autoalimentati a gas, è da ritenere la necessità di operare più sul piano della prevenzione di tali fenomeni, che rivelano — in una prima fase — una precisa dipendenza fisica ancora in atto e nella seconda fase, un periodo di crisi e di involuzione della personalità da percepire con

un corretto approccio, il più costante possibile, di controllo della personalità e del comportamento.

In particolare, con riferimento all'abuso di farmaci, sarebbe opportuno disporre, con normativa anche amministrativa, che i farmaci prescritti dai sanitari siano assunti alla presenza del personale medico o paramedico, onde evitare accumulo di dosi e traffici di medicinali. Questi particolari accorgimenti valgono come principio generale nei confronti di tutti i detenuti, come quello dell'accurato controllo nella somministrazione di alcolici, soprattutto nei padiglioni dove vi sono celle a più posti, per la pratica impossibilità di evitare contatti tra i detenuti normali e i tossicodipendenti.

Anche in questo caso la soluzione più semplice dal punto di vista custodiale sarebbe la creazione di sezioni separate ed isolate per tossicodipendenti: ma, come si è sostenuto, una tale prospettiva crea problemi gravi sul piano del reinserimento graduale del tossicomane nella comunità carceraria da un punto di vista dei rapporti interpersonali, dell'inserimento lavorativo e delle altre attività previste nel trattamento.

4. - CONCLUSIONI

4.1. - *Le risorse*

Il problema della droga ha con evidenza radici profonde e si lega ad una storia personale in cui il carcere è soltanto un episodio — sempre più una tappa obbligata, con l'estensione della gamma sociale del tossicodipendente, tipologia che va sempre più proletarizzandosi — e quindi l'Amministrazione penitenziaria non può illudersi di farsi carico del problema con programmi troppo ambiziosi e con obiettivi di fondo irrealizzabili: non può cioè considerare il tossicodipendente come l'unico tipo di cliente su cui concentrare gli sforzi, così come non può permettersi di farlo nei confronti del detenuto straniero, del malato di mente ecc.

Le risorse devono essere ragionevolmente distribuite e ciascun sistema penitenziario dipende, nella predisposizione dei suoi programmi, da troppe variabili da esso non dipendenti: le scelte politiche, i fondi di bilancio, l'opinione pubblica, ecc.

È vero però che oggi la droga è un problema all'ordine del giorno, che può toccare tutte le famiglie e quindi rende più facile l'accoglimento di richieste di maggiori mezzi per affrontare il problema.

Le A.P. devono cogliere questa occasione, ma non devono dimenticare che esistono altri problemi quantitativamente più rilevanti, come ad esempio quello dell'alcolismo, in fondo strettamente legato, quanto a problematica di fondo, a quello dell'abuso di sostanze stupefacenti.

L'invito a non drammatizzare il problema, e a non creare aspettative illusorie negli utenti e nell'opinione pubblica, deve essere accompagnato dalla decisa constatazione che l'Amministrazione penitenziaria è forse l'unica amministrazione governativa che non può permettersi di ignorare il problema del tossicodipendente, per la semplice ragione che è responsabile della vita e del benessere del soggetto privato della libertà.

La morte di un tossicomane libero, anche se indirettamente dovuta alla assenza delle strutture pubbliche di assistenza, non crea uno shock nell'opinione pubblica e una ricerca di responsabilità come avviene per la morte di un tossicodipendente in carcere.

Occorre quindi che le A.P. si facciano pieno carico del problema, cercando sì fin che è possibile ogni collaborazione con gli enti esterni privati o pubblici specializzati nel settore dell'assistenza dei tossicodipendenti, ma nella consapevolezza di essere in definitiva *sole* ad assumersi la responsabilità ultima dello stato dei clienti.

Per questo, di fatto, spesso occorre constatare che gli unici servizi esistenti nel territorio in aiuto dei tossicodipendenti sono i servizi carcerari.

Paradossalmente, come abbiamo sottolineato, lo Stato offre un aiuto decisivo al drogato nel momento di massima stigmatizzazione ed emarginazione.

Esaminate le caratteristiche ottimali, per la presente esperienza, del quadro di assistenza del tossicomane nelle prigioni chiuse — volontarietà dell'approccio, composizione multidisciplinare delle équipes di trattamento — è da concludere, in merito alla scelta tra dispersione e concentrazione dei tossicodipendenti nel resto della popolazione penitenziaria, che le attuali esperienze sembrano dover far propendere per un certo isolamento dei tossicodipendenti nel primo periodo

di svezamento e invece per una loro « diluizione » nel resto della popolazione carceraria nella fase di mantenimento.

Non è inopportuno in questa sede di conclusioni dedicare un accenno al problema delle donne tossicodipendenti, che sembra assumere un aspetto statisticamente importante (in Italia circa il 33 % delle detenute è coinvolto nel fenomeno): i problemi organizzativi imposti dal trattamento sono obiettivamente più gravi che per i detenuti maschi, almeno per tutte le amministrazioni penitenziarie che hanno generalmente piccole sezioni femminili in istituti maschili.

È chiaro che in questi casi si può arrivare al massimo al ricovero in infermeria, sempre provvisorio a causa di infiniti problemi.

Ci si rende ben conto del gap esistente tra risorse e richieste, tra consistenza reale dello staff a disposizione e dei mezzi delle varie amministrazioni penitenziarie e bisogni da soddisfare: occorre operare con realismo e gradualità senza illudersi di poter ottenere sempre risultati utili o definitivi. Bisogna tener presente che si agisce nel carcere, di per sé luogo meno idoneo tra tutti, per le caratteristiche della istituzione totale, a eliminare la devianza e risolvere i problemi dei tossicodipendenti, e che all'uscita il tossicodipendente troverà — nella maggior parte dei casi — gli stessi problemi che lo hanno indotto all'abuso di droga.

Rimane l'impegno dell'Amministrazione penitenziaria ad assicurare almeno un periodo di distacco dalla droga, e la possibilità di svolgere un'azione di recupero nei confronti almeno dei pochi soggetti fortemente motivati alla « rottura » con l'esperienza della schiavitù da stupefacente.

4.2. — *Proposte*

Nonostante l'imponente bibliografia e la continua messa in cantiere ed esecuzione di ricerche sul problema droga, la relazione droga-carcere è stata finora scarsamente oggetto di studi e ricerche, almeno a livello europeo.

La prima esigenza da porsi è quindi una esigenza conoscitiva dell'entità e delle caratteristiche del fenomeno, necessaria premessa per l'approfondimento di strumenti pratici operativi per le amministrazioni penitenziarie.

Il numero stesso dei tossicodipendenti reclusi è stato a lungo un « dark number » per molte amministrazioni penitenziarie, che soltanto di recente hanno approntato strumenti validi di rilevamento del fenomeno.

Un primo esempio di collaborazione internazionale potrebbe essere costituito dallo scambio dei modelli campionari o universali che le amministrazioni penitenziarie usano attualmente per rilevare l'entità e gli andamenti del fenomeno.

Punto di partenza per quantificare gli ingressi di tossicomani, nonché i possibili casi di assunzione di stupefacenti in carcere, è costituito dall'approntamento di efficaci metodiche di rilevamento.

Si pensi in particolare alle analisi delle urine, che attualmente danno risultati poco soddisfacenti poiché non possono essere coattivamente imposte secondo tutte le legislazioni, né risultano significative se condotte dopo un certo lasso di tempo dalla assunzione della droga. Anche in questo caso l'osservazione comportamentale diretta e la conoscenza personale dei detenuti — purtroppo non sempre facile da ottenere soprattutto nei grandi giudiziari, cioè laddove si verifica il maggior numero di casi di presenze di tossicodipendenti — costituisce il miglior sistema per l'identificazione dei casi bisognosi di osservazione e trattamento.

Le analisi a tappeto, superati i problemi legislativi e le difficoltà organizzative, potranno essere usate per le indagini epidemiologiche, al fine di conoscere meglio l'entità del fenomeno del ricorso in carcere alla droga per meglio sopportare le difficoltà della carcerazione.

Non è infatti infrequente che il carcere sia un focolaio diffusivo della tossicodipendenza, e che molte esperienze di droga nascono proprio durante la detenzione.

Sul piano conoscitivo sarà opportuno proseguire o impostare ex novo un piano di ricerche sui risultati del trattamento in istituti chiusi e in libertà, attraverso le misure sostitutive della detenzione, con particolare riferimento al momento del reingresso del detenuto nella società.

Il verificare, come spesso avviene, che i fallimenti della opera di rieducazione e la ricaduta nella droga sono effetto di situazioni ambientali esterne, da un lato può servire alle amministrazioni penitenziarie per una modifica dei programmi trattamentali, nel senso di tenere sempre maggior conto di

tali variabili preparando il soggetto alle difficoltà (piuttosto di illuderlo su un cambiamento radicale del suo rapporto con il sociale attraverso un ambiente iperprotettivo), dall'altro può servire a evidenziare le responsabilità e degli enti di assistenza esterna e dell'intero collettivo sociale, tendente ad emarginare il soggetto come ex detenuto e tossicodipendente.

Il sistema penitenziario non è una monade, non è un sistema avulso dal contesto sociale di una nazione.

Il livello di efficacia del sistema penitenziario è allineato al livello di efficacia di tutto l'apparato statale: nel nostro campo, può dirsi con sicurezza che ogni amministrazione penitenziaria affronta il problema della droga mediante con la stessa mentalità, gli strumenti, l'efficacia con cui il problema è affrontato dal resto del paese.

Il conflitto tra risorse e bisogno è però reso più drammatico nel sistema penitenziario, dall'essere — insieme operatori e clienti, dal necessitato confronto quotidiano in ambiente ristretto che è evitato agli operatori in ambiente libero.

Per questo, seppure deve rinunciarsi ogni velleitarismo sempre dannoso, può concludersi che per le sue stesse caratteristiche l'Amministrazione penitenziaria può e deve essere, in questo campo, una forza trainante, l'avamposto più avanzato, il sistema che più frequentemente, e nelle peggiori condizioni, si confronta ogni giorno con il più drammatico fenomeno dei nostri tempi.

E quindi il sistema che qui ed ora, nei confronti di soggetti privati della libertà, deve rendere comunque a livello soddisfacente, e insieme deve rafforzare e ristrutturare la sua organizzazione per rispondere ad una domanda in continuo aumento.

Si tratta di rammodernare e riparare un treno che non si può fermare: impegno difficilissimo che travalica le possibilità delle singole amministrazioni penitenziarie, e che deve essere assolto con il contributo imprescindibile di tutte le componenti sociali delle singole nazioni.

RIASSUNTO

L'Autore introduce il fenomeno « carcere e droga » con alcune considerazioni preliminari in merito ai due protagonisti di tale relazione: l'Amministrazione penitenziaria e il tossicomane, evidenziando come l'Amministrazione nel perseguire la sua duplice finalità sociale « sicurezza e trattamento » nei confronti della popolazione detenuta, incontri maggiori problemi con il tossicomane sia dal punto di vista trattamentale che sul piano della pericolosità.

L'Autore precisa che il tossicomane cui si riferisce, quale principale utente dell'Amministrazione, è il soggetto dipendente da oppiacei e altre droghe pesanti che ricorre per lo più al reato a scopo strumentale.

La corretta conoscenza delle caratteristiche di tale soggetto rispetto ad altre forme di dipendenza minori, assume una rilevanza notevole nell'ambito della prassi di trattamento penitenziario.

Analizza quindi come la risposta « carcere » non solo abbia una funzione limitante dal punto di vista preventivo e curativo, ma al contrario costituisca, attraverso la commistione tra mondo della droga e della criminalità, fattore moltiplicatore della devianza.

Concorda pertanto con il parere di molti esperti nel settore riguardo alla necessità di ridurre al minimo tale soluzione istituzionale, ritenendo il ricorso ad altre forme di controllo penale più idoneo alla devianza tossicomana. A tal proposito, riferendosi esclusivamente alla situazione italiana, l'Autore cita le possibili alternative alla detenzione per i detenuti tossicodipendenti, ponendo soprattutto l'accento sulla recente normativa degli arresti domiciliari per i detenuti in attesa di giudizio.

Nonostante le misure alternative previste in varie legislazioni europee, un gran numero di tossicodipendenti soffre lunghi periodi di carcerazione. Ad essi sono indirizzati gli interventi terapeutici intramurali (sanitari e socio-psicologici) dell'Amministrazione penitenziaria, che tendono essenzialmente a favorire il superamento della « dipendenza » dalla sostanza stupefacente.

Le prime fasi della detenzione, l'impatto con l'habitat carcerario vanno particolarmente curati con una azione di controllo e sostegno del soggetto, onde evitare lo scatenarsi di crisi depressive.

Assistere il tossicomane sul piano sanitario non è sufficiente, occorre anche prevenire quei fattori pericolosi per la sua destrutturata personalità, quali i contatti con la malavita comune.

L'Autore indica la concentrazione dei tossicodipendenti in apposite sezioni degli istituti, secondo quanto previsto dalla apposita normativa italiana, come una soluzione idonea soltanto nelle prime fasi della detenzione per lo svezamento fisico. Tali strutture dovrebbero costituire unità multidisciplinari dove operino varie figure specializzate.

Una volta completata la disassuefazione, quando il tossicomane in genere ha anche una coscienza più chiara del suo attuale vissuto è possibile svolgere un tipo di sostegno dal punto di vista relazionale, ponendo il soggetto a contatto con la realtà complessiva dell'istituzione.

Viene egli avviato ad una seconda fase prettamente di socializzazione che comprende l'inserimento nel circuito delle possibilità trattamentali dell'istituto (lavoro, tempo libero ecc.) e nella rete dei rapporti istituzionali con gli altri detenuti.

È importante che in tale processo venga considerato l'elemento di « volontarietà » del soggetto al trattamento, solo in tal modo sarà possibile operare positivamente.

L'Autore porta ad esempio degli esperimenti da poco attuati in alcuni paesi dell'Europa, dove sono state create delle prigioni a particolare regime che ospitano solo tossicodipendenti, esprimendo delle riserve sull'artificiosità di questi microcosmi istituzionali.

Oltre alla cura del tossicodipendente l'Autore tratta del problema della prevenzione in tale settore. Nella prima fase della detenzione l'opera di prevenzione deve essere attuata attraverso un controllo costante da parte della custodia per evitare suicidi o tentativi di autoleSIONISMO; nella seconda fase attraverso un trattamento di mantenimento che individui probabili sintomi di crisi o ricadute.

Parallelamente la prevenzione implica anche la repressione della introduzione e traffico di droga all'interno degli istituti. Ciò nonostante è possibile che gli interventi di repressione non siano sufficienti a impedire gli episodi collegati alla dipendenza psicologica, ovverossia l'assunzione di sostanze surrogate degli stupefacenti (inalazione gas, alcool, farmaci ecc.). Si aggiunga che, ove non si voglia elevare troppo il regime di sicurezza dell'istituto, con riflessi negativi sul trattamento, si deve realisticamente accettare il rischio che le droghe in qualche misura, nonostante i più accurati controlli, possono essere introdotte in carcere.

L'Amministrazione penitenziaria deve farsi carico del benessere del tossicomane quale soggetto privato della libertà, ma non può porsi programmi ambiziosi sia per le caratteristiche tipiche del contesto in cui l'azione viene svolta, sia perché le stesse strutture pubbliche esterne non sono state in grado di dare una adeguata soluzione al fenomeno tossicomano.

L'Autore conclude la trattazione con delle proposte operative: a partire da una chiara conoscenza dell'entità del ricorso alla droga in carcere e dei risultati del trattamento in istituti chiusi e in libertà, la Amministrazione deve ristrutturare la sua organizzazione per far fronte nel miglior dei modi alla continua domanda.

RESUME

L'Auteur aborde le phénomène « Prison et drogue » avec quelques considérations préliminaires à propos des deux protagonistes de cette relation — l'Administration pénitentiaire et le toxicomane — en mettant en évidence que l'Administration, pour atteindre sa double finalité sociale — « sécurité et traitement » — à l'égard des détenus, rencontre les problèmes les plus graves avec le toxicomane, tant du point de vue du traitement que sur le plan de la dangerosité.

L'Auteur précise que le toxicomane dont il est question, principal usager de l'Administration, est un sujet dépendant d'opiacées

et autres drogues dures, et qui a recours le plus souvent à l'infraction dans un but instrumental.

Une connaissance approfondie des caractéristiques de ce sujet par rapport à des formes majeures de dépendance revêt une grande importance dans le domaine de la pratique du traitement pénitentiaire.

Elle analyse donc de quelle manière la « réponse » de la prison a non seulement une fonction limitée du point de vue répressif et curatif, mais crée au contraire des facteurs de déviance dus à la connexion du monde de la drogue et du monde de la criminalité.

Par conséquent, elle partage l'avis de nombreux experts en la matière concernant la nécessité de réduire au maximum une telle solution institutionnelle, et de recourir à d'autres formes de contrôle pénal plus adaptées à la déviance du toxicomane. A ce propos, en se référant exclusivement à la situation italienne, l'Auteur cite les alternatives à la détention pour les détenus toxicodépendants, en mettant surtout l'accent sur la récente loi des arrêts à domicile pour les détenus en attente de jugement.

Nonobstant les mesures législatives prévues par les diverses législations européennes, un grand nombre de toxicodépendants effectuent de longues périodes d'incarcération. On leur applique les thérapeutiques en milieu fermé (interventions sanitaires et socio-psychologiques) de l'Administration pénitentiaire, qui ont essentiellement pour but de favoriser le dépassement de la « dépendance » des stupéfiants.

Les premiers temps de la détention et l'impact avec la prison sont particulièrement soignés, avec un contrôle et un soutien du sujet pour éviter le déclenchement de crises dépressives.

Aider le toxicomane sur le plan sanitaire n'est pas suffisant; il faut aussi éviter les facteurs dangereux pour sa personnalité déséquilibrée, tels que la « malavita comune ».

L'Auteur indique que le placement des toxicodépendants dans des sections spéciales des instituts (comme cela est prévu par la législation italienne), est une solution adaptée à la désintoxication physique durant la première phase de la détention. De telles structures devraient constituer des unités multidisciplinaires utilisant divers spécialistes. Une fois la désaccoutumance achevée, alors que le toxicomane a davantage conscience de son « vécu », il est possible de développer un type d'aide sur le plan relationnel en mettant le sujet en contact avec la réalité intégrale de l'institution. Il est alors acheminé vers une seconde phase de socialisation qui comprend l'insertion dans le circuit des possibilités de traitement de l'institution (travail, temps libre etc...) et les rapports avec les autres détenus.

Dans ce processus, il est important de prendre en considération le désir de traitement du sujet, car c'est la condition d'obtention de résultats positifs. L'Auteur donne comme exemple les expériences faites récemment dans certains pays européens, avec la création de prisons à régime spécial qui accueillent seulement des toxicodépendants, en émettant des réserves sur le caractère artificiel de ces microcosmes institutionnels.

En plus du traitement du toxicodépendant, l'Auteur s'occupe du problème de la prévention. Durant la première phase de la détention, la prévention doit consister en un contrôle constant des gardiens pour éviter les suicides ou les blessures volontaires; au cours de la deuxième phase, l'on effectue un traitement de maintien qui repère les symptômes probables de crise ou de rechute.

Parallèlement, la prévention implique aussi la répression du trafic de drogues à l'intérieur de l'institution. Cela bien qu'il soit possible que les interventions de répression ne soient pas suffisantes pour empêcher les problèmes liés à la dépendance psychologique ou l'usage de succédanés des stupéfiants (inhalation de gaz, alcool, médicaments etc.) il faut ajouter que, si l'on ne veut pas trop renforcer le régime de sécurité de l'institution, en raison des effets négatifs sur le traitement, il faut accepter le risque que les drogues, nonobstant les contrôles minutieux, puissent être introduites en prison.

L'Administration pénitentiaire a la charge du bien-être du toxicomane privé de liberté, mais ne peut pas s'imposer de programmes ambitieux étant donné les caractéristiques typiques du contexte où se déroule l'action et vu que les structures publiques externes ne sont capables de trouver une solution au phénomène de la toxicomanie.

L'Auteur conclut la tractation avec des propositions opérationnelles: à partir d'une connaissance approfondie de l'entité du recours à la drogue en prison et des résultats de traitement en milieu ouvert et en milieu fermé, l'Administration doit restructurer son organisation pour mieux affronter le problème.

SUMMARY

The Author introduces the « prison and drugs » phenomenon with some preliminary remarks on the two protagonists in question — the prison authorities on the one hand and the drug user on the other — and emphasizes the fact that the former, in order to carry out its dual role of « security and treatment » vis-à-vis the prison population, encounters greater problems with the drug user both from the point of view of treatment and of dangerousness.

The Author points out that the drug user in question, as the main concern of the prison authorities, is the addict of opium or other heavy drugs whose use is against the law.

A correct awareness of the characteristics of such an addiction, as compared with minor forms of addiction, is particularly important in the context of treatment in prison.

The « prison » effort is analyzed not only from the limited point of view of prevention and cure but, on the contrary, as constituting a factor to increase the deviancy through the mixture of the worlds of drugs and crime.

He therefore agrees with the opinion, expressed by many experts in the field, on the need to reduce to a minimum such institutional solutions by adopting other forms of penal control more suitable for

drug addiction. In this context, and with exclusive reference to the Italian situation, the Author quotes the possible alternatives to imprisonment for condemned drug addicts, stressing above all the recent legislation concerning house arrest for accused awaiting trial.

In spite of the alternative measures foreseen in various legal systems in Europe, a great number of drug addicts suffer long periods of imprisonment. They are offered therapeutical treatment (health and socio-psychological) in the prison by the prison authorities, which aims mainly at eliminating the addiction to a given drug.

The initial phases of imprisonment and the impact with prison life should be carefully monitored through both control and assistance to the inmate concerned to avoid eventual depressive crises.

However, assistance from a medical point of view is not sufficient for a drug addict, and factors such as contacts with common criminals, liable to be harmful to his undermined personality, must be avoided.

The Author points out that the concentration of drug addicts in special sectors of the institutes, as foreseen in the aforesaid Italian legislation, is only the ideal solution in the first phases of imprisonment for physical weaning off the habit. Such sectors should constitute multidisciplinary units where various specialists operate. Once the habit is completely broken, when the inmate is more aware of his present situation, then the necessary back-up can be provided to bring the inmate into contact with the overall reality of the prison. A second phase should introduce him to various levels of socializing, including the insertion into the possible treatment cycles offered by the prison (work, leisure time etc.), and to normal contacts with other prison inmates.

An element of « voluntary » participation on behalf of the inmate is essential in order to operate in a positive way. The Author refers to recent experiments carried out in some European countries, where special prisons were created exclusively for drug addicted inmates, and expressed his doubts on the artificial atmosphere of this type of prison.

Apart from the aspect of treatment for drug addiction, the Author dealt with the problem of prevention in this sector. During the first phase of imprisonment, prevention should be carried out through constant control by the wardens to avoid suicides or attempts at self-injury; during the second phase through a monitoring system possible individual crisis symptoms or relapses should be pinpointed. At the same time, prevention implies the exclusion of the introduction and dealing of drugs within the prisons. In spite of this, it is possible that such repressive actions are not sufficient to prevent episodes connected with the psychological addiction, that is to say the use of substitute substances for drugs (inhaling of gas, alcohol, medicines etc.).

It should be added that where an increase in prison discipline, with the negative repercussions on treatment, is not desirable, it should be accepted that realistically there is the risk that some quantities of drugs could be introduced into the prisons, in spite of very careful controls.

The prison authorities should take on the responsibility for the drug user's welfare, since he is deprived of his freedom, but should not aim at programmes that are too ambitious both due to the typical characteristics of the context under which the action evolves and due to the fact that the same public bodies outside have not been able to come up with a suitable solution to the drug phenomenon.

The Author concludes with an action proposal: on the basis of a clear understanding of the entity of the drug problem within prisons and the results so far achieved with treatment both in prisons and outside, the prison authorities should restructure their organization in order to cope as best possible with the growing need.

EXAMINATION OF THE THEME FROM THE PRISON ADMINISTRATION'S POINT OF VIEW (*)

OLE INGSTRUP (**)

I. — *General Introduction*

Before addressing the drug related issues that you expect a serious prison director to be informed about, I would like to indulge with you into a semi-philosophical approach to the drug situation in our modern society. Perhaps you will see such an opening as an early admittance of the failure to find practical solutions to what is described in my country as the over increasing drug problem. However, I do not intend to escape the pragmatic aspects of the questions and you will have to bear with me later as I describe the estimated use of legal and illegal drugs in Danish prisons, security measures — those that we have adopted and those that we refuse to implement — prevention and treatment methods, disciplinary actions and finally the estimated cost of drug related interventions.

As a prison director, I am called upon to make individual decisions on drug cases when a situation arises which cannot be dealt with by the line staff or their supervisors, another part of my functions requires that I emit new directives or alter old ones in order to respond to changing needs in the

(*) In co-operation with Ms. MARIE EVE MARCHAND.

(**) Prison Governor State Prison of Kragshovede.

management of the prison population. Thirdly in my country, prison directors are asked to participate actively in the development of overall correctional policies, and I must admit that among all the pressing issues facing us, the drug issue has been for me one of the most compelling. I find myself privileged to have been in a position to consider drug issues from three different angles but the consequence is, for me, an enormous amount of questions and very few answers.

I have been — and still am — shaken by the vocabulary that policy makers and treatment staff use freely to define the drug users who come in contact with the criminal justice system. It seems to me that we label people as « drug addicts » with as little care as we once labelled deviant or disturbed persons as « psychopaths ». Words like « dope-fiends » or « junkies » are also used frequently as synonyms for « drug addicts ». They serve to create an ever greater distance between these offenders and the people who control or treat them. Reports regularly describe drug offenders as inherently deficient people, sick, inept with deep down personality problems. The personal files of these offenders are filled with horror stories about their physical and mental state at the time they were arrested. Their hallucinations, convulsions, cold sweats, sudden accesses of aggressivity are described in detail and contribute to make respectable decision-makers feel totally different from these individuals. But are drug addicts indeed so different from the « normal » populations? I read in a US-report published in 1977 by the National Institute on Drug Abuse that hospitals in the United States admit millions of respectable citizens suffering of overdose of barbiturates or valiums. It was also stated in that report that valium was associated with 10 % of all reported drug abused cases, the larger proportion of these cases involving persons who never come to the attention of the police but are referred immediately to medical authorities. Furthermore, the same report estimated that there was over 1,000,000 barbiturate or tranquillizer hidden addicts who are protected from police intervention by their status, their race, and their social networks.

In Denmark and Scandinavia we also have thousands of successful citizens whom we can call and who are « hidden addicts » protected through the medical system. In my

profession, the drug abusers that I have to make decisions about are those who are not protected by the established power, and I still have to be convinced that the uneducated youngster who is picked up by the police on an overdose of « red devils » (the name of seconal on the black market) is more sinful or criminal than the professional who takes an overdose of prescribed seconal. I also have to be convinced yet that the withdrawal symptoms of the first one are more ugly than the withdrawal symptoms of the latter.

The point I wish to stress here is that we all live in a « pain-pill-pleasure » society and the abuse of drugs is a common phenomenon. Drug abusers in our prisons are not alien to our society: they are an integral part of it. They seek an escape from depression, tension, or anxiety, they seek an artificial paradise as do the millions of non criminal citizens who serve themselves happily at the pharmacological cafeteria available to them

As Aldous Huxley wrote in « Doors in the Wall »,

« Most men and women lead lives at the most
so painful at the best so monotonous
poor and limited that the urge to escape,
the longing to transcend themselves if
only for a few moments is and has always
been one of the principal appetites of the soul ».

My first personal conclusion on the overall drug problem is that the usage of drug in itself does not justify the harsh labelling that we have used for drug addicts that come into contract with the criminal justice system.

I have found it important for myself to dwell on this parallel between the legal drug addicts and « illegal » drug addicts because in the last few years, I have been faced with a mounting fear among prison staff about the drug usage and the drug dealings that take place behind the walls of our prisons. I certainly acknowledged the fear and distress of the staff as a reality but what has been striking to me was the marked difference between the feared situation and the obvious facts that are revealed when analyzing the situation. An hypothesis could be that the imagery around drug users

which is developed and spread by the media — often American media — is contributing enormously to the catastrophic expectations of prisons personnel. Pushing even further the comparison between drug offenders and the normal population I come to a second conclusion that not only drug addicts were not that alien to our society but that was also the case of drug dealers.

Drug dealers sell the most wanted product in our morden society: an escape from it. They do this with a profit motivation, a low sense of ethics and a sense of challenge in conducting their business.

I advance for your consideration that those who climb up the drug ladder are not as different from the rest of the population as they are reported to be. A recent article by Robert H. Crunks in Fall 1981 issue of the journal of drug issues demystifies the life of a drug addict. The brief moment of euphoria that follows an administration of heroin constitute only a fraction of their daily life. If you observed their life from a social learning model, they are hard workers, — they have to be on their toes 24 hours a day, they have to obtain money, secure supplies of drugs, avoid the police, make contracts, and sell their drugs. The reward is perhaps one hour on a high if they are among those who take drugs themselves. Drug dealers strive for status. They have to win the confidence and admiration of piers (incidentally, one of the ways to ensure this is to go to jail). They live for their work and they are highly individualistic, they have a sense of secrecy. Their business comes before anything else. The drug dealer is completely motivated by profit. Seen in that way, they are both clever and insentisive business-men. This is precisely their insensitivity to the damage they do that make us classify them as dangerous offenders. The tricks that drug pushers use to hook youngsters, the poisonous concoctions that they sell without trembling, the drug rackets that they organize inside prisons, the ways of getting paid for the drugs rightly arise the wrath of society.

However, I have discovered lately that drug pushing at all costs is not the sole territory of dealers and traffickers that we find in prisons. I have come across advertisements of mood altering drugs in specialized medical and psychiatric journals.

message being conveyed by the drawing of a bottle of valium with a champagn cork on it. Sinequan shows the hand of a woman in her home, opening the closed window of her life. Anafranil presents itself as the treatment of choice agitated, depressive persons with exacerbated obsessive compulsive illness. In very fine print, this drug warns you that adverse reaction include visual hallucinations, confusion, activation of psychosis, manic episodes, anorexia, convulsions. The rest is all for the benefit of the patient. Serentil promises to help the newcomer in town who cannot make friends, the organization man who cannot adjust to altered status in his company, the woman who cannot get along with her new daughter in law, the executive who cannot accept retirement. This powerful tranquillizer has a few side effects which could be, vomiting, dizziness and various cardiac vascular ailments. The very fine print states also that sudden and unexpected deaths have apparently occurred while taking the drug.

These corporations who advertise and sell these medications are not considered criminal.

They are part of our society. We respect them and their leaders as clever businessmen. Only the drug pushers are criminals.

II. — *The drug situation with special reference to Danish prisons*

In the following I shall try to describe the drug problem as it is seen from the prison administration's point of view but I have to underline that the picture will be a very rough one, and a very incomplete one. — I think it is true for all prison systems that we have to admit that our knowledge is extremely limited in this area.

Throughout the latest years we have experienced a marked change in the characteristics of the prison population. The prisoner nowadays seem to have heavy criminal record than previously and in addition to that there seems to be a tendency that prisoners nowadays are more difficult to handle in the institutions than was the case a few years ago. In general I think it is fair to say that the clientele to-day have a longer criminal history than previously, partly due to the fact that the crime policy throughout Europe has been changed throu-

ghout the seventies. First and foremost because of the depenalisation policy that has dominated our way of looking at minor property crimes. The less serious property crimes to-day much more frequently lead to non-custodial sentences or to the measurement of shorter sentences of imprisonment than was the case in the sixties and in the early seventies.

As far as the drug users are concerned, we experienced from the early seventies an increase in the number of inmates that were using drugs. In Denmark we saw an increase from 1973 to 1974 from about 300 to about 400 inmates of that kind. Because we have experienced a decline in the total number of inmates since 1973 and because the number of drug users have been rather constant with a slightly increasing tendency, the proportion of drug users in percentage has increased from about 2 % in 1973 to nearly 40 % at the beginning of the eighties.

In the open prisons, however, we have experienced a decrease in the number of criminal drug users. This decrease must be seen in the light of the fact that a considerable number of these clients belong to a group that come back to prison year after years. This group to a certain extent has become so much involved in crime that it is no longer considered defensive to let them serve their sentences in open prisons.

Parallel with the above mentioned, we have experienced that the number of inmates sentenced for drug dealing and drug trafficking without being drug users themselves has increased considerably from the beginning of the seventies until to-day. As far as Denmark is concerned we had in 1971 37 inmates out of about 3,500 prisoners or about 1 % of the average daily prison population that were drug dealers without at the same time being drug users. In the beginning of the eighties this number has increased to about 150 or more than 5 % of the daily average prison population. This group of inmates has in Denmark an overrepresentation of foreign prisoners.

An increase is also noted in the number of inmates with considerable psychiatric problems as well as an increase in the number of inmates sentenced for crime of violence.

Finally in Denmark like in the rest of Europe the prison population has increased faster than the prison capacity — a situation that added difficulties in prison management.

III. — *The situation in the seventies*

Partly because of the financial situation in our country — as in many other European countries — partly because of the organisation development philosophy that has dominated the prison administration, we have experienced a rather marked reduction in the number of prison officers.

Throughout the seventies we have experienced in addition to that a general tendency towards delegation of competence: firstly from the central prison administration to the individual institution. Then, inside the individual institution from the top management to the unit managers and finally from the unit managers to the staff members. This was seen as the means of making better use of the knowledge and expertise that exists among personnel who work directly with the inmates in their daily life.

Finally, as an important factor in describing the framework for the serving conditions that decreased in the middle of the seventies led to a decision of closing down different parts of existing institutions — parts that could not be reopened when the number of prisoners again increased to the normal average — 3,500 prisoners.

These structural changes including the closing down of parts of existing institutions did have a considerable impact on the personnel. In fact, so much energy was devoted to these changes that only a limited amount of resources was left to consider and reconsider the contents of the deprivation of liberty including the question how to deal with the drug problem in our institutions.

In addition to what I have already said, it is important to take into account at least as far as the situation in Denmark is concerned, that the most recent tendency in our country is that we experience an increasing criminality and that more sentences than previously are measured as «long sentences» that is sentences with a length of one year of imprisonment or above. This means that a lot of energy nowadays has to be devoted to an extension of the prison capacity which again means that energy is taken away from considerations about contents of the prison sentence and devoted instead of that to structural problems.

IV. – *The buildings*

Most closed institutions in most countries — at least this is true in Denmark — can be characterized as extremely out-dated. The old closed institutions were based on the philosophy that the inmates outside working hours were isolated, and the main feature of buildings was that of panoptic wings open in the middle in the whole height of the buildings and with a sort of bridge in front of the inmates' cells. Only two of the closed institutions in Denmark can be regarded as reasonably up-to-date seen from an architectural point of view.

Throughout the last 10 — 15 years many reconstructions have taken place in the closed institutional sector so that the individual floors in the wings have been separated from others and so that each floor has been established a common room for the inmates, where they can spend at least part of their leisure time. There is, however, a lot more to change, if these institutions should meet the requirements to a closed institution of to-day. The financial situation as it is at the moment in most European countries does not give us too many reasons to be optimistic as for as major changes in our closed prisons are concerned.

V. – *The development in rules, regulations, and their administration*

In the years up to 1973 the comprehensive reform work took place as far as rules and regulations for the inmates were concerned. The reform work was aiming at giving the serving of sentences a new content. A content with a more humane, a more liberal face or just a face more in accordance with the general cultural level in our society.

In these years a considerable extension has taken place as far as the inmates' home-leave possibilities are concerned and a liberalisation has taken place concerning the regulation of mail and visits, concerning the inmates' possibilities to

keep their own belongings with them during their prison stay, and concerning the inmates' possibilities to use money earned in the institutions for labour. As far as parole is concerned, a more liberal approach also characterizes the last decade.

Since 1973 the changes in the regulations have been characterized by other factors than liberalisation. In the years after 1973, procedure rules aiming at strengthening the inmates' legal position have dominated the evolution of correctional regulations. The development of procedural safeguards and the clarification of existing procedures have become of priority in order to protect prisoners who, for instance, are placed in security cells or in solitary confinement. The use of handcuffs is also subjected to strong regulations and so are all disciplinary procedures and sanctions.

In order to limit the possibilities for smuggling and in order to reduce drug dealing among the inmates some regulations were changed in the seventies. These changes reduced the inmates' possibilities to keep some of their belongings upon their arrival in prison. New regulations governed the mail or parcels sent to the inmates, and others governed the prisoners' possibility to sell things to other inmates, the possibilities for the inmates to use their own money for various transactions.

As far as visiting arrangements are concerned, the circle of persons by whom the inmates can be visited has been limited to persons with whom the inmates have a personal relation. In reality, prisoners are only denied visits from persons who are under suspicion of abuse for narcotics or are suspected of drug smuggling. As far as the visiting control is concerned it was stated in the beginning of the seventies that visits in general should take place without the presence of prison officers, thus reducing control to the minimum level necessary to ensure that visits took place in a reasonable way. Still to-day visual control only is exercised and, in most cases, the visits take place without any control at all.

As far as the inmates' leisure time is concerned, until the late sixties inmates who wanted to be together with other inmates during the leisure time could do so in the living rooms located in the units in another common area, such as sport areas or hobby rooms.

During the course of the seventies this possibility of being together with fellow prisoners has been extended so that prisoners, normally, can be together with fellow prisoners in their cells and, in a number of institutions, in leisure time centres established for the whole institution. One of the closed institutions that made an experiment with such leisure time centres for all prisoners has been forced to close down that centre because of a number of bad experiences, especially with drug trafficking.

The regulations about mail and visits in closed institutions, include censorship of letters to or from the inmates. In practice letters are censored only in case of suspicion regarding particular inmates. Incoming mail, however, is opened in order to control attempts of smuggling illegal effects — for instance drugs.

Finally, as far as the development of the home-leave regulations is concerned the number of home-leaves in closed institutions has increased from about 3,400 home-leaves in 1971 to about 4,500 in the late seventies and beginning of the eighties.

Smuggling of goods, drug trafficking, threats and violence among the inmates in Danish prisons (as in many other countries) has arisen public interest, and it goes without saying that throughout the last decade this trafficking has been dealt with at different levels in the prison administration.

The central administration as well as the local levels have been ceased with the problem and both have had to make decisions and develop policies. Drug related issues, violence, threats have been dealt with with an increasing frequency at meetings between prison directors. Until the middle of the seventies prison directors observed that an increasing drug problem existed in our prison and that in connection with that problem a great deal of illegal transactions took place often in a way that put the weakest inmate in a losing position. Altogether, however, it was seen as a problem under control and of not such importance that it was disturbing significantly the daily routine of the prisons.

In the last half of the seventies the nature of this debate changed in a decisive way. Especially in closed prisons the problem became extremely serious.

It was now reported more and more frequently that the daily life in the prisons was perturbed by more and more incidences of drug smuggling. In addition, occurrences of violence among the inmates became more and more frequent and it became more difficult to protect the weak persons among the inmates.

Also changes have taken place since the beginning of the seventies in the staff attitude. They often felt that they were unable to handle situations of drug dealing, drug trafficking, drug smuggling in the prison, or to handle the consequences of these drug related situations. This new phenomenon, a number of staff members openly admitted, made them feel insecure. These irregularities in the prison seemed to be well organized by some of the inmates. It became increasingly apparent that a small dominating group of inmates had taken the power over the other inmates and that these dominating inmates kept their power threatening fellow inmates and staff. At the same time — the figures clearly showed that an increasing number of inmates wanted to be isolated because they were afraid of close contact with their fellow inmates.

The above mentioned situations are not a constant and permanent phenomenon in all our prisons. Rather this phenomenon dominates the prison life only from time to time and it takes place mainly when some strong and dominating inmates, well identified, serve their sentences in these institutions.

In the late seventies, following a discussion between the central prison administration and the prison directors, the directors of the closed institutions were asked to consider together what kind of measures should be taken in order to reduce or eliminate these unwanted drug activities in the closed institutions.

At about the same time — and especially since the fall of 1978 — the prison conditions gave rise to a considerable public debate. The Minister of Justice expressed his opinion in parliament in November 1978 by saying that the situation in some of the closed institutions could be at times described as absolutely worrying. The minister declared that a working group would be established in order to recommend adequate measures to stop unwanted activities behind prison walls.

The working group submitted a report to the Minister of Justice in December 1979.

VI. — *Basis for evaluation of the drug situation*

The basis from which one can attack the drug problem in the prisons is a very loose one, and the information is to a considerable extent coming from the inmates themselves, from the staff or from the inmates' relatives. Those persons who tell the prison staff about the drug situation do not want to pass information that is too exact and too concrete because of the real or imagined risk of doing so. Therefore, much of this information cannot be used in concrete cases but only as elements to form a subjective description of the situation. The informants often do not want to give names or if they do give the prison staff names of persons involved in drug dealings, they very often make it clear that they will not repeat the information in any official connection, for instance to the prison protocol or in police or in courts.

Despite the very loss of basis for evaluating the situation and its quasi total uselessness in a legal connection, there is no doubt about the fact that in all prisons — at least in Denmark — there is a certain amount of hashish. Often hard drugs are found — for instance heroin — to an extent that is unacceptable for the institution and unacceptable to society.

The presence of drugs in prisons — and I am thinking mainly about hard drugs — means that it is not possible to create in the institution a drugfree milieu, which is supposed to be the first condition for a former drug user to get rid of his dependence on drugs. In addition many prison directors are familiar with cases where inmates who had not previously taken drugs, have started their drug career in prison. Such inmates are often those with considerable alcoholproblem. It is impossible to have an objective count of inmates that have started their drug career in prisons.

The few pieces of research carried out in Denmark indicate however that the number of inmates that started to use drugs in prison is much lower than is often expected.

One important side-effect of drug use in prisons is to create immense financial difficulties not only for the user himself but also for his relatives outside the prisons. It is easy to see the link between that situation and the necessity for the prisoner to remain in a criminal milieu after his release.

For instance, it has been proved that family members from time to time have been put under pressure to use their money — maybe received as social welfare support — to support the drug needs of an inmate either his own or for supporting other inmates' drug habit.

Furthermore, there are incidences where prisoners' wives have been pressed to earn money by prostitution in order to get money for drugs in the prison. Sometimes it is not possible to cover the expenses of drugs in prison by means of money from wives or other relatives; there is a number of known examples of the drugs being sold on « credit »: the prisoner under serious threats has been pressed to accept to commit new crime after his release.

Finally, it should be mentioned that there are known examples of inmates who, during their staying in prison, are losing anything of value that belong to them, such as TVs and stereosystems. In these situations the prisoners send back home their stereo-systems or TV-set or whatever other object and, from their homes, the object is sent further to those who are in reality financing the drugs in prison. These threatening actions cannot be stopped by means of existing regulations concerning dealings between the inmates when they are in prison. It is a common belief drug dealings financed in that way represent a considerable loss for the inmates because the price for their goods is very low.

Seen from an institutional point of view, it has been an extremely negative thing that it has been necessary to invest huge amounts of resources in control functions, disciplinary reactions towards the inmates etc. The professionalisation that has characterized parts of the drug dealing and has led to a lot of increased control in prisons has thereby led to the fact that the atmosphere became more and more tense.

VII. — *Drug users in the prison system*

We have in the Danish Prison Administration decided to maintain a distribution whereby the average percentage of the drug users in the prison system as such will be about 20 % in each institution.

The solution is certainly not an ideal solution and it apparently does not solve most of the problems but it seems to be a solution — at least according to Scandinavian experiences — that is less unacceptable than other solutions taken in other countries.

VIII. — *Final remarks*

It is obvious that we, in the Danish prison system, and in most prison system, have experienced a very tragic development as far as the use, dealing, and trafficking of drugs are concerned. However, it would not be fair to say that it is a development that appears to be completely unnatural. One has to realize that outside prisons, drugs have become an increasing problem throughout the last 10 to 15 years. The drug user milieu has become harder and drugs used have become harder.

In assessing the situation, we have to take into consideration that various complications linked with drug use have been more outspoken. Tendencies in society at large have of course a tendency to appear with an increased strength in total institutions, where a considerable number of drug users are to be found and not only together but often with hard drug dealers. It is certainly a tendency that is not specific to the Danish prisons but a tendency that is seen in most European systems.

Apart from that, it goes without saying that the deprivation of liberty itself creates a number of problems of a psychiatric nature, the psychological pressure is increased for a clientele that already, before arriving in prison belonged to a heavily burdened group of people. Their need to take drugs in situations where they are deprived of their liberty appear therefore with a particular strength.

When we put a few facts together, for instance that the drug marked outside the prisons had been much better organized throughout the latest decade, that the number of dealers spend part of their time inside prisons thus becoming very familiar with the strengths and weaknesses of the prisons, it is not surprising that we are facing a problem for which the solution is difficult to see. It is, however, worrying to expe-

rience that nearly all efforts have been concentrated on increased control and increased suppression of prisoners' rights, instead of concentrating on alternative measures that could help some against the drug problem itself in our prisons.

RIASSUNTO

La prima parte dell'esposto presenta la droga come un fenomeno che influisce sulla società nel suo insieme. Partendo dall'osservazione che sotto il profilo medico non vi è differenza tra la tossicomania di coloro che si procurano la droga legalmente e quella di chi la ottiene dal mercato nero, l'autore si domanda perché assumiamo un approccio di tipo assolutistico verso i primi e un approccio di tipo punitivo verso i secondi. L'Autore sottolinea il processo di etichettamento nei riguardi dei tossicomani che entrano in contatto con il sistema di giustizia criminale.

Inoltre i più denigrati tra coloro che violano le leggi in tale campo — i trafficanti di droga — sono paragonati nel loro comportamento ai direttori delle ditte farmaceutiche che, senza farsi scrupolo, pubblicizzano i psicofarmaci nelle riviste mediche guardandosi bene dal sottolinearne i pericolosi effetti collaterali. Sia gli uni che gli altri sono motivati dal profitto e non tengono conto delle conseguenze delle loro attività commerciali.

La seconda parte dell'esposto descrive la situazione della droga nelle prigioni danesi e l'approccio dell'amministrazione verso il problema. In Danimarca la proporzione dei tossicomani è passata dal 2 % nel 1973 al 40 % all'inizio degli anni '80 con un aumento più elevato per i detenuti stranieri. Alla fine degli anni '70 il sistema carcerario danese ha concentrato il suo impegno sull'obiettivo di modifiche strutturali normative e procedurali volte a proteggere meglio i diritti dei detenuti. Ciò ha portato ad una liberalizzazione del sistema.

Alcuni dei provvedimenti più liberali sono stati tuttavia modificati in questi ultimi anni al fine di prevenire lo spaccio e il contrabbando di droga. Gli episodi di violenza legati allo spaccio di droga si sono fatti più frequenti e il personale carcerario cerca di proteggere i detenuti e le loro famiglie.

Secondo un gruppo di lavoro creato nel 1979 il numero dei detenuti che hanno iniziato in carcere un'attività nel settore della droga sembrerebbe inferiore al previsto. La direzione delle carceri si preoccupa di distribuire trafficanti e tossicomani tra le varie istituzioni carcerarie in modo da evitare una concentrazione del problema. In ogni istituzione carceraria i detenuti con problema di droga non dovrebbero superare il 2 per cento.

In conclusione, il mercato della droga è ben organizzato sia all'interno che all'esterno delle carceri. Purtroppo il problema viene affrontato aumentando i controlli piuttosto che cercando soluzioni alternative che attengono alla situazione sociale nel suo complesso.

RESUME

La première partie du rapport présente la drogue comme un phénomène qui influe sur l'ensemble de la société. Partant de l'observation que, d'un point de vue médical, il n'y a aucune différence entre la toxicomanie de ceux qui se procurent la drogue illégalement et de ceux qui l'achètent au marché noir, l'auteur se demande pourquoi nous avons une approche de type absolutiste envers les premiers et une approche de type punitif envers les seconds. L'auteur souligne le processus d'étiquetage des toxicomanes qui entrent en contact avec le système de la justice criminelle.

En outre, les plus déniés parmi ceux qui violent les lois dans ce domaine — les trafiquants de drogues — sont comparables aux directeurs des maisons pharmaceutiques qui, sans aucun scrupule, font la publicité de médicaments dans les revues médicales en se gardant bien d'en souligner les dangereux effets collatéraux. Les uns et les autres sont motivés par le profit et ne tiennent pas compte des conséquences de leurs activités commerciales.

La seconde partie du rapport décrit la situation de la drogue dans les prisons danoises et l'approche de l'administration relative au problème. Au Danemark, la proportion des toxicomanes est passée de 2 % en 1973, à 40 % au début 1980, avec une augmentation considérable des détenus étrangers. A la fin des années 70, le système pénitentiaire danois a concentré ses efforts sur les modifications des structures normatives et procédurales dans le but de mieux protéger les droits des détenus. Cela a entraîné une libéralisation du système.

Toutefois, certaines des mesures les plus libérales ont été modifiées ces dernières années afin de prévenir le trafic et la contrebande de drogue. Les épisodes de violence liés au trafic de drogue sont devenus de plus en plus fréquents et le personnel pénitentiaire essaie de protéger les détenus et leur famille.

Selon un groupe de travail créé en 1979, le nombre des détenus ayant commencé en prison une activité dans le secteur de la drogue serait inférieur à celui prévu. La direction des prisons essaie de répartir trafiquants et toxicomanes dans les diverses institutions pénitentiaires de façon à éviter une concentration du problème. Dans chaque institution, les détenus ayant des problèmes avec la drogue ne devraient pas dépasser 2 %.

En conclusion, le marché de la drogue est bien organisé, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des prisons. Malheureusement, le problème est affronté davantage avec l'augmentation des contrôles que par la recherche de solutions alternatives qui concernent la situation sociale dans son ensemble.

SUMMARY

The first part of the exposé presents drugs as a phenomenon that affects society as a whole. The author wonders why, if there is no medical difference between the addiction of respectable citizens who obtain drugs legally and those who obtain the drugs on the black market, we take a problem solving approach towards the first group and a punishment approach towards the latter. Attention is drawn onto the labelling process directed towards the drug abusers coming in contact with the criminal justice system.

Furthermore, the most despised droug among drug offenders — the drug dealers — is presented as similar in its drive and behavior to company directors who advertize shamelessly mood altering drugs in medical journals, without drawing attention to their terrible side effects. Both groups are motivated by profit and insensitive towards the consequence of their capitalistic enterprise.

The second part of the exposé describes the drug situation in the Danish prisons and the management's approach to it. In Denmark, the proportion of drug users increased from 2 % in 1973 to 40 % at the beginning of the eighties with an overrepresentation of foreign inmates. During the late seventies, the Danish prison system focused its energy towards structural regulatory and procedural changes aimed at better protecting inmates' rights. This results in a marked liberalization of the system.

However, some of the very liberal measures had to be altered during the last few years in order to prevent drug dealing and drug smuggling. Occurrences of violence related to drug dealing have been more and more frequent and institutional staff seeks to protect the weaker inmates and their families.

It would appear, according to a working group established in 1979, that the number of inmates who start a drug career in prison is lower than anticipated. The prison management attempts to divide the drug offenders population between institutions in order to avoid a concentration of the problem. No more than 20 % of the population of an institution should be composed of inmates having a drug problem.

In conclusion, the drug market is well organized outside prisons and inside, unfortunately we attack the problem by increasing control rather than finding alternative solutions to the overall social situation.

DRUGUSERS IN PRISON

JOHANNA M. VAN DER VAART (*)

Introduction

Since 1979 several drugtreatment projects have been developed in four houses of detention in the Netherlands.

Though operationally quite different, the major objective of the four projects are the same, *i.e.*, continuity of social services.

One of the joint characteristics is that an external, private drug addiction service works within the penal institution, coordinating the project.

This summary paper will give some general background information on the Dutch penal system. It then describes the Amsterdam project in some detail.

The author is the coordinator of this project. Finally some questions, which may be relevant to this Seminar will be raised.

General information about the Dutch penal system and addiction services

About 14 million people inhabit the Netherlands. There are 19 houses of (pre-trial) detention and 17 prisons.

The average number of incarcerated persons for day is 3500 (including 100 women), of whom about 2000 people are kept in houses of detention. Per 100.000 inhabitants 23 persons are incarcerated (on any day). In 1980, 15369 persons were sentenced to an unconditional term in prison. Of these 85,4 % received a sentence of less than six months, 9,2 % received a sentence between 6 months and a year, and 5,4 % a sentence of one year and longer.

(*) Coordinator drug project in the prisons of Amsterdam.

About 18 % of all pre-trial detainees used hard-drugs. In the larger institutions 30 % to 40 % of the inmates are drugusers. The number of hard-drugusers who were put in custody increased steadily from 259 in 1971, to 1036 in 1975, to 2626 in 1979 and to 3276 in 1981.

One large and three relatively small private organizations deliver probation and parole services. One of the smaller ones is the umbrella organization for 19 consultation centers for alcohol and drugs (CAD).

These extra-mural CAD's deal with alcohol and drug clients in general, but are charged in addition with the probation and parole work and pre-sentence reporting for alcohol — and drugdependents who enter the criminal justice system.

In addition to the consultation centers a large number of more and less traditional organizations and institutions deal with drugusers, varying from streetcornerwork, junkie unions, store-front projects, volunteer groups and parents-associations to more structured programmes, religious-oriented organization, special organizations for black people and for moluccans, detoxification centers and a number of intra-mural programmes (therapeutic communities, clinics). In most cities the consultation centers have a coordinating intake and referral function.

Background of the drugtreatment projects in Amsterdam, Rotterdam, The Hague and Breda

While in the very early seventies several government committees were focussing on the alleged dangers of cannibas use and on the (im)probabilities of its decriminalization and legalization, rather suddenly and unexpectedly the problem of harddrugusing criminal justice clients presented itself. Drugusers became very fast a problematic group of inmates.

Guards and prisonstaff didn't feel equipped to deal with withdrawal behavior and withdrawal symptoms. The drugusers and their social workers complained about the bad treatment or the lack treatment at the police stations and in the houses of detention.

As the number of drugdependent criminal justice clients increased steadily, the problems within the penal institutions grew accordingly.

The department of justice and the health department set up working groups which had to inventarize those problems.

The criminological institute of the University of Groningen (1) interviewed drugdependent inmates in six houses of detention about their problems during incarceration, and they compared them with a matched group of non-using inmates.

The major findings were that drugdependent inmates were not all that different from non-using inmates as far as social backgrounds, family history and delinquent careers were concerned.

The major difference between the two groups was that most of the non-users had contacts with probation officers or other services, while the majority of the drugdependent inmates did not.

Asked about their experience in jail the drugusers complained most about the poor medical care. They felt at the mercy of the prison physician and medical staff, insufficient medical attention and care was given.

Other research and studies showed, *iter alia*:

1) that there was no correctional policy on the medical treatment of drugusers; prison physicians developed their own methods according to their own beliefs, or according to the belief of the prisonmanagement;

2) that when unvoluntarily detained drugusers are consulted about their ideas on medical care, they are more inclined to consider a further, psychological, kicking off;

3) that continuity between extra mural and intra-mural addiction services was considered to be very important but in fact completely lacking;

4) that, consequently, there was no systematic effort to divert drugusers from the criminal justice system.

In 1979 the Department of Justice started, under her auspices, two projects in Amsterdam and Rotterdam.

The objectives were *a)* to give adequate medical care and attention to drugusers, particularly during the withdrawal

(*) ERKELENS, L.H., P.J.D. HAAS en O.I.A. JANSSEN: *Drugs en detentie*. Groningen, Criminologisch Instituut, 1979.

period, b) to look for alternatives for further pre-trial detention and c) to link inmates to outside services. Characteristic for both projects was that the local consultation centers for alcohol and drugs (CAD) coordinate the services within the jails and that the guards received a special training.

In late 1980 and 1981 two other projects were developed in Breda and the Hague respectively. The four projects developed in different ways, due to architectural differences, the prevailing network of service on the outside, the diversion possibilities allowed for by the courts and the various ideas of the CAD's.

The jail in Rotterdam, for example, is very old and the regime well established. The addiction services, on the other hand, are well structured and regular contacts did already exist between the several components of the criminal justice system and the local consultation center. The court does not easily suspend pre-trial detention.

In Amsterdam a new compound of six houses of detention had just been opened in 1979, the prison staff and guards were newly appointed, the addiction services network in Amsterdam was highly disorganized and the court diversion efforts during the pre-trial phase.

The Amsterdam experiment

Within the jail compound there are four houses of detention for adult men. The capacity of the institutions is 120 cells. Each building is divided in five two-floor-units of 24 cells.

One of the houses of detention, called Demersluis, is a reception center, where all pre-trial detainees arrive from the court and where they spend the first fourteen days to three weeks. After this period inmates are transferred to the house of detention for young adults (up to 23 years), to the house of detention for elder people or to the fourth building which houses young as well as elder people.

In the reception center Demersluis one of the five units, Unit I, is reserved for 12 drugdependent inmates who stay there for the first two or three weeks of their detention.

The placement criteria are that inmates speak the Dutch language, that they consider their druguse to be problematic

and that they chose to be placed on Unit I and stick to the rules.

The rules are that Unit I is an open unit (this is unique); inmates are out of their cells all day, but one has to get up in the morning and has to work. There is a permanent team of 12 guards and a headguard.

The CAD unit exists of 5 people, one coordinator, one psychologist and two social workers who work on Unit I and one social worker who deals with the drugdependent inmates who are not placed on Unit I.

The dayprogramme starts at 7 o'clock, between 8 and 9 o'clock inmates clean their cells and the unit.

There are group-meetings four days a week between 9 and 10,30 a.m. The rest of the mornings are spent on standard activities; sport, the shop, medical and dental care, etc.

Inmates, guards and CAD workers eat together, and in the afternoon inmates work. The evening programme ends at 9.15. Twice a week external addiction-services visit Unit I to give information about their respective programmes. They are encouraged to bring ex-addicts who are preferably also ex-inmates. The weekendprogramm is 'low key', with some extra sport and recreation. The CAD work consists of checking with inmates what their contacts are and have been with outside services if any, to screen people for possibilities of an early (conditional) suspension, to give information about services and programmes and to link inmates and services together.

We don't 'push' services, but expose inmates to the various possibilities, in the hope that they will finally opt for some outside contact.

The objective of the groupsessions is to confront people with the situation they are in and their ways of (not) dealing with it. The group-discussions are loosely structured.

They are the most important aspect of our programme and rather popular, to our surprise, among inmates.

After their transfer to one of the other institutions we used to visit our clients individually once every week or fortnight, depending on the contacts made (or not made) with outside services. But as the groupsessions turned out to be rather fruitful we have been setting up regular group-meetings in the other institutions.

The medical approach is that the physician discusses with the inmates whether they want to kick off or not, and if so, how they prefer to do that.

About 70 % of the inmates kick off on a methadon withdrawal programme (starting with 30 mg) within a period of 8 days to about 3 weeks.

Another 15 % kicks off on depronal, librium, valium or sleeping pills.

About 10 % of the inmates receive a methadon maintenance dose. There are mainly older and long-term addicts who participate in outside maintenance programmes. Also younger addicts and people who are, or who are likely to become, (pre) psychotic may receive a maintenance dose for the time being.

A small group of drugusers choses to kick off without any medication.

The other drugusers

It turns out that only 50 % of the drugusers who come to the reception center Demersluis are placed on Unit I.

The largest group of the drugusers who are placed on the other units are foreigners (35 %), drugusers who did not want to go to Unit I (12 %), dealers, inmates with restrictions and people who have been placed already twice or three times on Unit I.

The last group is unfortunately increasing. We continue our individual contacts them. When people come in for a fourth or fifth time, placement on Unit I become possible again. Another 25 % were not placed on Unit I for lack of space.

Some outcome data

The projects in Amsterdam and Rotterdam have been evaluated by the research section of the department of justice. An interim report of a client oriented research project was issued last year and confirmed largely the data we had collected ourselves during the first year.

About 400 inmates had been places on Unit I between July 1979 and May 1981. The average age was 23,5 years. The

average length of stay is about three weeks. The average length of destination of inmates from Unit I is about a month shorter than that of drugusers who are placed elsewhere, i.e. 2.11 months.

More than 85 % of the Unit I clients have established a contact with an outside service before the end of their detention. Around 50 % have actually made specific plans, ranging from joining an experimental work-project to admitting oneself to a therapeutic community.

Pre-trial detention was suspended for 37 % of the 400 inmates, 25 % was suspended within three weeks.

From the interviews with 50 clients (after their departure from Unit I but before their discharge) emerged that most people appreciated their stay at Unit I. Particularly mentioned are the relaxed atmosphere, the groupsessions, the contacts with us, the guards and most of all with the fellowinmates.

The more negative comments were, 'you have to get up', 'you have to participate in groups all the time', 'you are surrounded by other junkies'.

The only complaints were still about the medical treatment.

There are no follow-up data available yet. Considering the number of people who show up again in jail, however, and considering the informal information we receive from inmates and fellow social workers, we are convinced that not all that many of the 85 % of the people who got in touch with addiction-services, while in jail, remained 'clean' outside.

Which means that continuity of services does not necessarily results in immediate change of lifestyle.

Our main objective is, indeed, to provide inmates with information about the available services and programmes and to link them to those services. With the hope that when people are (more) inclined to stop using drugs they will know where to go.

The other projects

None of the other projects has the possibility of a separate unit at its disposition.

In Rotterdam two CAD groupworkers have intake meetings with all the drugusing inmates after their arrival

in jail. They run several group discussions, loosely structured groups and so called interest-groups.

In the Hague a team of four CAD workers, work within the house of detention for young adults (18-21). They have also set up groupmeetings. A therapeutic community runs a series of groups for those inmates who plan to go to this community.

The CAD coordinator in Breda does not see inmates; he coordinates the outside services, which hold group discussions within the jail in collaboration with the jail social work staff.

Continuity of services

One of the problems all four project encounter is that the network of available services is incomplete.

There are no programmes which focus on the young user (18-21) for whom the drugscene is still very attractive.

Nor are their facilities for the older drugaddict (34 +) who knows by now the addictions-services network by heart.

Also for the black-addicts, mostly coming from Suriname and the Antilles, too few structured programmes exist thus far.

Nor are sufficient services available for the increasing number of drugusers coming from other ethnic minorities, particularly second generation migrant labourers.

In some cities loosely structured (low-threshold) methadon distribution centers have been developed. They have sofar, however, not contributed to a decrease in the number of drugusers who get in touch with the police.

In various cities the probation services, including the CAD's, are developping a special 'early-aid' system for drugusers who are arrested.

Probation officers visit the drugusers at the police station.

One of the objectives is diversion.

There, also, the major problem is that there are not many opportunities for diversion for people who have lost their apartment, friend, parents, wives, who are in dire need of the next shot.

Another major problem concerning the continuity of services is that many drugusers seem to prefer to go to jail,

rather than go to their social worker, drugaddiction service, streetcornerworker or withdrawal clinic.

Issues and questions

After these years of experience with the care for drugusers in prison a number of more general questions arise, which may be relevant to this seminar.

1. – Is it necessary, and if so, what makes it necessary to provide special services for drugusers in prison? – In the Netherlands it is not a criminal offence to be addicted. People come in touch with the criminal justice system for ordinary offences, often offences committed in order to support their addiction.

As cocaine abuse increases more people are convicted for offences (often aggressive ones) directly resulting from a cocaine 'rush' or psychosis. Not all detained druguser commit only offences in order to be able to buy drugs. Many of them (in the Netherlands 30 % to 40 %) were arrested for imprisoned for offences committed prior to their drug use.

The policy of the Department of Justice has been that drugtreatment is not the task of the Justice Department, but the task of the Department of public health.

As great numbers of drugusers are arrested and imprisoned the Department felt obliged however to develop treatment services within the penal institutions.

2. – What should the objectives be of treatment services in penal institutions? – Prisons are not the best places to 'treat' addiction. Of course inmates are more or less forced to kick off in prison. On the other hand the smuggle and use of hard drugs is a wide spread and serious problem in our institution. But should one just provide withdrawal services.

Or should one try to create a surrounding where inmates can prepare themselves for a life without drugs (and criminality?) afterwards.

'Motivation' is a very complex issue. Our experience is that no one is 100 % motivated to lead a 'clean' life.

We try to create a setting and facilities which enhance and support the positive sides in one's motivation.

3. – Medical treatment. – The medical care for drug-users is one of the most controversial issues in the Netherlands. Particularly the use of methadone. The treatment ‘philosophy’ of prison physicians vary enormously.

The department of justice has issued guidelines which allow for the use of methadone in the penal institutions. The guide lines are rather vague. They basically state that it is ‘alright’ to administer methadone.

Often the whole issue of ‘how to provide services for drugusers in jail’ center on the methadone issue. Of course the issue is much broader.

In our institution the medical approach is an integral part of the treatment or care services for drugusers.

4. – Who should provide services. – For drugusers in prison? The prison staff (e.g. social workers) or a private addiction service?

In the Netherlands seven new projects, similar to the existing ones, are under way.

Other models are also possible. It seems essential that there are at least links between inside and outside services.

One of the problems in the projects in Holland is that penal institutions are not used to have an independent agency which works within their, often bureaucratically and hierarchically organized, institutions.

5. – Treatment in prison is easily considered as ‘compulsory’ treatment. – In the Netherlands we don’t have compulsory treatment programmes for drugaddicts, in prisons or elsewhere.

As drugaddiction becomes more visible ‘compulsory treatment’ has become a public and political issue. (As has heroin maintenance!).

6. – The developing of a policy for the treatment for drugusers in prison is by itself rather complex. – Several departments are involved, particularly justice and public health. In addition prison management and staff as well as additionservices have to do the actual work. Departments and institutions which have, at worst, conflicting interests, due largely to their essential functions, and to professional differences.

7. – To what extent will the economic recession influence the development of ‘drugs in prison?’ – We started our projects in the Netherlands when there still was sufficient funding. This is no longer so, on the contrary there will be a substantial decrease in funding for all kind of activities and services for inmates. What kind of consequences should be drawn from that situation.

RIASSUNTO

Sin dal 1979 sono stati elaborati in Olanda diversi progetti nei quali i servizi esterni di terapia antidroga curano all'interno degli istituti di detenzione i tossicomani.

Questi progetti si pongono essenzialmente i seguenti obiettivi:

- 1) Intermediare tra detenuti e servizi esterni (continuità dei servizi).
- 2) Fornire un trattamento medico personalizzato ai consumatori: il metadone viene somministrato sia ai fini di astinenza che di mantenimento.
- 3) Deviare i detenuti da un'ulteriore detenzione verso i servizi esterni.

Questo documento tratta in particolare di un progetto sperimentale realizzato negli istituti di detenzione di Amsterdam e solleva alcune questioni in merito ai futuri programmi del dipartimento della giustizia in Olanda.

Il carcere di Rotterdam è, ad esempio, molto antico e le sue direttive sono ormai consolidate. I servizi relativi alla tossicodipendenza, d'altra parte, son ben strutturati e contatti regolari esistevano già tra le varie componenti del sistema di giustizia criminale e il centro consultivo locale. Il tribunale non sospende facilmente la detenzione preventiva.

Un nuovo complesso di 6 istituti di detenzione è stato aperto nel 1979 ad Amsterdam. Il personale carcerario e le guardie sono stati nominati ad hoc, la rete dei servizi antidroga di Amsterdam era molto male organizzata e l'azione del tribunale in tale campo durante la fase antecedente al giudizio non era ancora sviluppata.

Progetto sperimentale di Amsterdam.

All'interno del complesso carcerario vi sono 4 istituti di detenzione per uomini adulti. La capacità delle istituzioni ammonta a 120 celle. Ciascun fabbricato è suddiviso in 5 reparti di due piani ciascuno comprendenti 24 celle. Uno degli istituti di detenzione chiamato Demerluis

è un centro di raccolta dove affluiscono dal tribunale tutti i detenuti in attesa di giudizio e dove essi trascorrono dai 14 ai 21 giorni. Dopo questo periodo i detenuti vengono trasferiti nel carcere per giovani adulti (fino ai 23 anni di età), nel carcere per adulti o nel 4 edificio che ospita detenuti sia giovani che adulti.

Uno dei cinque reparti del centro di Demerluis, ed esattamente il reparto I, è riservato a 12 detenuti tossicodipendenti che vi rimangono per le prime due o tre settimane della loro detenzione.

La scelta dei 12 detenuti si basa sul fatto che gli stessi considerano l'uso della droga un problema, che scelgano di alloggiare nel reparto I, che si attengano alle regole e che conoscano la lingua olandese.

Le regole sono che il reparto I è un reparto aperto (questo è un fatto unico), i detenuti trascorrono l'intera giornata fuori dalla loro cella ma devono alzarsi la mattina presto e lavorare. Esiste una squadra permanente di 12 guardie ed un capo guardia.

L'unità Cad è formata da 5 soggetti: un coordinatore, uno psicologo e 2 assistenti sociali che lavorano nel reparto I e un assistente sociale che si occupa di detenuti tossicodipendenti che non sono alloggiati nel reparto I.

Il programma giornaliero inizia alle 7 e tra le 8 e le 9 i detenuti puliscono le loro celle e il reparto.

RESUME

Depuis 1979, en Hollande, divers projets ont été élaborés parmi lesquels les services externes de thérapie antidrogue qui soignent les toxicomanes en prison.

Ces projets ont essentiellement comme objectifs:

- 1) créer un intermédiaire entre détenus et services externes (continuité des services);
- 2) fournir un traitement médical personnalisé aux consommateurs: la méthadone est administrée aussi bien à des fins d'abstinence que de maintien;
- 3) détourner les détenus d'une détention ultérieure vers les services externes.

Ce document parle en particulier d'un projet expérimental réalisé dans les instituts de détention d'Amsterdam et soulève certaines questions concernant les programmes futurs du département de la justice en Hollande.

La prison de Rotterdam est, par exemple, très ancienne et ses principes directeurs sont désormais consolidés. Par ailleurs, les services relatifs à la toxicodépendance sont bien structurés et il existe des contacts réguliers entre les divers organes du système de la justice criminelle et le centre consultatif local. Le tribunal ne suspend pas facilement la détention préventive.

Un nouveau complexe de six instituts de détention a été ouvert en 1979 à Amsterdam. Le personnel pénitentiaire et les gardiens ont été nommés ad hoc, le réseau des services antidrogue d'Amsterdam était très mal organisé et l'action du tribunal durant la phase précédant le jugement était pratiquement inexistante.

Projet expérimental d'Amsterdam

A l'intérieur du complexe pénitentiaire, on trouve les instituts de détention pour les hommes adultes. La capacité de ces instituts est de 120 cellules. Chaque bâtiment est divisé en 5 sections de deux étages comprenant 24 cellules. Un des instituts de détention, appelé Dermeluis est un centre d'accueil où arrivent les détenus en attente de jugement pour 14 à 21 jours. Après cette période, les détenus sont transférés dans la prison pour jeunes adultes (jusqu'à 23 ans), dans la prison pour adultes ou dans le quatrième édifice qui accueille jeunes et adultes.

Un des cinq départements du centre de Demerluis (la section I) est réservé à 12 détenus toxicodépendants qui y restent durant les deux ou trois premières semaines de leur détention.

Le choix des douze détenus est basé sur le fait qu'eux-mêmes considèrent l'usage de la drogue comme un problème, qu'ils choisissent d'aller au secteur I, qu'ils se soumettent aux règles et qu'ils connaissent la langue hollandaise.

Les règles sont que la section I est une section ouverte (cela est un cas unique), les détenus passent leurs journées hors de la cellule mais doivent se lever tôt et travailler. Il existe une équipe permanente de 12 gardiens et un gardien-chef.

L'unité Cad est composée de cinq personnes: un coordinateur, un psychologue, 2 assistants sociaux qui travaillent au secteur I et un autre qui s'occupe des toxicodépendants n'étant pas logés au secteur I.

Le programme quotidien commence à 7 heures et, entre 8 et 9 heures, les détenus nettoient leur cellule et la section.

SUMMARY

Since 1979 have several projects been instated in the Netherlands, in which external drugaddiction-services work within the houses of detention with drugabusing inmates.

The main goals of these projects is:

- 1) to intermediate between inmates and outside services (continuity of services);
- 2) to give individually oriented medical treatment to drug-users: methadone is administered on as well a withdrawel as a maintenance basis;
- 3) to divert inmates from further incarceration to outside services. This paper discusses in particular an experimental project in the houses of detention in Amsterdam.

And it raises some pertinent questions to the future policy development by the Departement of Justice in the Netherlands.

The jail in Rotterdam, for example, is very old and the regime well established. The addiction services, on the other hand, are well structured and regular contacts did already exist between the several components of the criminal justice system and the local consultation center. The court does not easily suspend pre-trial detention.

In Amsterdam a new compound of six houses of detention had just been opened in 1979, the prison staff and guards were newly appointed, the addiction services network in Amsterdam was highly disorganized and the court diversion efforts during the pre-trial phase were not yet developed.

The Amsterdam experiment

Within the jail compound there are four houses of detention for adult men. The capacity of the institutions is 120 cells. Each building is divided in five two-floor-units of 24 cells.

One of the houses of detention, called Demersluis, is a reception center, where all pre-trial detainees arrive from the court and where they spend the first fourteen days to three weeks. After this period the inmates are transferred to the house of detention for young adults (up to 23 years), to the house of detention for elder people or to fourth building which houses young as well as elder people.

In the reception center Demersluis one of the five units, Unit I, is reserved for 12 drugdependent inmates who stay there for the first two or three weeks of their detention.

The placement criteria are that inmates speak the Dutch language, that they consider their druguse to be problematic and that they chose to be placed on Unit I and stick to the rules.

The rules are that Unit I is an open unit (this is unique); inmates are out of their cells all day, but one has to get up in the morning and has to work. There is a permanent team of 12 guards and a headguard.

The CAD unit exists of 5 people, one coordinator, one psychologist and two social workers who work on Unit I and one social worker who deals with the drugdependent inmates who are not placed on Unit I.

The dayprogramme starts at 7 o'clock, between 8 and 9 o'clock inmates clean their cells and the unit.

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

ANNA SABATTINI SEPE (*)

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

1. - INTRODUZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. - CENNI SULLA LEGISLAZIONE ITALIANA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. — I SERVIZI SOCIALI ED IL SERVIZIO SOCIALE PENITENZIARIO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. - MISURE ALTERNATIVE E TOSSICODIPENDENZA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. - LIBERATI DAL CARCERE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. — CONCLUSIONI

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

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

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

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

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

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

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

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

RIASSUNTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESUME

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SUMMARY

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COMUNICAZIONI

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 disinteresseranno

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 astinziale, 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'appretiennent 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.

CONSIDERAZIONI CRITICHE E METODOLOGICHE SULLA LICEITÀ E SULL'EFFICACIA DEL TRATTA- MENTO NELLE TOSSICODIPENDENZE

FRANCESCO BRUNO (*) FRANCO FERRACUTI (*)

Le considerazioni che vogliamo svolgere si riferiscono a due tra i più complessi problemi aperti nel campo delle tossicodipendenze. Di tali problemi, naturalmente, non pensiamo di poter indicare o scegliere una soluzione che possa essere univoca e soddisfacente per tutti, riteniamo tuttavia nostro compito in questa relazione presentare alcune linee generali utili per un approccio critico e pragmatico ai temi che ne costituiscono la sostanza. Allo scopo di rendere più chiara l'esposizione tratteremo separatamente l'aspetto della liceità e quello della validità del trattamento.

Considerazioni sulla liceità del trattamento in rapporto ai diritti del tossicodipendente

A proposito del tema della liceità, crediamo che il modo migliore di affrontarlo sia quello di rivolgere la nostra attenzione non tanto al trattamento in sé e in astratto, ma al tossicodipendente come persona considerato nel contesto italiano in cui lo conosciamo ed alla luce della legislazione italiana che lo riguarda.

(*) Cattedra di Medicina criminologica e psichiatrica dell'Università degli Studi di Roma.

Secondo ELIAS CANETTI, premio Nobel per la letteratura nel 1981, « la libertà della persona consiste per buona parte in una difesa dalle domande, poiché — egli dice — la tirannide più pressante è quella che si permette di porre le più pressanti domande ». Se dunque volessimo avere riguardo fino in fondo per i diritti del tossicodipendente dovremmo evitare di porre in termini interrogativi persino la domanda base sull'identità di tale soggetto. Così come non domandiamo infatti al cittadino di definirsi davanti alla legge qualunque siano « la sua razza, il suo sesso, la sua religione, la sua lingua, le sue opinioni politiche ed infine le sue condizioni personali e sociali », non dovremmo neanche chiedere al tossicodipendente di distinguersi in qualche modo dagli altri cittadini. Tuttavia, almeno per una volta, e con il solo scopo di trattare da un punto di vista teorico il problema della liceità dei trattamenti (1982), dobbiamo porre la domanda su chi sia il tossicodipendente e su quali siano i caratteri specifici della sua condizione ed a tale questione dobbiamo sforzarci di fornire un'utile risposta.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la condizione di farmaco-dipendenza come « Uno stato psichico e qualche volta fisico risultante dalla interazione tra un organismo vivente ed un farmaco, caratterizzato da comportamenti o reazioni che includono l'uso compulsivo della sostanza, continuo od anche periodico, dovuto all'esperienza dei suoi effetti psichici e qualche volta alla paura del malessere caratterizzato dalla sua assenza » (1975).

La stessa Organizzazione colloca la tossicodipendenza (Drug Dependence) nella 9^a revisione della Classificazione Internazionale delle malattie (1978), V Capitolo, quello dei disturbi mentali (Mental Disorders), tra i disturbi nevrotici, i disturbi della personalità e altri disturbi mentali non psicotici.

L'O.N.U. viceversa nella Convenzione Unica sugli stupefacenti adottata a New York il 30 marzo 1961 e ratificata dall'Italia con legge 5 giugno 1974, n. 412 parla di tossicomania (Addiction), senza ulteriormente definirla, solo nel preambolo, per dire che essa è un « flagello per l'individuo ed un pericolo economico e sociale per l'umanità », e, successivamente nell'art. 38, per dire che le « parti prenderanno in particolare considerazione le misure da adottare per far curare i tossicomani e garantire il loro riadattamento ». Tuttavia

è già interessante notare come tale termine non compaia più nella convenzione sulle sostanze psicotrope adottata a Ginevra nel 1971, né nel protocollo di emendamenti alla stessa Convenzione Unica adottato a Ginevra nel 1972.

In entrambi i casi si parla infatti di « abuso di stupefacenti » o « abuso di sostanze psicotrope » ed i tossicodipendenti non vengono più definiti come tali, ma semplicemente come « persone interessate » (Involved Persons) cui è necessario « assicurare la pronta diagnosi, cura, correzione, post-cura, riabilitazione e reinserimento sociale », pur essendo rimasto invariato lo scopo della norma indicato nella protezione della « salute fisica e morale dell'umanità ». La legge italiana del 22 dicembre 1975, n. 685 sulla disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, pur avendo recepito la sostanza delle convenzioni internazionali ha reintrodotto i concetti di « stato di tossicodipendenza » e di « tossicodipendente », ma sembra confonderli indifferentemente con quelli di « uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope » e di « soggetti dediti all'uso predetto » anche se in modo non « abituale ». Dunque se per rispondere alla domanda che ci eravamo posti all'inizio dovessimo basarci sulle definizioni ed indicazioni che abbiamo appena citato e che pure provengono dalle fonti più autorevoli e concordate ci troveremmo in un serio imbarazzo. La stessa condizione è infatti definita una volta semplicemente come « disturbo mentale », un'altra volta come « compulsione tossicomantica », ancora come « uso smodato o deviato di sostanze » ed infine come « dipendenza da sostanze » o addirittura come « uso non terapeutico » delle stesse. Non si tratta di differenze di poco conto aventi un puro interesse terminologico, ma viceversa, di sostanziali diversità di concezione riguardo ad uno stesso comportamento da cui ci sembra che la norma giuridica possa prescindere. Se infatti considerassimo il tossicodipendente come una persona avente un disturbo mentale che ne condiziona in misura maggiore o minore il comportamento non potremmo non tenere conto di ciò da un punto di vista legale, se invece lo considerassimo semplicemente come un malato che soffre di un disturbo fisico generale non capiremmo il motivo di prevedere per legge le modalità della sua cura, se infine lo dovessimo considerare come una persona che nel pieno pos-

semplice « uso non terapeutico » di sostanze il cui uso è regolato da una norma, allora non potremmo non considerare le implicazioni di ordine penale o civile di tale atto. In altri termini possiamo scegliere di considerare il tossicodipendente come un malato fisico o psichico, come un delinquente o semplicemente come una persona sana ed onesta, ma sicuramente non possiamo considerarlo contemporaneamente in tutti e quattro i modi, altrimenti in un senso o nell'altro ne offenderemmo i diritti e certamente non lo aiuteremmo in alcuna maniera.

Purtroppo la questione non è solo teorica, ma si risolve nella pratica in un continuo gioco di equivoci e di ambiguità che non ci permettono non diciamo di risolvere il problema rappresentato dal diffondersi delle tossicodipendenze tra i giovani, ma nemmeno di influire in alcun modo sul fenomeno.

Dipanare la matassa e giungere al nocciolo della questione non è dunque una facile impresa vista l'impossibilità di utilizzare ai nostri fini le definizioni contenute nella legge italiana o nelle convenzioni internazionali, né ci sentiamo di scegliere più o meno arbitrariamente uno qualsiasi dei casi presentati; per questo sarà necessario aggredire il problema adottando un angolo di visuale più ampio che ci consenta di includere nel campo di osservazione anche i presupposti più generali del fenomeno e delle leggi che lo governano.

Concetti generali

Quando si parla di « diritti del tossicodipendente » in senso generico ci si riferisce evidentemente non soltanto ai diritti inalienabili dell'uomo sanciti da numerose convenzioni internazionali, ma anche e soprattutto ai diritti che gli derivano dalla norma giuridica o dalla legge naturale in senso oggettivo. In quest'ultima prospettiva per diritti intendiamo « ciascuna delle diverse posizioni favorevoli che le norme giuridiche, la legge naturale creano nei riguardi del soggetto e che sono variamente configurate come possibilità, facoltà aspettativa o potere » (1979). In altri termini per delineare questi diritti del tossicodipendente dobbiamo necessariamente analizzare la legge che li crea e li regola.

Secondo DELOGU (1974) « È certo che le norme che introducono sanzioni penali in materia di droghe sono motivate dalla esigenza di impedire l'abuso di esse e cioè l'uso senza controllo medico e per fini diversi da quelli di cura; e questo a causa dei nefasti effetti che tale abuso produce al singolo e perciò alla società. In sostanza dunque la normativa penale mira a tutelare la salute della collettività e perciò oggetto giuridico dei singoli reati non può essere altro che tale bene ». Lo scopo della norma è dunque in questo caso un dato della realtà sociale, lo stesso tuttavia non può dirsi dell'oggetto materiale che non è solo un dato farmacologico e quindi puramente naturalistico ma è anche un elemento cosiddetto « normativo » della fattispecie. Infatti perché una sostanza stupefacente o psicotropa sia sottoposta a controllo è necessario non soltanto che essa abbia determinate caratteristiche farmacologiche, ma anche che essa sia iscritta nelle apposite tabelle predisposte dal Ministero della Sanità. Tali tabelle, sempre citando il DELOGU, sono dei « parametri di valore » che contribuiscono a rappresentare i dati che costituiscono gli « elementi normativi » integrandoli con un giudizio di valore per il cui accertamento non basta la percezione sensoriale ma è necessario l'intervento dello spirito. Ha dunque pienamente ragione THOMAS SZASZ, l'eminente anti-psichiatra americano quando afferma che l'abuso di droga è una questione di convenzione e che pertanto è un problema che riguarda l'antropologia, la sociologia, la religione, l'etica, la legge e la criminologia e non già la chimica o la farmacologia (1977).

Quelli connessi all'abuso di droga sono dunque reati che derivano la loro condizione di antigiuridicità dalla inosservanza di autorizzazione e convenzioni ed il loro carattere di illecito sembra dipendere da presupposti che non sono tutti oggettivi.

Lo stesso comportamento di acquistare o comunque detenere illecitamente modiche quantità delle sostanze stupefacenti o psicotrope per farne uso personale non terapeutico pur essendo stato depenalizzato dalla legge 22 dicembre 1975, n. 685 non è stato decriminalizzato e ciò vuol dire che il legislatore non ha completamente rinunciato ad applicare misure di influenza anche se di carattere non penale alla condotta in oggetto.

Come si vede, all'originaria confusione riguardante la identità del tossicodipendente ed i caratteri della sua condi-

zione si aggiunge una ulteriore complicazione dovuta alla scarsa definizione dei reati e dei comportamenti depenalizzati previsti dalla legge nell'ambito delle condotte che determinano o che conseguono ad uno stato di tossicodipendenza.

I diritti accordati e negati al tossicodipendente

Tuttavia, nonostante la nebulosità, la confusione e la ambiguità che derivano dall'aver voluto regolare per legge comportamenti umani complessi e non univocamente definiti né sul piano della patologia, né su quello della libertà morale ed infine di averlo fatto con una legge ambivalente che una volta condanna ed una volta assolve dallo stesso reato, non ci siamo per questo sottratti all'impegno che ci eravamo assunti all'inizio, di individuare i diritti che la medesima legge accorda o nega al tossicodipendente.

Di seguito indichiamo un primo elenco dei diritti di cui il tossicodipendente dovrebbe per legge disporre:

- Diritto all'informazione ed all'educazione sui danni derivati dall'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope a tutti i livelli (artt. 85, 86, 87, 88, 89);

- Diritto alla cura ed alla riabilitazione da parte dei normali presidi ospedalieri, ambulatoriali e medico-sociali (art. 90);

- Diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria a scopo di riabilitazione anche in reparti carcerari opportunamente attrezzati (art. 84);

- Diritto a che le Regioni operino per il reinserimento sociale di coloro che hanno bisogno di assistenza sociale a scopo di prevenzione o di riabilitazione (art. 90);

- Diritto agli interventi immediati necessari eseguiti dai CMAS qualora ci si assoggetti volontariamente al trattamento di cura e di riabilitazione (art. 92);

- Diritto ad essere seguiti dai presidi sanitari locali o dai medici più idonei in coordinamento con il CMAS ed a disporre, con la maggiore sollecitudine, degli opportuni interventi sociali (art. 92);

- Diritto ad usufruire di interventi non improntati a criteri autoritari costringenti, ma di assistenza professionale specialistica eseguiti con il pieno rispetto della personalità degli assistiti (art. 92);

- Diritto a non essere ricoverati in alcun caso in ospedale psichiatrico (artt. 90 e 100);
- Diritto alla libera scelta per quanto attiene ai luoghi di cura ed ai medici curanti (art. 95);
- Diritto a beneficiare dell'anonimato nei rapporti con i centri e le case di cura, gli ambulatori, i medici, gli assistenti sociali e tutto il personale addetto o dipendente (art. 96);
- Diritto di essere accompagnati, se colti in stato di intossicazione acuta, derivante dal presumibile uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, ai presidi sanitari locali;
- Diritto a non essere punito in caso di acquisto o detenzione di modiche quantità di sostanze stupefacenti o psicotrope allo scopo di farne uso personale non terapeutico (art. 80);
- Diritto a sottoporsi volontariamente al trattamento terapeutico o riabilitativo (art. 95);
- Diritto a rifiutare il trattamento volontario o ad interrompere i trattamenti intrapresi salvo opposto provvedimento della autorità giudiziaria (artt. 97, 100);
- Diritto a farsi assistere da un medico di propria fiducia nei rapporti con il CMAS (art. 97);
- Diritto a farsi sentire dal magistrato prima che questi adotti provvedimenti di necessità e di urgenza sulla propria persona (art. 99);
- Diritto a che venga compiuta una perizia giudiziaria al fine di accertare se sussistono le condizioni di non punibilità previste dall'art. 80. Diritto a che tale accertamento si basi sulle proprietà tossiche delle sostanze detenute in relazione alla personalità fisico-psichica del detentore (art. 98);
- Diritto a che gli eventuali provvedimenti di necessità e di urgenza possano in ogni momento essere revocati o modificati (art. 99);
- Diritto a fare reclamo nel termine di 30 giorni ad una sezione di Corte d'Appello contro gli eventuali provvedimenti di necessità e di urgenza (art. 100);
- Diritto a che siano determinate le più idonee terapie di disintossicazione ed a che siano attuate tutte le più opportune iniziative idonee al recupero sociale interessando, per via prioritaria, la famiglia (art. 92);
- Diritto di vedere esclusa o ridotta l'imputabilità per i reati commessi in stato di cronica intossicazione prodotto da alcool ovvero da sostanze stupefacenti (art. 95).

Come si può notare il ventaglio dei diritti che la legge esplicitamente o implicitamente autorizza nei confronti dei tossicodipendenti è piuttosto ampio.

Una prima analisi di essi ci porterebbe a concludere che il legislatore si sia preoccupato di giurisdizionalizzare nel modo più scrupoloso ogni aspetto del fenomeno dell'abuso di droga avendo in mente come prima preoccupazione quella di garantire ai tossicodipendenti la possibilità di una cura, di una riabilitazione e di un reinserimento sociale. Tuttavia non deve essere stato questo il solo scopo del legislatore il quale ci sembra essersi molto preoccupato anche di garantire la libertà personale del tossicodipendente e la sua dignità (vedi i diritti dell'anonimato, alla non psichiatrizzazione, la proibizione ai CMAS di interventi autoritari e costringenti) pur essendo obbligato a prevedere norme che in qualche modo limitano tali diritti come quelle contenute negli artt. 99 e 100 sui provvedimenti di necessità e di urgenza che altro non sono in realtà se non provvedimenti terapeutici coattivi. In questo caso sembra che sulla libertà personale abbia prevalso il diritto alla vita ed alla salute, ed evidentemente che il trattamento sanitario obbligatorio venga giustificato con l'implicita ammissione che non sempre il tossicodipendente sia capace di intendere e di volere e che non sempre dunque egli possa liberamente disporre di sé. Infine alcuni dei diritti previsti (come quello all'informazione, ecc.) sembra che siano determinati dalla esigenza di proteggere l'intera collettività dal pericolo della diffusione della droga.

A questo punto possiamo passare ad esaminare quei diritti che al contrario, la legge nega implicitamente o esplicitamente ai tossicodipendenti.

Di seguito forniamo un elenco di tali diritti:

- Diritto di non testimoniare nei processi relativi ai fatti (di cui si viene imputati) che comunque possano portare alla individuazione delle persone e delle organizzazioni criminali (art. 82) in deroga agli artt. 348 e 456 del cod. proc. pen. (imputati dello stesso reato o di un reato connesso anche se prosciolti);

- Diritto di farsi assistere da un difensore o da un consulente tecnico nell'ambito del procedimento inteso ad emettere un decreto per un trattamento obbligatorio (art. 101);

– Diritto ad essere ricoverati nei reparti psichiatrici degli ospedali (artt. 90, 100);

– Diritto a conservare ed ad usare la modica quantità di droga di cui si venga eventualmente colti in possesso e che si aveva intenzione di usare a scopo personale non terapeutico (art. 80);

– Diritto a detenere, per uso personale non terapeutico, quantità di droga superiori alla « modica quantità » prevista (artt. 71, 72);

– Diritto all'esclusione o alla riduzione dell'imputabilità per i reati commessi in stato di droga da persona dedita all'uso di stupefacenti (art. 96 cod. pen.);

– Diritto a non curarsi ed a liberamente disporre di sé (artt. 99, 100);

– Diritto ad essere diversi, ad avere uno spazio di rifiuto di contestazione, di astrazione e di reazione alla società;

– Diritto a sottrarsi ai propri impegni sociali;

– Diritto a vedere alleviate le proprie sofferenze.

Elementi di discussione critica

La discussione su questa seconda serie di diritti potrebbe ampliarsi a dismisura dal momento che molti di essi si riferiscono a quella sfera più profonda della personalità umana che normalmente dovrebbe non appartenere all'ambito di quei fenomeni che le leggi dello stato regolano e controllano. Da un punto di vista generale nel trattare sinteticamente le problematiche sollevate dalla questione dobbiamo fondare il nostro ragionamento su basi solide e certe sia sul piano descrittivo che su quello normativo e per far ciò non possiamo prescindere dalla Costituzione che in quanto tale rappresenta la legge fondamentale dello Stato.

In un suo recente intervento G.M. FLICK (1982) sostiene, proprio a proposito del problema sulla droga che, essendo la nostra costituzione di tipo « personalistico » (in quanto pone la persona al primo posto, pur impegnandogli dei doveri sociali), il singolo ha una serie di obblighi sociali che però sono sempre subordinati e limitati da una dimensione personalistica. Allo stesso modo egli soggiunge: « L'individuo può uccidersi e lo Stato non può impedirglielo, deve però garantirgli la possibilità di non uccidersi e permettergli, in una situa-

zione patologica che lo porta verso il suicidio, di uscire da una tale situazione ».

La nostra Costituzione dunque riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo (art. 2), sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale; non solo, ma la Repubblica si impegna anche a rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale (art. 3) che impediscono, limitandoli di fatto, proprio il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione allo adempimento dei danni precedentemente citati. Sempre secondo la Costituzione, la libertà personale è inviolabile (art. 13) e qualsiasi sua limitazione deve provenire dall'autorità giudiziaria per atto motivato e nei soli casi e modi previsti dalla legge. È superfluo ricordare che è punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà. L'art. 32 infine tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e impedisce in ogni caso i trattamenti sanitari obbligatori che violino i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Se analizziamo, nell'ottica costituzionale, i diritti che la legge sembra negare al tossicodipendente ci accorgiamo dunque della esistenza di una profonda contraddizione tra la norma derivata dalla legge ordinaria e quella derivata dal dettato costituzionale. E se spingiamo ancora più a fondo la nostra analisi ci rendiamo conto che tale contraddizione caratterizza interamente l'aspetto giuridico del problema dell'assunzione di droga. In sintesi si tratta di notare proprio la dimostrazione di quanto si era detto all'inizio: mentre da una parte la legge ritiene di non dover penalizzare l'acquisto, la detenzione e l'uso personale non terapeutico di modiche quantità di droga, riconoscendo quindi indirettamente che tale comportamento appartiene alla sfera della libertà personale, dall'altra presumendo evidentemente, ma non dichiarando, che la conseguenza di tale comportamento sia una fuga dell'individuo dalla presenza e dalla responsabilità sociale, finisce poi per limitare il soggetto proprio in quel diritto alla libertà personale tanto solennemente proclamata dalla Costituzione.

Si badi bene che non ci si riferisce qui al problema della obbligatorietà o meno del trattamento sanitario, ma più semplicemente a quello della liceità o meno della fuga dell'indi-

viduo dalla realtà. Solo in quest'ottica è possibile infatti notare la contraddizione tra il riconoscere al tossicodipendente il diritto di rifiutare o interrompere la cura valendosi addirittura dell'anonimato e contemporaneamente il prevedere la possibilità di obbligarlo ad un trattamento sanitario.

E poi ancora si può citare la contraddizione tra il riconoscere l'esclusione o la riduzione dell'imputabilità per i reati commessi in stato di cronica intossicazione da stupefacenti e addirittura l'aggravamento della pena previsto per i reati commessi in stato di droga da persona dedita all'uso di stupefacenti. Ed infine perché considerare lecite le evasioni dalla responsabilità sociale ottenute attraverso l'uso e l'abuso di alcool, pornografia, musica rock, per non citarne che alcune, ed illecite quelle ottenute attraverso l'uso di stupefacenti?

Da un punto di vista puramente giuridico le contraddizioni sono insanabili. Se vogliamo in qualche modo comprenderne i termini dobbiamo addandonaire il terreno normativo e servirci o di strumenti empirici che ci diano un'immagine più aderente alla realtà o di strumenti teoretici che ci permettano di analizzare la realtà.

Evidentemente la norma penale che deve reoglare i comportamenti ed i rapporti tra gli uomini non può essere astratta e generale ed in ogni caso non può che rappresentare una sovrastruttura e non una struttura della realtà. Quest'ultima viceversa è complessa, articolata, mutevole, definita dalle caratteristiche individuali delle persone e degli oggetti. Di conseguenza una stessa norma non può aderire a tutti gli aspetti della realtà, ma solo ai più rilevanti rispetto agli scopi che si propone.

Mantenendo fermo il sospetto che lo scopo della norma in materia di droga è quello di tutelare la salute del singolo e della collettività nonché il diritto-dovere del singolo di partecipare alla responsabilità sociale ci si chiede quali siano gli elementi del fenomeno più rilevante a questo proposito. È evidente che gli elementi più importanti sono almeno due: il farmaco ad azione psicotropa o stupefacente e l'individuo che lo assume. La necessità di una norma specifica nasce dal fatto che si riconoscono sia a questi farmaci che a questi individui caratteristiche particolari ed attività pericolose per la società. Se così non fosse non si capirebbe perché debba essere necessario regolare per legge un comportamento che in tutti

gli altri casi è affidato interamente alla responsabilità del medico e del paziente.

E qui sta il vero nocciolo della questione: o questi farmaci e questi individui possiedono realmente le caratteristiche che la legge presume e queste sono realmente pericolose ed allora non è possibile non conoscerle, non affermare chiaramente quali esse siano e quale è il pericolo che si intende evitare o viceversa non possiedono tali proprietà allora siamo noi ad averli demonizzati.

Scegliere la prima possibilità significa aderire alla realtà per quanto complessa, proteiforme e misteriosa essa sia e significa anche riconoscere che la libertà dell'uomo può essere condizionata dalle droghe e che la società ha il diritto-dovere di impedire attraverso lo strumento giuridico che tale condizionamento dell'individuo possa condizionare a sua volta i diritti degli altri individui e della collettività.

Scegliere la seconda possibilità significa aver identificato un demone nella droga ed un capro espiatorio nel tossicodipendente ed in questo caso l'esistenza di una norma che sanziona certi comportamenti rassomiglia come afferma il già citato T. SZASZ, con felice espressione, ad una sorta di « cannibalismo simbolico che dà significato ad una vita privandone di significato un'altra ».

C'è tuttavia una terza possibilità che ci sembra sia quella scelta dal legislatore italiano. Secondo questa prospettiva le sostanze stupefacenti o psicotrope come la legge dice testualmente (art. 12) non vengono definite né in base alle loro proprietà farmacologiche, né in base ai loro effetti clinici tranne che nel caso di « sostanze che possono provocare allucinazioni o gravi distorsioni sensoriali », ma vengono semplicemente elencate. In altri termini non viene loro riconosciuta esplicitamente la capacità di condizionare la libertà dell'uomo. Allo stesso modo ai tossicodipendenti non viene riconosciuta alcuna caratteristica patologica né sul piano fisico né su quello psichico, né alcuna pericolosità vista la mancanza di sanzione, ma coloro che assumono droghe vengono definiti soltanto come persone che fanno uso personale non terapeutico di sostanze stupefacenti.

Si ha quindi l'impressione che il legislatore abbia voluto decisamente allontanare dal tossicodipendente ogni stigma di patologia mentale e che abbia invece voluto caratterizzare

ogni sostanza ed ogni gruppo di sostanze come pericolose in sé e non per le loro comuni proprietà farmacologiche o cliniche. Ma evidentemente non ha considerato che in questo modo egli ha attribuito al tossicodipendente la funzione di capro espiatorio ed al farmaco quella di demone. Sempre la stessa legge però non fa altro che parlare di « cura », « riabilitazione », « reinserimento sociale », « trattamento sanitario », « ricovero ospedaliero », ecc., e quindi addirittura prevedere la possibilità di trattamenti obbligatori come se il tossicodipendente avesse una malattia da cui guarire, un handicap da riabilitare ed infine una ridotta od esclusa capacità di intendere e di volere. Ancora una volta non ci sembra che il legislatore abbia considerato il fatto che il presupposto di ogni terapia è l'esistenza di uno stato patologico e che non si ha il diritto né il dovere di curare persone che nel pieno possesso delle loro capacità non sono o non si ritengono malate.

In definitiva quindi la scelta normativa del legislatore italiano non aderisce alla realtà né per stigmatizzare o penalizzare, né per curare o prevenire. Inoltre non sembra neanche aver influito minimamente sul fenomeno che dal 1975 ad oggi ha finito per assumere dimensioni di massa tali nel nostro paese da farci dubitare che esso possa ancora considerarsi una forma di devianza.

Tuttavia non consideriamo la legge del 1975 un completo fallimento, ma siamo invece convinti, e vogliamo sottolinearlo, che proprio questa legge con tutti i suoi difetti ha avuto il merito storico di aver introdotto un metodo nuovo orientato in senso terapeutico e non repressivo, di aver evidenziato il fenomeno permettendo a tutti i tossicodipendenti di accedere alle terapie disponibili, di aver promosso una diffusione dell'informazione ed infine di aver permesso l'organizzazione di una rete di servizi territoriali.

Tuttavia riteniamo, ed anche questo vogliamo sottolinearlo, che non si possa andare oltre, che non si possa chiedere alla norma di risolvere problemi di natura morale e di combattere battaglie su termini biologici o psicologici. Riteniamo viceversa di dover assumere noi fino in fondo le responsabilità che ci competono come medici e come psichiatri nei confronti di quanti, tossicodipendenti o no, abbiano bisogno del nostro aiuto per comprendere i propri problemi, per curare le proprie

patologie o per alleviare le proprie sofferenze e che tale aiuto ci chiedano direttamente o indirettamente.

Da quanto detto crediamo che trasparisca in modo chiaro il nostro punto di vista sulla questione della liceità del trattamento. Evidentemente riteniamo leciti quei trattamenti che non violino i diritti inalienabili della persona e che allo stesso tempo raggiungano gli scopi che si prefiggono sia nei riguardi dell'individuo che nei riguardi della società.

A questo proposito il discorso si sposta proprio sul piano dell'efficacia del trattamento, su ciò che bisogna intendere per efficace in questo campo e su come si possa giungere ad una valutazione di questa relazione.

Considerazioni sulla metodologia della valutazione dell'efficacia del trattamento

Valutare un trattamento significa in primo luogo identificare l'infermità o la condizione cui il trattamento si oppone, stabilire quindi il tipo o i tipi di trattamento da valutare ed infine selezionare il tipo di popolazione alla quale esso sarà applicato. Prima di definire il tipo di trattamento è comunque necessario definirne gli scopi.

Nel campo della tossicodipendenza, come si è visto, ci domandiamo in quale misura tali condizioni siano l'espressione di una infermità, da trattare pertanto come tale, o non piuttosto il risultato di una trasgressione, da considerare, quindi, come una variante, per quanto indesiderabile, del comportamento umano; in questo caso essa dovrebbe essere regolamentata fino ad essere estinta o all'opposto accettata all'interno di un più ampio sistema di valori progressivi e tolleranti come è tipico delle società occidentali.

Già il puro e semplice concetto di trattamento è oggetto di dibattito, non soltanto riguardo a ciò che significa trattamento in questo campo, ma anche riguardo a quanto concerne il diritto di trattare una condizione, che per la maggior parte dei casi costituisce per i « pazienti » un modo volontario ed autonomo di compiere un « crimine senza vittima ». Parafrasando le parole di GILBERT GEIS si potrebbe ben dire che questo non solo non è un argomento che interessa la legge, ma non è nemmeno un argomento che interessa la medicina clinica o per lo meno la medicina clinica da sola (GEIS, 1972).

Esistono comunque varie forme di trattamento che vanno dai modelli essenzialmente medici alle misure complessive di intervento sociale. La valutazione dell'efficacia di tutti questi deve essere in parte determinata da ciò che definiamo come efficace in questo campo.

Pertanto il nostro primo passo consisterà nella definizione di alcuni dei termini che verranno impiegati nella discussione del problema. In questo settore è disponibile un'enorme quantità di letteratura specie di provenienza americana risultato in gran parte del gigantesco lavoro realizzato dalla N.I.D.A. (National Institute on Drug Abuse). Il materiale è troppo vasto per permettere una revisione accurata ed inoltre non sempre gli argomenti si possono correlare a contesti nazionali diversi da quello degli Stati Uniti. Nonostante ciò le linee metodologiche più generali ci sembrano troppo importanti per poter essere trascurate e pertanto vi faremo accenno.

Definizione di trattamento

La definizione di trattamento è molto complessa. Trattamento in medicina significa la formulazione di un piano tattico che ha il fine di cambiare una condizione negativa definita come infermità, attraverso la selezione di quegli atti che meglio si adattano al fine della terapia (POLI, 1965). Sempre secondo POLI, il trattamento razionale è il contrasto del cosiddetto poli-pragmatismo atassico. Esso richiede la scelta dei mezzi più appropriati evitando quelli superflui e concentrandosi invece sui fattori fondamentali dell'infermità dai quali dipende la maggior parte degli altri fattori (secondari).

Normalmente la formulazione di un piano di trattamento è in funzione di una diagnosi precisa, la qual cosa prevede anche la consapevolezza dei fondamenti critici della stessa diagnosi. La diagnosi può porsi sul terreno della probabilità e in tal caso può dar luogo soltanto ad un piano limitato di trattamento. Naturalmente siamo ben coscienti che « saper poco è meglio che non saper nulla », ma non per questo trascuriamo di considerare i limiti della nostra conoscenza. Nel campo della farmacodipendenza la diagnosi è fortemente condizionata dal nostro atteggiamento verso ciò che consideriamo la eziologia delle condizioni, ma anche dal nostro orientamento filosofico verso ciò che consideriamo una trasgressione.

La nostra immagine del tossicodipendente, nonché la nostra idea del trattamento di questa condizione sono andate cambiando anche in modo drammatico con il passare degli anni e con il mutare degli atteggiamenti JAFFE (JAFFE in DUPONT, GOLDSTEIN e O'DONNELL, 1971) a tale proposito paragona il trattamento dei tossicodipendenti negli Stati Uniti ad un pendolo oscillante. In sostanza siamo passati da un concetto di infermità fisica ad una concettualizzazione socio-filosofica e legale, e, lungo questa strada, ci è sembrato di perdere ogni speranza di trattamento e siamo stati costretti a ricorrere a metodi di controllo puro e semplice come per esempio il cosiddetto « mantenimento ». I modelli terapeutici oggi disponibili si rifanno a metodi comportamentistici o psicoanalitici, ma anche ai diversi tipi di terapia di gruppo. A questi metodi si possono aggiungere anche terapie farmacologiche come nel caso del trattamento con sostanze antagoniste o con agonisti-antagonisti dei narcotici per gli eroinomani. Secondo la maggior parte degli autori sarebbe opportuno che i terapeuti considerassero tutte le diverse strategie di trattamento disponibili in modo da poter scegliere di volta in volta quella più efficace o che meglio si adatta ai requisiti del caso individuale. Ciò tuttavia implicherebbe anche l'esistenza di una tipologia chiara e differenziata ed una conoscenza adeguata delle relazioni tra i diversi tipi di tossicodipendenti ed i diversi tipi di trattamento.

Purtroppo siamo molto lontani dal possedere un tale tipo di conoscenza. Un altro problema specifico in questo campo è costituito dal fatto che, sebbene la condizione di tossicodipendenza si riferisca spesso ad episodi acuti, normalmente essa è uno stato di cronicità o comunque di lunga durata, che tende a continuarsi per decine di anni durante la vita dei pazienti ed a sfociare in destini generalmente differenti. Gli studi catamnestici sui tossicodipendenti sono poco frequenti, tuttavia esiste un'evidenza seppure parziale, che rivela come gli eroinomani acuti possano eventualmente abbandonare l'uso della droga prima che questa abbia prodotto molti danni sul piano fisico. WINNICK (1964), per esempio, citato da FREEDMAN (1975) e molti altri autori anch'essi citati nel capitolo di FREEDMAN, hanno dimostrato che la numerosità della popolazione dei tossicodipendenti si riduce drasticamente tra i 35 ed i 40 anni di età. L'opinione di questi studiosi è

che la tossicodipendenza da narcotici sia una infermità che si autolimita la cui durata media approssimativa è compresa tra gli 8 ed i 9 anni. D'altra parte VAILLANT (1978) presenta un'evidenza che in parte contrasta con quanto detto prece- precedentemente. Secondo i suoi dati soltanto il 25 % circa dei tossicodipendenti continua con un comportamento di consumatori attivi di droga fino a 18 anni dopo la loro prima ospedalizzazione. Tuttavia dobbiamo considerare che il 23 % circa viene a morte nello stesso arco di tempo.

Il trattamento dunque potrebbe essere inteso non tanto come lo strumento per cambiare una condizione — special- mente se non siamo sicuri che tale condizione possa essere cambiata — bensì come il mezzo per renderla più tollerabile e per diminuirne il danno fino a che non si verifichi una remis- sione spontanea.

Valutazione del trattamento

La difficoltà di definire il trattamento, nel nostro caso, è dovuta in parte alla grande quantità di problemi e di ostacoli connessi alla sua valutazione.

I problemi non sono diversi da quelli che giornalmente si presentano ai criminologi che operano nel campo della giusti- zia criminale.

GLASER ha analizzato dettagliatamente i vari problemi che emergono quando si tratta di applicare metodi scientifici come guida nel trattamento e nella scelta delle politiche cri- minali e tra questi quelli dovuti all'esistenza di molteplici scopi manifesti o latenti, o alla difficoltà intrinseca di definire un risultato positivo o di stabilire i criteri adeguati a misurarlo.

Una delle difficoltà iniziali consiste nell'esistenza di un numero sterminato di programmi di trattamento. Soltanto negli Stati Uniti secondo una recente pubblicazione (*National Directory of Drug Abuse and Alcoholic Treatment Programs*) aggiornata al 1979 esistono ben 9.100 unità di servizi per l'alcoolismo nella sola città di New York.

Allo stesso tempo esistono in quel paese programmi a livello nazionale coordinati dalla N.I.D.A. che seguono e registrano tutta la grande massa di lavori esistenti in questo campo. A questo proposito è forse utile segnalare un'altra recente pubblicazione della stessa fonte intitolata « *Treat-*

ment Programs Monograph Series » da cui è possibile trarre preziosi modelli per l'organizzazione, il coordinamento e la valutazione dei programmi di trattamento. Nello stesso lavoro sono riportati molti metodi per la registrazione dei dati e per una corretta applicazione di sofisticate analisi statistiche.

Altre pubblicazioni importanti comprendono il saggio di WRITTENHOUSE (1978) sulla comparabilità della ricerca nel campo della droga e studi sull'esecuzione di trattamenti contro la tossicodipendenza nella città di New York e Washington D.C. (N.I.D.A., 1978).

Come si vede, l'intero programma di valutazione deve iniziare dalla scelta del criterio che dovrà poi essere adottato per la valutazione medesima.

Delle numerose liste esistenti su tali criteri abbiamo scelto la seguente di BLAIR e SESSLER pubblicata nel 1974 per il Drug Abuse Council:

Criteri principali per la valutazione:

1) Percentuale di pazienti che possono essere considerati soddisfacentemente riabilitati ad almeno due anni dalla fine del trattamento.

2) Percentuale di soggetti a rischio per mese liberi dall'uso di droga subito dopo la fine del trattamento.

3) Diminuzione del numero degli arrestati per rapina, lesioni e furto, numero dei soggetti per anno (comparazione della percentuale degli arresti prima, durante e dopo il trattamento).

4) Aumento della produttività sociale (rapporto tra la percentuale dei soggetti per mese socialmente produttivi durante e dopo il trattamento e la percentuale di soggetti socialmente produttivi prima del trattamento).

5) Costo del programma di trattamento per ogni soggetto per mese di trattamento e per ogni cliente che lo ha portato a termine.

6) Frequenza del cambio di lavoro (numero di mesi nel medesimo lavoro).

Criteri secondari per la valutazione:

- 1) Percentuale di soggetti a rischio per giorno che fanno uso di droghe illecite durante il trattamento.
- 2) Percentuale di pazienti che dimostrano miglioramenti nella loro capacità di auto-controllo e nel senso di auto-stima.
- 3) Numero e percentuale di coloro che si coinvolgono per la prima volta nel trattamento.
- 4) Istogramma delle misure di ritenzione dei principianti (tenendo conto della percentuale degli aspiranti al trattamento accettati nel programma).

È chiaro che si possono prendere in considerazione molte altre variabili, e che la lista che abbiamo presentato deve essere intesa solo come indicativa.

Evidentemente per qualsiasi valutazione sono necessari studi epidemiologici con una attenta valutazione dell'incidenza e della prevalenza dei casi (HUNT, 1974; RICHARDS e BLEVENS, 1977; N.I.D.A.: *Saggio sulle strategie di valutazione della tossicodipendenza locale*, 1980). In alcuni paesi (e sono la maggior parte) non si dispone di questo tipo di cifre di base, in altri questa informazione è ostacolata dalla segretezza dei registri e da considerazioni di ordine deontologico (LEGA, 1979).

Un fattore che complica la ricerca è la preoccupante evidenza di un consistente aumento della tendenza del passaggio all'alcoolismo, quando si riduce la disponibilità di droga o ad alternare periodi di abuso dell'alcool con periodi di abuso di droga. BLUM afferma che in Canada un recente studio longitudinale condotto sulla tossicodipendenza per 5 anni dimostra che il 65 % dei tossicomani trattati erano diventati alcoolisti. Sempre secondo BLUM, l'alcool si trasforma metabolicamente in isochinolina seguendo un processo assai simile a quello del metabolismo degli oppiacei e ciò spiegherebbe le relazioni reciproche tra alcool e eroina. Un'altra possibile relazione potrebbe essere stabilita attraverso le cosiddette «endorfine», che costituiscono uno dei più recenti terreni di indagine della neuropsicofarmacologia e della neuro-

psicoendocrinologia. Recentemente il Dr. STEMMEL (DUPONT, GOLDSTEIN, O'DONNELL, 1979) ha fatto il punto sul problema della droga e dell'alcool. Secondo la sua opinione, l'efficacia delle terapie esistenti, specialmente nel caso della dipendenza doppia da narcotici e da alcool, deve essere determinata seguendo una metodologia scientificamente accettabile.

Un altro recente studio (*The Problem Drinking-Drug Addict*, NIDA, 1979) dimostra che gran parte dell'abuso di alcool nel tossicodipendente è legato semplicemente al risultato del trattamento anti-droga.

Naturalmente la valutazione complessiva del successo o del fallimento di un trattamento anti-droga deve includere anche un'analisi del problema dell'alcoolismo a prescindere dalle differenze fenomenologiche generali che esistono tra le due condizioni.

Tornando al problema generale della valutazione possiamo affermare con SELLS (DUPONT, GOLDSTEIN, O'DONNELL, 1979) che per misurare senza ambiguità i risultati di un trattamento ci vorrebbero almeno 20 anni di studio catamnestico.

È anche necessario notare che molti studi interessati alla valutazione del trattamento contro la droga sono in realtà solo valutazioni dei programmi.

La valutazione di un programma poi si interessa in realtà solo ad una unica unità o programma e si concretizza nella valutazione dei dati senza proporre se non minimamente la spiegazione dei paradigmi implicati nel trattamento.

In conseguenza di ciò rimane difficile valutare gli aspetti idiosincratici della situazione, quindi pur se le conclusioni valutative possono essere valide per l'unità o per il programma che si è sottoposto ad analisi, esse non possono essere comunque generalizzate. Una valutazione di trattamento che sia valida in generale dovrebbe comportare un'analisi dei dati raccolti da diversi programmi con paradigmi comparabili tra loro.

Evidentemente negli studi di valutazione i disegni sperimentali risultano inapplicabili in quanto ciò significherebbe l'assegnazione dei soggetti a gruppi non trattati o a gruppi trattati con tecniche di dubbia validità.

Da un punto di vista deontologico è chiaro che questi procedimenti sono inaccettabili e ciò significa che non si può

fare altro se non utilizzare esperimenti cosiddetti naturali o studi di coorti a lungo termine, con gli inevitabili errori che derivano dal modello e più in particolare dalla applicazione di tecniche che non includono gruppi di controllo.

In una pubblicazione della NIDA del 1978 (*Evaluation of Drug Abuse Treatment Based on First Year Follow Up*) si sostiene che se si presentano i requisiti necessari per l'applicazione dell'analisi della covarianza (ANCOVA) tale tecnica statistica è certamente quella più adeguata a fornire stime imparziali degli effetti di un trattamento.

La pubblicazione suddetta include la più ampia bibliografia sull'argomento e sulle tecniche che permettono di compiere una seria ricerca, pur senza violare il principio deontologico di base di non trattare mai dei soggetti solo per motivi di studio.

Il programma della NIDA include una vasta azione di coordinamento attraverso l'espletamento di due complessi sottoprogrammi di valutazione che sono il DARP (Drug Abuse Reporting Programs) e il CODAP (Client Oriented Data Acquisition Process). Tutto questo lavoro ha prodotto una grande quantità di informazioni che sono tuttora in fase di analisi.

Dal lavoro della NIDA già citato risulta anche evidente che durante lo stesso periodo di un anno di mantenimento con metadone, le comunità terapeutiche di trattamento senza somministrazione di droga hanno prodotto risultati più positivi (usando come indicatori: uso di droga ed alcool, lavoro e criminalità) di quelli prodotti dai programmi di disintossicazione oppure dai semplici contatti con i tossicodipendenti. Nonostante ciò la scelta del miglior trattamento tende ad essere fatta più in accordo con le mete e le concezioni generali delle autorità responsabili del trattamento stesso, che in relazione all'evidenza scientifica. In linea generale (come riferisce il « *Follow-Up Evaluation of Drug Abuse Treatment: A Summary Report* ») la percentuale di successo di un trattamento completo è in media del 15 % e va da un massimo del 23 % nel caso delle comunità terapeutiche ad un 12 % nel caso del trattamento con metadone.

Un elemento di valutazione non direttamente collegato allo stato del paziente si basa sul costo economico che l'abuso di droga costituisce per la società.

Questi costi che sono stati oggetto di numerosi studi si possono raggruppare in costi diretti ed indiretti. RUFENER, RACHAL e CRUZE nel 1977 nel loro lavoro « *Effectiveness Measured Based on the Cost to Society of Drug Abuse* », considerano come costi diretti i seguenti:

- trattamento medico;
- polizia;
- amministrazione della giustizia;
- detenzione;
- delitti indirettamente connessi all'uso di droga;
- controllo del traffico di droga e prevenzione dell'abuso;
- occupazione di edifici disabitati da parte di tossicodipendenti e distruzione di tali immobili.

I costi indiretti invece includerebbero i seguenti:

- disoccupazione;
- trattamento di pronto soccorso;
- ospedalizzazione;
- internamento in istituti psichiatrici;
- decessi dovuti all'uso di droga;
- assenteismo;
- incarcerazione;
- perdita del lavoro dovuta al trattamento.

Certamente questo tipo di valutazione è estremamente difficile ed offre risultati solo approssimativi. Molti paesi inoltre non dispongono delle misure di tutti gli indicatori sociali che sono necessari per una valutazione adeguata.

Gli studi già citati riferiscono comunque che negli Stati Uniti solo nel 1975 si sono spesi ben 12,5 miliardi di dollari contro l'abuso della droga.

Come si è detto, la valutazione deve tener presente i problemi deontologici che impediscono la sperimentazione controllata. Ciò nonostante a volte cambiamenti legislativi o di situazione culturale possono rendere possibili l'esecuzione di ricerche importanti che appartengono alla categoria dei cosiddetti « quasi esperimenti ». Per esempio, i recenti cambiamenti legislativi che si sono realizzati in Italia nel 1975 avrebbero potuto permettere interessanti studi comparativi in questo campo, ma purtroppo tali studi non sono stati finora realizzati.

Recentemente un esperimento notevole è stato presentato da ROBINS, HELZER, HESSELBRUCK e WISH (1977) su uno studio condotto sui veterani del Vietnam e sulla stabilità del loro comportamento di tossico-dipendenza, anche senza trattamento, dopo il ritorno negli Stati Uniti.

Il 19 % del gruppo di osservazione era diventato tossicodipendente in Vietnam, ma solo l'1 % continuava ad esserlo durante il primo anno del ritorno in patria e il 2 % dopo 2 o 3 anni. Tale drammatica diminuzione causata dalla alterazione delle condizioni di vita dei tossico-dipendenti dovrebbe metterci in guardia dal considerare validi gli studi che non tengono in considerazione i cambiamenti, sia spontanei che pianificati, dell'ambiente, delle strutture legali e dell'opinione pubblica nei confronti del fenomeno.

Il cambiamento dei valori culturali e della percezione della trasgressione può cambiare drasticamente sia l'incidenza che la prevalenza.

Considerazioni conclusive

Questo breve ed incompleto panorama dei problemi attinenti agli argomenti trattati sulla liceità e sull'efficacia del trattamento dei tossico-dipendenti non è certamente sufficiente a mostrarne tutti i diversi aspetti. Tuttavia vorremmo ugualmente trarre da quanto detto alcune brevi considerazioni conclusive che servano ad illustrare sinteticamente i lineamenti generali della nostra impostazione dei problemi.

1) La tossico-dipendenza costituisce un fenomeno complesso ed i problemi che ad essa si connettono sono conseguentemente di natura multidisciplinare.

Sia la determinazione della liceità dei trattamenti che la scelta degli stessi e la valutazione dei loro risultati pur dovendosi informare a criteri il più possibile certi e metodologicamente corretti non possono astrarre da questa società.

2) Esiste una liceità generale del trattamento che affonda le radici nelle dimensioni mediche, psicologiche e sociali del fenomeno, tale liceità tuttavia deve essere sempre subordinata a due parametri di base che sono costituiti il primo dal rispetto dei diritti inalienabili della persona ed il secondo dalla validità del trattamento stesso.

3) Pur rispettando i criteri precedenti non è possibile proporre un programma di trattamento né è possibile valutarne la liceità ed i risultati al di fuori del contesto generale in cui tale programma si colloca ed al di fuori di una sufficiente conoscenza delle mete e delle filosofie dei sistemi terapeutico e di controllo, sia per quanto attiene alle strutture normative che per quanto attiene all'opinione pubblica.

4) Gli aspetti sociali e criminali del fenomeno mutano da un paese all'altro e dipendono dal sistema legale e dal sistema politico. Ugualmente succede per gli aspetti che riguardano il sistema di controllo. Di conseguenza gli studi comparativi tra paese e paese o all'interno di uno stesso paese quando si verifichi un cambiamento legislativo non sono semplici da attuare. I lineamenti generali di tali ricerche dovrebbero essere stabiliti con il concorso degli organismi internazionali preposti al controllo del fenomeno.

5) I dati a disposizione sono spesso incompleti, inesatti o inattendibili, una buona base di dati è invece un pre-requisito indispensabile per un corretto approccio al problema.

6) I trattamenti riguardano un fenomeno che si prolunga nel tempo e che nel tempo tende ad autolimitarsi. Per tale ragione anche la valutazione dei trattamenti deve essere considerata un processo di lunga durata che tenga conto dello stile di vita dei soggetti.

7) Qualsiasi trattamento dovrebbe essere ispirato da criteri scientifici o comunque dovrebbe attenersi alla realtà così come si presenta e non all'immagine della realtà che vorremmo avere.

8) Gli aspetti deontologici devono essere tenuti nella massima considerazione; tra questi si ricordano il diritto al trattamento, il diritto alla riservatezza, il diritto a fuggire la sofferenza, la libertà del soggetto di scegliersi l'operatore del trattamento e la libertà dell'operatore di scegliere tra le tecniche di trattamento quella più adeguata secondo scienza e coscienza.

RIASSUNTO

I problemi relativi alla liceità del trattamento nelle tossico-dipendenze sono affrontati da un punto di vista morale, normativo e biologico seguendo un approccio critico e pragmatico. Una volta definiti alcuni concetti generali viene analizzata la legge n. 685 del 12 dicembre 1975 e vengono individuati i diritti che secondo tale normativa sono accordati e negati alla persona tossico-dipendente. Gli Autori concludono affermando che il presupposto di ogni terapia è l'esistenza di uno stato patologico e che non si ha il diritto né il dovere di curare persone che nel pieno delle loro capacità non sono o non si ritengono malate. Sono quindi leciti solo quei trattamenti che non violino i diritti inalienabili della persona e che tendono a raggiungere effettivamente gli scopi preposti.

Nella seconda parte del lavoro vengono presi in considerazione ed esposti i problemi relativi alla metodologia della valutazione dell'efficacia del trattamento nelle tossico-dipendenze. Il trattamento in questo campo viene definito dagli Autori non come uno strumento per cambiare la condizione di tossico-dipendenza, ma come il mezzo per renderla più tollerabile e per diminuirne il danno fino a che non si verifichi una remissione spontanea. In seguito vengono elencati i criteri principali per la valutazione tratti dalla letteratura e vengono considerati criticamente anche in relazione ad un'analisi costi-benefici.

RESUME

Les problèmes relatifs au caractère licite du traitement des toxico-dépendants sont abordés d'un point de vue moral, normatif et biologique selon une approche critique et pragmatique. Une fois définis certains concepts généraux, les Auteurs analysent la loi 685 du 12 décembre 1975 et mettent en évidence les droits qui, selon cette loi, sont accordés et refusés au toxicodépendant. Ils concluent en affirmant que la condition nécessaire à toute thérapie est l'existence d'un état pathologique, et que l'on n'a ni le droit ni le devoir de soigner des personnes qui, en pleine possession de leurs capacités, ne sont pas ou ne pensent pas être malades.

Ainsi, seuls les traitements qui ne violent pas les droits inaliénables de la personne et qui ont pour but d'atteindre effectivement les résultats recherchés, ont un caractère licite.

Dans la seconde partie du rapport, les Auteurs exposent les problèmes concernant la méthodologie de l'évaluation de l'efficacité du traitement des toxicodépendants. Dans ce domaine, ils définissent le traitement non comme un instrument pour changer la condition du toxico-dépendant, mais comme un moyen pour la rendre plus tolérable et pour diminuer le dommage jusqu'à ce qu'il y ait une rémission spontanée. Ensuite, ils font une liste des critères principaux d'évaluation tirés de la littérature existante et en font une critique, en partie pour une analyse coûts-bénéfices.

SUMMARY

The problems connected with the legality of treatment of drug addictions are discussed from a moral, normative and biological perspective, following a critical and pragmatic approach. After some basic definitions, Law 685 of December 12, 1975 is analyzed and the rights which are granted or denied to the addict are identified. The Authors maintain that the prerequisite for any treatment is the existence of a pathological condition and that no right or duty exists to treat persons who, in full mental capacity, are not, or do not believe they are, sick. The only lawful treatments are those which do not violate the inalienable rights of the person, and which aim to reach identifiable goals.

In the second section of the paper the problems related to the methodology of evaluation of the effectiveness of treatment of dependencies are discussed. Treatment, in this area, is defined by the Authors not as an instrument to change the condition of dependency, but as a technique to make it more tolerable and to decrease damage until a spontaneous remission takes place. The main criteria for evaluations, from available literature, are listed and critically analyzed, also in relation to cost-benefit criteria.

BIBLIOGRAFIA

- ANONIMO: *Manual on Alcoholism*, American Medical Association, 1968.
- ANONIMO: *Statewide Services Contract Policy and Practice Manual*, U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, NIDA, 1977.
- ANONIMO: *Drug Treatment in New York City and Washington D.C. Follow-up Studies*, U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, NIDA, 1977.
- ANONIMO: *Evaluation of Drug Abuse Treatment Based on First Year Follow-up*, Service Research Monograph Series, NIDA, 1978.
- ANONIMO: *Follow-up Evaluation of Drug Abuse Treatment: A Summary Report*, Service Research Report, NIDA, 1978.
- ANONIMO: *Statewide Service Contract Program Review Manual*, U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, NIDA, Treatment Program Monograph Series, N. 4, 1978.
- ANONIMO: *Alcohol and Alcoholism: Assensment of Methods of Treatment*, European Public Health Committee, Council of Europe, Strasbourg, 1978.
- ANONIMO: *National Directory of Drug Abuse and Alcoholism Treatment Programs*, U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, NIDA, 1979.
- ANONIMO: *The Problem-Drinking Drug Addict*, Services Research Report, U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, NIDA, 1979.

- ANONIMO: *A Strategy for Local Drug Abuse Assessment*, Technical Paper, U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, NIDA, 1980.
- BLAIR L.H., SESSLER J.: *Drug Program Assessment, A Community Guide*, The Drug Abuse Council, Inc. 1974.
- BLUM K., KASAM VIVIANA: «Molti eroinomani recuperati finiscono per darsi all'alcohol», *Corriere della Sera*, 13 settembre 1980.
- CANETTI E.: *Masse e potere*, Adelphi Ed., Milano, 1981. Convention on Psychotropic Substances, United Nations, 1971.
- Convention on Psychotropic Substances*. Unitea Nations, 1971.
- CZECHOWICZ D.: *Detoxification Treatment Manual*, U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, NIDA, Treatment Program Series, N. 6, 1978.
- DELOGU T.: «L'esperienza giuridica in materia di stupefacenti», in *Droga e società italiana*, Giuffrè Ed., Milano, 1974.
- EDWARDS G., GROSS M.M., KELLER J., ROOM R. (Eds.): *Alcohol Related Disabilities*, World Health Organization, Geneva, 1977.
- FLICK G.M.: *Droga e legge penale. Miti e realtà di una repressione*, Raccolta di Studi di Diritto Penale, Giuffrè Ed., Milano, 1979.
- FLICK G.M.: «Profili costituzionali del problema sulla droga», in *La droga*, Nuove Ricerche, Ancona, 1982.
- FREEDMAN A.M.: *Drug Dependence*, capitolo 23 da *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, II, di FREEDMAN A.M., KAPLAN H.I., SADOCK B.J., WILLIAMS and WILKINS Co., Baltimora, 1975, pagg. 1298-1317.
- GEIS G.: *Not the Law's Business An Examination of Homosexuality, Abortion, Prostitution, Narcotics and Cambling in the United States*, National Institute of Mental Health, Cneter for Studies of Crime and Delinquency, U.S. Government Printing Office, Washington, 1972.
- GLASSER D.: *Routinizing Evaluation: Getting Feedback on Effectiveness of Crime and Delinquency Programs*, National Institute of Mental Health, Center for Studies of Crime and Delinquency, 1973.
- GUESS L.L.: *Manual for Drug Abuse Treatment Program Self-Evaluation*, U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, NIDA, Treatment Program Monograph Series, 1977.
- GUESS L.L., TUCHFELD B.S.: *Manual for Drug Abuse Treatment Program Self-Evaluation, Supplement I: Darp Tables*, NIDA, Treatment Program Monograph Series, 1977.
- GUESS L.L., TUCHFELD B.S.: *Manual for Drug Abuse Treatment Program Self-Evaluation, Supplement II: Coda Tables*, NIDA, Treatment Program Monograph Series, 1977.
- HUNT L.G.: *Drug Incidence Analysis*, Special Action Office for Drug Abuse Prewention, Series A, N° 3, 1974.
- JAFFE J.H.: *The Swinging Pendulum: The Treatment of Drug Users in America*, capitolo I da *Handbook of Drug Abuse*, di Dupont R., Goldstein A. e O'Donnell I. (Eds.), NIDA, 1979, 3-16.

- JOHNSTON L.L., NURCO D.N., ROBINS L.N. (Eds.): *Conducting Follow-up Research on Drug Treatment Programs*, NIDA, Treatment Program Monograph Series N° 2, 1977.
- KRAMER J.F., CAMERON D.C.: *A Manual on Drug Dependence*, W.H.O., Ginevra, 1975.
- LEGA C.: *Deontologia medica. Principi generali*, Piccin Ed., Padova, 1979.
- POLI E.: *Metodologia medica. Principi di logica e pratica clinica*, Rizzoli Ed., Milano, 1965.
- POLICH M.J., ARMOR D.J., BRAIKER H.B.: *The Course of Alcoholism: Four Years After Treatment*, preparato per il U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, Rand, Santa Monica, 1980.
- RETKA R.L.: *Cost Accountability in Drug Abuse Prevention*, Technical Paper, U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, NIDA, 1977.
- REVISION of the International Classification on Disease, (9th), W.H.O., Ginevra, 1978.
- RICHARDS L.G., BLEVENS L.B. (Eds.): *The Epidemiology of Drug Abuse: Current Issues*, NIDA Research Monograph 10, 1977.
- RITTENHOUSE J.D. (Ed.): *Comparability in Survey Research on Drugs*, Technical Paper, U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, NIDA, 1978.
- ROBINS L.N., HELZER J.E., HESSELBROCK M., WISH E.: *Vietnam Veterans Three Years After Vietnam: How Our Study Changed Our View of Heroin*, capitolo da *Problems of Drug Dependence*, 1977, Proceedings of the 39th Annual Scientific Meeting Committee on Problems of Drug Dependence, Committee on Problems of Drug Dependence, Inc., Cambridge, 1977, 24-40.
- RUFENER B.L., RACHAL V.J., CRUZE A.M.: *Management Effectiveness Measures*. Per NIDA Drug Abuse Treatment Programs, Volume I: *Cost Benefit Analysis*, Technical Paper, U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, NIDA, 1977.
- RUFENER B.L., RACHAL V.J., CRUZE A.M.: *Management Effectiveness Measures*. Per NIDA Drug Abuse Treatment Programs, Volume II: *Costs to Society of Drug Abuse*, Technical Paper, U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, NIDA, 1977.
- SELLS S.B.: *Treatment Effectiveness*, capitolo 9 da *Handbook of Drug Abuse*, di Dupont R., Goldstein A. e O'Donnell J. (Eds.) NIDA, 1979, 105-118.
- SINGLE CONVENTION on Narcotic Drugs, United Nations, 1961.
- STIMMEL B.: *Drug and Alcohol Treatment*, capitolo 15 da *Handbook of Drug Abuse*, di Dupont R., Goldstein A. e O'Donnell I. (Eds.), NIDA, 1979, 175-180.
- SZASZ T.S.: *Il mito della droga*, Feltrinelli Ed., Milano, 1977.
- VAILLANT G.E.: « A 20-years Follow-up of New York Narcotic Addicts », *Arch. Gen. Psychiatry*, 1973, 29, 237.
- WINNICK C.: « The Life Cycle of the Narcotic Addict and of the Narcotic Addiction », *Bull. Narc.*, 1964, 16, 1.

THE CORRECTIONAL TREATMENT SYSTEM. TREATMENT OR DETENTION OF DRUG ABUSERS

KJELL BJERVER (1)

Large drug problems inside the correctional treatment system

Just as drug abuse has become a part of modern society, it has, over the past decades made its mark inside the correctional treatment system. Talk of the lively flow of different drugs in institutions is not unfounded. Institutions such as those for criminal care strongly tend to substantiate infantile patterns of reaction and strengthen the need for escape. Because of their authoritarian nature they increase all tendencies towards passivity and the shunning of responsibility. It is obvious that this is fertile ground for drug abuse. This is further highlighted since drug abusers in society, because of the unavoidably criminal nature of drug traffic and accompanying crime in order to obtain money, find themselves objects for the correctional care system.

For several years attempts have been made to obtain a picture of the misuse within the correctional care system through inquiries made through persons at institutions and probation units. Since the middle of the 60's the number of drug abuser has increased and in 1978 it amounted to 33 %

(*) Senior Psychiatrist, M.D., & Ass. Professor Karolinska Institute, Stockholm.

of the inmates of institutions (total — 3383 people) and 15 % of those on probation (total — 16259 people). In the spring of 1981 the figures were 28 % (total — 4116 people) and 22 % (total — 15451 people) respectively.

In a study of this pattern at five central institutions Olsson 1974 showed that 58 % of 1482 persons had at some time tried or used drugs. In his investigations concerning those arrested in Stockholm Bejerot 1975 showed that 9047 cases out of 28833 arrests showed injection marks, i.e. 30 %. In total this represented 2730 men.

765 women accounted for 50 % or 2730 cases of injection marks of a total of 5513 persons arrested. Examinations of people on probation by K  lhorn 1972 showed that in Eskilstuna, for example, 42 % had taken drugs over the last 2-year period.

The investigations quoted here undoubtedly show the high frequency of drug abusers among offenders but say nothing of the misuse of alcohol nor anything about the patterns of misuse when sentences are being served.

At the Stockholm Remand Prison a periodically recurrent interview of persons detained has been carried out in order to delineate the patterns of misuse and the social and criminological backgrounds. The pilot survey carried out in 1975 and 1976 showed such a remarkably high frequency of drug and alcohol abuse that 94 % of those in custody could be considered as misusers. 67 % were serious narcotics addicts. The continuing interviews have since confirmed the size of the problem. The types of drug vary with a clear tendency towards increased use of heroin, but the total number of misusers, including alcoholics, has remained stable at around or just under 90 %.

There are no investigations into misuse at institutions, but distressing reports of individuals under the influence of drugs kept recurring. Confiscation of drugs and syringes often occurs. In some places misuse has become so remarkable and serious that the reform of the correctional treatment system of 1974 has not been able to function according to its recommendations. Contributing to this has been a low level in expansion of services. It is obvious that the increased use of various methods of treatment under freer conditions has not been able to be carried out to a desirable extent.

Longstanding remedies

Inside the correctional treatment system the problems have by no means gone unnoticed. As long ago as the 1960's submissions were issued expressing the need for special services for the care of drug addicts in the form of doctors, psychologists and social workers. Together with the correctional treatment system reform of 1974 plans were formalised for resources for the setting up of drug addict treatment teams in Stockholm, Gothenburg and Malmo. In addition, means were provided for setting up work at national institutions. Furthermore, it was proposed that the general welfare services of society should be available to all inmates except those who for security reasons could not be treated outside the walls of the institution. For this category some kind of treatment unit at a national institution was proposed in the outlines for the reform of the correctional treatment system.

The drug addict treatment team in Stockholm was installed in premises at the remand prison and started functioning in Autumn 1974. Like the other teams formed later it comprised five positions: one senior physician, one assistant, one head nurse and one assistant chancery clerk. In connection with the so-called Osteraker project the Stockholm team has been strengthened to include one position for an inspector and another for an assistant. From the beginning their work was concentrated on establishing contact and changing motivation together with methods for looking for and setting up of treatment contacts with the various services which are available in the Stockholm area.

This contact establishing activity is based upon the team's finding out about persons with drug problems in the remand prison. This can occur either through the inmates themselves seeking contact — which is the most usual way — or through tip-offs about possible clients from the nursing staff or other staff. Work with the inmates can then take place individually or in groups. The latter has been much appreciated and has worked well in the closed confines of the remand prison. However, it presupposes contact both with investigators and prosecutors. Group activity has functioned over a period of time with nothing more than trivial problems. In practice it

has become clear that the need for contacts to help with treatment is immeasurable, both individually and in groups. The occasion — when in custody — is well-suited to a serious look at problems and needs. For the drug abuser who has been taken into custody, the period of detention is often the first opportunity for a long time to see his or her situation in some kind of constructive perspective.

Contact with society's treatment institutions is important

To establish contacts for treatment with services outside the correctional treatment system is an aim which is important as early in the procedure as the period spent remanded in custody. The idea is that during this period a relationship can be formed between an inmate and an assistant at a treatment unit which should be of value and lead to natural contact when a sentence is being served. In many cases this has functioned.

However, establishing contacts has by no means been problem-free. A certain amount of suspicion has existed among workers in the various treatment units, among staff at the remand prison and among prosecutors, and this has led to difficulties. However, motives have varied greatly. Where many of those involved in administering treatment are involved there has been ideological resistance towards meeting inmates inside a system so repressive as that of correctional treatment. Among the remand prison staff, on the other hand, there has been a certain amount of anxiety towards increased contact with the outside world and with persons relatively unknown to them. Some of the treatment staff, through their clothes and behaviour, have not fitted in with the image of the welladjusted civil servant.

Fortunately this suspicion has diminished with time. The present problem concerns some of the assistants: they have come from outside, become familiar with the contact work, begun to understand that responsibility for drug abusers must also rest with those in custody, but have then moved to other jobs because of promotion or other reasons. Because of this it is desirable that more permanent collaboration positions be created in order to avoid disjointed work which

takes place when a new person starts in a job who may not be as well motivated or aware of conditions in the remand prison.

Detoxification routines work

From the start of the team's work problems were expected to arise in connection with the process involved in detoxifying those in custody. This process now runs without problems and is taken care of by the ordinary nursing staff of the remand prison. Clear routines have been established. The remand prisons probably form some of the largest centres in the country for detoxifying drug abusers. The aim is to make the abuser drug-free within a reasonable period of time, usually less than a week. The nature of the remand prison has the advantage that control of drugs is as good as 100 %.

In practice, many people I have met personally have clearly expressed the opinion that the remand prison, despite what it involves, has been of great value in that it has helped them, temporarily at least, to stop their drug-taking.

Detoxification of drug abuser is usually begun at the time of arrest and follows the guidelines set out by Bejerot. On average there are three or four heroin addicts a week who are taken off the drug without major difficulties or complications. Where this is concerned it would be fundamental to point out the importance of firm guidelines which still leave room for humanity in the detoxification work. If this exists then even serious heroin withdrawal symptoms are not as dramatic as they are sometimes represented in the press. The dramatization of the horror of the detoxification process may have contributed to the fact that many addicts have not dared to seek treatment.

Long sentences. A major problem

The group of inmates sentenced to long terms of imprisonment has presented major problems regarding the treatment team's intentions. Among them one finds many drug criminals. For many of them this is their first offence which has led to a prison sentence. The chances of establishing treatment contacts in these cases have been minimal. Yet

still the need has been great. At the same time the chance to offer a stay away from the « world of junkies » has not existed because of the situation in many of the national institutions where drug abuse is extensive.

An informal working group at The National Prison and Probation Administration centred around Dr. Ulla Bergqvist — superintendent of Health and Medical Care — had observed the problems and discussed a series of ideas about a better way to put a stop to the drug traffic. With a view towards offering a broad basis for discussion, a series of representatives from different treatment units in the Stockholm area were invited to a conference in Sodertälje in November 1976.

Among other things discussed at the conference were the possibilities of using urine samples as a means of control. In addition the notion of whether it was possible at all to treat drug abusers inside the world of institutions was aired. There were divided opinions over this question. With regard to urine samples it was decided that if an inmate came to a unit with adequate resources for a serious form of treatment, then urine samples were acceptable. Being placed at such a unit should be voluntary and take the form of some kind of treatment contract.

Claes Amilon, a head of department at The National Prison and Probation Administration who was very active at the conference, some months later drew up some outlines for the instigation of a special drug addict care project with the drug addict treatment team in Stockholm in a leading position, and the institution at Osteraker, forty kilometres from Stockholm, as the central treatment unit.

The Osteraker project for prisoners serving long sentences

At the suggestion of the working group on drugs set up by the three party coalition government, the government decided to provide the means for, among other things, the setting up of these services. The question of leadership for the project was formalised: the senior physician at the drug addict treatment team in Stockholm was also created senior physician for special psychiatric departments at the institution in Osteraker. In all, four treatment departments with 15 places and an introduction department with 14 places

were set up. In addition there was an open department at Bogesund with 15 places and also a «retreat» institution with approximately 15 places at Mon, near Osthhammar. The latter unit is intended for possible use for special activities of a more short-lived kind under freer conditions.

There are several reasons why Osteraker was chosen. For one thing there had been a long-standing initiative on the part of the institution staff for development and transformation to broaden the work load and provide it with better content. This had matured into a well-advanced suggestion for a project with active work-training for people in particular need of care. Against this background the institution had been supplied with a great deal of staff and material resources. This project, however, had not managed to get under way.

Another reason was that since 1976 there had been a small but well-staffed department specially concentrated on treating drug addicts. This department was based on a behavioural therapy programme but also had a strong environmental therapy element. Here was a staff group concentrated on treatment, with a unique and rewarding experience of an extremely difficult area of care, which formed a nucleus to build upon.

Content and development of the project

The Osteraker project for treatment of drug addicts started in January 1978 and has been in operation for more than four years. It is still under construction, even when it comes to materials, through improvements to buildings and equipment, for example. The principle developments are taking place not least through the experience of the staff and their continuous in-service training programme. As a result of changing roles, the staff, and in particular the nursing and supervisory groups, have displayed previously undreamt of resources in their treatment work.

In the project the idea has been to modify the correctional treatment system's rigid and fixed rules in various ways and to integrate them with an environmentally therapeutic way of working which involves realisation of responsibilities and consideration to be shown between inmates and staff. To take away all negative elements in the polarisation between

the « worker role » and the « thief role » has been an important aim, and it looks as if it may be achieved.

Similarly there has also been a need to build up a treatment programme which integrates the staff's earlier strong behavioural therapy approach and the services for treatment in the Stockholm area with a more traditional psychodynamic form of treatment. Considering the needs of the inmates, this has emerged as extremely important and it should not be impossible to effect.

In practice the work today is marked by an eclectic and pragmatic programme with a series of positive learning and practice elements. The emotional, insight- and awareness-developing features are constantly supplied through the commitment which the staff show. Above all, the close contact, mainly with the nursing and supervising staff, should play a central part in this context.

The development work in the project has started with a training period for all staff involved. In this training the time spent on co-adaptation is probably the most important. There is a great need for further chances for the staff to take part in co-adaptation, staff groups and guidance sessions, despite problems arising from shift work and the like. One of the difficulties of the project is how this can be effected when such needs are never covered in the staff budget or through means to provide guidance. It should however be admitted for the sake of propriety that at certain times means have not been lacking for bringing in experts into such activity. On the other hand, staff resources are completely insufficient with many existing vacancies, etc.

As a result of the experience gained from the work a reduction in the number of places has been made with each department taking in a maximum of 10 persons, with the exception of the former intake department, now G2, which takes 8 persons, and Bogesund with an open department comprising, in practice, 15 places.

The pressure of high numbers of places occupied inside the project has been enormous all the time owing to the place situation inside the correctional treatment system. The need to move slowly has given rise to certain irritation from many directions but has been necessary so as not to place the atmosphere for treatment at risk. As a result of the number

of vacancies among the staff one treatment department was closed down for a period of one year. However, at the moment the number of places occupied is as high as can be desired.

Procedure upon admission and in the treatment work.

The inmates seek entry to the project themselves. After preliminary examinations the applicant is called to an information and to some extent confrontation meeting with members of the drug addict treatment team and staff from the proposed department.

As soon as there is a place the inmate is taken in to undergo an introduction phase which aims to make him better-informed and more conscious at the same time as providing further notions of his real aims. A comprehensive treatment examination is carried out which aims at clarifying [the qualities and failings of the inmate. The social situation is noted, a study inventory is drawn up, and the inmate's ways of behaving when alone and in relation to others — also in work situations — are gone into, as well as his special psychological problems.

The work is carried out in groups. The inmate himself has to draw up his own treatment plan which is based upon the inventory which has been made, but gets help and guidance from the staff. After four or five weeks a treatment symposium decides if he shall be more fully taken into the project and a treatment contract is drawn up which is based upon the previously made treatment plan.

Work in the treatment departments is based upon three main elements. Study is one of them, usually at secondary school level; work practice is another, divided into general and special activities. The general part comprises a wide range of differing activities — sewing, leather work, ceramics and metal work, etc. It aims at group activities and teaching a series of practical skills: one of the more popular of these is mending one's own clothes.

The special part comprises woodwork of a more industrial kind with the idea of training the individual for a job in production, as part of the ordinary pattern of real life. There are no demands on production, so there is no real similarity with production workshops in this respect.

The third element comprises various parts which are aimed at building up self-confidence, for example, and among other things at removing all features of criminal identity from the individual concerned. This is carried out through participation in various activities ranging from cleaning and cooking to gymnastics and ball sports. Towards the end of the sentence there is also some active social training. In the beginning this is done together with the staff in the form of accompanied furloughs, etc. Otherwise, all activities are carried out with staff and inmates together.

The decision making procedures in a series of important questions are also worked out together. Some questions concerning discharge and registration of inmates, for example, together with several other questions where laws and regulations stand in the way, have to be decided upon in the traditional hierarchical way. It has proved important, however, to give open reasons for various decisions. The result has also been that the atmosphere inside the departments is unusually relaxed and unconstrained.

A lot of work is done to prepare for the future. As a first link in this process furloughs are extremely well planned both with regard to motives and the way in which they will be spent. Furlough statistics are also extremely good with a failure rate approximately 10 times lower than failure rates inside the closed correctional treatment system.

Urine specimens as a method for making inmates « drug-free »

The chances of keeping the institution drug-free are based upon two main principles: — one, which from experience is the most important, is the atmosphere inside the treatment departments. This in its turn is built upon mutual understanding between the staff and inmates and mutual acceptance of the aims of the project. The other foundation stone concerns control and other surveillance measures, above all through urine samples. Upon being accepted into the project each inmate undertakes to give a specimen of urine on request. In effect, urine samples are taken every morning as routine. This is carried out under the careful and complete observation of the staff. In the beginning this was a sensitive area for all involved but has proved to be absolutely necessary. The

samples and the checks surrounding them have meanwhile become routine and are included in the work in a natural way. Because of the automatic nature of the sample-taking this part of the work no longer causes any major problems.

Analysis of the samples is carried out through random testing at the Government Laboratory for Forensic Chemistry in Linköping.

Experience so far of urine tests of this topical nature shows that if the check is not agreed upon between the parties concerned, it is doomed to failure. Drug finds so far have been made just as often through the inmates' sense of responsibility and their own actions in group meetings as through positive urine finds.

Drug abuse at one institution leads to drug abuse at another institution. Misuse during furloughs is carefully tested in confrontations within the particular group and department, and usually involves activation and renewal of the treatment plan, especially with regard to the use of furloughs.

The drug which caused major problems for a long time was cannabis; outside the institution it was alcohol. Through the possibilities of checking urine even for cannabis the situation has changed considerably and in a positive way. Almost all furloughs which have failed up till now have had at least some connection with alcohol. An intensive discussion of alcohol questions in general in the various departments is therefore an important part of the work and these discussions have been a lasting feature of the activities.

The project as part of a long process

A project such as the one described above is naturally the object of much attention and many questions have been asked and will be asked about its results and meaningfulness. Is the aim only to provide those punished with a stay in a drug-free environment, or is there also an aim to help the inmates to overcome their drug problems? It is obvious that the latter question is the most important, even if the former can have value in its own right. However important it may be to clarify in « aim-setting » discussions how good the Osteraker project can be, that is only one part in a process which requires a long period of time.

The problems of drug abuse are so complex and deep-rooted in a series of features of human nature that it would be naive to believe that through participation in this project, even with a couple of years' sentence involved, that one could radically alter one's life. However, it is clear that better conditions have been created than those which existed before inside the correctional treatment system for starting to question a previous life. The treatment work is completely possible, despite constraint and despite the walls. In some conversations I have even heard « thanks to them » from the inmates.

RIASSUNTO

Parlare di tossicomania nei nostri istituti di detenzione non è infondato. Numerose indagini hanno infatti dimostrato la presenza di un'alta percentuale di tossicomani all'interno di questi istituti. La maggior parte dei detenuti nel carcere « remand » (che ospita coloro che sono in attesa di giudizio) di Stoccolma sono degli alcolizzati o dei tossicomani gravi.

Sono stati adottati dei provvedimenti volti ad aiutare i tossicomani a liberarsi, nel lungo periodo, dalla loro dipendenza dalla droga. Negli istituti « remand » di Stoccolma, Gothenburg e Malmo sono state create dell'équipes ad hoc che hanno il compito di occuparsi dei tossicomani. Inoltre, in vista della riforma del sistema di trattamento correttivo si è pensato di fare in modo che i delinquenti possano usufruire dei servizi generali di assistenza sociale.

Sono stati creati dei servizi ad hoc per quei tossicomani che debbono scontare condanne lunghe. È stato varato un programma di trattamento a lungo termine nel quale, tra le altre cose, l'équipe che opera nel carcere di Stoccolma funge da équipe guida. Sono considerati centri per il trattamento intensivo i 48 centri presso l'Istituto nazionale di Osteraker e i 14 centri presso l'istituto aperto di Bogesund.

Questo lavoro è stato sviluppato a partire dall'inizio del 1978 e per molti aspetti ha significato una modifica del tradizionale ambiente carcerario e quanto meno dei ruoli del personale carcerario.

L'obiettivo è creare un ambiente libero dalla droga con una buona atmosfera per il trattamento.

Il bilancio del lavoro sin qui svolto dagli istituti svedesi che dedicano le maggiori cure ai tossicomani è senz'altro positivo. Ciò dimostra che un trattamento efficace è possibile anche tra le mura degli istituti di detenzione.

RESUME

Parler de toxicomanie dans nos instituts de détention n'est pas infondé. De nombreuses recherches ont en réalité démontré la présence d'un fort pourcentage de toxicomanes à l'intérieur de ces instituts. La majeure partie des détenus de la prison « remand » (qui accueille ceux qui sont en attente de jugement) de Stockholm sont soit alcooliques soit toxicomanes graves.

Des mesures tendant à aider les toxicomanes à se libérer de leur dépendance ont été adoptées. Dans les instituts « remand » de Stockholm, Gothenburg et Malmo on a créé des équipes ad hoc qui ont pour devoir de s'occuper des toxicomanes. En outre, en vue de la réforme du système de traitement correctif, on a pensé faire en sorte que les détenus puissent profiter des services généraux d'assistance sociale.

Des services ad hoc ont été créés pour les toxicodépendants qui doivent effectuer de longues peines. Un programme de traitement à long terme a été lancé dans lequel, entre autre, l'équipe qui travaille dans la prison de Stockholm fait fonction d'« équipe-guide ». Les 48 centres de l'Institut national d'Osteraker et les 14 centres de l'Institut ouvert de Bogesund sont des centres de traitement intensif.

Ce travail a commencé au début de 1978 et, par de nombreux aspects, a signifié une modification du milieu carcéral traditionnel et des tâches du personnel pénitentiaire.

L'objectif est de créer un milieu libéré de la drogue avec une bonne atmosphère pour le traitement.

Le bilan du travail réalisé jusqu'à présent par ces instituts suédois est sans aucun doute positif. Cela prouve qu'un traitement efficace est possible même à l'intérieur des instituts de détention.

SUMMARY

Talk of drug abuse at our correctional institutions is not unfounded. Several investigations have shown the high frequency of drug abusers in institutions. In the remand prison in Stockholm the majority of the inmates are serious abusers of alcohol or other drugs.

Measures have been taken to help addicts come away from their dependence on drugs in the long run. Special teams for caring for drug addicts have been set up at the remand prisons in Stockholm, Gothenburg and Malmo. Furthermore, as a preparation for the reform of the correctional treatment system, it has been planned for the general welfare services of society to be available for offenders.

Special services have been set up for drug abusers serving long sentences. A longterm treatment programme has been built up for these persons with the drug addict care team at the Stockholm remand prison forming part of a leader group, among other things. 50 treat-

ment places at the national institution of Osteraker and, in practice, 15 places at the open institution in Bogesund are included as the « heavy » care centres.

This work has been under successive development since the beginning of 1978 and means a change in many respects from the traditional prison milieu, not least because of the changed work roles of the staff.

One principle is to create a drug-free milieu based partly on a good atmosphere for treatment and also on tests of urine samples.

Experience of the work so far in the country's institutions with the largest amount of care for drug abusers is positive. Everything points to the fact that meaningful treatment is possible even within the high walls of prison welfare.

EQUIPE MEDICO – SOCIALE SPECIALISEE ET MILIEU PENITENTIAIRE

HERVE DU COUEDIC (*)

Mes Chers Collègues,

Je tiens tout d'abord à vous exprimer ma reconnaissance d'avoir fait appel pour votre session de MESSINA à un psychiatre français provincial peu connu par ses travaux et ayant toujours oeuvré dans la discrétion et l'ombre.

Appartenant depuis trente-deux ans déjà au cadre des médecins plein temps hospitaliers, option neuro-psychiatrie, je pense que vous avez souhaité faire appel beaucoup plus à la sagesse et à l'expérience qu'à des idées très neuves et révolutionnaires. Je voudrais toutefois, préalablement, bien situer notre mode d'intervention et nos conditions de travail en milieu pénitentiaire afin d'en cerner les limites comme les possibilités.

Qu'il me soit permis, en bref préambule, puisque j'ai le plaisir de me retrouver, une fois de plus, à une conférence de type international, dans un pays que j'affectionne tout particulièrement, qu'il me soit permis de dire au nom de mes collègues, mes confrères, combien nous sommes constamment attentifs et ce depuis des siècles, aux travaux italiens en matière de traitement de la délinquance.

Nous ne saurions oublier ni les uns ni les autres que l'honneur revient au positivisme italien d'avoir montré que l'étude clinique du délinquant doit être un préalable à la

(*) Médecin-Chef de l'Intersecteur de lutte contre les toxicomanies de la région Bretagne.

réaction judiciaire. D'avoir montré que cette réaction doit être individualisée dans son prononcé et son application. Les positivistes italiens les plus célèbres: LOMBROSO, FERRI, GAROFALO, réclamaient une triple substitution:

- 1) Substitution de la notion de défense sociale à celle de peine,
- 2) Substitution de l'état de notion d'état dangereux à celle de responsabilité,
- 3) Substitution de la notion d'individualisation à celle d'égalité.

A lire leurs travaux ou leurs résumés de travaux, tous recommandent des mesures d'élimination pour les délinquants d'habitude, d'hospitalisation pour les malades, de neutralisation pour les criminels nés et de réparation pour les délinquants d'occasion et les délinquants passionnels.

Plus tard, apparaîtront les notions d'éclectisme avec les mesures de sûreté et de défense sociale, notamment avec Prins, des mesures de nature éducative pour les mineurs et les jeunes adultes, des mesures d'aide médico-psychologique pour les malades, des mesures médico-sociales pour les alcooliques et notamment les toxicomanes, des mesures d'ordre social pour les vagabonds, les mendiants, les prostituées, les déracinés, enfin, des mesures de type éliminatoire par la transportation ou la ségrégation pour les délinquants répétitifs et d'habitude.

Nous ne saurions plus oublier qu'au lendemain de la Deuxième guerre mondiale, le vieux concept de défense sociale a été rajeuni et révisé par le Comte Gramatica, notamment dans un article célèbre « La lotta contro la pena ». Ces notions ont été reprises en France par Monsieur ANCEL alors que l'université de Toulouse réalisait, sous la direction de Messieurs RAYMOND-DYS et Madame FAVARD-DRIOT, des travaux importants sur le jeu des Associations différentielles, l'influence nocive du groupe et les processus de contamination.

Parmi les problèmes posés, tant par l'Ecole Italienne à laquelle nous devons tant que par l'Ecole Française, figurent ces interrogations et non des moindres: faut-il une répression accentuée pour le gangstérisme, la criminalité organisée, la

criminalité en col blanc? Faut-il, et c'est là notre problème, décriminaliser et totalement dépénaliser les délinquances liées à l'usage des drogues? Et la troisième question était: que faut-il faire à l'égard des jeunes engagés dans la voie de la délinquance dite violente et ludique?

Mode d'intervention en milieu pénitentiaire: il semble important de situer brièvement le mode d'intervention psychopédagogique et psychiatrique en milieu pénitentiaire. En France, il existe deux sortes d'établissements: les Centrales destinées à recevoir les détenus condamnés à des peines longues: trois ans et plus, et lorsque la possibilité leur est offerte, un an et plus, donc les longues peines, ces centrales sont limitées numériquement, réparties dans le territoire sauf pour les femmes où une seule centrale existe à Rennes, ville où j'exerce et je puis tout de suite préciser que dans mon expérience professionnelle, j'ai été le psychiatre de cette centrale durant près de dix ans.

Les Maisons d'arrêt, par contre, réparties dans les différents départements, reçoivent les sujets condamnés à des peines courtes et reçoivent également les sujets placés en détention préventive, c'est-à-dire non condamnés mais en cours d'instruction, les nécessités de cette instruction justifiant le placement en maison d'arrêt.

Tous ces établissements pénitentiaires bénéficient d'interventions médicales régulières, à la fois de médecins généralistes et à la fois de spécialistes de toutes natures notamment de psychiatres consultants.

Au niveau de chaque région (une région en France, est constituée de quatre ou cinq départements et représente une population globale de 1 million à deux millions d'habitants, beaucoup plus pour la Région Parisienne) existe un centre médico-pédagogique régional pénitentiaire qui est une sorte d'antenne médicale au sein d'une structure pénitentiaire et qui reçoit les sujets à risque au plan médical et psychiatrique, et les sujets dont l'état justifie une observation attentive avant soit de les placer dans une structure psychiatrique normale, soit de les remettre dans le circuit pénal habituel après constatation de phénomènes de sursimulation ou d'hystérie de pur opportunisme.

Notre intervention, au plan de la toxicomanie se situe sur un registre tout à fait différent. Les réflexions que nous

pourrons faire seront empreintes de prudence et de mesure; elles sont exemptes de toute théorisation doctrinale et de tout esprit de chapelle.

Depuis quinze ans déjà, nous avons constitué en Bretagne un centre de Prévention, d'information, de guidance, de consultation, pour toxicomanes et toutes les personnes intéressées par ce problème. Ce centre, situé à Rennes, capitale de la région bretonne, a par suite essaimé des pseudopodes dans les principales villes de la région. A l'heure actuelle, huit points de consultation et de permanences.

Très rapidement, il nous est apparu qu'une présence et une disponibilité en milieu pénitentiaire s'avéraient indispensables et nous avons très facilement obtenu de l'administration pénitentiaire l'autorisation permanente de visites aux toxicomanes pour les membres de notre équipe de base soit deux assistantes sociales, deux médecins psychiatres assistants et moi-même, responsable de l'organisation.

En ce qui me concerne, je pense avoir une large expérience puisqu'appartenant au cadre des médecins neuro-psychiatres du service public depuis plus de trente ans et ayant, comme je l'ai dit, été psychiatre de la maison centrale des femmes pendant de très longues années. Précisons que ni les uns ni les autres ne sommes employés, ni rémunérés par l'Administration Pénitentiaire, nous n'avons pas de mandat défini, nous sommes « acceptés », donc en principe, nous n'avons aucun pouvoir de disposition, aménagement, projet thérapeutique etc. . . en fait, dans la pratique et avec une bonne compréhension des collègues, il en va tout autrement. Ceci bien entendu, à condition de demeurer à notre juste place et de savoir travailler en harmonie avec les structures médico-sociales propres à l'Administration Pénitentiaire elle-même, c'est-à-dire les médecins généralistes, les psychiatres vacataires, les psychiatres des centres médicaux psychopédagogiques pénitentiaires, des assistantes sociales pénitentiaires, les éducateurs en milieu fermé, les infirmières, enfin les différents magistrats concernés: juge d'instruction, Juge d'Application des Peines avec lesquels nous ne refusons jamais d'avoir des contacts personnels.

Une longue expérience nous a appris à connaître les rouages, les sensibilités, les susceptibilités et les particularités de chacun de ces acteurs.

Un peu de psychologie, de diplomatie, beaucoup de patience et encore bien davantage de persévérance et de résolution autorise finalement à travailler dans des conditions satisfaisantes et constructives, ceci malgré les difficultés et les pièges que nous ne manquerons pas de signaler le moment venu.

Nous intervenons auprès de sujets qui demandent à nous voir ou qui nous sont signalés par une des personnalités précédemment citées, compte tenu de problèmes en rapport avec la drogue.

Il n'est pas rare que des détenus ou des prévenus dont le délit n'a rien à voir avec les toxiques demandent également à nous voir tant il est vrai que la toxicomanie est une source fréquente de marginalisation, de délinquance sinon de criminalité comme l'ont montré des études effectuées en Suède et en Hollande et qui nous ont été signalées par nos collègues du Comité d'Experts du Conseil de l'Europe. Nous ne voyons donc que les sujets demandeurs hormis les cas d'abandonnisme pathologique, de dépression réelle, de repli inquiétant qui nous sont alors signalés par l'infirmière, l'assistante sociale, le médecin ou d'autres intervenants en milieu pénitentiaire.

Il arrive également que les juges d'instruction ou d'application des peines sollicitent notre collaboration pour régler un cas ponctuel, élaborer une solution thérapeutique ou rééducative constructive. Le fait que notre équipe, à près de quinze ans d'existence, est solidement charpentée, bien maturée, habituée au travail en commun, nous offre un relatif crédit de la part des uns et des autres: toxicos, familles, encadrants, et du système judiciaire lui-même qui n'hésite pas à faire appel à nous.

1. — *Les toxicomanes ont-ils leur place en milieu pénitentiaire?*

En fait l'expérience montre qu'ils n'ont leur place nulle part et compte-tenu de leur comportement, ils se trouvent toujours en porte à faux, que ce soit dans les hôpitaux généraux, les hôpitaux psychiatriques ou les prisons. Pour ne citer qu'un détail, l'inversion classique du rythme nyctéméral et les troubles des conduites alimentaires. Ils sont souvent mal acceptés par leurs cohospitalisés ou codétenus autant que par les différents personnels qui souhaiteraient les voir dans

d'autres structures. Mais il n'en demeure pas moins que certains toxicomanes sont incarcérés et, pour examiner leur situation, nous resterons dans « la perspective du psychiatre » pour la bonne et simple raison que tel est notre statut et notre fonction.

La réponse est d'autant plus difficile à donner que la personnalité du toxicomane pose des problèmes tant au magistrat qu'au psychiatre. Depuis 1965-68, date réelle d'explosion de la toxicomanie en Europe Occidentale, on a vu se modifier la population touchée avec une marginalisation variable selon les moments « à côté » « contre » ou « en dehors » des rouages de la société.

En schématisant, l'on a vu :

- La période poéticohippie des années 65-68 basée sur la non-violence, l'aspect communautaire, un évangélisme archaïque, le voyage aux Indes et le mirage de la contemplation guidé par un gourou.

- En France, dans la foulée des événements de 1968, la contestation, l'opposition aux structures sociales est plus marquée, la marginalisation et la délinquance s'installent et s'accroissent, la drogue est un Drapeau. C'est l'époque où dans nos structures médicales nous avons eu des braquages, des prises d'otages, des violences physiques.

Depuis 1976, semble s'installer une forme plus passive, l'aliénation par rapport au groupe social. On est plus en dehors que résolument contre. A ce titre, il a été tout à fait évocateur de voir en France le désintérêt total du toxicomane pour les enjeux politiques majeurs qui se sont joués en 1981, comme leur totale négligence par rapport aux droits sociaux et d'assistance ouverts à certains d'entre eux. Nous avons mené une enquête très révélatrice à ce sujet en 1980 et début 1981. La variabilité du profil pose donc des problèmes tout en sachant par ailleurs que la toxicomanie complique l'engrenage d'un mode comportemental perturbé (vagabondage, inactivité, parasitisme social, la manche, la route, parfois l'arnaque et la délinquance plus ou moins accentuée qui s'ajoute au délit que constitue l'usage des stupéfiants).

Deux autres remarques s'imposent:

— La difficulté pour les policiers, magistrats, médecins d'opérer le distinguo entre le petit utilisateur revendeur et le trafiquant (1): voir en additif à la page suivante.

Nous savons tous que le mode de distribution s'est considérablement modifié depuis 10 ans. En 1970, les services spécialisés des brigades chargés de la lutte contre les stupéfiants estimaient qu'il y avait un revendeur pour douze utilisateurs. L'action policière, les risques encourus, les peines lourdes prononcées, ont amené les dealers à modifier leur pratique et à multiplier les rouages et intermédiaires. Les mêmes services évaluent actuellement un revendeur pour trois ou quatre utilisateurs. Mais parmi ces revendeurs, certains, et de plus en plus nombreux travaillent pour leur propre compte mais ils font beaucoup plus que de rentrer dans le débours d'expéditions lointaines et risquées parfois onéreuses en Orient ou en Amérique du Sud pour assurer leur propre ravitaillement. Ils ne manquent pas d'opérer parallèlement des reventes qui leur apportent des avantages fort substantiels qualifiés par eux de « juteux ».

— Une expérience de quinze ans nous permet d'affirmer que de nombreux détenus ou prévenus pour des délits de droit commun sont des toxicomanes et que c'est la toxicomanie qui en fait a déterminé le délit parfois très sérieux (hold-up, escroqueries, violences, vols, chantages, agressions etc. ...) tant il est vrai que le passage à l'acte et le désir immédiat du toxique peuvent amener à la délinquance vraie (il ne faut pas oublier à ce propos le cours élevé des produits durs comme l'héroïne et la cocaïne).

Ces sujets dont la justice ignore la toxicomanie demandent souvent à nous voir pour un soutien psychologique, une aide ponctuelle, un projet d'avenir — jamais pour tenter de médicaliser leur délit — en ce cas ils l'auraient déjà fait au moment de l'instruction ou lors du jugement.

— Dernière remarque — la pratique parallèle de soins en institution spécialisée, la responsabilité d'un réseau de permanences dans la région et les interventions régulières en milieu pénitentiaire, fait apparaître à l'évidence que de nombreux cas très lourds, de plus en plus en marge de la loi, échappent bien souvent à la rigueur de cette loi qui s'abat lourde-

ment sur de petits loubards maladroits ou des juvéniles imprudents qui eux se trouvent inculpés et incarcérés.

Ces préalables étant apportés, tentons d'analyser la situation du toxicomane en milieu pénitentiaire (1).

1.1. – *Caractères négatifs.*

Ce sont les caractères négatifs qui apparaissent d'emblée.

– Nous avons évoqué la difficulté du *distinguo* entre ravitailleur et ravitaillé — toxicomane authentique ou revendeur quasi-exclusif!

– En France tout au moins, une sorte de confusion existe entre la notion de rechute et de récidive. La loi française vous est probablement connue, qui a une large ouverture sur l'aspect médical et la possibilité d'une prise en charge médico-sociale. Or la trajectoire d'un toxicomane ne peut se dérouler sans « accident de parcours » — la loi cependant fait obligation au sujet de « guérir » ce qui paraît pour le moins curieux, et si la guérison n'est pas assurée, on passe du médical au pénal, du thérapeutique au répressif. Il est vrai que le cas de multi-rechutes pose problème.

– Le Professeur Devreux a écrit que « la drogue et la violence sont deux composantes à travers lesquelles se manifeste la haine du corps et du réel ». On peut se demander quel effet pourra alors avoir la condamnation et la prison?

– Cette incarcération implique un vide, un changement culturel radical, chacun apportant des habitudes d'un univers social, familial trouvant à son entrée un monde différent où le système de valeurs est étrangement modifié. L'intégration et l'adaptation ne peuvent se faire qu'au détriment de l'intégrité de la personne — or l'on sait que le toxicomane a toujours

(1) Le *distinguo* est d'autant plus important à opérer que la loi française n'est pas tendre pour les sujets suspectés de trafic. Dès le stade de l'action policière le délai légal de garde à vue peut être doublé et les perquisitions de nuit opérées. Au stade de l'instruction, le magistrat est autorisé à prolonger au-delà de six mois (deux périodes légales de trois mois en droit commun simple) la mesure d'incarcération préventive. Enfin, s'il y a condamnation pour trafic à la fin de la peine, le sujet est assimilé à certains condamnés pour des motifs particulièrement graves tels hold-up, détournement d'aéronefs, prise d'otage etc... il ne bénéficiera pas de couverture sociale contrairement à l'ensemble des autres condamnés de droit commun sortant de prison.

préalablement des problèmes de maturation, d'identification qui peuvent se trouver accentués. L'adaptation au monde pénitentiaire se déroule à travers des techniques de mortification, facteurs de dépersonnalisation ou d'abandonnisme pour les plus faibles, le toxicomane les vit le plus souvent comme dégradants et aliénants, cérémonie d'admission, dépouillement, banalisation, dégradation de l'image du soi.

Notre collègue Bijun écrivait récemment: « la rupture dans le temps historique de l'individu participe à son morcellement. Il perd brusquement ses investissements des bons objets mais aussi ses mécanismes de défense contre les mauvais objets. L'univers carcéral est un modèle dans l'art de supprimer ou de pervertir la communication interpersonnelle. Lorsque les amarres avec l'extérieur sont rompues, le détenu voit se désagréger tous les éléments constitutifs de son identification ». Immatures le plus souvent, pour les toxicomanes la mise en pièce est encore plus aisée que pour les autres. L'isolement parfois sauvage et prolongé, l'interdiction des visites impliquent la rupture avec le milieu antérieur et fait mesurer l'ampleur de la dépossession.

Goffman a parlé de facilitation à l'embrigadement, la perte de l'autonomie, l'acceptation de la servitude, l'automatisation dans un vécu de servitude; ils se trouvent inféodés au « Caïdat » qui est le lot de bien des toxicomanes du milieu pénitentiaire et ce d'autant plus que leurs défenses sont faibles et leurs délits souvent méprisés par les « durs ».

Les toxicomanes se sentent au ban de la société dont ils étaient déjà des marginaux vrais ou potentiels. Le complexe de bouc émissaire s'instaure ou se renforce.

– L'incarcération est dangereuse et possiblement contaminable pour des sujets très jeunes ou faibles avec initiation à des milieux troublés ou franchement associatifs, (homosexualité, arnaque, « milieu » tout court); la promiscuité avec des tolards de profession ou des grands criminels est déplorable.

– On sait l'appétence du toxicomane pour le micro-groupe, la microsociété marquée par la permissivité, la tolérance, parfois aussi l'apragmatisme, le laxisme, l'improductivité, la passivité. Que penser du rituel contraignant du vécu carcéral? Il pourra sévèrement favoriser les conduites abandonniques, autothanasiques voire suicidaires. Les répercussions

sur le dynamisme, l'état psychologique sont fréquentes, l'inversion du sommeil et les conduites alimentaires perturbées, capricieuses et déroutantes déjà signalées, accentuent les difficultés d'adaptation. Dans ces conditions le rôle du psychiatre-apparaît bien alléatoire et difficile, nous y reviendrons (*).

1.1. – *Caractères positifs possibles.*

Il faut reconnaître très objectivement que l'incarcération des toxicomanes avérés tout comme l'admission de ces mêmes toxicomanes dans des structures associatives ou communautaires ont déraciné un mythe qui nous venait des U.S.A. et qui imprégnait encore les doctrines médicales dans les années 1965 à 1975 ... C'est le mythe du sevrage et de la cure de désintoxication.

La prison dont nous venons d'exposer les nuisances possibles comme les communautés ont démontré qu'il était totalement illusoire et inutile de soumettre les toxicomanes à des désescalades interminables de stupéfiants comme cela a été appliqué un peu partout et qu'anxolytiques et antispasmodiques étaient le plus souvent bien suffisants pour couvrir le sevrage physique. Cela est si réel que certains sujets dont la toxicomanie est pourtant sévère mais dont le délit objet de l'incarcération se trouve tout autre, sont parvenus à dominer leur manque physique au prix, il est vrai, d'un réel courage.

Il en est tout autrement du manque au plan psychique. Il en est très différemment des intoxications aux barbituriques et aux amphétamines qui nécessitent une intervention médicale attentive et une thérapeutique appropriée. Il était honnête

(*) Dans un ouvrage tout récent: « le psychanalyste à l'écoute du toxicomane » on peut lire, sous la plume de Monsieur GAMMIL, la réflexion suivante: « Nous avons trop tendance à imaginer que la prison est toujours négative et persécutrice dans l'esprit du prisonnier, et à être en complicité avec son discours de plaintes, de ressentiments et de haine envers la prison et son personnel.

Quoique cet aspect ait sa part de vérité, il s'avère souvent qu'il ait une fonction défensive contre des sentiments plus positifs; souvent, c'est la première fois dans leur vie qu'ils ont été entourés par un contenant (même s'il est trop rigide), qu'ils ont eu trois repas par jour, qu'ils doivent maintenir des relations personnelles qu'ils ne peuvent pas fuir, qu'ils ont été obligés d'avoir du temps pour réfléchir sur eux-mêmes.

Un certain travail de deuil semble nécessaire pour préparer la vie hors institution et la continuation d'une psychothérapie ».

de signaler cet enseignement quasi-expérimental que l'incarcération a fourni à la médecine.

Dans les éléments positifs, le premier argument est la séparation radicale de fait du monde contaminant de la drogue, des fréquentations douteuses, des sollicitations diverses.

On a également beaucoup parlé de la notion de « traitement pénal », de l'asile qui châtie à la prison qui guérit???

Le facteur « temps » tout comme « l'isolement » peuvent être facteurs de réflexion favorisant un recul suffisant par rapport aux faits évènementiels, l'objectivation, et partant une certaine maturation et la stabilisation. Des magistrats ont pu dire que l'incarcération avait réussi là où les approches thérapeutiques avaient échoué et certains toxicomanes nous ont confié que sans le « temps pénal », ils auraient été incapables d'opérer un recul suffisant.

Il faut dire que certaines cures de désintoxication par leur brièveté de prise en charge, par leur légèreté ont pu dérouter les magistrats et entamer le crédit dont bénéficiait à priori le corps médical.

A l'unisson, les tenants du traitement pénal insistent sur l'approche psycho-socio-éducative. La pédagogie associant étroitement un effort de restructuration au plan psychologique et social est dispensée par des intervenants pluridisciplinaires qui oeuvrent en milieu pénitentiaire, éducateurs, sociologues, enseignants, animateurs socio-culturels variés, musique, expression corporelle etc. bref toutes les méthodes d'éveil. On a pu reprocher à certains psychiatres leur abord exclusivement psychologique et un mode thérapeutique d'inspiration analytique non interventionniste et en retrait.

On a dit également que la sanction pénale et l'incarcération pouvaient amener certains sujets à la notion de « responsabilisation » alors qu'une couverture médico-sociale outrancière les confinait dans une position « d'assistés permanents ».

Dans notre pays un infléchissement important s'est opéré au cours des cinq ou six dernières années:

– d'une part les médecins compétents en la matière sont de plus en plus conscients de l'importance de cet aspect éducatif et de la primauté de la pédagogie « réapprendre à

vivre, réapprendre la vie » même si des problèmes médicaux et psychologiques conservent leur place;

– les magistrats de leur côté ont assoupli leur position dans la mesure où la « cure de désintoxication » démythifiée prenait sa véritable dimension. Elle ne se limite pas à un aspect exclusivement médicalisé, à une cure analytique ou à une couverture chimiatrice. Les magistrats ne récusent ni la vie communautaire, ni les placements familiaux ni les formations professionnelles ou stages de sensibilisation ayant maintenant valeur à leurs yeux de cure de désintoxication en rentrant dans le cadre de la loi;

– en France, des progrès ont été réalisés à la fois par la désignation de magistrats spécialisés (procureur et juge d'instruction) dans chaque cour d'appel. Des rencontres entre ces magistrats et les équipes spécialisées, associations ou communautés, sont organisées au plan régional. Enfin depuis mai 1978, a été généralisée une pratique que nous avons instaurée depuis bien longtemps en Bretagne (on faisait figure de précurseur) à savoir la possibilité offerte aux équipes médico-psycho-socio-éducatives de pénétrer en milieu pénitentiaire pour voir les toxicomanes. C'est ce mode d'intervention dont il nous faut à présent préciser les objectifs, les limites comme les aléas et les difficultés.

2. – ROLE DES EQUIPES MEDICO-SOCIO-PSYCHOLOGIQUES SPECIALISEES EN MILIEU PENITENTIAIRE.

Deux mots d'historique.

Notre expérience à la centrale des femmes de Rennes nous a fait apparaître l'incarcération des toxicomanes vécue par elles comme un temps mort marqué par le vide et l'inconstructivité. Cette situation tenant à différents facteurs dont l'un n'est pas propre au toxicomane, l'éloignement géographique du milieu naturel (Marseille, Paris et Lyon fournissent la majorité des cas). Les autres facteurs plus spécifiques étaient que les toxicomanes avaient l'impression de n'être pas compris, entendus, écoutés par les cadres et intervenants de cette centrale tant il est vrai, comme l'a écrit Olivenstein, que « leur discours est inaudible et le dialogue impossible ».

Le second caractère était leur totale passivité, l'abandonnisme replié, l'absence de tout projet pour l'avenir et l'impossibilité d'opérer un investissement et d'avoir un désir autrement que par la dope (en l'occurrence le mandrax s'est trouvé distribué *larga manu* dans de nombreuses prisons à titre palliatif).

Cette situation était sensiblement la même dans les prisons masculines (éloignement géographique en moins).

Notre structure de prévention existait depuis 1970, certains détenus ou leur famille ont fait appel à nous. C'est la raison pour laquelle nous avons sollicité de la Direction de l'Administration Pénitentiaire l'autorisation d'intervenir en milieu pénitentiaire selon les modalités exposées dans notre introduction.

2.1. – *Principes d'intervention.*

A – Le temps médicosocial et judiciaire doivent être clairement différenciés et l'interférence des genres ne peut être que préjudiciable et renvoyer à la déresponsabilisation et à la position d'assisté. Nous nous trouvons souvent confrontés avec la demande de toxicomanes en prévention ou en détention qui souhaiteraient nous voir intervenir auprès du juge d'instruction ou d'application des peines:

– S'il est prévenu, pour tenter de raccourcir sa détention provisoire, accélérer la lenteur de la procédure pénale (ce qui n'est pas de notre domaine) soit plus rarement mais cela peut se voir pour gagner du temps et obtenir du crédit à sa cause, des témoignages;

– S'il est détenu condamné, pour obtenir des avantages plus substantiels, aménagement du vécu quotidien (isolement ou au contraire vie en commun), promenades supplémentaires, régime, modification des prescriptions médicales (ce que nous ne faisons jamais);

– Il est à remarquer que la question de l'isolat ou du regroupement communautaire des toxicomanes dans ce que certains ont appelé des « ghetto pour toxicos » est très diversement appréciée par les sujets eux-mêmes et les encadrants.

Nous ne développerons pas ce point de vue qui peut faire l'objet d'un de nos échanges. Les avis à ce sujet sont très partagés de la part de certains toxicomanes qui souhaitent sortir du « monde de la came » et ne pas être en contact avec des toxicomanes; d'autres se plaignent de la promiscuité avec des « tolards ».

Certains médecins estiment d'autre part qu'il est pernicieux et malsain de mêler des toxicomanes, le plus souvent jeunes, à des délinquants chevronnés. Sans préjuger de nos discussions à ce sujet, nous pensons qu'il n'y a que des cas d'espèce à juger individuellement et qu'il est impossible sur cette question d'apporter une réponse univoque.

Nous ne pouvons nous situer comme potentialité d'un quelconque pouvoir au niveau de l'autorité juridique. Un manquement à cette règle correspondrait à une aliénation de notre écoute au sens où la parole du toxicomane s'inscrit alors dans une perspective purement utilitaire et non comme véhicule d'une souffrance psychologique qu'il s'agit là d'entendre pour envisager un début d'approche thérapeutique.

D'autre part, notre travail thérapeutique se situe dans la perspective du lendemain et de l'après et se veut résolument dynamisant. Le « choix démocratique » implique par définition la liberté et bien évidemment c'est à sa sortie de prison que le toxicomane aura à opérer « son choix », la confrontation avec la « dope et son milieu »; c'est dans cette perspective qu'il faut aménager, prévoir, armer le sujet dans l'optique de cette sortie, sortie qui de surcroît pourrait être et est quelquefois dramatique en se concluant par une overdose, voire un suicide (la distinction entre les deux étant bien difficile du reste). Il est donc essentiel que cette sortie soit préparée au niveau social et psychologique.

Notre demande sera toujours empreinte de patience, de modestie et de tenacité en conservant comme grand principe que notre intervention doit correspondre à une offre, à une demande (c'est bien nous qui sommes disponibles); le toxicomane doit opérer un choix qu'il exprime par ses difficultés sa souffrance, sa révolte et au bout une demande thérapeutique.

B - Une autre difficulté de notre intervention ne tient pas à notre fonctionnement mais à une sorte de mélange des genres qui sont opérés entre le médical et le juridique.

Dès la loi française du 31.12.1970, on voit poindre une sorte de confusion; dans son article II, la loi précise que c'est le procureur de la République qui décide si le toxicomane doit être l'objet de poursuite ou s'il doit bénéficier des dispositions d'ordre médico-social et de mise sous surveillance de l'autorité sanitaire. En quelque sorte, il effectue un diagnostic d'ordre médical: malade ou délinquant. De la même façon, en milieu pénitentiaire les magistrats (instruction ou application des peines) s'accommoderaient relativement bien d'une éventuelle libération provisoire ou conditionnelle si notre équipe était à même de trouver une solution adéquate et entourée de garanties, hospitalisation, centre de soins spécialisés, famille d'accueil, structure associative au communautaire etc. etc.

Ceci place l'équipe dans des situations très délicates vis à vis des sujets incarcérés... qui vivent cette alternative comme soumise à notre bonne volonté!!! Délicate à l'égard des dites structures pour lesquelles la carte de visite « sortant de la prison de X » n'est pas toujours très appréciée et qui de toute façon veulent voir les impétrants avant de les admettre alors que la justice exige une solution ferme et des assurances à la sortie.

Ceci est très dommageable car pour le reste nous avons l'énorme avantage d'être « des gens du dehors, spécialisés de surcroît » mais n'ayant aucun lien avec l'Administration Pénitentiaire comme nous sommes en principe démunis de tout pouvoir. Cela facilite sans aucun doute la parole sur un mode plus personnel et authentique car il ne dépend pas de nous de remplacer le manque par une pharmacodépendance ou de meubler le temps vide par quelque aménagement privilégié négocié avec l'Administration Pénitentiaire. Nous veillons à nous placer sur un tout autre terrain qui est celui de faire l'inventaire des forces vives du sujet incarcéré, de l'aider à assumer sa situation mais surtout de chercher à utiliser le temps pénitentiaire imposé dans un but de maturation, de plus grande structuration, d'affirmation du moi. Enfin et surtout motiver, dynamiser, invigorer en cherchant des solutions d'avenir, des objectifs, des choix, des désirs chez des sujets qui en sont si souvent démunis.

Ce n'est pas une tâche facile mais c'est un métier passionnant et nous retrouvons là l'importance de l'engagement, de

l'authenticité, de la générosité dont parle Olivenstein et dans un certain sens un aspect pédagogique et éducatif qui n'exclut pas l'abord proprement psychothérapeutique.

Pour situer l'importance de notre mode d'intervention, précisons que près de la moitié des toxicomanes pris en charge durant l'année 1981 ont été, sont, ou risquent d'aller en prison. Il est vrai que cela est en rapport avec la longévité de notre structure, sa fiabilité et aussi sa stabilité puisque les quatre promoteurs de cette aventure travaillent ensemble depuis douze ans déjà et que cette notion de travail en commun apporte une particulière cohésion dans la méthode de travail avec évaluation périodique, mise en commun des données, fixation d'objectifs précis à court, moyen et long termes.

3. — DROGUE ET MEDICAMENTS EN MILIEU PÉNITENTIAIRE.

Ce sujet sera je pense plus largement exploré par d'autres intervenants car en ce qui nous concerne nos réflexions seront très courtes.

A) En ce qui concerne la drogue, mis à part quelques introductions frauduleuses dans les années 1968-1974 dans les prisons du midi et notamment à Marseille, les cas sont ou tout à fait exceptionnels ou remarquablement occultes et censurés par l'Administration Pénitentiaire. Dans notre pratique, nous n'avons observé que de très rares exemples notamment à des retours de permission ou dans le cadre de la semi-liberté.

Pour le reste, les règlements, précautions diverses de plus en plus tâtilonnes imposées par l'administration en matière de visites, de colis, d'achats d'objets apparemment anodins (poste de radio, livres etc.) rend à notre avis l'introduction de drogue pratiquement impossible encore que l'imagination des toxicomanes n'ait pas de bornes, et la subtilité des fournisseurs soit sans limites. Nous en avons eu quelques exemples dans nos institutions thérapeutiques.

B) Médicaments et prison

Le risque iatrogène?

La camisole chimique?

Le psychiatre prescripteur, chargé de faire régner l'ordre dans la cité comme dans la prison en utilisant largement la pharmacopée, le « flichiatre » (1) au service du pouvoir comme on l'a écrit çà et là.

Ce sont des sujets évoqués périodiquement soit sous l'angle de la polémique soit plus simplement dans la vague du courant d'antipsychiatrie. Nous ne sommes pas en mesure de traiter cette dimension du problème qui ne se résoud pas au seul monde pénitentiaire mais il existe bien là réellement un grave problème. Deux chiffres suffiront à illustrer son importance. Une enquête de l'INSERM effectuée par Madame Davidson et ses collaborateurs (dont nous-mêmes) dans plusieurs régions de France sur l'utilisation par les lycéens de produits licites ou illicites, a montré que dans près de 25 % de cas étudiés, ces adolescents avaient des prescriptions de tranquillisants ou de psychostimulants, c'est-à-dire un quart de l'échantillon a recours à la chimie ou se voit contraint de la subir, ce qui paraît très excessif.

Dans les statistiques que nous tenons depuis dix ans sur la physionomie de la toxicomanie en Bretagne, la rubrique « intoxication aux médicaments licites » est en constante inflation. Elle atteint, pour 1981, le chiffre record de 22,5 % de la population touchée (opiacés non compris); l'héroïne pour son compte atteint près de 30 %.

Personnellement, nous avons toujours lutté contre la médicalisation excessive, contre la psychiatrisation abusive et surtout contre la chimie à outrance. Notre première décision en prenant en charge la centrale des femmes de Rennes, a été de supprimer et d'interdire toute prescription de Mandrax et de réduire considérablement toutes les thérapeutiques dites tranquillisantes en les remplaçant par des ouvertures, une présence plus disponible, la coopération d'un second psychothérapeute, une approche un peu différente visant moins à écrêter les comportements pour les ramener à un vécu ritualisé plus compatible avec l'ordre et la discipline qu'à amener le détenu à assumer son délit, ses conséquences, à accepter la sanction pénale, la vivre sous un autre mode et tenter de l'utiliser de façon positive et si possible créatrice.

(1) FLIC en français est synonyme de policier d'où ce néologisme: flichiatre - association dans le même personnage de deux fonctions répressives.

C'est ce même but que nous nous sommes assigné auprès des toxicomanes et qui anime toute notre équipe.

Nous avons tenté dans ce bref rapport introductif d'exprimer des réflexions ayant trait à « la drogue et à la prison ». Telle était la demande initiale du Professeur Muller-Rappard, responsable de la division des problèmes des stupéfiants au Conseil de l'Europe. Il aurait pu s'adresser à quelqu'étoile parisienne et s'il a fait appel à nous, c'est je crois essentiellement pour que soit exposée une expérience concrète, durable, crédible.

Elle se situe résolument en dehors des théorisations et de tout esprit de chapelle (l'individualisme breton s'en accommoderait au reste très mal). C'est donc avec autant de modestie que d'authenticité que nous avons évoqué tour à tour :

- les problèmes posés par le toxicomane en milieu pénitentiaire;
- le rôle d'une équipe médico-socio-psychologique dans ce même milieu — timidement esquissé;
- la drogue en prison;
- le médicament en prison, car ils paraissent se situer au-delà de notre expérience et concerner d'autres intervenants.

Certes, nous aurions souhaité évoquer :

- les problèmes psycho-sociaux liés à la toxicomanie délinquante;
- la mutation des toxicomanes au cours des quinze dernières années;
- la signification socio-économique de cette mutation.

Notre pratique quotidienne nous permet de dire qu'en France la situation des toxicomanes a évolué sensiblement de façon positive en milieu pénitentiaire.

Nous tenant au rôle qui est le nôtre, simple intervenant en milieu pénitentiaire et non lié à l'administration de quelque façon que ce soit, de nouvelles possibilités sont offertes aux toxicomanes et des résultats tangibles ont déjà pu être enregistrés.

Plutôt que de remuer des grandes idées, nous nous sommes efforcés de rester très près de notre rôle « discret mais

efficace », l'inspiration et l'imagination sont peut-être contraintes dans les propos qui précèdent, elles se sont effacées devant le réalisme et le pragmatisme.

RIASSUNTO

L'Autore, nel suo esposto, presenta un'esperienza che si sviluppa ormai da quindici anni nella Bretagna, regione in cui egli lavora.

L'équipe pluridisciplinare del centro di prevenzione ha ottenuto l'autorizzazione permanente a visitare quei tossicomani che ne fanno esplicita richiesta o che le vengono segnalati dai diversi operatori medico-sociali, educatori, infermieri e assistenti sociali dell'amministrazione penitenziaria. Tale équipe opera sia in proprio sia in collegamento con i servizi medico-sociali ed educativi delle strutture penali.

Abbiamo avuto modo di conoscere, grazie alla nostra lunga esperienza nel campo, i meccanismi, le sensibilità, le caratteristiche di ciascun operatore dell'amministrazione penitenziaria. Un po' di psicologia, di diplomazia, di pazienza, ma anche di più la perseveranza e un atteggiamento risoluto ci permettono finalmente di lavorare in condizioni soddisfacenti, costruttive nonostante le difficoltà ed i tranelli.

I soggetti sono dunque dei tossicomani in attesa di giudizio o detenuti ma anche dei soggetti incolpati di altri reati, reati essi stessi permessi da una tossicomania del tutto evidente, tanto è vero che la tossicomania è fonte di marginalizzazione e di delinquenza.

I giudici istruttori o « d'application des peines » sollecitano molto spesso una nostra collaborazione per risolvere un caso particolare, elaborare delle soluzioni terapeutiche o rieducative costruttive.

L'Autore si chiede poi se i tossicomani hanno un loro spazio all'interno del carcere.

L'esperienza dimostra che essi non hanno nessuno spazio e visto il loro comportamento si trovano quasi sempre in situazioni precarie in tutte le strutture che li accolgono. Un'altra difficoltà è quella di distinguere chiaramente il piccolo consumatore rivenditore dal trafficante vero e proprio. L'abbassamento dell'età costituisce anche un problema. La nostra esperienza personale, in quanto responsabili di un dispositivo di prevenzione e trattamento dei tossicomani, ci ha fatto inoltre notare che dei casi molto gravi, ai margini della legge, spesso sfuggono al rigore di questa legge che si abbatte, in una maniera paradossalmente pesante su dei giovani ladri alle prime armi o sui giovani imprudenti.

L'Autore insiste poi su due tipi di caratteristiche: le caratteristiche positive e le caratteristiche negative del soggiorno del tossicomane nell'ambiente carcerario.

Caratteristiche negative: tra queste una certa confusione tra la nozione di ricaduta e di recidiva, la traiettoria del tossicomane neces-

sita quasi sempre di incidenti di percorso. E la legge del 31 dicembre 1970 sembra imporre ai soggetti « l'obbligo » di guarire.

La droga e la violenza costituiscono due componenti attraverso le quali si manifestano l'odio per il corpo e per la realtà, ci si può allora chiedere quale affetto potrà avere una condanna e il soggiorno in prigione.

L'incarcerazione implica egualmente un vuoto, un cambiamento culturale radicale, ciascuno apportandovi abitudini di un universo sociale determinato; l'integrazione e l'adattamento all'ambiente carcerario non può avvenire che a detrimento della integrità della persona ed è noto che il tossicomane ha dei problemi di maturazione e di identificazione. Tale cambiamento influisce quindi negativamente sulla vita del soggetto; l'universo carcerario può, per alcuni, costituire un tipo di modello nell'arte di sopprimere o pervertire la comunicazione interpersonale.

L'isolamento, a volte prolungato, il divieto di visite implicano la rottura con l'ambiente e fanno misura l'ampiezza di tale sradicamento. Infine, può accadere che i giovani tossicomani si trovino assoggettati ai capi, questa è la situazione che si crea in molti luoghi di detenzione.

L'incarcerazione potrebbe essere pericolosa e contagiosa per i soggetti deboli con iniziazione ad ambienti agitati e asociali.

Tuttavia non è detto che alcuni caratteri negativi e certi elementi non possano essere considerati positivi. Non bisogna avere la tendenza a immaginare che il carcere sia sempre un persecutore per il condannato e un complice dei suoi discorsi fatti di lamenti, di risentimenti, di odio verso l'ambiente carcerario. È questo un atteggiamento difensivo verso sentimenti più positivi. Spesso il condannato si trova per la prima volta nella sua vita circondato da quattro mura (anche se rigide) e con tre pasti regolari al giorno. Egli deve mantenere delle relazioni personali e dalle quali non può sfuggire, per la prima volta è obbligato ad avere dei momenti durante i quali riflettere su se stesso. Un lavoro è alle volte necessario per preparare la vita al di fuori del carcere.

L'incarcerazione costituisce una separazione radicale dal mondo contaminato della droga, dalle compagnie dubbie e dalle sollecitazioni diverse. Il fattore tempo e l'isolamento possono costituire dei fattori di riflessione e di raccoglimento e favorire l'oggettivazione, una certa maturità e una relativa stabilità. Alcuni magistrati non hanno esitato ad affermare che l'incarcerazione avrebbe potuto porre un rimedio laddove gli approcci terapeutici hanno fallito.

I sostenitori del « trattamento penale » insistono ugualmente sull'approccio psico-socio-educativo. La pedagogia associata a degli sforzi di ristrutturazione è dispensata dagli operatori pluridisciplinari che si aprono all'ambiente carcerario, ugualmente la nozione di « responsabilizzazione » del soggetto è stata evocata in opposizione alla nozione di « assistenza permanente » che assume sovente il tossicomane.

Nella nostra regione i medici e le équipe medico sociali hanno incentrato il loro impatto terapeutico verso un aspetto più socio-educativo e pedagogico; allo stesso modo i magistrati hanno mitigato le loro po-

sizioni verso la « cura di disintossicazione smitizzata », essi ammettono gli inserimenti in famiglia, l'educazione professionale, tirocini diversi, che, ai loro occhi, equivalgono ad una cura disintossicante conforme alla legge.

Infine in Francia, alcuni magistrati specializzati, procuratori e giudici istruttori, sono stati designati in ciascuna Corte di Appello; lo scambio di idee con questi magistrati e con le équipes e le associazioni, permette una buona comprensione dei problemi legati alla tossicomania.

Infine l'ultima parte di questo rapporto espone i principi d'intervento delle équipes specializzate nell'ambiente carcerario. È importante che i tempi medico-sociali e giudiziari siano differenziati e che non vi sia interferenza di genere in quanto spesso i soggetti vorrebbero vederci intervenire sia per accelerare la procedura penale, se essi si trovano in attesa di giudizio, sia per trovare un modo per ridurre la loro pena, se sono detenuti condannati, sia per trovare vantaggi di vario tipo ed una buona sistemazione all'interno del carcere. Noi non possiamo in alcun caso porci come una « potenzialità » di un qualsiasi potere a livello di autorità giuridica, un'infrazione a questa regola corrisponderebbe ad una alienazione del nostro attaccamento e la parola del tossicomane si iscriverebbe in una prospettiva utilitaria e non quale veicolo di una sofferenza che bisogna ascoltare per consentire l'approccio terapeutico. Quest'ultimo si situa decisamente nella prospettiva futura del tossicomane, prospettiva che si vuole dinamizzante e che permetta la scelta democratica, che implica, per definizione la libertà. Il tossicomane, del resto, incontrerà i problemi all'uscita dal carcere. L'impatto con il mondo esterno, se non adeguatamente preparato, potrebbe essere drammatico o concludersi con un'overdose e un suicidio.

Un'altra difficoltà dei nostri interventi riguarda il fatto che i magistrati accetterebbero spesso di concedere la libertà provvisoria o condizionata se la nostra équipe fosse in grado di trovare soluzioni adeguate.

Ciò pone l'équipe in situazioni delicate rispetto ai soggetti incarcerati che vivono questa alternativa come se fosse sottoposta alla nostra buona volontà o alla nostra efficienza.

Per il resto noi abbiamo l'enorme vantaggio di essere « della gente che viene dal di fuori, specializzata nell'aspetto di sovrappiù della materia in oggetto, e senza alcun legame con l'amministrazione penitenziaria », ciò facilita senza alcun dubbio il dialogo che diventa più personale e autentico, e ci permette anche di fare « l'inventario delle forze vive del soggetto », di responsabilizzarlo, ma soprattutto di cercare di utilizzare il tempo trascorso nel penitenziario allo scopo di far raggiungere loro una maturazione e un'affermazione di sé, infine di cercare di dinamizzare, rinvigorire, cercare delle alternative, delle soluzioni per il futuro, degli obiettivi, di far nascere dei desideri a soggetti che spesso ne sono totalmente privi.

Per inquadrare l'importanza del nostro modo di intervento, diciamo che più di un terzo dei soggetti presi a carico nel corso degli anni

passati sono stati, sono attualmente o rischiano di trovarsi nell'ambiente penitenziario.

Infine si pone il difficile problema della droga e dei farmaci all'interno dell'ambiente penitenziario. Per quel che riguarda la droga e a parte qualche introduzione fraudolenta negli anni 68-74 nelle prigioni del Midi, e precisamente a Marsiglia, i casi sono del tutto eccezionali o mirabilmente occultati e censurati dall'amministrazione penitenziaria; delle regole draconiane renderebbero del resto l'introduzione particolarmente difficoltosa, ancorché l'immaginazione dei tossicomani non ha limiti e la sottigliezza dei fornitori sia illimitata.

Ma si pone ugualmente il problema dei farmaci nell'ambiente carcerario, quello che si è chiamato il rischio iatrogeno o barriera chimica. Gli psichiatri incaricati di far regnare l'ordine nella città come nella prigione utilizzando largamente la farmacopea al servizio del potere e della repressione.

Nelle statistiche tenute in Bretagna dal momento in cui sono state create le nostre strutture, la rubrica « intossicazione ai farmaci leciti » è in costante inflazione. La cifra record è di 22,5 % nel 1981, l'eroina raggiunge più del 30 %. La nostra équipe ha sempre lottato contro la psichiatrizzazione abusiva e soprattutto contro la « chimichizzazione » a oltranza. Non abbiamo del resto né il potere di intervenire né quello di prescrivere; per contro, non è raro, che noi ci auspichiamo la diminuzione delle terapie che ci appaiono troppo pesanti e pregiudizievoli per la vita e il dinamismo del soggetto incarcerato. La nostra pratica quotidiana ci autorizza a dire che in Francia la situazione dei tossicomani si è evoluta sensibilmente in maniera positiva all'interno del carcere, ai tossicomani, grazie al nostro ruolo che consiste semplicemente nell'intervenire, sono offerte delle nuove possibilità e in particolare gli interventi delle équipes pluridisciplinari. I nostri propositi sono stati volutamente discreti, l'ispirazione e l'immaginazione, forse pragmatismo.

RESUME

L'Auteur, dans son exposé, présente une expérience qui se déroule déjà depuis quinze ans dans la région où il travaille.

En marge, mais aussi en liaison, des services médicosociaux et éducatifs propres aux structures pénales, maison d'arrêt et centrale, l'équipe pluri-disciplinaire du centre de prévention a obtenu l'autorisation permanente de visiter les toxicomanes qui feraient appel à cette équipe ou qui lui seraient signalés par les différents opérateurs médicosociaux, éducateurs, infirmières, assistantes sociales de l'administration pénitentiaire. Nous ne sommes ni employés ni rémunérés par l'administration pénitentiaire et dépendons de la Direction régionale et départementale de l'action sanitaire et sociale.

Une longue expérience nous a appris à connaître les rouages, les sensibilités, les particularités voire les susceptibilités de chacun de ces acteurs de l'administration pénitentiaire. Un peu de psychologie, de diplomatie, de patience mais encore davantage de persévérance et

de résolution autorisent finalement à travailler dans des conditions satisfaisantes, constructives, ceci malgré les difficultés, les pièges.

Les sujets sont donc des toxicomanes prévenus ou détenus mais parfois même des sujets inculpés pour d'autres délits, délits eux-mêmes sous-tendus par une toxicomanie tout à fait évidente tant il est vrai que la toxicomanie est source de marginalisation, de délinquance voire de criminalité.

Les juges d'instruction ou d'application des peines sollicitent fréquemment notre collaboration pour régler un cas ponctuel, élaborer des solutions thérapeutiques ou rééducatives constructives.

L'Auteur pose ensuite la question: « Les toxicomanes ont-ils leur place en milieu pénitentiaire? ».

L'expérience montre qu'ils n'ont leur place nulle part et compte-tenu de leur comportement, se trouvent presque toujours en porte-à-faux dans toutes les structures qui les accueillent. Une autre difficulté est celle de distinguer clairement le petit utilisateur revendeur du trafiquant réel. L'abaissement de l'âge constitue également un problème. Notre expérience personnelle, pour avoir la responsabilité d'un dispositif complet de prévention et de traitement des toxicomanes, nous a fait remarquer de surcroît, que des cas très lourds, en marge de la loi, échappent souvent à la rigueur de cette loi qui s'abat paradoxalement lourdement sur le petit loubard maladroit ou des juvéniles imprudents.

L'Auteur insiste ensuite sur deux sortes de caractère: le caractère négatif et le caractère possiblement positif du séjour du toxicomane en milieu pénitentiaire.

Caractères négatifs: parmi ceux-ci une sorte de confusion entre la notion de rechute et de récidive, la trajectoire du toxicomane nécessitant presque toujours des accidents de parcours. Or la loi du 31 décembre 1970 semble faire une « obligation » aux sujets de guérir.

La drogue et la violence constituent deux composantes à travers lesquelles se manifeste la haine du corps et du réel; on peut alors se demander quel effet pourra avoir une condamnation et le séjour en prison.

L'incarcération implique également un vide, un changement culturel radical, chacun y apportant des habitudes d'un univers social déterminé; l'intégration et l'adaptation au milieu pénitentiaire ne peuvent se faire qu'au détriment de l'intégrité de la personne, et l'on sait combien le toxicomane a des problèmes de maturation, d'identification. La rupture dans le temps historique de l'individu participe à son morcellement; l'univers carcéral peut, pour certains, constituer une sorte de modèle dans l'art de supprimer ou de pervertir la communication inter-personnelle. L'isolement parfois prolongé, l'interdiction de visites impliquent la rupture avec le milieu et fait mesurer l'ampleur de la dépossession. Enfin, il n'est pas rare que les jeunes toxicomanes peu matures, se trouvent inféodés au « caïdat » qui est le lot hélas de bien des lieux de détention.

L'incarcération peut être dangereuse et possiblement contaminable pour des sujets faibles avec initiation à des milieux troublés ou franchement associatifs.

Cependant, il n'est pas que des caractères négatifs et certains *éléments* peuvent être considérés comme *positifs*. Il ne faut pas avoir tendance à imaginer que la prison soit toujours persécutrice dans l'esprit du condamné et être en complicité avec son discours fait de plaintes, de ressentiment, voire de haine à l'égard des lieux carcéraux et de son personnel. Cette attitude est une fonction défensive contre des sentiments plus positifs. Souvent, c'est la première fois dans leur vie qu'ils sont entourés d'un contenant (même s'il est rigide), qu'ils ont trois repas réguliers par jour, qu'ils doivent maintenir des relations personnelles qu'ils ne peuvent pas fuir; première fois qu'ils ont été obligés d'avoir un temps et un recul pour réfléchir sur eux-mêmes; un certain travail de deuil est parfois nécessaire pour préparer la vie hors institution.

L'incarcération constitue une séparation radicale du monde contaminant de la « dope », des fréquentations douteuses et des sollicitations diverses. Le facteur temps tout comme un isolement raisonnable peuvent constituer des facteurs de réflexion et de recul et partant, favoriser l'objectivation, une certaine maturation voire une relative stabilisation. Des magistrats n'ont pas hésité à affirmer que l'incarcération avait pu réussir là où les approches thérapeutiques avaient échoué.

Les tenants du « traitement pénal » insistent également sur l'approche psycho-socio-éducative. La pédagogie s'associant à des efforts de restructuration est dispensée par des intervenants pluri-disciplinaires qui oeuvrent en milieu pénitentiaire; également, la notion de « responsabilisation » du sujet a été évoquée s'opposant à la notion « d'assisté permanent » que prend souvent le toxicomane.

Dans notre région, les médecins et les équipes médico-sociales ont infléchi leur impact thérapeutique vers un aspect plus socio-éducatif voire pédagogique; de la même façon, les magistrats ont assoupli leur position dans la mesure où la « cure de désintoxication démythifiée », ils admettaient des placements familiaux, des formations professionnelles, des stages divers ayant à leurs yeux l'équivalence d'une cure de désintoxication entrant dans le cadre de la loi.

Enfin, en France, des magistrats spécialisés, procureurs et juges d'instruction ont été désignés dans chaque cour d'appel; des rencontres avec ces magistrats et les équipes et associations permettent une bonne compréhension des problèmes liés à la toxicomanie.

Enfin, la dernière partie de ce rapport expose les principes d'intervention des équipes spécialisées en milieu pénitentiaire. Il est important que le temps médico-social et judiciaire soit différencié et qu'il n'y ait pas d'interférence des genres car nous nous trouvons souvent confrontés à la demande de sujets qui souhaiteraient nous voir intervenir pour accélérer la procédure pénale s'ils sont en prévention, soit pour trouver un moyen de diminuer leur peine s'ils sont détenus condamnés ou d'obtenir divers avantages et aménagement du vécu quotidien. Nous ne pouvons, en aucun cas, nous situer comme une « potentialité » d'un quelconque pouvoir au niveau de l'autorité juridique; un manquement à cette règle correspondrait à une aliénation de notre écoute au sens

où la parole du toxicomane s'inscrit dans une perspective utilitaire et non comme le véhicule d'une souffrance qu'il s'agit d'entendre pour envisager un début d'approche thérapeutique. Cet abord thérapeutique se situant résolument dans la perspective du lendemain qui se veut dynamisant et permettre le choix démocratique qui symbolise, par définition, la liberté. C'est du reste à la sortie de prison que les problèmes se poseront aux toxicomanes. Rappelons que ces sorties peuvent être parfois dramatiques où se conclure par overdose et suicide si elles ne sont pas préparées.

Une autre difficulté de nos interventions est liée à ce qui pourrait être un mélange des genres dont les magistrats s'accommoderaient relativement bien dans certains cas, de libération provisoire ou conditionnelle si notre équipe était à même de trouver une solution adéquate. Ceci place l'équipe dans des situations délicates vis-à-vis des sujets incarcérés qui vivent cette alternative comme soumise à notre bonne volonté ou à notre efficacité.

Pour le reste, nous avons l'énorme avantage d'être « des gens du dehors, spécialisés de surcroît en la matière et n'ayant aucun lien ou tendance à l'égard de l'administration pénitentiaire »; cela facilite sans aucun doute le dialogue sur un mode plus personnel et authentique, cela nous permet également de nous placer sur un autre terrain qui est celui de faire « l'inventaire des forces vives du sujet », de l'aider à assumer sa situation mais surtout de chercher à utiliser le temps pénitentiaire dans un but de maturation, de structuration, d'affirmation du moi, enfin, dynamiser, invigorer, chercher des alternatives, des solutions d'avenir, des objectifs, des désirs chez des sujets qui souvent en sont totalement démunis.

Pour situer l'importance de notre mode d'intervention, disons que plus d'un tiers des sujets pris au charge au cours de l'année écoulée ont été, sont actuellement ou risquent de se trouver en milieu pénitentiaire.

Enfin, se pose le difficile problème de la drogue et des médicaments en milieu pénitentiaire. En ce qui concerne la drogue et mis à part quelques introductions frauduleuses dans les années 68-74 dans les prisons du midi et notamment à Marseille, les cas sont tout à fait exceptionnels ou remarquablement occultés et censurés par l'administration pénitentiaire, des règlements assez draconiens rendraient du reste l'introduction particulièrement difficile, encore que l'imagination des toxicomanes n'ait pas de bornes et la subtilité des fournisseurs soit sans limites.

Mais se pose également le problème du médicament en milieu pénitentiaire, ce que l'on a appelé le risque iatrogène ou la camisole chimique. Le psychiatre prescripteur chargé de faire régner l'ordre dans la cité comme dans la prison en utilisant « *larga-manu* » la pharmacopée, le « *flichiatre* » au service du pouvoir comme de la répression, on l'a écrit ça et là.

Dans les statistiques tenues en Bretagne depuis la création de nos structures, la rubrique « intoxication aux médicaments licites » est en constante inflation. Le chiffre record est de 22,5 % en 1981, l'hé-

roïne pour sa part atteignant plus de 30 %. Notre équipe a toujours lutté contre la psychiatrisation abusive et surtout la chimiatrisation à outrance. Nous n'avons pas du reste le pouvoir d'intervention ni de prescription; par contre, il n'est pas rare que nous souhaitions la diminution de thérapeutiques qui nous apparaissent parfois quelque peu lourdes et préjudiciables au vécu et au dynamisme du sujet incarcéré. Notre pratique quotidienne nous autorise à dire qu'en France, la situation des toxicomanes a évolué sensiblement de façon positive en milieu pénitentiaire, nous tenant au rôle qui est le nôtre, c'est-à-dire simple intervenant, des nouvelles possibilités son offertes aux toxicomanes et notamment les interventions d'équipes pluri-disciplinaires. Nos propos se sont voulus volontairement discrets, l'inspiration et l'imagination peut-être contraintes, se sont résolument effacées devant le réalisme et le pragmatisme.

SUMMARY

In his paper, the Author discusses the past 15 years experience in the region where he works.

Aside, but in liaison with the medico-social and educational services within the prisons, remand homes etc, the Multi-disciplinary Team of the Prevention Centre has been authorized on a continuing basis to visit those drug users who ask for the Team's help or who have been reported to the Team by the Prison's medico-social staff, teachers, nurses, social workers etc. The Team is neither employed nor paid by the prison authorities but is part of the Regional and Departmental Health and Social Services.

Long experience has made the team acutely aware of the moods, sensitivities, peculiarities, and susceptibilities of each of these figures working within the prison. A little psychology, diplomacy and patience, as well as perseverance and determination, have finally allowed the Team to work under satisfactory and constructive conditions in spite of the problems and difficulties.

The patients in question are remanded or detained drug addicts though sometimes they are accused of other crimes — crimes provoked by an obvious addiction to drugs since it is true that drug addiction is the cause of marginalization, delinquency and even crime. Magistrates and judges often seek their advice on a particular case in order to adopt suitable therapeutic and rehabilitation solutions.

The Author then puts the question « Do drug addicts have a place in the prison community? ».

Experience has shown that they do not have a place in any type of community and, given their behaviour, they are always out of place in any structure or set-up. It is also difficult to clearly distinguish between the occasional user-dealer from a true dealer. The drop in the age of addicts also constitutes a problem. Experience in the exercise of its responsibility for the prevention and treatment of drug addictions has proved to the team that some very serious borderline

cases often escape the law which tends, ironically, to hit the clumsy small-time dealers or inexperienced youths.

The author then emphasizes two aspects: the negative one and the possible positive aspect of imprisonment of the drug addict.

On the negative side, there is some confusion between the notion of a set-back and relapse; the drug addict's case history almost always involves some accidents or set-backs along the way whilst the 31 dicembre 1970 Law appears to « force » the patients to get better.

Since drugs and violence are both means of expressing hate of the body and of reality, one wonders what effect a sentence and imprisonment provoke.

At the same time, imprisonment implies a void, a radical cultural change, each bringing the habits of a specific social world, and integration and adaptation to life in prison can only be achieved to the detriment of each individual's integrity and we are already aware of the drug addicts problems of maturity and identification. The rupture with the individual's past contributes to his breakdown, and the prison world can, for some, constitute a sort of model in the art of suppressing and preventing communication between people. The sometimes prolonged isolation and the forbidding of visits cuts the past off and increases the feeling of isolation. Finally, it is not unusual for young, immature drug addicts to come under the thumb of the « bosses » who dominate unfortunately so many prisons.

Imprisonment can be dangerous with a possible risk of contamination of the weaker inmates with their introduction to disturbed or openly gang-like surroundings.

However, over and above the negative aspects, certain elements can be considered positive. The tendency to view the prison as a persecutor in the condemned's mind should be avoided as also the tendency to be a complice of the inmate when he complains, resents or expresses his hate for the prison and its staff. This is a defensive stand against more positive feelings. Often it is the first time in their life that they are part of a system (even if a rigid one), that they eat three meals a day, that they have to maintain unavoidable contacts with people, the first time that they have time to think about themselves and some time for reflection is needed to prepare for life outside the prison.

Imprisonment is a complete break from the dope-contaminated world, the dubious acquaintances and various temptations. The time factor as well as a reasonable period of isolation can form the basis for reflection and lead to a certain maturity and stability. Magistrates have not hesitated in stating that imprisonment has succeeded where therapeutical approaches have failed.

Supporters of « treatment in prison » also insist in the psycho-socio-educational approach. Teaching, together with an effort to restricture, is carried out by pluri-disciplinary experts working in the prison and the notion of « responsabilization » is favoured against that of « permanent patient » which is often favoured by drug addicts.

In their region, the doctors and medico-social teams have directed their therapeutic impact towards a more socio-educational or training

aspect, at the same time magistrates have become more flexible since they have been able to compare the results of the « demystified » disintoxication cures through placements in families, vocational training and courses with those of the disintoxication cures as foreseen under the special law.

In France, the assignment of trained magistrates, lawyers and judges to the Appeal Courts and their discussions with teams and associations has led to a better understanding of the problems related to drug addiction.

Finally, the last part of the paper deals with the principles of intervention of the expert team in prisons. It is important that the medico-social steps be separate from the judicial procedures and there should be no interference between them since the teams have found themselves confronted with patients' requests for intervention to speed up the legal procedures if they are remanded or to find a means to reduce the sentence if they are already condemned or merely to enjoy certain advantages and improvement of their daily way of life. In no event must the teams find themselves in a potential « power » situation vis-à-vis the judicial authorities since this could lead to a loss of their say since parole for a drug addict is seen as a tool for the future and not as a means of suffering that is seen as the beginning of a therapeutical approach. This therapeutical approach firmly looks to the future, which should be dynamic, and allows a democratic choice which here implies freedom. In any event, it is on leaving prison that the drug addict faces the real problems. Day releases can sometimes be dramatic and lead to an overdose or even suicide if they are not carefully planned and prepared.

Another difficulty, arising out of their interventions, is connected with the fact that magistrates would often be willing to grant discharge on parole or on license if the team was able to come up with a suitable solution. This places the team in a very difficult situation vis-à-vis imprisoned inmates who feel dependent on the team's good will or efficacy.

However, the fact that the team is composed of « people from outside with recognized expertise in the subject, and above all with no ties or connections with the prison authorities » is a great advantage and without a doubt facilitates a more personal and real dialogue. It also enables them to place themselves on a different footing in order to help the patient « review his driving forces », to grasp the situation and, above all, to use the time in prison to become mature, to build up and affirm his personality and finally to become active, invigorated, to look for alternatives, solutions for the future, objectives — patients who are often completely lacking in such feelings.

In order to appreciate the size of interventions, it should be said that more than one third of patients cared for in a given year were, are or are likely to be in prison.

There is also the difficult problem of drugs and medicines in prison. As far as concerns drugs, and apart from the illegal introduction of drugs into prisons in the south of France, in particular in Marseille,

between 1968 and 1975, there have only been a few exceptional cases or they have been well covered up and censored by the prison authorities, though the severe rules have made illegal introduction especially difficult and it cannot be said that either the drug addicts' imagination or the dealers' craft are without limit.

Then there is the problem of medicines in prison — the so-called iatrogenic risk or chemical shield. Much has been written about the psychiatrist who, in order to achieve peace and quiet in the town as in prison, generously prescribes medicines in the service of power and of repression.

The statistics kept in Brittany since the inception of the service on « intoxication with legal medicines » continue to grow. The record figure was 22, 5 % in 1981 whilst heroin covers some 30 %. The team has always been against excessive psychiatric and chemical treatment. They are not authorized, however, to intervene nor to prescribe though it is not rare that they ask for a reduction of treatments in their opinion somewhat excessive and harmful for the inmate concerned. Day to day experience permits them to state that, in France, the situation of drug addicts in prisons has improved considerably and whilst they keep to their role, i.e. an advisory one, new possibilities are offered to drug addicts and particularly pluri-disciplinary teams interventions. Their proposals have been purposely discreet, and their inspiration and imagination perhaps a little constrained but this has proved efficient against realism and pragmatism.

FENOMENO DROGA E ISTITUZIONI CARCERARIE: INTERVENTI TERAPEUTICI E RIABILITATIVI

S. FILETTI (*) - E. AGUGLIA (*)

Il fenomeno-droga in quasi tutti i Paesi europei e extra-europei, soprattutto quelli più evoluti, è divenuto nell'arco degli ultimi dieci anni un problema di poliedrica dimensione.

La quantificazione di tale fenomeno in Italia, mirante a creare degli interventi preventivi che avrebbero lo scopo di risolvere il continuo dilagare della tossicomania, non si è resa possibile nonostante i numerosi tentativi e le costanti informazioni provenienti da ambienti diversi. Ciò perché non abbiamo dati sufficientemente attendibili dell'andamento della situazione in Italia.

Le indagini statistiche sono spesso generiche, contraddittorie anche perché l'approccio al problema è alternativamente psichiatrico, farmacologico, psicologico, sociologico.

Riteniamo che, nell'affrontare la piaga sociale della tossicodipendenza, sia indispensabile un approccio pluridisciplinare. Per analizzare il problema della droga nelle istituzioni carcerarie prenderemo in esame i dati forniti dal Ministero di Grazia e Giustizia, anche se convinti che tali informazioni, ottenute attraverso l'elaborazione di un questionario, presentano dei limiti comuni a tutte le indagini statistiche di questo tipo.

Nelle tabelle seguenti vengono riportati i dati relativi all'incidenza della tossicodipendenza nelle istituzioni carcerarie, con l'analisi comparativa degli anni 1979, 1980, 1981.

La tabella n. 1 dimostra come nel corso degli anni presi in esame si è assistito ad un graduale decremento dell'inci-

(*) Docenti della Clinica psichiatrica dell'Università degli Studi di Catania.

denza percentuale di tossicodipendenti detenuti che da 2579 (10,75 %) su una popolazione carceraria totale di 23.988 del 1979 si sono ridotti a 1704 (6,48 %) su 26961.

TABELLA N. 1. - Rapporto tra tossicodipendenza e popolazione carceraria negli anni 79, 80, 81.

A N N O	N. deten.	Tossicod.	%
1979	23.988	2.579	10,75
1980	30.353	2.472	8,14
1981	26.961	1.704	6,48

Emerge da questi dati una discrepanza tra il numero totale dei detenuti che raggiunge il suo massimo nel 1980 (30353) e che si riduce solo di poco nel 1981, con valori maggiori rispetto al 1979 e la graduale contrazione del numero dei tossicodipendenti detenuti.

Nella figura n. 1 è rappresentato graficamente l'andamento dell'incidenza della tossicodipendenza nel triennio in esame.

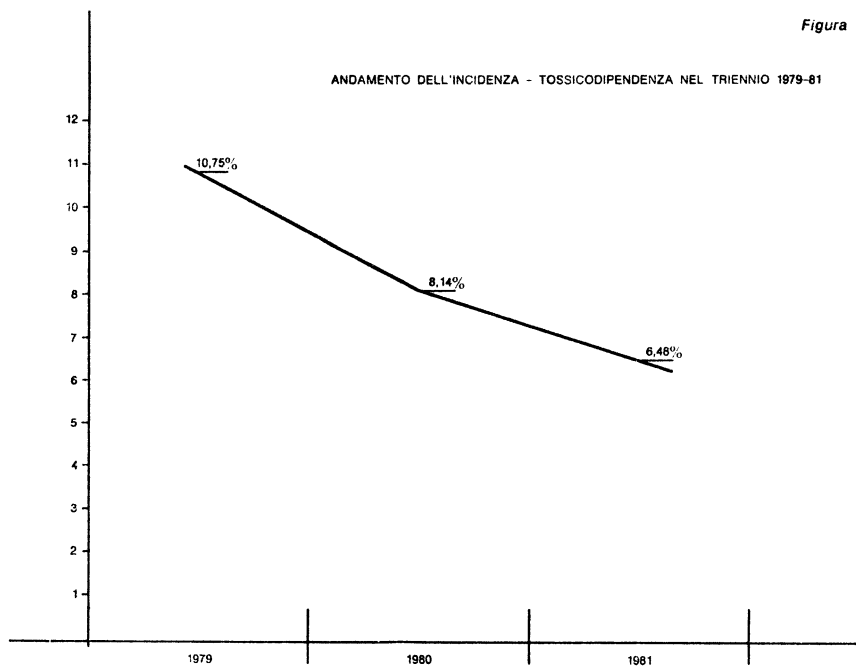
Non abbiamo dati che diano una spiegazione verificabile di questo fenomeno, riteniamo, tuttavia, che una delle possibili ipotesi sia da ricercare nel notevole aumento degli episodi di violenza nelle carceri che rappresentando una nuova modalità espressiva di disagio e di eteroaggressività, compenserebbero gli atteggiamenti autoaggressivi e autodistruttivi peculiari della tossicodipendenza.

Le tabelle n. 2, 3, 4 forniscono l'incidenza della tossicodipendenza nelle strutture carcerarie delle singole regioni.

Il fenomeno assume un andamento crescente solo nella regione Lazio (dal 13,49 % al 21,99 %) e nella regione Trentino Alto Adige (dall'11,11 % al 18,46 %).

Nelle rimanenti regioni l'incidenza è molto varia ed irregolare con valori massimi nell'anno 1980 nelle regioni Lombardia ed Emilia Romagna.

E nostro intento affrontare il tema della diffusione delle sostanze stupefacenti nelle carceri più che per approcciare i vari aspetti di questo complesso problema, per fornire invece nuove metodiche di intervento a chi come medici, consulenti psichiatri, psicologi, assistenti sociali, etc. opera in queste



strutture. Ci riferiamo, in particolare a quelle strategie di intervento educativo, terapeutico e riabilitativo per quei soggetti che invischiati nella morsa della droga possono utilizzare l'esperienza carceraria in maniera costruttiva e con atteggiamento di deciso rifiuto per eventuali ricadute.

Siamo certi che ad un tipo di approccio individuale da parte dello staff medico-psico-sociale, del quale condividiamo l'efficacia almeno in una fase iniziale, si debbano preferire metodiche terapeutiche di gruppo. Queste avrebbero il duplice vantaggio di riunire problematiche simili potenziando la carica motivazionale indispensabile per un buon esito, e di garantire una maggiore riuscita dell'intervento stesso.

Appare evidente come questo tipo di intervento sia secondario ad un primo approccio esclusivamente farmacologico da limitare a quei casi in cui sia possibile dimostrare la sindrome di astinenza attraverso un attento esame clinico che possa escludere l'atteggiamento simulatorio, abbastanza frequente in questi soggetti, allo scopo di assumere metadone o derivati benzodiazepinici e soprattutto messo in atto per non

Tabella 2

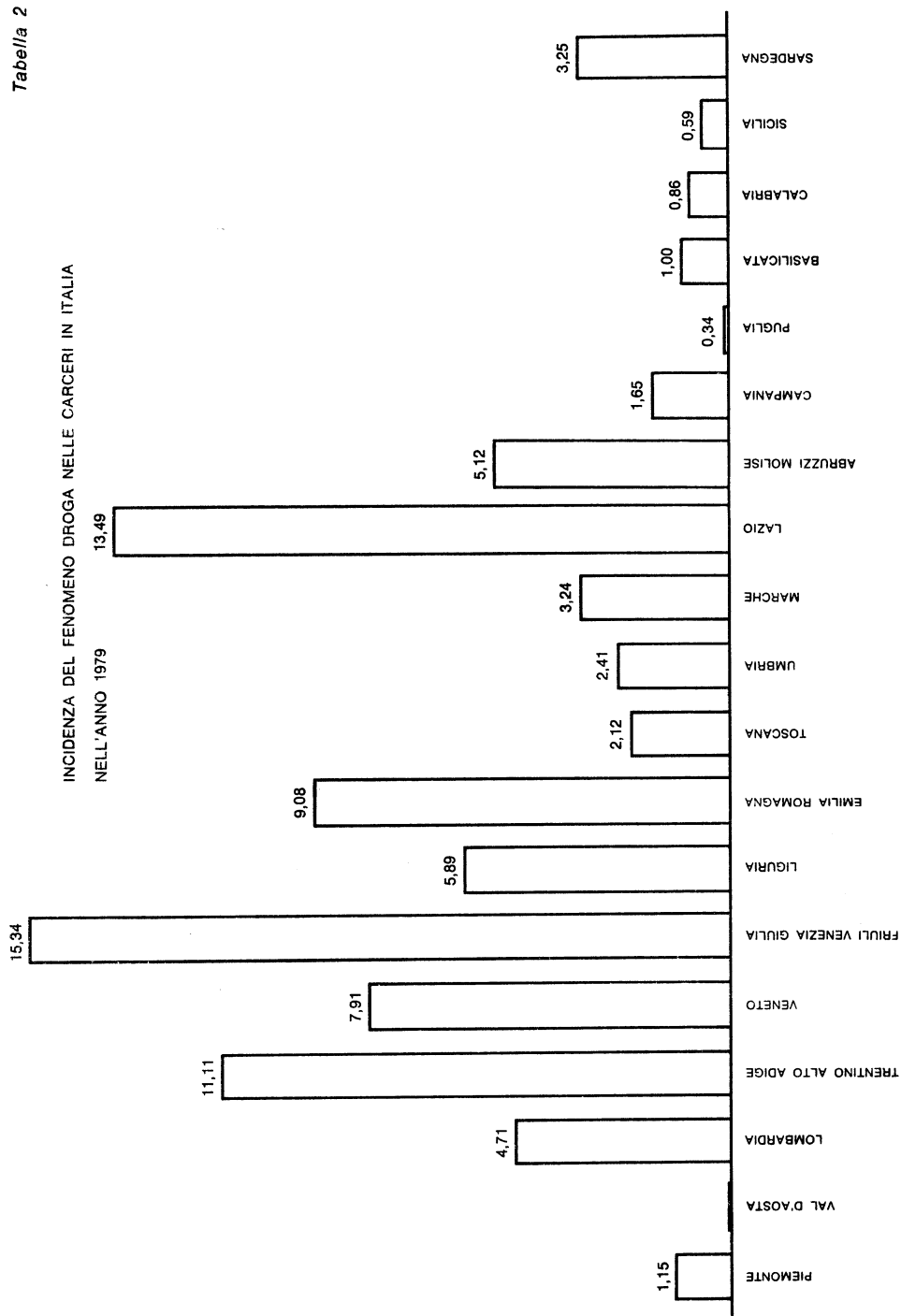


Tabella 3

INCIDENZA DEL FENOMENO DROGA NELLE CARCERI IN ITALIA
NELL'ANNO 1980

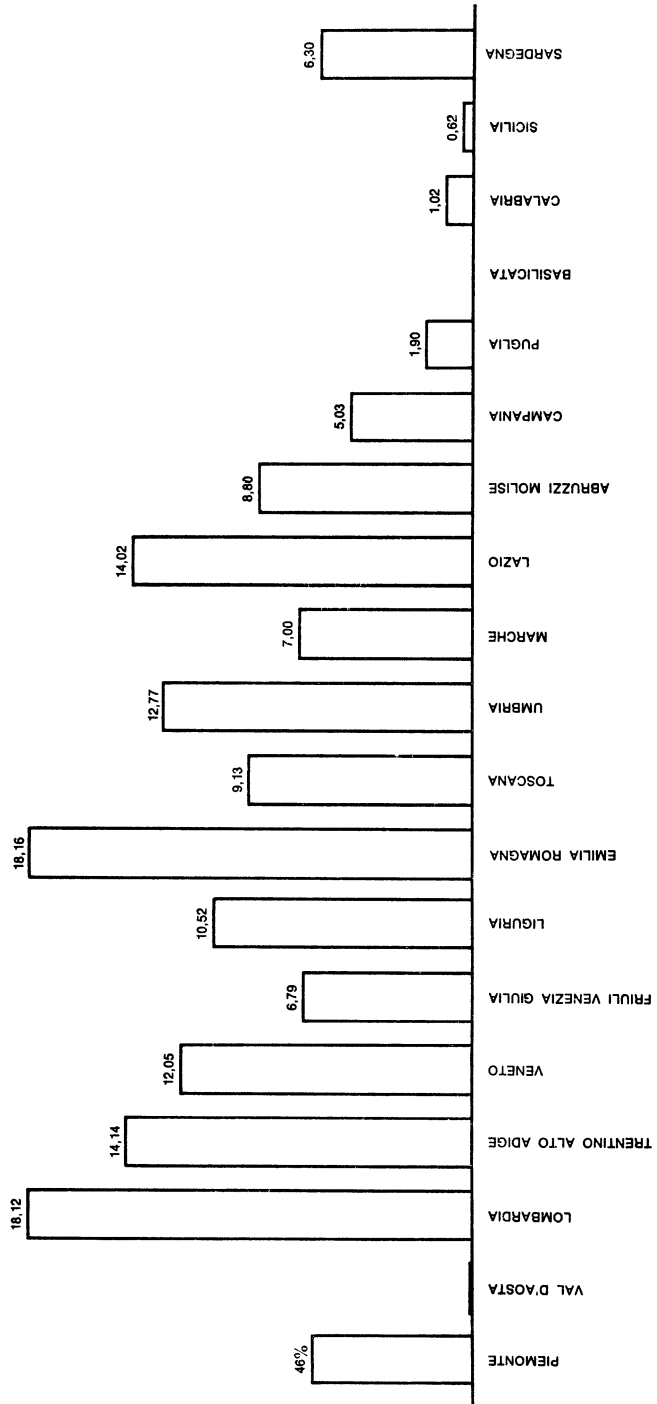
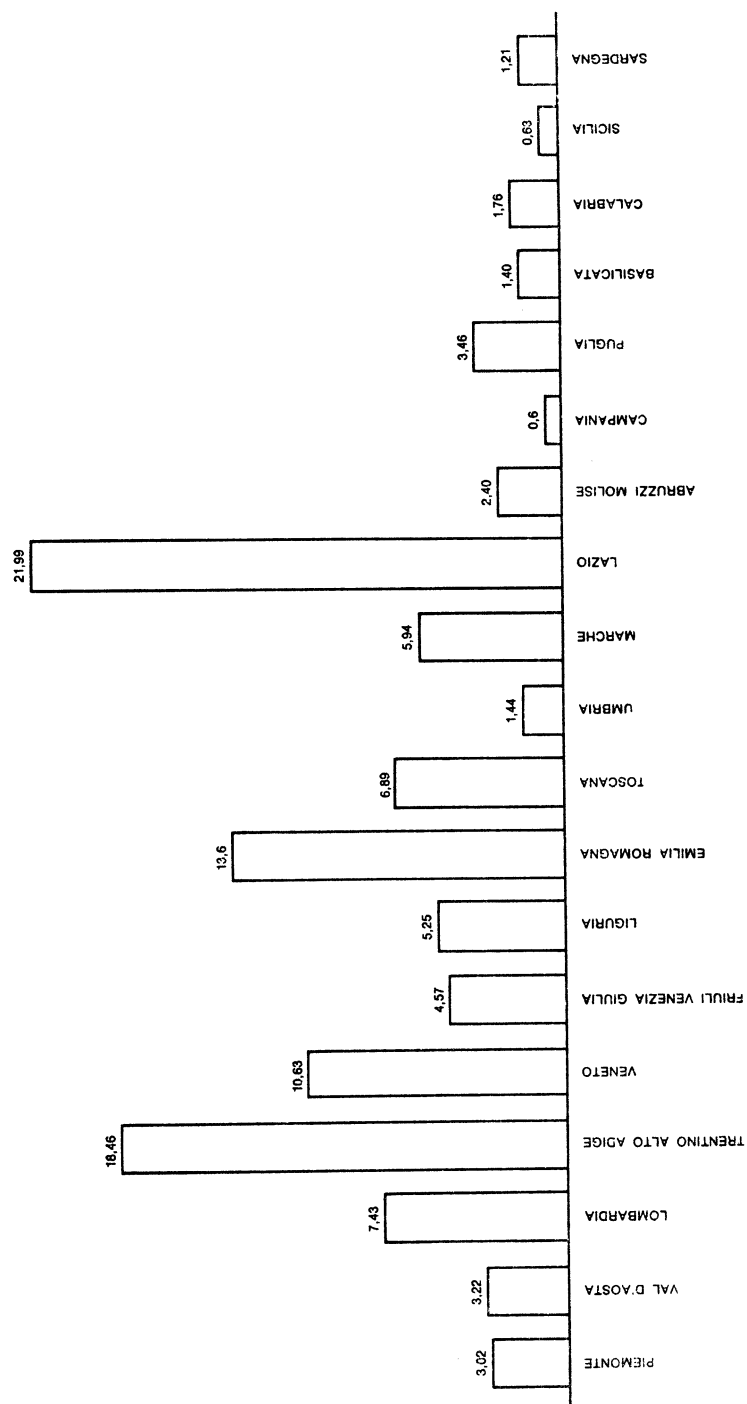


Tabella 4

INCIDENZA DEL FENOMENO DROGA NELLE CARCERI IN ITALIA
NELL'ANNO 1981



interrompere quel condizionamento psicologico-routinario di assunzione di sostanze stupefacenti.

Bisogna non confondere inoltre la sindrome di astinenza con la « crisi di angoscia » che, a causa della tempesta neurovegetativa secondaria, spesso si presenta con sintomatologia sovrapponibile.

Superata la fase di trattamento farmacologico occorrerà privilegiare l'intervento psicologico e psicoterapico. È da considerare che senza una partecipazione attiva del tossicodipendente, frutto di una scelta motivata e decisa, il risultato terapeutico, per esperienza nostra, comune all'esperienza di altre cliniche, è ridotto ad una percentuale insignificante, se si considera il numero dei soggetti trattati.

È impossibile, a nostro avviso, forzare quella barriera, quel muro rappresentato dalla scelta voluta per uno stile di vita antitetico al cosiddetto modo di vivere « normale ».

È la personalità del singolo che deve essere studiata al fine di conoscere meglio le dinamiche conflittuali che hanno determinato tale scelta e programmare così l'intervento nell'ambito di un gruppo.

Contributi clinico-statistici descrivono le personalità tossicofile come insicure, deboli, passive, con scarsa tolleranza al dolore, all'ansia ed alla frustrazione, dipendenti, inibite, instabili o poco dotate di autocontrollo.

Il Rossini le include nel capitolo delle turbe della volontà collocandole tra le azioni impulsive sistematiche, paragonando quasi il comportamento del tossicomane a quello del bambino che agisce soltanto in funzione del principio del piacere.

Bunke sosteneva che tutti i tossicomani presenterebbero in modo evidente già prima di dedicarsi all'uso di sostanze tossiche, tratti isterici, nevrotici o comunque psicopatici, dovuti a personalità premorbose caratterizzate da irritabilità, egoismo, arroganza, complesso di inferiorità.

Pichot, della Clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Parigi, esaminando la personalità del tossicomane e facendo anche riferimento a ricerche psicometriche, fa notare in primo luogo come unanimemente non si sia riscontrata alcuna differenza statisticamente significativa, tra il livello intellettuale del tossicomane e quello di una popolazione di controllo. Lo stesso Autore traccia un profilo psicologico ottenuto con l'MMPI, somministrato nella sua forma

collettiva, nel quale i risultati espressi come profilo medio ne evidenziano uno classificato da alcuni del tipo sociopatico, da altri, psicopatico, peraltro assai somigliante all'andamento dei profili medi di gruppi di alcolisti e delinquenti.

Sheppard e Coll., nel 1972, esaminando 336 eroinomani, utilizzando l'MMPI giungono alla conclusione che solo il 6 % poteva essere considerato normale, il 38 % risultava al test sociopatico o con disordini della personalità, il 32 % presentava un profilo riferibile a schizotimia, incipiente o conclamata schizofrenia, il 16 % aveva una deviazione nevrotica del profilo, il 4 % presentava alterazioni timiche, ed, infine, turbe paranoicali e deterioramenti organici si evidenziavano nel 4 % dei casi.

Sulla base delle ricerche di Cavior e Coll., successivamente confermate da Sheppard e Coll., tendenti a mettere a punto la scala della eroinomania, mediante 57 items dell'MMPI, Pichot e Coll., hanno indicato i tratti essenziali dell'eroinomane:

- 1) Tono dell'umore generalmente orientato verso la depressione; mancano di uno scopo che abbia un senso e di un solido sistema di valori;
- 2) Attitudini religiose ambivalenti;
- 3) Difficoltà nelle relazioni familiari;
- 4) Relazioni amicali ambigue;
- 5) Rifiuto dei valori e delle istituzioni sociali;
- 6) Ambivalenza sessuale con tendenza all'omosessualità;
- 7) Uso frequente dei seguenti meccanismi di difesa: negazione, distorsione, proiezione, scambio dei ruoli.

Sempre al fine di delineare lo « specifico » della personalità del farmacodipendente, diversi Autori hanno utilizzato il test di Rorschach come strumento psicodiagnostico proiettivo fondamentale. Laskowitz e Jones, nel 1965, hanno riscontrato instabilità emotiva, difficoltà di adattamento, conflittualità.

Madeddu nel 1970 ha trovato personalità mal strutturate nei giovani dedite alle droghe e risultati analoghi, sempre con il test di Rorschach, ha ottenuto Ermentini.

Glover parla di 3 tipi principali di tossicomania: quello dovuto ad una inconscia omosessualità; quello che corrisponde ad una organizzazione ciclotimica; quello sostenuto da una struttura paranoide; e conclude dicendo che il comportamento del tossicomane può considerarsi un disturbo della personalità, rinforzato, ma non generato dalla droga.

Molti AA. considerano la tossicomania come una manifestazione estrema della condizione di disadattamento dei giovani, secondaria a uno stato conflittuale tra individuo ed ambiente (famiglia, scuola, società). La ricerca di nuovi stimoli o di eccitazioni per vincere sentimenti di disperazione, frustrazione, noia, per un approfondimento della conoscenza, per uno spirito consapevole o meno di ribellione o per il desiderio di uniformarsi ai valori dei propri coetanei: tutti questi possono essere fattori che influiscono sull'assunzione, da parte dei giovani, della droga.

L'analisi dei momenti psicologici evidenzia come questi soggetti tendano a spostare i loro conflitti interiori e a coinvolgere il loro ruolo nella società: la loro apparente ribellione, la posizione di indipendenza anticonformista coprono, in realtà, la loro totale sottomissione; agendo senza nessuna abilità e capacità di difesa, essi si espongono masochisticamente ad ogni tipo di persecuzione, alla mercé di tutti gli spacciatori.

La teoria psicoanalitica con le sue interpretazioni (tossicomania come regressione, situazioni di passività orale come meccanismo autopunitivo, autodistruttivo, ecc.) ad ombra nella personalità premorbosa il principale fattore causale della tossicomania.

Sussistono inoltre le teorie biochimiche e metaboliche che ipotizzano « difetti » biologici in cui la droga si inserirebbe, creando in breve tempo uno stato di « bisogno tossico » (dipendenza) e le condizioni per lo sviluppo dell'astinenza in caso di privazione.

Numerosi studi comparsi in letteratura concordano nel ritenere che la cura delle tossicomanie sia da fondare sui seguenti principi:

- 1) sottrazione della droga;
- 2) trattamento della sindrome di astinenza e dei danni provocati dalla droga (urgenza tossica);
- 3) prevenzione delle recidive.

Le due fasi principali della terapia sono quelle della disintossicazione e della disassuefazione.

Con il termine disintossicazione si indica la sospensione più o meno brusca della droga a seconda della gravità della sindrome di astinenza. Con quello di disassuefazione si intende la rimozione delle cause che provocano e mantengono la dipendenza psichica.

Tale termine potrebbe generare l'equivoco che sia possibile disassuefare un soggetto « passivo », contro la sua stessa volontà.

In verità mentre la disintossicazione può essere attuata con metodi coercitivi, la disassuefazione comporta un processo evolutivo e maturativo che può manifestarsi solo se desiderato e perseguito con tenacia dal soggetto tossicodipendente.

Inoltre mentre la fase di disintossicazione — qualora siano presenti uno staff curante esperto ed un ambiente idoneo — non presenta difficoltà eccessive, quella di disassuefazione è molto più ardua.

È noto il facile recidivismo dei tossicomani!

Molti studiosi e psicoterapeuti hanno relazionato sulla possibilità di un decondizionamento psichico attraverso tecniche psicoterapiche incentrate su un rapporto interpersonale, indipendente dalla possibilità di inserimento in comunità terapeutiche.

I dati presentati, tuttavia, esprimono per lo più dubbi, incertezze, fallimenti terapeutici, e concludono che la soluzione al problema-droga è solo preventiva a livello socio-politico e non terapeutico-ambientale.

Nelle comunità terapeutiche americane (Day Top Village, Phoenix House, Hodysey House) viene criticata la distinzione tra la fase disintossicante e quella di riabilitazione psico-sociale, ed il processo viene considerato come un « unicum » esistenziale.

Tale modalità di disintossicazione considera la sostanza farmaco una pseudosoluzione o meglio sempre una « droga », in quanto rappresenta una rinuncia al proprio autocontrollo e alla propria autodeterminazione.

Il soggetto tossicodipendente viene posto pertanto in un gruppo altamente direttivo che lo sostiene nel controllo e nel superamento della sintomatologia di astinenza.

In Italia si sono strutturate alcune esperienze di comunità terapeutiche, ma con criteri meno direttivi, meno gerarchici

e probabilmente per questo motivo non di sufficiente supporto per una terapia disintossicante. Nei paesi anglosassoni si è rivelata utile la disintossicazione nelle comunità terapeutiche, in gruppi non centrati sulle figure terapeutiche tradizionali (medico, psichiatra, psicologo, pedagogo, assistente sociale) bensì sulla comunità intesa come unità di sostegno psicologico, anche se non gestita da terapeuti professionisti, ma da tossicodipendenti o ex drogati.

Il fenomeno della droga nelle istituzioni penitenziarie è stato affrontato da diversi stati europei secondo soluzioni che garantiscono un'alternativa anche terapeutica di tipo farmacologico e psicologico alla semplice detenzione.

In Danimarca, già dal 1980-81 è stato elaborato un modello terapeutico secondo il quale i detenuti farmacodipendenti gravi sono stati riuniti in padiglioni isolati, per essere sottoposti ad un trattamento più intensivo.

In Norvegia i tossicodipendenti possono essere trattati o all'interno dell'istituzione stessa da parte di psichiatri che vi lavorano a tempo pieno o, nei casi più gravi, essere inviati presso cliniche psichiatriche e in seguito in comunità terapeutiche protette, nelle quali completeranno di scontare la pena.

Nell'intento di potenziare le motivazioni alla disassuefazione sono stati creati dei padiglioni « senza droga », dove i soggetti che volontariamente accettano il trattamento condizionato da continui controlli ematologici e urinari, per converso possono ottenere dei vantaggi giuridici e amministrativi alternativi alla pena (affidamento al servizio sociale, permessi, licenze etc.).

La Svizzera, in atto sprovvista di sezioni o di programmi particolari per i detenuti tossicodipendenti, ha programmato la istituzione di sezioni speciali con assistenza socio-terapica sia in corso di detenzione che nel periodo post-detentivo.

In Gran Bretagna, tutti i detenuti preventivamente vengono sottoposti a controllo medico da sanitari responsabili della salute fisica e psichica. Per i detenuti tossicomani il medico responsabile decide individualmente se attuare un trattamento farmacologico o inviare il soggetto presso un altro istituto di pena che dispone di presidi terapeutici più adeguati. In Italia la scelta terapeutica essenzialmente farmacologica è assicurata sia dagli operatori istituzionali che dagli istituti convenzionati, rappresentati dalle Unità Sanitarie Locali.

L'intervento psicoterapico è limitato a colloqui di sostegno che ben poco effetto possono sortire ai fini della risoluzione del problema.

La scelta di tale metodica d'intervento è condizionata tanto da carenze di struttura (mancanza di spazi adeguati) che di tempo (durata della detenzione, trasferimenti).

Tutto ciò rende possibile la disintossicazione fisica, ma non quella psicologica. Da quanto esaminato appare evidente la non attuazione della prevenzione terziaria, momento indispensabile per evitare recidive sia nell'ambito della tossicodipendenza che nel contesto criminologico ad essa strettamente collegato.

La nostra proposta di intervento terapeutico e riabilitativo nel sistema carcerario suggerisce l'istituzione di una struttura microsociale situata all'interno del carcere, nella quale si instauri un'attività terapeutica di gruppo con metodiche varie.

In questa neocomunità dovrebbero convergere quei soggetti che hanno già superato la fase di dipendenza organica, ottenendo così la concretizzazione dell'efficacia terapeutica e anche l'allontanamento da quei detenuti che non motivati, nonostante i continui e attenti controlli da parte del personale di sorveglianza, persistono nell'assunzione di droga.

La comunità terapeutica creata nell'ambito carcerario consentirà uno stile di vita più attinente alla realtà, certamente preparatorio per un auspicabile totale reinserimento alla fine del periodo detentivo.

Se da un lato il detenuto tossicodipendente dovrà sottostare ad uno schema di vita rigido durante il quale sarà sottoposto a continui controlli ematochimici e a periodici colloqui individuali con gli psicoterapeuti, potrà per converso usufruire di metodiche terapeutiche che avranno nella loro attuazione il significato anche di impegnarlo continuamente nell'arco della giornata secondo degli schemi teorici scientificamente accettati.

In particolare crediamo nell'utilità di un'attività sportiva che sia ben programmata, competitiva e che rafforzi la struttura personologica di base. Seguendo le teorie di Vayer che sottolineano il principio dinamico dell'azione educativa attraverso un'educazione corporea pensiamo che lo sport garantisca al tossicodipendente, privo di identità e di valori morali, la possibilità di apprendere le regole di comportamento sociale

che sono alla base della competizione, dell'affermazione di sé, della soluzione dei conflitti, e al tempo stesso di scaricare le sue tensioni psicoemotive.

L'esperienza sportiva rafforza l'Io e canalizza costruttivamente l'aggressività che trova una sua giustificazione nell'ordine e nella regola del gesto sportivo.

Stessa finalità si propone l'animazione, attività terapeutica con la quale intendiamo tutto ciò che viene realizzato per favorire l'incontro e la comunicazione interpersonale, stimolando le capacità inventive e creative nell'ambito del gruppo.

L'animazione ha una funzione di adattamento alle forme nuove di vita sociale con gli aspetti complementari di rimedio ai disadattamenti e di elemento di sviluppo individuale e collettivo. L'animazione può peraltro costituire un efficace supporto alle psicoterapie agendo come momento preterapeutico.

E può avere un ruolo ancora più importante nella prevenzione e nella riabilitazione agendo come centro di aggregazione soprattutto in un ambiente carcerario dove la disgregazione sociale, l'emarginazione e la devianza sono notevoli.

Nell'ambito delle socioterapie è strettamente correlata all'animazione la ergoterapia, che ha lo scopo di impegnare il soggetto in ruoli socialmente attivi rendendolo responsabile del suo comportamento e rafforzandone l'Io.

L'ergoterapia creerebbe una diminuzione della tensione intrapsichica, lo sviluppo di rapporti interpersonali attraverso un'attività comunitaria che allontani il soggetto dalla noia e dall'isolamento e che, cosa più importante, sia da stimolo alla riscoperta di un ruolo ed alla rassicurazione di poterlo esercitare. È preferibile pertanto privilegiare nei laboratori di ergoterapia le attività poco ripetitive ed automatiche e questo al fine di garantire una collaborazione più attiva oltre ad un impegno creativo.

Non è da sottovalutare infine che alla riabilitazione si affianca la possibilità di un reinserimento produttivo post-detentivo che garantisca che al soggetto un lavoro specializzato e qualificante.

Non riteniamo che questa nostra proposta di intervento possa risolvere in maniera definitiva il problema « droga » nelle carceri, tuttavia siamo convinti che la possibile attuazione di tali metodiche psico-socio-terapiche possa ridurre notevolmente l'incidenza del fenomeno.

RIASSUNTO

Gli Autori, nel presente lavoro, dopo aver commentato i dati relativi all'incidenza della tossicodipendenza nelle istituzioni carcerarie nel triennio 1979-80-81, forniscono nuove metodiche di intervento a coloro che operano nelle strutture carcerarie.

La loro proposta di intervento suggerisce l'istituzione di una struttura microsociale, situata all'interno del carcere, nella quale convergano quei soggetti che hanno già superato la fase di dipendenza organica.

Ciò al fine di poter godere di strategie educative, terapeutiche e riabilitative fondate su metodiche di gruppo quali l'animazione, l'ergoterapia e l'attività sportiva.

RESUME

Les Auteurs, après avoir commenté les données relatives à l'incidence de la toxicodépendance dans les prisons durant la période 1979-1980-81, fournissent de nouvelles méthodes d'intervention à ceux qui travaillent dans les structures carcérales.

Leur proposition d'intervention suggère l'institution d'une structure microsociale, située à l'intérieur de la prison et réservée aux sujets ayant déjà dépassé la phase de dépendance organique.

Cela afin de pouvoir profiter de stratégies éducatives, thérapeutiques et réhabilitatives basées sur des méthodes de groupe telles que l'animation, l'ergothérapie et l'activité sportive.

SUMMARY

After giving data on the number of drug addicts in prisons during the three-year period 1979-81, the Authors, in their paper, put forward new methodologies of intervention for those operating in prisons.

Their proposed intervention consists in the creation of a micro-social structure, within the prison, where all those who have already passed the physical dependence phase are channelled.

This would enable them to benefit from educational, therapeutical and rehabilitation strategies based on group methods, such as animation, ergotherapy and sports activities.

BIBLIOGRAFIA

- AGUGLIA E., BONOMO V., CANNELLA M. C., FILETTI S., CORSARO D.: « Profilo Psicologico e imputabilità del tossicodipendente ». Atti del XXXIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria, Catania 24-29 Aprile 1980, in *Formazione Psichiatrica*, 4, 339, 1981.
- ANDREOLI V., MAFFEI F., TAMBURINO G.: *Il ciclo della droga*. Ed. Scient. e Tecniche, Mondadori Ed., Milano, 1978.
- ARNAO G.: *Rapporto sulle droghe*. Ed. Feltrinelli, Milano, 1976.
- CANCRINI L., MALAGODI-TOGLIATI M., NENCINI G. P.: *Droga*. Sansone Ed., Firenze, 1972.
- CAZZULLO C. L.: « Droga: aspetti farmaco-tossicologici e medici », in *Droga e Società, oggi e domani*. Milano, 1972.
- CONFORTO C.: « Rilievi in tema di psicoterapia di gruppo con tossicomani », in *Riv. Sper. di Freniatria*, XCV, 1971.
- DI GENNARO G.: *La droga. Controllo del traffico e recupero dei drogati*. Giuffré Ed., Milano, 1976.
- FLICK G. M.: *Droga e Legge Penale*. Giuffré Ed., Milano, 1979.
- GIBERTI F., ROSSI, R.: *Manuale di Psichiatria*. Vallardi, Milano, 1980.
- GIULIANI G., GIULIANI C.: « Considerazioni relative ad alcune indagini psicologiche su di un gruppo di tossicomani », in *Riv. Pat. Nerv. Ment.* 74, 706, 1973.
- GULOTTA G.: *Psicologia giuridica*. Franco Angeli ed., Milano, 1979.
- HILL H. E., HAERTAEN C. A., GLASER R.: *Personality characteristics of narcotic addicts indicated by MMPI*. J. Gen. Psychol. 127-139, 1960.
- MADEDDU A., ARRUGA A., CICUTA P.: « Possibilità e limiti dell'intervento preventivo in tema di tossicofilia e tossicomania. Valutazione di una serie di iniziative specifiche con interviste focalizzate su gruppi-campioni atipici di insegnanti e genitori », in *Droga e Società Italiana*. Giuffré ed., Milano, 1974.
- MADEDDU A., ARRUGA A., CICUTA P.: « Condizioni psicosociali di un gruppo di drogati istituzionalizzati: primi risultati di una ricerca », in *Droga e Società Italiana*. Giuffré ed., Milano, 1974.

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 tossicomana.

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'Amministrazione 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-

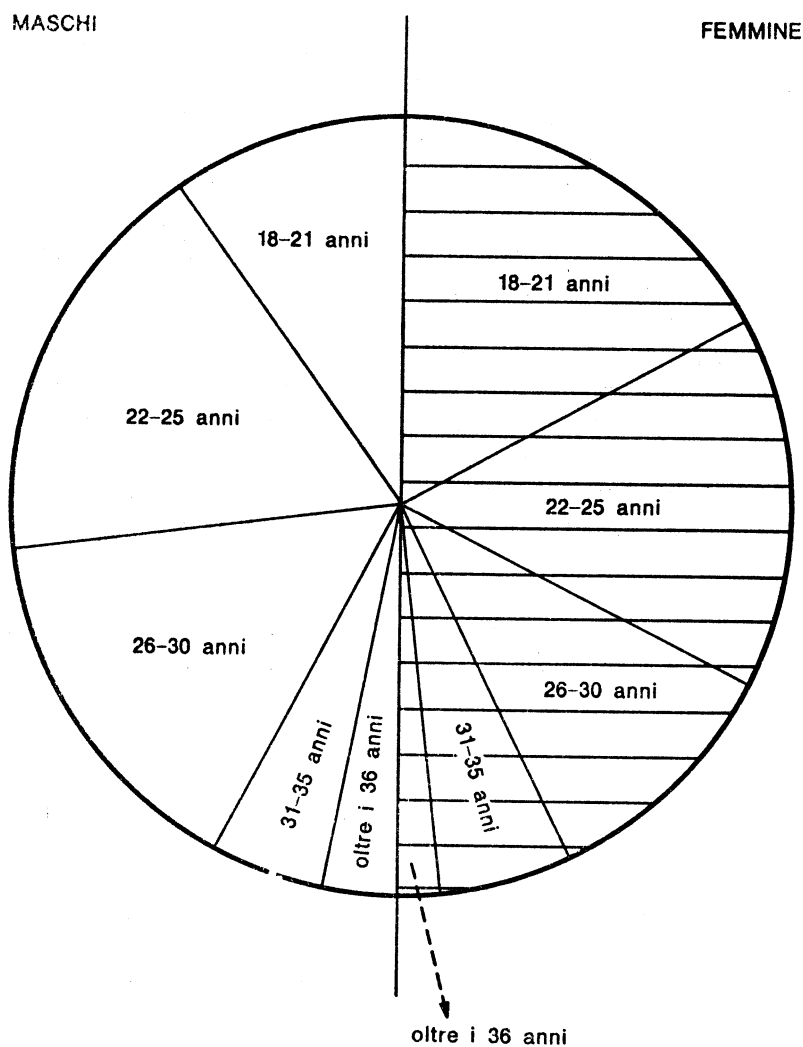
TAVOLA 4. — *Detenuti e internati tossicodipendenti, secondo l'età e il sesso, presenti negli istituti del campione al 24-5-1982*

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						TOTALE					
	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.

FUNDAMENTALS FOR DRUG-THERAPY IN PRISON

GERALD STREITBERG (*)

We have to proceed from a realistic assumption:

We have drug-addicts in prison and it will be so in the future. We cannot expect any drastic changes for the near or distance future considering actual legal and socio-political conditions.

Imprisonment itself is bound to bring about some effects.

I don't mean that imprisonment should or can solve the problem of drug-addiction-therapy. I am pleading rather for a broader and more comprehensive kind of therapy applications, what I have not seen for my own experience in my work until now.

There is no doubt that imprisonment has an important function in fighting the drug-addiction, taking drug-addicts into custody and guaranteeing a relative drug-abstinence. It is often an essential part of a therapy procedure and therefore it has to be conceived in a functional way.

For a (probably considerable) rest of drug-addicts, who cannot or don't want to make a therapy outside prison (e.g. because they have been convicted to a high punishment or because of the risk of escape or relapsing) the prison has to offer a therapy.

The aim of therapy is to arouse a motivation or a long-term therapy (including preparations of dismissal).

Since 1973 in the penal hospital Hohenasperg (near Stuttgart) there is a special department for drug-therapy. This therapy should last 15 months (a maximum of 30 months). The participants of the therapy come voluntarily. They are all convicts.

(*) Dr. phil Psychologist, Psychoanalyst, leader of the Department of Drug Therapy in the Penal Hospital Hohenasperg 17144 Asperg, W-Germany.

An interdisciplinary treatment-team decides all questions of treatment. For warranting a good team-work and an essential coordination this team is meeting regularly. The superintending staff among them belongs to this team as the more permanent contact person of the convicts.

Drug-controls as well as urine-controls are necessary to guarantee drug-abstinence.

Visitors have to be known and accepted by the team. Unsuitable visitors can be excluded because of therapeutic reasons.

Privileges will be withdrawn and treatment will be finished in case the participant refuses to participate to the program, or in case he violates the rules of the department or finally in case he is relapsing with drugs.

The importance of drugs into prison has always as consequence the exclusion from treatment.

A statistical survey has shown during a period (in freedom) of more than 2 years a quota of drug-relapse of 57 %, in a period of over 4 years about 70 %.

Concerning these facts drug-therapy in prison cannot promise concrete improvement of prison life. On the contrary, there has to be a willingness for rejection and additional strain must be expected. The therapeutic methods are less important than their consequent adherence.

We are working with a therapy-model in stages (beginning — treatment — and dismissal stage) which contains a complete treatment-program.

Each candidate of therapy will first go through a trial stage. This beginning stage of observation should give us a clue for the need for treatment, for the ability for treatment and motivation for treatment.

After the final admission follows a special intensive phase of therapy and in an advanced phase there is also the possibility of getting penal facilitations (e.g. going out of the prison for some hours or going in holidays).

In the dismissal stage persistence and working abilities must be considerably practiced. The preparations for dismissal are always depending upon each individual case.

The program basically includes intensive psychotherapeutic work with groups (without any specific schoolorientation), activity therapy, work therapy and sports.

The participation in this whole program is obligatory. As far as possible the treatment-program is a full-time-program (excepting the week-ends).

RIASSUNTO

I drogati sono presenti nelle carceri e, considerando che tale situazione non muterà nel prossimo futuro a causa delle attuali condizioni legali e socio-politiche, ne consegue che una qualsiasi terapia applicata in carcere dovrà adeguarsi alle condizioni dell'ambiente e sfruttare nel modo migliore i vantaggi della detenzione e dell'astinenza forzata.

È essenziale che il gruppo per il trattamento interdisciplinare coordini il proprio lavoro e che si eseguino dei test per assicurare l'astinenza dei detenuti dalla droga. A chiunque si rifiuti di prendere parte al trattamento, che violi le regole o che sia recidivo si dovrebbero interrompere le cure. La terapia disintossicante in carcere non apporta un miglioramento della vita carceraria, al contrario essa crea ulteriori tensioni. Le statistiche mostrano che, trascorsi due anni in libertà, il 57 % dei partecipanti ha avuto una ricaduta e che dopo 4 anni tale cifra sale al 70 %.

A partire dal 1973 l'ospedale penale di Hohenasperg, nei pressi di Stoccarda, sta realizzando un programma di disintossicazione volontaria per i detenuti. Il programma, a tempo pieno, dura da un minimo di 15 a un massimo di 30 mesi; esso è suddiviso in tre fasi:

- 1) una fase sperimentale di osservazione per accertare l'idoneità e le motivazioni ai fini del trattamento;
- 2) una fase di terapia intensiva;
- 3) una fase finale prima del congedo.

Il programma prevede un lavoro psicoterapeutico di gruppo, terapia dinamica, ergoterapia e sport.

RESUME

Des toxicodépendants sont en prison et, étant donné que cette situation ne changera pas prochainement vu les conditions légales et socio-politiques actuelles, il s'ensuit que les thérapies appliquées en milieu carcéral devront s'adapter aux conditions de ce même milieu et utiliser au mieux les avantages de la détention et de l'abstinence forcée.

Il est nécessaire que le groupe pour le traitement interdisciplinaire coordonne son propre travail et réalise des tests pour assurer l'abstinence des détenus toxicodépendants. Pour tout toxicomane qui se refuse de se soumettre au traitement, qui viole les règles ou qui récidive, il faudrait interrompre les soins. La thérapie de désintoxication en prison n'apporte pas une amélioration de la vie carcérale; elle crée au contraire des tensions ultérieures. Les statistiques montrent que, après deux ans de liberté, 57 % des sujets ont rechuté et que, après quatre ans, le chiffre atteint 70 %.

A partir de 1973, l'hôpital pénal de Hohenasperg, dans les environs de Stuttgart, a réalisé un programme de désintoxication volontaire pour les détenus. Ce programme, à plein temps, dure de 15 jours à 30 mois. Il est divisé en trois phases:

- 1) une phase expérimentale d'observation pour s'assurer de l'aptitude et des motivations du traitement;
- 2) une phase de thérapie intensive;
- 3) une phase finale avant la libération.

Le programme prévoit un travail psychothérapeutique de groupe, une thérapie dynamique, l'ergothérapie et le sport.

SUMMARY

There are drug addicts in prison and, since this is not likely to change in the near future due to present legal and socio-political conditions, any therapy in prison should be designed to fit in with that way of life and to use to the best advantage the custody and guaranteed drug abstinence imprisonment can offer.

It is essential that the interdisciplinary treatment team should coordinate their work and tests should be made to ensure convicts' drug abstinence. Any participant who refuses to participate, violates rules or relapses should be refused further treatment. Drug therapy in prison can not improve prison life, indeed it creates additional strain. Statistics show that after two years of freedom 57 % of participants had a drug relapse and after four years the figure rises to 70 %.

The Hohenasperg Penal Hospital near Stuttgart has been running a voluntary drug therapy programme for convicts since 1973. The full-time programme lasts a minimum of 15 and a maximum of 30 months; it is divided into three phases:

- 1) a trial observation phase to ascertain treatment ability and motivation;
- 2) an intensive phase of therapy;
- 3) a final dismissal phase.

The programme includes group psychotherapeutic work, activity therapy, work therapy and sports.

TOXICOMANIA AS DESOCIALIZATION: SOME COMMENTS ON TREATMENT PROBLEMS RELATED TO THE SOCIO-CULTURAL ASPECTS OF DRUG ABUSE

LUIGI M. SOLIVETTI (*)

SUMMARY. — 1. — A Definition of the State of Toxicomania. — 2. — The Perspective of Medical Action. — 3. — Disintoxication of the Addict. — 4. — Methadone Maintenance. — 5. — Utilization of Opiate Antagonists. — 6. — Limitations of Prison as a Place for Treatment. — 7. — The Problem of Penal Law Intervention. — 8. — The Drug Addict as Perpetrator of « Common » Crimes and Specific Crimes. — 9. — Socio-Cultural Aspects of Disintoxication within a Detention Set-up. — 10. — Aspects of Methadone Maintenance within the Same Set-up. — 11. — Addict's Minimal Balance in a Special Set-up. — 12. — The Problem of Progressive Reconstruction. — 13. — The Need for a Global Model of Socialization. — 14. — The Identification with an Interactive Subject. — 15. — Therapeutic Communities. — 16. — A Proposal: Hypothesis for a Mixed-Treatment Model.

1. A DEFINITION OF THE STATE OF TOXICOMANIA

In the Western world there is, at the moment, a considerable number of hypotheses on the most suitable methods to deal with the problem of treating toxicomania. These hypotheses have increased in number during the last few years together with the growth of the social importance of the problem of treatment, a growth in turn dependent on the spread of antisocial or more simply asocial behaviour connected with drug use. The macroscopic differences existing between the various methods indicated are readily revealed, since the intervention perspectives refer, for example, according to case, to treatment of a medical type aimed at the cure of physical symptoms, of a psychiatric type by pharmacological means, of a psychotherapeutic type by various methods, of a social type by various techniques to rehabilitate the addict, and of a purely penal nature by various repressive measures.

This profusion of anything but coordinated hypotheses could lead to confused perspectives which can only be overcome on the basis of an understanding of the state of toxico-

(*) Docente di Sociologia, Facoltà di Sc. Stat. Dem. e Att. dell'Università degli Studi di Roma.

mania (1) (in its most significant sense, in social terms, as the habitual use of a drug, in the presence of a psychological and social condition of dependency on the use of the drug and the group of addicts), essential for a global comprehension of the phenomenon. Without a definition capable of embracing, in the broadest sense, the very meaning of the toxicomania phenomenon, it is of course impossible to formulate a shared point of view on any treatment calculated to have a precise effect on the state of toxicomania. We therefore propose a definition of toxicomania which aims at an understanding of the constitution of the phenomenon and, at the same time, at an intervention aimed at treating the state of toxicomania through a modification of the processes which have led to its constitution.

Such a definition could be articulated in the following way: the state of toxicomania, understood as the continued and compulsive use of drugs (particularly « heavy » drugs), constitutes the final stage of a process of desocialization (2) vis-à-vis the framework of the dominant social models and associated values present in contemporary urban-industrial society. This final stage consists of a complete or, at least, substantial, rejection of the models and values of socialization (3), the abandonment of the struggle for self-satisfying

(1) By « state of toxicomania », as indicated above, reference is made, first of all, to addicted users of opiates and especially heroin, for whom there is the greatest danger of desocialization, anti-social behaviour, and physical self-destruction. Problems that are in some respects similar can sometimes arise also with habitual marihuana users; however, the use of this drug usually involves much more limited risks of anti-social behaviour, desocialization and physical consequences, also due to the lack of a physical dependency phenomenon. The use of drugs such as amphetamine and LSD can sometimes be related to anti-social behaviour. Cocaine use usually leads to even less risks from the social point of view. Hence, here as elsewhere in the paper, when discussing the social problems of toxicomania, it is especially the problems of addicted opiate users that are referred to.

(2) The term « socialization » denotes the process by which the member of a group acquires values, standards and models of behaviour already possessed by pre-existing group members by learning how to carry out tasks connected with the social roles (W. F. OGBURN, M. F. NIMKOFF, *A Handbook of Sociology*, London, Routledge & Kegan Paul, 1964, p. 159-160): « desocialization » is here used to denote, in turn, the process of severance from the framework described above, which is grafted onto the original condition of lack of socialization.

(3) Merton rightly underlines the characteristic of rejection and abandonment as essential for the understanding of the process of severance of the drug addict, but his hypothesis of a choice of drug addiction as an effect of the existence in the addict of values contrary to normal criminal behaviour, is contradicted by the vast number of addicts who commit even « common » crimes. (R. K. MERTON, *Social Theory and Social Structure*, New York, The Free Press, 1968, (1st Ed. 1949), Part II, Chapter 6.

roles within « normal » society and the acceptance of different models and values, concentrated above all on an opposition to the world of normal adjustment in a perspective which tends to favour the juvenile hedonistic aspects and the search for support from a « community-type » structure. The drug addict is a person who finds himself in a situation characterized by conflict and/or weakness vis-à-vis roles in society (1) and who is proved incapable of interiorizing models and values suitable for a form of adjustment acceptable to society and satisfactory to himself (2): faced by the requirements presented to him by society in late-adolescence, he is unable to find a balance between the level of gratification and that of frustration vis-à-vis the social models and dominating values (3).

It is important to note that the desocialization process is a global phenomenon which affects the entire range of the socio-cultural characteristics of an individual, i.e. a form of comprehensive inadequacy with regard to the socially-acceptable roles, which is due to the lack of interiorization of a series of models and values suitable for producing the willingness,

(1) As argued by C. WINICK, « A Sociological Theory of the Genesis of Drug Dependence », in C. WINICK (Ed.), *Sociological Aspects of Drug Dependence*, Cleveland, C.R.C. Press, 1974, p. 4 ff. Winick maintains that a further element characterizing the drug addict's socio-cultural background is the lack of negative prescriptions regarding the use of drugs: however, we feel that this should be considered not so much as a factor in itself, but rather as the product of the conflict and/or weakness vis-à-vis the roles in society referred to, and of the *reactive formation* process which involves the adoption of opposing models and values, as a response to his inability to adjust to legitimate social roles.

(2) On the difficulties pertaining to the interiorization process, see T. PARSONS, *The Social System*, Glencoe, The Free Press, 1951, Chapter VII.

(3) A. K. Cohen illustrated very well the progressive rejection of the dominant system by youths who are part of violent urban gangs, underlining that the main motive is the difficulty of finding a balance within a system of values which prescribes goals which are difficult to achieve and with a high frustration potential: *Delinquent Boys. The Culture of the Gang*, Glencoe, The Free Press, 1955. R. A. Cloward and L. E. Ohlin see, in particular, the adaptation to the world of drugs as an effect of the impossibility of finding a balance within the system of dominant values or in the subcultures of crime and conflict: *Delinquency and Opportunity: A Theory of Delinquent Gangs*, Glencoe, The Free Press, 1960. Both these authors and Cohen (as well as Merton), consider, however, this impossibility of finding a balance within the system of dominant values as something basically linked with the unequal distribution of chances among the various social classes, whilst the present drug use phenomenon is distributed similarly throughout all the social classes. The spread of drug use can be more correctly understood by analysing the impact of the pressures on the individual (and the difficulties of achieving a balance) produced by the cultural patterns of behaviour characteristic of his own social group: cf. E. M. Lemert, « Social Structure, Social Control and Deviation », in M. B. CLINARD (Ed.), *Anomie and Deviant Behavior: A Discussion and Critique*, New York, The Free Press, 1964.

the technical skills and capabilities for self-gratification which are essential to perform legitimate social roles.

On the other hand, it should be noted, since it is very important, that the state of the addict whilst obviously leading in the great majority of cases to a situation of inability to adjust to acceptable social roles, does however lead at the same time, normally, to a form of alternative socialization in the drug subculture milieu. The addict finds a kind of balance between costs and social gratifications in the alternative situation, that formed by groups of drug addicts. He is, therefore, unable to adjust to acceptable social roles, but at the same time able to adjust, in some way, to alternative social roles. Whilst the drug addict is desocialized vis-à-vis the dominant culture and society, he enjoys the support of other addicts, participates in their subculture and shares a social context which helps him and gives him gratification (1). This is a state of adjustment in which the balance between gratification and frustration is favourable to the addict.

2. THE PERSPECTIVE OF MEDICAL ACTION

What has so far been said can be used to clarify the problem of the treatment of the drug addict, both as regards treatments for patients who undertake it on a completely voluntary basis and treatments for patients whose decision has in some way been conditioned, as is the case, for example, of detained addicts or, at any rate, those who undergo compulsory treatment. The above definition of toxicomania serves to clarify the considerable confusion caused by the perspective of medical action, which has ended up by modifying the terms of the problem, posing as essential for the resocialization of the addict some treatments which may serve, according to each specific case, to improve the general health of the addict or to substitute one drug by another, or, at best,

(1) On this subject, for example, H. S. BECKER, «Becoming a Marijuana User», *American Journal of Sociology*, 1953, n° 59, p. 235 ff; and also D. MATZA, *Becoming Deviant*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1969; E. GOODE, *The Marijuana Smokers*, New York, Basic Books, 1970, and above all I. CHEIN et al., *The Road to H.: Narcotics, Delinquency and Social Policy*, New York, Basic Books, 1964.

to make an attempt at disintoxication, with however limited, and sometimes even non-existent, results in terms of his resocialization. There have been an extraordinary number of failures in toxicomania treatments and a good many of these were due, no doubt, to the fact that the addict was not seen as a case of desocialization, but merely as a sick person, someone intoxicated by harmful substances and in need only of disintoxication.

As a matter of fact, toxicomania is in itself neither a physical illness, such as T.B. for example, nor a mental illness, such as schizophrenia; the state of addiction is comparable, rather, to other phenomena of essentially social type such as school maladjustment or juvenile delinquency, to which moreover it is often related. It is basically a cultural and social phenomenon and only secondarily a medical problem.

Medical action may prove necessary to cure a whole series of illnesses which, in the great majority of cases, are determined in the drug addict due to his way of life — e.g. hepatitis, physical debilitation, venereal diseases — but in these cases it is obvious that it is not the toxicomania which is being cured but the consequences of a certain way of life linked to toxicomania above all by social and cultural reasons. Furthermore, an intervention of medical type, and more precisely of psychiatric type, is required when the addict shows signs of mental disturbances, especially of psychotic type but also of neurotic type, at least in its most serious forms: here again it is not the toxicomania that is being « cured » but merely particular conditions which can nevertheless be considered as an obstacle to the effective socialization of the patient and to a reasonable adjustment to society, and which could therefore have consequences also on the tendency to toxicomania.

Apart from this, medical action can prove necessary in cases of an acute crisis of intoxication, as occurs in overdose cases, where intervention is aimed, nevertheless, only at overcoming, the crisis itself. Furthermore, medical treatment can be very useful, though not strictly necessary, in cases of disintoxication of dependent addicts (usually on opiates): in this case, medical treatments can help to overcome the addiction phase, but certainly do not constitute therapy for toxicomania.

3. DISINTOXICATION OF THE ADDICT

Medical treatments do not, therefore, constitute in the last analysis a solution to the problem of toxicomania, but only a possible aid: the problem remains a social and cultural one and obviously any medical treatments cannot substitute actions in the social and cultural spheres. The empiric proof of this is found in the overall failure of programmes of treatment essentially based only on the concept of a medical treatment for toxicomania through disintoxication of the addict, either by decreasing doses of opiates, or by methadone, in the use of which more than thirty years experience has by now been accumulated. Such treatments fairly easily achieve a state of disintoxication, above all if the patient is prevented from continuing to use drugs by means of controls, as occurs in conditions of forced treatment, in prisons or other controlled environments. But the state of disintoxication, even if it constitutes a necessary step, is at the same time a minimal requirement which can also be achieved without great difficulty even in the absence of any special medical treatments, if necessary with the help of some tranquillizers, as innumerable experiences in prison and elsewhere have shown.

If however one analyses, in terms of resocialization, the efficacy of treatments focussed on the concept of disintoxication (1), one realizes the almost total lack of significant positive effects in the majority of patients treated, whether by using decreasing doses of opiates, or by using methadone, whether in controlled environments (2) or in open environments (3); and this is in spite of the fact that for decades now disintoxication treatments have hardly ever been carried out without at least a minimum of collateral interventions of psychiatric, psychotherapeutical and social type. The reason for these failures is without doubt connected with the fact

(1) V. ANDREOLI, F. MAFFEI, G. TAMBURINO, *Il ciclo della droga*, Milan, Mondadori, 1982, p. 124.

(2) See, for example, B. J. LANGENAVOR, C. L. BOWDEN, « A Follow-up Study of Narcotic Addicts in the N.A.R.A. Program », *American Journal of Psychiatry*, 1972, CXXVIII.

(3) See, for example, A. D. MOFFETT, « Post-Treatment Behavior Following Ambulatory Detoxification », in C.D. Chambers, L. Brill (Eds.), *Methadone: Experiences and Issues*, New York, Behavioural Publications, 1973.

that disintoxication does not mean resocialization: after disintoxication, the ex-addict remains what he was before, i.e. a person unable to adjust adequately, due precisely to his unchanged state of inadequate socialization, and therefore one who returns almost invariably to the state of toxicomania. The very frequent phenomenon of the relapse of the addict to drug use (1), even after complete disintoxication, should be considered in the framework of the tendency of the addict, desocialized from the general social system, to return to the road of alternative socialization in the subculture of the drug milieu whenever he finds himself faced by situations for which he is unprepared and has no solution, and which he has already learned to cope with by recourse to drugs and its associated environment, the only one in which he succeeds in finding a form of adjustment that is favourable to him.

4. METHADONE MAINTENANCE

Whilst the use of methadone has been shown to be almost totally lacking in positive effects as far as resocialization is concerned, if used as part of a treatment aimed at the disintoxication of the addict, the use of methadone in maintenance therapy has been shown to produce much more complex effects, in terms of resocialization, but also effects which are broadly open to criticism. Since 1964, when treatment of addicts began with a gradual substitution of daily methadone doses for heroin (2), this method has continued to spread rapidly and a number of valid proofs have been gathered concerning the effectiveness (at least in part) of the method in terms of stopping the use of heroin, readmitting the addict to the labour market and the school system, and above all reducing criminal acts (3).

(1) It appears, for example, that in Italy the great majority of a sample of addicted inmates had already undergone, some even several times, treatment in hospital or other specialized structures: Ministero di Grazia e Giustizia, *Indagine su 371 tossicodipendenti detenuti, etc.*, Rome, Quaderni dell'Ufficio Studi, Ricerche e Documentazione, General Directorate, Penitentiary Institutes, 1982, p. 234 ff.

(2) See what was written by the authors of the method: W. P. DOLE, M. E. NYSWANDER, « A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction », *Journal of the American Medical Association*, 1965, CXCIH.

(3) See the evaluation of the authoritative Methadone Maintenance Evaluation Committee, « Progress Report of Evaluation of Methadone Maintenance Treat-

However, these data on the « effectiveness » of methadone maintenance treatment should also be gauged in the light of other less optimistic considerations. First of all, those patients who have a « heavy » criminal record or who, more in general, have very serious problems at the level of socialization (1), are just those who react in a particularly negative way to methadone maintenance treatment. This therefore confirms the already mentioned hypothesis that is the subject of this paper: namely, that the problem of the addict centres on a condition of desocialization which is the cause, and not the effect, of the use of « heavy » drugs, even though the state of toxicomania in itself inevitably aggravates the state of desocialization.

On the other hand, the data which seem to show that the patients treated with the methadone maintenance therapy are subject to a much lower percentage of arrests than heroin addicts (2), should not however lead to the assumption that an improbable chemical-behavioural miracle has occurred thanks to the continued administration of methadone, but should rather point to more simple effects which concern the social situation of the addict.

The addict, who already has, as his basic characteristic, an acute desocialization background, is pushed towards anti-social or more specifically criminal behaviour precisely by his need to obtain opiates on the black market (3). If

ment Program », *Journal of the American Medical Association*, 1968, CCVIII. More recently, basically positive results were summarized by the official National Institute on Drug Abuse, *Effectiveness of Drug Abuse Treatment Programs*, Rockville, U.S. Government Printing Office, 1981, p. 6-9. However, there are studies which seem to ascertain considerably lower levels of effectiveness: see for example G. HAYIM et al., *Heroin Use and Crime in a Methadone Maintenance Program: An Interim Report*, Washington D.C., National Institute of Law Enforcement and Criminal Justice, 1973.

(1) D. G. LEVINE et al., « Personality Correlates of Success in a Methadone Maintenance Program », *American Journal of Psychiatry*, 1972, CXXIX.

(2) On this difference, see F. R. GEARING, « Evaluation of Methadone Maintenance Treatment Program », *International Journal of Addiction*, 1970, V.

(3) On the causal connection between drug addiction and criminal behaviour aimed at maintaining the abuse, see for example: National Commission on Marihuana and Drug Abuse, *Drug Use in America: Problem in Perspective*, Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, 1973, p. 161-162; P. G. BARIDON, *Addiction, Crime and Social Policy*, Lexington, Lexington Books, 1976, p. 19 and 45; E. M. SCHUR, *Narcotic Addiction in Britain and America: The Impact of Public Policy*, London, Tavistock, 1963. A partly critical opinion on this thesis is expressed by J. MOTT, *L'abus de drogues et la criminalité*, Comité Européen pour les Problèmes Criminels, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1975, p. 100-102, who is of the opinion that the data collected in Europe are not a sufficiently sure basis to confirm such a thesis.

the illegal and highly expensive use of opiates is replaced by the legal and free-of-charge use of a substance with basically similar effects, such as methadone, a quite considerable reduction in the number of crimes associated with the stimulus to obtain the drug illegally can be achieved.

A comprehension of this reality, in itself rather simple, and above all its application in terms of social defence, has been hindered by persistent moral prejudices. On the basis of the assumption that it is morally impossible for the State to distribute a *drug* to a person who needs it not for therapeutic purposes, but due to an addiction to something that is, in the first place, a way of life, the other Western countries have avoided following the system chosen by Great Britain since the 1920s, by which opiates were distributed free of charge by the health service, on the basis of a recognition of the fact that the problem of the social effects of drugs is more important than that of the effects of the drugs on the addict himself (1). On the other hand, the choice of the legal and free distribution of opiates is not so very different essentially from the continuing «therapy» with an heroin-surrogate, such as methadone; just as it is not so very different from a certain way of applying the disintoxication therapy with methadone, which more or less everywhere now tends to become more like a continuing «therapy», since patients all too easily tend to repeat the disintoxication treatment several times, being practically always under methadone treatment, except during the intervals when they take heroin.

The «successes» of the treatment of addicts by a continuing methadone therapy, even though always partial, basically consist on the one hand in the reduction of criminal acts perpetrated in order to obtain the drug and, more generally, in the reduction of the pressures towards the dependence on the drug subculture milieu — even though this latter phenomenon is partial, since the dependence on the drug environment is linked to the complex situation of equilibrium that the addict finds there, as already mentioned, and not merely

(1) On the treatment of addicts practised in Great Britain, and its results, also in comparison with those obtained in other countries, E. M. SCHUR, *Narcotic Addiction in Britain and America: The Impact of Public Policy*, op. cit.; N. E. ZINBERG, J. A. ROBERTSON, *Drugs and the Public*, New York, Simon and Schuster, 1972; L. M. SOLIVETTI, *Controllo dell'antisocialità e trattamenti preventivi*, Milan, F. Angeli, 1981.

to the need to obtain the drug. On the other hand, the « successes » consist in the support effect resulting from a series of services (ranging from individual and family psychotherapy to vocational retraining and social welfare), which are made available to the addict at the same time as the methadone maintenance therapy (1).

It is just these services, only apparently collateral, that form the essence (together with the legal and free-of-charge distribution of methadone) of the treatment programme, since different doses of methadone used in the same treatment programme lead to the same number of successes and failures, whilst equal doses of methadone used within different programmes lead to very different results (2): even the continuing methadone therapy presents itself therefore as a mere chemical aid, valid above all in terms of social defence to control criminal acts prompted by the need to obtain drugs on the black market.

In terms of its ability to keep the addict away from the drug milieu, the methadone maintenance therapy has very limited success, since even though the therapy reduces dependence on the drug subculture environment, its success hinges to a great extent on factors extraneous to the therapy itself (3), i.e. on the resocialization process which the drug addict, with or without outside help, must undertake.

(1) National Institute of Drug Abuse, *The National Drug Abuse Treatment Utilization Survey*, Rockville, U.S. Government Printing Office, 1975.

(2) A. GOLDSTEIN, B. A. JUDSON, « Three Critical Issues in the Management of Methadone Programs », in P. G. Bourne (Ed.), *Addiction*, New York, Academic Press, 1974.

(3) The original hypothesis, proposed by Dole and Nyswander, laid emphasis, on the contrary, on the therapeutic capacity, in itself, of continuing methadone administration, which was supposed to correct a presumed metabolic imbalance — created by heroin use — which is the reason for a « craving » for the drug which would not have been eliminated by disintoxication, but which would go on indefinitely: « A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction », op. cit. This hypothesis would not appear to be supported by sufficient empirical data, in spite of the existence of studies which would tend to demonstrate the presence of a « secondary abstinence » syndrome at a physiological level, even after disintoxication: W. R. MARTIN, « Commentary on the Second National Conference on Methadone Treatment », *International Journal of Addiction*, 1970, no. 5. Instead, there appears to be considerable proof of the pressure to relapse into drugs generated by the socio-cultural aspects already mentioned: the modification of the theoretical perspective subsequently proposed by Dole and Nyswander themselves does not therefore appear without motivation: they identified as the focus of the « methadone revolution » the emphasis placed on the concept of rehabilitation rather than on the concept of disintoxication: « Rehabilitation of Patients on Methadone Programs », in *Proceedings of the 5th Nat. Conf. on Methadone Treatment*, New York, 1973.

It should, moreover, be said that the methadone maintenance therapy is only effective in so far as one could call « effective » a « therapy » which substitutes the use of heroin with the use of another drug, with similar characteristics, whose success with addicts is based on the similarity of its effects compared to those produced by heroin (1). Therefore, whilst it is right and proper that methadone use should be taken into consideration — as a means not only for a dis-intoxication therapy, but also for a maintenance therapy — since it does lend itself to an important function in the sphere of the mere *defence* of society's interests, we must be aware of the inherent dangers of the possibility of spreading another drug instead of heroin, even if it has less devastating effects on society: it should be recalled, among other things, that heroin itself was originally proposed as an alternative and less dangerous drug than morphine. The chance of similar errors would appear to be anything but imaginary today, given the fact that in certain areas with a high concentration of drug addicts, such as New York, methadone addiction has already for some time now had a diffusion similar to that of heroin addiction (2).

In the last analysis, it seems absolutely essential to find ways of intervention which can protect society from the reality of the enormous number of crimes committed by addicts in order to be able to buy drugs on the black market (it has been ascertained that, for example, in Italy half the male addicts in prison have committed crimes against property and nearly three-quarters of them (72 %) had criminal records, mainly for crimes against property, nearly always related to the need to obtain drugs (3). On the other hand, while the liberalization of the drug market is not considered suitable, for fear of a spread of habits considered at least *asocial* (4), the limits of an intervention based on the substi-

(1) On the similarity of effects and on the consequences which can derive from them, R. M. GLASSCOTE et al., *The Treatment of Drug Abuse*, Washington, D.C., Joint Information Service, 1972, p. 30-35.

(2) C. D. CHAMBERS, J. A. INCIARDI, « An Empirical Assessment of the Availability of Illicit Methadone », in *Proceedings of the 4th National Conference on Methadone Treatment*, New York, 1972.

(3) Ministero di Grazia e Giustizia, Ufficio Studi, Ricerche e Documentazione, *Indagine sul trattamento penitenziario dei tossicodipendenti*, Rome, 1982, p. 20 ff.

(4) L. RADZINOWICZ, J. KING, *The Growth of Crime*, Harmondsworth, Penguin Books, 1979, p. 130-131.

tution of the administration of alternative substances for heroin cannot be ignored.

If we recur to the real problems of the treatment, which are clearly connected with the causes (1) which led to addiction in the first place, the treatment can only be guided from the social point of view, by intervening on the addict in order to remove the conditions which caused the addiction. Now, methadone maintenance is a treatment which can lead to benefits in terms of a reduction of the pressures to resort to crime. It can also indirectly influence the addict's socialization, since the addict no longer needs to turn to the criminal and subcultural milieu of drugs to obtain his daily dose. But methadone maintenance cannot, in itself, have any effect on the resocialization of the addict, since the desocialization process — even if aggravated by the addiction — was essentially prior to addiction and was related to socio-cultural causes which obviously no chemical therapy can affect (2). It seems clear, therefore, that the success, as far as resocialization is concerned, of a methadone maintenance therapy depends on the efficiency of the parallel services of socio-cultural type, which are the only ones able to affect the addict's habitual state of desocialization.

5. UTILIZATION OF OPIATE ANTAGONISTS

The inadequacies of an essentially *pharmacological* conception of a problem which is essentially a *social* one — already underlined in the case of the methadone maintenance therapy — appears in a really macroscopic dimension in the case of attempts at a therapy of addiction by means of so-called heroin *antagonists*. These attempts are meaningful above all as further evidence of the serious limits of the *medico-pharmacological* approach, since their practical importance has always been quite limited. In fact, medicines

(1) On this subject, for an analysis of the various perspectives, C. FAZEY, *The Aetiology of Psychoactive Substances Use*, Paris, Unesco, 1977; in particular, on social and cultural factors, L. M. SOLIVETTI, *Perché la droga*, Milan, F. Angeli, 1980.

(2) See R. MILLER, « Towards a Sociology of Methadone Maintenance », in C. WINICK (Ed.), *Sociological Aspects of Drug Dependence*, op. cit., p. 178.

such as Cyclozocine, Naloxone and others are able to block the effects of an eventual dose of opiates and can therefore reduce to zero the addict's interest in the drug. However, it is obvious that in order to successfully continue taking such medicines, the addict must be impelled by a strong motivation to do so (1), a motivation presumably only present in those subjects who have effectively overcome social, cultural and psychological dependency on the drug. It should also be considered that an addict treated with antagonists does not even receive the « benefits » of effects similar to heroin, which are on the other hand felt by the addict under methadone treatment. It follows logically, therefore, that a large proportion of those who undergo treatment with antagonists can be expected to break off the treatment and return to heroin, as has indeed been ascertained by specific research (2).

6. LIMITATIONS OF PRISON AS A PLACE FOR TREATMENT

If the disintoxication and continuing therapy treatments normally organized by the health services give rise to the problems of effectiveness and suitability referred to above, it also becomes necessary to examine the effectiveness and suitability of such treatments, as well as that of others, within the institution which has during recent decades been entrusted with a considerable part of the control of the toxicomania phenomenon, i.e. the penal institution. Also as far as prisons are concerned, we will attempt to examine the meaning of the treatments adopted within these institutions in the light of the definition of toxicomania given above.

While nowadays it is, in general, virtually impossible to use the word « prison » without associating it with the word « crisis », it is more particularly impossible to consider prison as a suitable place for the treatment of drug addicts.

(1) National Commission on Marihuana and Drug Abuse, *Drug Use in America*, op. cit., p. 323-324; A. M. FREEDMANN, « Opiate Dependence », in A. I. KAPLAN et al. (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins, 3rd Ed., 1980, p. 1610.

(2) M. FINK et al., « Treatment of Heroin Dependence with Opiate Antagonists », *Current Psychiatric Therapy*, 1970, X. For a contrary view, see F. BRUNO, F. FERRACUTI, *Il controllo farmacologico e comportamentale degli stati di tossicodipendenza da oppiacei con il butorfanolo tartrato*, Rome, Università di Roma, 1979-80.

And this for several reasons. First of all, there is the reason of its negative labelling and its tendency to reinforce deviant behaviour (1): all phases of penal intervention against the addict (arrest, interrogation, trial (2)), but especially the imprisonment phase, constitute a very strong form of negative labelling. The effects of this are reflected in terms of a further loss of the ability to socialize: the addict, already characterized by an obvious deficiency of the ability to socialize adequately, also finds himself, after the experience of imprisonment, faced by new obstacles to the possibility of assuming « normal » roles in work, friendship, sentimental relations, etc., due to his social labelling as an « ex-prisoner ». The effect of all this, even if somewhat attenuated by the anonymity of present-day urban society, is still considerable on the state of desocialization and represents an inducement to seek refuge in the drug milieu again. But the greatest negative effect deriving from the prison labelling regards the addict's opinion of himself as a result of all this. The addict, who is already aware — sometimes excessively so — of his inadequacy vis-à-vis « normal » roles in society, will derive from the experience of imprisonment and the labelling connected with it an even deeper persuasion of his « diversity » and a stimulus to strengthen those deviant forms of behaviour which others consider as peculiar to him and which he too learns to accept as his own.

Secondly, prison constitutes for the addict a contact with the criminal subculture in the proper sense. In this regard, it should be recalled that the addict usually enters prison either because he has committed crimes, such as theft or armed robbery, motivated by his need to purchase the drug on the black market, or because he has committed crimes in connection with drug dealing: the addict is indeed already drawn into a subcultural milieu, but it is one in which crime is accepted as a function of the drug use. Through his experience of prison, on the contrary, the addict comes into contact with the real criminal underworld, in which crime

(1) On this subject, see E. M. LEMERT, *Social Structure, Social Control and Deviation*, op. cit.; D. MATZA, *Becoming Deviant*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1969.

(2) SEE K. MENNINGER, *The Crime of Punishment*, Harmondsworth, Penguin Books, 1977, especially Chapter 3.

represents the fulcrum of the entire subculture. Through *differential association* (1) with elements from the subcultural milieu of real criminality, he is exposed to influence by anti-social values, which have a firm hold over him, due to his pre-existing state of desocialization also in cultural terms, as well as due to labelling which, imposed from outside, tends to encourage alliance among all those who are negatively labelled in a similar way. In particular, the existence of the typical values of the criminal subculture in the proper sense, which tend to label in a contemptuous way (*weak, ingenuous, unmanly, sold-out*) those who agree to undergo treatment and especially treatment for the addict's «resocialization», has extremely negative repercussions on the possibilities of a successful treatment of the addict (2). Faced by having to choose between the values of the treatment team and those of the group of inmates to which he belongs, the addict usually opts for the latter, because it is that group that he has to live with and adjust to.

But even if the addict, swimming against the stream, opts for the other choice and agrees to undergo treatment, he still has to face up to the problems which such a programme entails within a prison set-up: this set-up, since designed principally to keep order, tends implicitly if not explicitly to reject any change which could create «uncertainties» in the system and challenge the roles within it (3). In any case, the relations between staff and inmates in prison are mainly based on the principles of order and security (4) and this affects the entire feasibility and successful outcome of the treatment of addicts — as more in general of all inmates — since any conflict produced in the warder between the role of «protector of order» and «social worker» (5) would be

(1) E. H. SUTHERLAND, *Principles of Criminology*, New York, Lippincott, 1939.

(2) R. SMITH, *Drug Programs in Correctional Institutions*, Washington, D.C., National Institute of Law Enforcement and Criminal Justice, 1977, p. 10.

(3) For further information on the subject, L. RADZINOWICZ, J. KING, *The Growth of Crime*, op. cit., Chapter 9.

(4) R. H. MOOS, *Evaluating Correctional and Community Settings*, New York, J. Wiley, 1975, p. 15.

(5) On this point, D. CRESSEY, «Contradictory Directives in Complex Organizations: The Case of the Prison», *Administrative Science Quarterly*, 1959, June; M. POGREBIN, «Role Conflict among Correctional Officers in Treatment Oriented Correctional Institutions», *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1978, no. 2.

resolved as a rule in favour of the former, whilst any possible activity carried out by personnel specialized in treatment would be reduced within the limits of the principles already mentioned above, by means of the organization of the penitentiary structure itself.

Apart from this, prison introduces further negative elements for the perspective of the addict's treatment, with its connotations of social and emotional deprivation which stimulate passivity, and with its general characteristic of coercion which tends to cancel out the volitional aspect: it is therefore not surprising that the treatment of addicts in prison does not seem to give very encouraging results (1).

7. THE PROBLEM OF PENAL LAW INTERVENTION

In the light of the aforesaid, it would appear difficult to support the suitability of treatment in prison for persons who were merely addicts. On the other hand, the problem of penal law intervention in the field of drug use has been amply debated, starting from the basic question of whether it is right and proper to punish penally a form of behaviour considered immoral – according to common ethical standards – and yet whose harmful effects fall mainly on the perpetrator (2).

The dilemma, even though it can in no way be considered as overcome, due also to the broad social effects dependent on the way it is dealt with, presents today a new and particular

(1) Apart from the above-cited B. J. LANGENAVOR, C. L. BOWDEN, « A Follow-up Study of Narcotic Addicts in the N.A.R.A. Program », see P.T. d'ORBAN, « Court Sentences in Female Narcotic Addicts », *British Journal of Addiction*, 1974, no. 2; D. M. PETERSEN, « Some Reflections on Compulsory Treatment of Addiction », in J. C. INCIARDI, C. D. CHAMBERS, *Drugs and the Criminal Justice System*, London, Sage, 1974. As far as structures for treatment based on a penitentiary model are concerned, see J. C. KRAMER, « The State Versus the Addict: Uncivil Commitment », *Boston University Law Review*, 1970, no. 1; A. R. LINDESMITH, *The Addict and the Law*, New York, Vintage Books, 1965.

(2) The discussion has concentrated above all on the opposing theses of H. L. A. HART, *Law, Liberty and Morality*, London, Oxford University Press, 1963, and P. DEVLIN, *Enforcements of Morals: Seven Essays*, London, Oxford University Press, 1968. See also Y. H. SKOLNICK, « Coercion to Virtue: The Enforcement of Morals », *Southern California Law Review*, 1968, 41; T. DUSTER, *The Legislation of Morality: Law, Drugs and Moral Judgement*, New York, The Free Press, 1970.

perspective. This is because Western countries have already made progress in the depenalization of drug use for personal consumption, either by a formal depenalization (as in the case of Italy) or through a *de facto* quasi-depenalization, achieved by the use of a simple warning (Switzerland), by the omission of penal sanctions (Germany), by treating it as a simple deed punishable by fine (Austria, Sweden, Holland), by suspending the penal action if therapeutic treatment is accepted (France), and by applying a minimum penalty, and suspending even it by recourse to probation, usually on condition that some form of therapeutic intervention is accepted (Great Britain, USA) (1).

8. THE DRUG ADDICT AS PERPETRATOR OF «COMMON» CRIMES AND SPECIFIC CRIMES

In Western countries prison is, therefore, no longer at the present time the place assigned for the detention and treatment of drug addicts as such — as usually occurred until a few years ago — but only the place for the detention and treatment of addicts as perpetrators of «common» crimes or those crimes generically defined as drug «dealing» (2). To ask the question, therefore, of whether prison is a suitable place for the treatment of addicts no longer has the meaning it previously possessed. Today, on the contrary, it is much more meaningful and relevant to ask the same question

(1) On the differences between the various legislations, see V. ANDREOLI, F. MAFFEI, G. TAMBURINO, *Il ciclo della droga*, op. cit., VI.

(2) The moderate theses on the use of the penal instrument in cases of personal use — as expressed in the Interim Report of the Canadian Government Commission of Inquiry, *The Non-Medical Use of Drugs*, Harmondsworth, Penguin Books, 1971, especially p. 324 ff — have therefore prevailed. It should, however, be noted that the application of the substantial depenalization for possession of drugs for personal use has inherent contradictions that are anything but insignificant: an assessment of the actual use of the drugs possessed is very often based merely on the quantity in possession, consequently punishing those who possess quantities greater than a minimum established on a rigid and *a priori* basis. This approach tends effectively to penalize those who have laid in a stock of their particular drug in order not to be (too) dependent on the black market, whose defeat is the natural goal of the penal law. On the other hand, the same substantial depenalization of personal use constitutes indirectly a stimulus to the maintenance if not to the enlargement of the black market, since those who have recourse to it are no longer punished. At the same time, this non-punishment often enables real drug dealers to elude the law by pretending to be mere users.

with regard to addicts who have committed « common » crimes or crimes connected with drug dealing.

An exhaustive answer to this question would entail reference to a whole series of considerations which would require more space than is available here. However, at least two considerations should be mentioned. The first concerns the control of addicts who have committed « common » crimes: for them — even if the link between the need to obtain drugs and the pressure towards criminal behaviour, present in most of them (1), must not be undervalued — the fact that some intervention to defend society is required cannot be ignored. Now, the defence of society can best be ensured through the resocialization of addicts rather than just by segregating them from society for varying lengths of time. It is, however, obvious on the other hand that, particularly for cases of serious « common » crimes, the addict cannot simply be *offered* the choice of undergoing outside treatment or not: the *obligatory nature* of the treatment itself and the control of the subject, in defence of society, need to be guaranteed, in view of the fact that it is just those addicts with bad criminal records who react less positively to any attempt at treatment (2). And this cannot be achieved without some form of coercion, represented by prison or some other form of compulsory treatment, albeit with the painful awareness of the contradiction between all this and the principle of a free adhesion to the treatment, which is so important for its success.

The second consideration concerns the control of those addicts who have committed crimes of drug « dealing » alone (3). For this category, criminal behaviour is normally even more closely connected with the personal use of the drug than are the « common » crimes committed by other addicts. Besides, the drug addict-dealer does not usually accept the values which are particularly conducive to the perpetration of

(1) Obviously, apart from the addicts who are perpetrators of criminal deeds in connection with their state of toxicomania, there are also addicted criminals whose antisocial behaviour bears no essential relation to their state of toxicomania: what is said here about the former does not apply to the latter.

(2) C. W. HORNICK et al., *Measurement of Post D.A.R.P. Outcomes*, Fort Worth, Texas Christian University, 1977.

(3) But also, obviously, crimes of import, cultivation, manufacture, etc., of quantities greater than those considered necessary for personal consumption.

criminal acts (1), shared by those addicts who commit « common » crimes. In spite of all this, it should be pointed out that in any case the penal measure of detention cannot, it seems, be completely eliminated so long as any liberalization of drug dealing is considered inopportune, on the basis of the fear of a still stronger wave of desocialization (2). If the international community does not change its opposition to the legalization of drug trafficking, the addict-dealer will continue to be punished by the penal law and put in prison: the provisions of the most recent international agreements on this matter authorize the replacement (or supplementation) of the penal sanctions of detention by mere treatment measures if the perpetrators of the presumed criminal acts are also addicts (3). But the substitution of mere treatment for the penal measure of detention is logically only possible if the violation of the drug laws is, in essence, directly connected with personal use, because if such a substitution were to be applied to any form of violation of these laws, the result would be a depenalization of the international heroin trade, so long as it is carried on by addicts (4), which is obviously in contradiction of the said international agreements. There exists today legal scope for the application of treatment measures under conditions of freedom even to the addict guilty of « small-time » dealing, and it is probable moreover that this scope will also be extended to other categories of addicts-law-breakers; but prison will still continue to serve as a means of social control for addicts who perpetrate violations, considered serious, of the drug laws. For this category, the use of the measures of detention would appear to depend on considerations of social defence similar to those mentioned earlier with regard to the obligatory nature of the intervention

(1) Or rather a cultural structure in which there is more room for self-justification techniques vis-à-vis moral issues arising from criminal behaviour. On these techniques, see G. M. SYKES, D. MATZA, « Techniques of Neutralization: A Theory of Delinquency », *American Sociological Review*, 1957, XXII.

(2) This fear appears to be shared by the great majority of scholars in the field. There are, however, some dissentient voices: on the thesis in support of the legalized sale of heroin, see P. C. BARIDON, *Addiction, Crime and Social Policy*, op. cit., Chapter 5.

(3) Art. 22, Para. I of the *Convention of Psychotropic Substances*, Vienna, 1971.

(4) Apart from those addicts who are also dealers and who commit other violations of the drug laws in connection with their state, there are addicts whose crimes in the field of drug laws basically have nothing to do with their state in itself.

on addicts who perpetrate « common » crimes, with the difference that what is of concern here is defence against the spreading of drugs.

9. SOCIO-CULTURAL ASPECTS OF DISINTOXICATION WITHIN A DETENTION SET-UP

Rebus sic stantibus, treatment in prison of the particular types of addicts mentioned above presents special problems — over and above those already mentioned — as far as the use of intervention methods usually adopted outside prison is concerned.

The first point to be considered is that relating to disintoxication. Disintoxication is normally an almost automatic consequence of the addict's entry into prison. While the « normal » addict's curriculum is peppered with disintoxication attempts, undertaken on a personal basis or with the help of outside structures, and never concluded or followed within a very short span of time after conclusion by a relapse into drug use, the experience of imprisonment actually represents for many an opportunity for real disintoxication and an effective break with the drug milieu (1).

All this cannot simply be explained by mere reference to the coercive element connected with the state of being a inmate. The withdrawal crisis without a doubt consists, at least in part, of a series of physical disturbances of varying intensity connected with the state of typical dependency determined by the continued use of certain drugs (mainly opiates) (2). The withdrawal crisis cannot, however, be understood without reference also to the personal problems (3) which are established in the addict together with toxicomania: such personal problems are closely connected with the social and cultural aspects of toxicomania. When the use of drug is

(1) M. M. GLATT, « Treatment of Drug Dependency in Treatment Centres, In-Patient Units and Prisons in the London Area », *The British Journal of Addiction*, 1972, no. 2; see also Comité Européen pour les Problèmes Criminels, *Conclusions Générales*, Séminaire sur *Les Drogues et la Prison*, Messina, 1962, p. 6.

(2) Interim Report of the Canadian Commission of Inquiry, *The Non-Medical Use of Drugs*, op. cit., p. 44-44.

(3) See *Bulletin of the World Health Organization*, 1965, no. 32.

broken off after a long period of addiction, together with physical disorders, the series of problems connected with the addict's awareness of his own inadequacy vis-à-vis « normal » society, his desocialization, and his social and cultural insecurity recur with even greater intensity. At the same time, the addict expresses the anxiety of losing the fundamental help constituted by the use of drugs, with its artificial Nirvana, the support of the subculture of addicts and the alternative equilibrium derived from all this. It is owing to this complex situation that the period of the withdrawal crisis represents, for the addict involved in the conflictual reality of the subculture, a terrifying experience and an almost insurmountable obstacle to the achievement of resocialization. It is an indisputable fact that the addicts who live outside detention set-ups perceive this crisis as *per se* a determining factor for the perpetuation of the state of addiction.

Within a detention set-up, the crisis takes on different aspects. Imprisonment represents a phase of isolation both with regard to the problems of desocialization vis-à-vis « normal » society and with regard to the problems posed by the abandonment of the subculture's equilibrium. Cut off from the conflicts inherent in his *outside* life, the addict, during the crisis period, no longer seems to show those dramatic symptoms which are feared as well as experienced outside prison. Disintoxication takes place without particular problems (1). Research in this field would appear to indicate a considerable number of cases in which no evident withdrawal symptoms are presented, whilst in 70 % of the cases in which a crisis appears, this may be considered modest in scale (2). This is all the more significant if one considers that the treatments of the internal health services rarely consist of decreasing doses of opiates; they consist more frequently of methadone, and even more frequently of the mere administration of tranquillizers and sedatives, whilst it is not rare – also due to disorganization – for the addict to receive no type of specific therapy at all.

(1) K. BJERVER, *The Correctional Treatment System – Treatment or Detention of Drug Abusers*, paper presented to the Seminar on *Les Drogues et la Prison*, op.cit.

(2) Ministero di Grazia e Giustizia, *Indagine su 371 tossicodipendenti detenuti*, etc., op. cit., pp. 244–248.

10. ASPECTS OF METHADONE MAINTENANCE WITHIN THE SAME SET-UP

As far as the continuing methadone therapy is concerned, it seems that this treatment is not capable of having a similar significance in prison than outside. As we have already seen, methadone maintenance is a therapy aimed at providing the addict with a heroin substitute on a continuing basis. This is in order to remove the pressure to seek the drug on the black market, the connected need to commit crimes to finance it and the dependence on the subcultural milieu of drug addicts. However, from the moment an addict enters prison, the pressure to seek drugs on the black market and all the social problems connected with it are removed by the substantial impossibility of continuing in their habitual use (1). Consequently, a lot of society's interest in this type of treatment fades, since it is aimed in the first instance not so much at improving the addict's situation, as at defending society by trying to achieve not a drug-free condition, but a dependence on a socially less-dangerous drug.

Consequently, the use of methadone maintenance within a detention set-up can, in the opinion of the writer, assume a significance only in the perspective of a mere control of the situations of conflict in prison or of a preparation for a continuation of the therapy outside, after release.

As regards the first perspective, nevertheless, the principle of a continual administration of a drug to inmates does not seem ethically acceptable if it is merely in order to reduce their attitude of conflict towards their condition of detention and thus to obtain less « problematic » prisoners. A prison structure should be able to control the inmates kept in it

(1) It is known that some drug use within closed set-ups such as prison exists (cf. H. REMSCHMIDT, « Traitement et réadaptation des délinquants pharmacodépendants et consommateurs de drogues », in Comité Européen pour les Problèmes Criminels s.*L'Importance des stupefiants par rapport à la criminalité*, op. cit., p. 148 and 155). However, the phenomenon of the entry of drugs into prison, since limited both from the quantitative point of view and in terms of continuity of time, does not permit the development, except in rare cases, of a use similar to that possible outside prison and the consequent state of dependency.

without needing to have recourse to a drug (1). Moreover, the possibility of using methadone maintenance as a means of controlling tension seems to be clearly incompatible with the rehabilitation aims of present-day detention systems (2). These rehabilitation aims cannot exclude the aspects of awareness and willingness mentioned above, which would be subverted by the use of a drug, even if « legal ».

As regards the use of continuing therapy in prison, as a preparation period for a subsequent similar treatment outside, it must be said that this is only superficially better founded. In fact, whilst it is important to develop contacts between the penal institutions and outside society as far as possible, in order to prevent prison remaining — what it has in essence been to date — *a world apart*, and whilst it is particularly desirable that this should happen for the benefit of drug addicts, whose desocialization vis-à-vis the outside world is especially acute, it is not at all clear how a continuing therapy might constitute a valid and necessary *trait d'union* between prison and society. Even if the theory of a policy of methadone maintenance outside prison were accepted (3), the usefulness of undertaking such a therapy in prison still remains to be proved, for the subject would not thereby be obliged to continue with the therapy outside prison once free again.

The paradox of the hypothesis of the continuing methadone treatment in prison lies precisely in the fact that, on the one hand, it has no sense if seen from the perspective of the purely *internal* point of view of the prison, and on the other it does not have much more sense if seen from the *external* perspective, as the continuing treatment inside cannot logically be seen as a suitable *training* for a continuation of the same therapy

(1) Since, in contrast to the situation outside, it is certainly possible in prison to control people without making them methadone addicts, the continued use of methadone does not seem acceptable. The fact that there certainly exists in prisons an abuse of medicines (above all tranquillizers and sedatives), often essentially in order to control internal tensions, in no way authorizes this practice to be considered acceptable, still less the substitution of these medicines by the more effective methadone.

(2) See, on this subject, U.N., *Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus*, 1955, in part. Art. 65-66.

(3) And even recognising the fact that it would be possible to identify inside the prison those addicts who — due to mental disorders, due to their psychopathic characters or due to their long-standing criminal experience — should constitute the ideal patients for an unlimited methadone treatment.

outside. The acceptance of such a continuing therapy outside depends exclusively on the personal will of the addict: such a will cannot be influenced by the methadone maintenance treatment undergone in prison, in positive social terms, since the subject who has become dependent on methadone can of course easily return to heroin use as soon as he is free. At the same time, this will is influenced, in negative social terms, by the therapy undergone, since if the addict really wanted to free himself of the drug habit, he would have to face up to his methadone dependency, which is substantially similar to that of heroin (1). The will to avoid a relapse into the drug world on release — or the will to undergo possible methadone maintenance outside prison in order to escape at least the subcultural-criminal milieu of drugs — can be conditioned in positive terms only by a treatment that, already in prison, aims at a progressive reversal of the state of desocialization which is at the root of the drug use. For all these reasons, a spread of the methadone maintenance therapy inside closed institutions does not appear desirable: the eventual use of methadone just for the disintoxication therapy appears much more desirable. This is, besides, the approach most widely followed so far, even though some countries are using the continuing therapy for a limited number of patients, for whom different treatments do not seem to offer much hope (2).

11. ADDICT'S MINIMAL BALANCE IN A SPECIAL SET-UP

If the hypothesis of an overall resocialization treatment remains, even in prison, or rather above all in prison, the only chance of intervening on the state of addiction — since medico-pharmacological therapies cannot be sufficiently relied upon

(1) For an opposing view see, V. P. DOLE et al., « Methadone Treatment of Randomly Selected Criminal Addicts », *New England Journal of Medicine*, 1969, June, whose study appears to have given positive results for the therapy in question; the group studied was, however, so limited that no important conclusions can be drawn from it.

(2) That is the case of Holland: J. M. VAN DER VAART, *Examination of the Theme from the Social Workers' Point of View*, paper presented to the Seminar on *Les Drogues et la Prison*, op. cit. It does not however appear to be easy to limit methadone treatment to a few special patients ignoring the pressures which would be made by the other addicted inmates.

— it must at the same time be stated that the treatment which the users of heavy drugs normally receive in prison is not able to change the overall phenomenon of the global inadequacy of the subject to adjust to acceptable social roles. The limited opportunities for work offered to him, as well as the minimum of education, some forms of medical assistance, some attempts at individual short-term psychotherapy, as well as group psychotherapy, and some religious help provided for him (1), are not calculated to overcome his situation of global inadequacy vis-à-vis normal social roles. Naturally, far more could be done than has been to date. However, it has to be borne in mind that the problem cannot be reduced to that of increasing both human and technical resources, even supposing that the present crisis of development were to permit this increase.

The possibility of a resocialization treatment in prison and the obstacles it would seem to pose, are in the first place linked, as has already been said, to the prison structure itself and the addict's state within it. Paradoxically enough, despite all the limitations already mentioned, the prison set-up does not have entirely negative effects on the addict: within the prison walls the addict, in the majority of cases, manages to find what we could call a *minimal balance*, which is different from that of his normal adjustment to the roles of outside society (2), but also different from the balance an addict can achieve in the drug culture underworld. This minimal balance is the consequence of the type of social organization within the institution. The addict is unable to adjust to an outside reality — that of society today — which presents characteristics of high selectivity, very strong competitiveness, the progressive marginalization of broad strata

(1) On the limitations of treatment in prison, L. RADZINOWICZ, J. KING, *The Growth of Crime*, op. cit., Chapter 9. In underlining the overall inadequacy of the treatment of addicts in prison, my intention has been to refer first of all to the basic limits of such a treatment due to the organizational characteristics of prisons, underlined *passim*; only in the second place has it been my intention to refer to the lack of technical and human resources. In this regard it should be stated that in the USA, according to recent estimates, about 10,000 adult inmates (4 % of total) are participating in drug addict treatment programs (though compared with 21 % of inmates considered as former habitual heroin-users) at a cost of many millions of dollars and involving a large number of specialists: National Institute on Drug Abuse, *Drugs Abuse Treatment in Prison*, Rockville, U.S. Government Printing Office, 1981.

(2) For the same perspective see also K. BYERVER, *The Correctional Treatment System*, op. cit.

of the population, continuous stress and deep frustrations. However, the addict, at the same time, is very often able to find a balance within a closed institution, such as prison, where competitiveness is very low, where the daily goals established by the organization are within everybody's reach, and above all where the daily routine is ordered, as in any total institution, by a rigid system of rules which support the individual because they regulate every moment of his day, thus enabling him to avoid difficult personal decisions and too arduous requirements.

This does not mean that the drug addict, on leaving prison, is in some way ready to face up to normal outside life, precisely because there are such enormous differences between the roles in outside and inside society (1). We therefore find ourselves faced by this paradoxical situation: during the present historic phase in which imprisonment is seen essentially as a means for resocialization vis-à-vis the roles in outside society (2), prison acts on the contrary mainly as a defence of society through the segregation of the addict and as a place for the realization of a form of integration that is valid almost exclusively *inside* prison.

12. THE PROBLEM OF PROGRESSIVE RECONSTRUCTION

The chance for the drug addict to find a minimal balance within a detention institution constitutes, therefore, almost always only an intermission in his process of desocialization. Yet this phenomenon can be useful to understand some of the shortfalls in the forms of the treatment of addicts practised in non-detention conditions. The limited balance which most addicts achieve in prison seems to indicate that any attempt at treatment should necessarily pass through a progressive reconstruction of a socialization model, progressive in the sense that the subject must be gradually prepared to respond to rising levels of society's requirements, starting at a level where the difficulties are very limited and the require-

(1) On this subject, R. SMITH, *Drug Programs in Correctional Institutions*, op. cit. p. 41.

(2) On this subject, B. WOOTTON, *Crime and the Criminal Law*, London, Stevens & Sons, 1963.

ments reduced — as occurs within prison — and continuing until the same level in terms of difficulty is attained as exist in « normal » life in today's society.

However, even the perspective of progressive reconstruction presents by no means negligible obstacles. The addict, as has been seen, forms part of the drug subculture milieu, where he has found some sort of adaptation and balance, even though in a role alternative to the dominating culture. The addict, like any other human being, is striving to find an adjustment which, in a calculation between the rewards and frustrations, offers a positive balance. The attempt therefore to extricate him from his dependency is bound to fail if one supposes it is possible to deprive him of the advantages of this balance and to offer him in exchange only the frustrations that he will receive from an incongruous attempt to adjust.

Behind the failure of most of the attempts to achieve the adjustment of addicts to society there is a misunderstanding of the problem of transition from a situation of drug addiction, which represents in some way a sort of adjustment, to the opposite situation of a drug-free condition, which could represent a complete maladjustment in terms of balance. In order to prevent this transition from the status of addict to that of (potential) « normal » citizen resolving itself into frustrations such as to lead to the abandonment of the attempt and the reconfirmation of his belonging to the drug milieu, a resocialization treatment must be organized which not only gradually prepares the subject to face increasingly demanding social tasks, up to a level similar to that present in « normal » social reality (1), but which also ensures gratifications able to compensate the individual for the gradually growing efforts asked of him. It is inconceivable that the ex-addict will be able to face *ex abrupto* all the difficulties of normal adult life unless he is first taught how to face some minor difficulties and is constantly rewarded, at a faster than normal rate, in a milieu in which he receives steady and prompt gratifications

(1) For a similar view, as regards the specific problem of employment, see H. R. LAMB, C. MCKOTA, « Using Work Therapeutically », in R. E. HARDY, J. G. CULL (Eds), *Drug Dependence and Rehabilitation Approaches*, Springfield, C. C. Thomas, 1973, p. 165.

capable of sustaining him in his progress towards social adjustment.

This gradual process, through progressive levels of social requirements and coordinated gratification levels, cannot be undertaken by the drug addict without some help, since society asks him *hic et nunc* too much, in the light of the level of his desocialization vis-à-vis the standards of normal life. Just as it would be inconceivable to ask an effective social adjustment of a child without putting him under the control of institutions — like the family or the school — specialized in the task of determining such an adjustment through a form of education which presents characteristics of progressive socialization and parallel gratifications, it is equally inconceivable to expect of an addict — who presents as his background a condition of incomplete or distorted socialization — a readjustment in the absence of structures suited to achieve this through a socialization treatment presenting the same characteristics.

13. THE NEED FOR A GLOBAL MODEL OF SOCIALIZATION

There is therefore a need to provide specialized structures aimed at the resocialization of the addict and of a very different type than the normal medico-psychiatric structures: the real problem is not, in fact, to «cure» drug addiction but overcome the inadequate socialization which is at its root. Unfortunately, not only is there a serious shortage of structures set up for the resocialization of addicts, but there are also grave shortcomings even in those public or private bodies which concentrate their work on the aspect of the addict's socialization, rather than on the «medical treatment» for toxicomania. These bodies are expected to convert addicts to other forms of adjustment — other than that of the drug sub-culture — which have to be both gratifying for them and in conformity with society's needs. But, in order to achieve this, such bodies must be able to help the subjects treated to interiorize complex social models, i.e. *coordinated sets* of socio-cultural-psychological characteristics, suitable for the adjustment aimed at.

Faced by this enormous task, the action of the bodies set up to deal with resocialization tends normally to be limited to an attempt to piece together the specific fragments within a framework which is however inadequate as a whole. The action of these structures for resocialization usually takes the form of an attempt to teach the ex-addict the necessary techniques to carry out a job, to improve his general knowledge, to make him aware of his personal problems, and so on.

Now, the importance of rebuilding specific aspects of the framework of socialization cannot be denied. In particular, the acquisition of the technical skills needed to enter the labour market must above all be stressed due to the importance it has, particularly nowadays in a society which requires a high level of specialized training for employment. But, at the same time, the specific fragments of socialization do not allow the rebuilding of a global model of socialization. The global model goes far beyond the individual specific aspects — and also the sum total of them — since it concerns, among other things, the acceptance of values on which in turn depend both the motivations which lead to the acceptance of the individual specific aspects of socialization and the ability for self-gratification in their application, in social terms. It is, for example, to a great extent a waste of time to teach an ex-addict to be a bricklayer or a book-keeper or to improve his general knowledge, if he is incapable of finding a social meaning for all this (1), unable as he is to use these aspects within a social role actually performed in society: knowing how to do a job is — to use the same example — an entirely different matter than finding social achievement through it.

The state of desocialization of the addict may be understood precisely as an inability to connect the individual specific aspects within a global model which is effectively suited to the achievement of social adjustment. The global model provides for the interiorization of the coordinated sets of

(1) The importance of the motivation, in the specific sphere of employment, is underlined by D. N. NURCO and M. LERNER, « Occupational Skills and Life-Styles of Narcotic Addicts », in C. WINICK (Ed.), *Sociological Aspects of Drug Dependence*, op. cit., p. 269.

socio-cultural-psychological characteristics, but these sets cannot, by their very nature, be interiorized through a simple process of learning specific bits of knowledge on the basis of imitation, but only through the acceptance of a global model represented by an interactive subject, on the basis of an identification of affective type (1).

14. THE IDENTIFICATION WITH AN INTERACTIVE SUBJECT

It is precisely the identification with another interactive subject, in a relationship in which feelings of esteem, affection and loyalty predominate, which allows the interiorization of *values*, and thereby the establishment of a global model in which the values themselves operate as cement for the separate specific aspects of socialization. As far as the drug addict is concerned, it is precisely the global model which needs to be reconstructed and it is only possible to achieve this through a slow process of identification with interactive subjects able to represent global models for resocialization. But this process of identification cannot be achieved if the addict is not willing to cooperate in it: if the treatment and contacts with the interactive subject were just the result of a mere obligation on the addict's part, then the scope for those feelings which are at the basis of the process of identification would be sharply reduced, if not eliminated altogether. In contrast to what happens in the early years of life, during the basic process of socialization, when the affective relationship with the parents is an unavoidable fact since it is substantially the only channel of contacts with the outside world, in an adult who needs in some way to be resocialized a tie of affection with a suitable model can only be established by free will. This is because an obligation from outside cannot condition the subject's affective availability, if there are other alternative models — particularly those belonging to the drug subculture — which already exert a deep influence on him.

In view of all this, the possibility of obtaining successes within a resocialization treatment based on a compulsory

(1) T. PARSONS, *The Social System*, op. cit., Chapter VI.

element is very limited: prisons and all other structures within which treatments largely characterized by a basis of coercion are carried out (1), have limited possibilities of establishing a bond between the addict and valid models for resocialization (2).

15. THE THERAPEUTIC COMMUNITIES

The possibility of achieving the interiorization, by the addict, of a suitable model for his resocialization is much greater in those structures in which the model is presented within the framework of a relationship based on the principle of the voluntary acceptance of it by the addict himself. Exemplary, in this regard, is the Synanon type of therapeutic community (3), which was originally set up for alcoholics but later extended to drug addicts. This type of treatment structure is based on the following principles: a) not only must the addict voluntarily undergo treatment, but he must undertake actively to prove his will to change by self-criticism and confession of his own inadequacies; b) the only aim of the treatment is the drug-free state, and not that of dependency on another surrogate substance: the addict's interests in freeing himself of his addiction is considered as predominant rather than society's need to find some sort of solution to defend itself, as with methadone maintenance; c) disintoxication is carried out by trying to avoid the recourse to pharmacological therapies; d) the treatment usually involves a fairly long-term stay in a community residential structure together with other addicts; e) the treatment aims at resocializing the subject, through the reconstruction of suitable social, cultural and personality qualities: group psychotherapy is widely used as a means to alter inadequate

(1) Those centres are referred to in which the addict has to undergo treatment: under the threat of imprisonment: J. C. KRAMER, «The State Versus the Addict: Uncivil Commitment», op. cit.

(2) M. M. Glatt states, however, that also a treatment under coercive conditions, within structures such as prison and the like, can give positive results since it is possible to create a motivation for treatment in the subject: «Treatment of Drug Dependency in Treatment Centers, In-Patient Units and Prisons in the London Area», op. cit.

(3) See S. CASRIEL, *So Fair a House: The Story of Synanon*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1963; R. M. GLASSCOTE et al., *The Treatment of Drug Abuse*, op. cit.

characteristics; f) subjects treated are in constant and direct contact with the « older » members of the community — often ex-addicts themselves (1) — who represent the model figures with whom the addict can identify.

On the whole, in comparison with the alternatives actually carried out, this type of treatment must be considered today as the most advanced hypothesis for the resocialization of the addict (2): of the number of those who have concluded the period of treatment, the percentage of those who have remained drug-free, who have not been re-arrested and who manage to hold down a job, is very high (3).

However, this does not mean that the method does not present criticizable aspects or that it cannot be improved. In particular, it should be pointed out that the success rates of the treatment are conditioned by the pre-selection which the treatment itself involves: only a small number of addicts are willing to undergo long-term residential treatment: many of those entering a community drop out after a short while (4). In particular, long-term residential treatment is not accepted as a rule by those addicts who have their own family; who are part of a well-knit subcultural group; who have cultural and personality difficulties in accepting submission to authority and who possess characteristics which make them unsuitable for community life. It is evident, moreover, that, except for the first case, the individuals who tend to refuse

(1) On the importance which the ex-addict model represents, see C. L. BOWDEN, G. F. MADDUX, « Clinical and Counselling Problems in Drug Dependence », in R. E. HARDY, J. G. CULL (Eds.), *Drug Dependence and Rehabilitation Approaches*, op. cit., p. 133-134; G. GEIS et al., « The Use of Ex-Addicts in a Rehabilitative and Educational Program », in C. WINICK (Ed.), *Sociological Aspects of Drug Dependence*, op. cit., p. 241.

(2) This seems also to be the opinion of many prison authorities, since the therapeutic community model has even spread inside detention structures: in the USA, for example, more than 40 % of the inmates who undergo treatment for toxomania participate in programs based on this model: National Institute on Drug Abuse, *Drug Abuse Treatment in Prisons*, op. cit., p. 8. Obviously the fact that such treatment is undergone in prison, radically alters the model's substance for the reasons mentioned above.

(3) W. V. COLLIER, *The 1971 Profile/Statistical Report on the Therapeutic Community Program of Daytop Village*, New York, Satellite Co., 1972; R. M. GLASSCOTE et al., *The Treatment of Drug Abuse*, op. cit., p. 83 ff.; G. NASH, « The Sociology of Phoenix House: A Therapeutic Community for the Resocialization of Narcotic Addicts », in C. WINICK (Ed.), *Sociological Aspects of Drug Dependence*, op. cit., p. 199 ff.; National Institute on Drug Abuse, *Effectiveness of Drug Abuse Treatment Programs*, op. cit.

(4) R. M. GLASSCOTE et al., *The Treatment of Drug Abuse*, op. cit., p. 40.

this treatment are just the ones who constitute the most serious cases of desocialization and who are the source of the greatest danger for society. In addition, the principle of the therapeutic community as an *organization in itself*, separate from society raises some doubts: while it does offer undeniable advantages as regards the graduality of the resocialization process and the possibility of interiorizing a new model on the basis of a continuing and exclusive contact, it must equally be admitted that life in the therapeutic community always remains characterized by diversity vis-à-vis « normal » life outside, since it has the typical characteristics of the *small group* and more particularly of a surrogate of the family institution. This does not occur by chance, since the aim is to reproduce conditions similar to those in which socialization takes place during childhood. But the consequence is that there is a tendency to produce in those who have undergone treatment a greater capacity to achieve adjustment within the community itself than outside it, i.e. in « normal » society (1), where the mechanisms of social relation are quite different.

This is why those subjects who have completed the treatment tend to continue to remain tied to the community and often stay on as « group leaders » for the new arrivals.

16. A PROPOSAL: HYPOTHESIS FOR A MIXED-TREATMENT MODEL

Faced by these contradictions, we are of the opinion that an approach to be attempted is that of the feasibility of combining some of the basic characteristics of the Synanon model (aimed at a drug-free state, reconstruction of the socio-cultural-personality aspects, and constant and direct contact with the model) with the characteristics of a form of service to society's advantage. The performance of such a service — the actual carrying out of which could be monitored by a public or private body — should be concretely carried out through assistance to hospital patients, to the elderly, to the

(1) See G. NASH, *The Sociology of Phoenix House: A Therapeutic Community for the Resocialization of Narcotic Addicts*, op. cit., p. 214.

blind, to the handicapped, or also (preferably in a second phase), through work in various fields, for example restoration of buildings, road repairs, etc., always to the benefit of the general community. This type of service would permit the gap between the small community group and the world outside to be bridged and at the same time offer the opportunity to interiorize a global work model (1): the fact of being enabled to carry out an activity capable of producing direct and immediate socialization could considerably reduce the anomie, the alienation and the sense of frustration normally associated with the addict's life-style.

The chance — which would be offered to the subject by this type of treatment — of being involved in an activity useful to the community (and, in the case of work with the handicapped, etc., in a activity with humane aspects that could deeply involve him), of winning the esteem and respect of others, and of learning new forms of integration by working alongside the model consisting of the social workers, should constitute factors valid for overcoming his state of desocialization. Furthermore, the possibility of carrying out a job under special conditions, i.e. with the help of social workers, in a less competitive context and one more tolerant towards his inadequacies in work, would create the necessary conditions for the gradual process of development up to the levels of skills normally required in society: without this gradual process, success in terms of readjustment cannot, as has already been emphasized, be expected.

In addition to the work aspect, the need for the presence of valid models with whom to establish affective relationships, and the need for a *graduality* in the process of readjustment to an acceptable social role, would be guaranteed by the element of *community*, while contacts with the outside world would represent the essential element for an effective readjustment to « normal » society.

A treatment characterized in this way, by its inherent pressure towards integration, could reduce the need for long-

(1) In order to make such a model more realistic and gratifying, some sort of payment should also be envisaged for the activity carried out, though it should be borne in mind that this should be low, since the subject who is working is also enjoying at the same time the benefits of a complex treatment.

term *residential* care — thereby recuperating those clusters of addicts who find it difficult to accept this particular aspect — whilst the series of services usually provided could carry out their function possibly on the basis of a organization of « day-centre » type.

The mixed-treatment model, as described above, could also be used for those addicts who have committed common crimes in connection with their state, and even more so for those who has committed crimes of drug trafficking, again directly tied to their state of addiction (1).

Naturally, the provision of this kind of treatment for drug addicts who have committed crimes would have to pass through the selection of subjects by the usual techniques of prediction, to establish the degree of danger to society and the tendency to recidivism. This would be aimed at striking the right balance between, on the one hand, the humane interest in the resocialization of the addict and the social interest in the same goal and, on the other hand, the need to control the social risks involved by a measure applied under conditions of substantial freedom (2).

The treatment in question would appear to have several advantages over the application of prison sentencing for criminal addicts. The service in favour of the community would represent a form, at least partial, of *restitution*, in the sense that the community would be compensated in some way for the damages incurred by the addict's antisocial behaviour, which is not the case with a prison sentence. There would be a minimum aspect of punishment, since the treatment, while offered as an alternative to imprisonment, would entail, even though in a limited fashion, some punitive aspect, through an imposition to work hard to the advantage, at least in part,

(1) Moreover, a type of social service as an alternative measure to imprisonment — though without the community assistance background here indicated — has been used for several years now in Great Britain for adults sentenced for crimes, with positive results: J. B. COKER, « Community Service in Hampshire (England) », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1977, no. 2.

(2) The selection of suitable subjects could be organized even during a brief initial period of detention, in case it is felt that the utilization of some form of detention structure cannot be avoided for security reasons. Besides, whilst a prison sentence in itself does not produce significant effects, a brief stay in a detention structure, followed by a period of treatment on parole outside, seems to give good results in terms of achievement of the drug-free condition: G. E. VAILLANT, « A 20-Year Follow-up of New York Narcotic Addicts », *Archives of General Psychiatry*, 1973, 29.

of the community; this should satisfy all those who believe that society can defend itself only if those responsible for anti-social acts be *punished* in some way. At the same time, the punitive elements would not be such as to generate frustration and resentment in the person undergoing treatment — thus impeding his identification with the new models with whom he comes into contact — because it would not be a question of a cold and impersonal punishment, but of an involvement in a social activity; the subject would not be cut off from « normal » society — with all the consequent negative effects — but would undergo a treatment whose final objective of overcoming the state of desocialization would be achieved by daily integration into social reality.

The proposal of new forms of intervention in the field of the treatment of addicts does not, however, imply any claim that this social scourge can be defeated and eliminated *rebus sic stantibus*. Drug abuse is by now an established reality in the social organization of the Western world: we should deduce from this — according to Durkheim's lesson (1) — that it is a « normal » phenomenon, in the sense that it has its roots in the very structure of this type of social organization. Within certain limits, the levels of failure of toxicomania treatment can be considered as an effect of the same pressure to drug use which this type of society produces: the forms of treatment represent an attempt to counter-balance the pressure to drug use whose origin lies in causes up-stream. The fact that the average percentage of treatments completed successfully is estimated at around 15 %, with maximum peaks of 23 % in the case of therapeutic communities (2), is not therefore merely the result of inadequacies in the treatment programmes.

This is not to deny, however, that many of the types of treatment hitherto used were effectively deficient and inadequate in terms of the objective of the addict's resocialization and readjustment. Particularly in the case of treat-

(1) E. DURKHEIM, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, F. Alcan, 1895, Chapter III.

(2) National Institute on Drug Abuse, *Follow-up Evaluation of Drug Abuse Treatment: A Summary Report*, Rockville, U.S. Government Printing Office, 1978. For an overall review of the results of the different treatments, see National Institute on Drug Abuse, *Effectiveness of Drug Abuse Treatment Programs*, op. cit.

ment through medicinal drugs or imprisonment, we usually find ourselves faced merely by a form of « encapsulation » of the phenomenon: in these cases, the « success » — if it can be called such — of the treatment is entrusted to a great extent to the end of the natural addiction cycle. In effect, after an average period of 8–9 years, the forms of drug addiction tend to be self-extinguishing (1), though many cases register maximum periods of much longer duration (2). Between the ages of 35 and 40, nevertheless, we usually see the re-absorption of the addiction on the conclusion of an *adolescent* period already artificially prolonged well beyond its normal limits.

Even if this is true, we cannot, however, continue merely to limit ourselves to the « encapsulation » of the phenomenon whilst waiting for the conclusion of the natural cycle in order to count the number of victims.

(1) C. WINNICK, « The Life Cycle of the Narcotic Addict and of the Narcotic Addiction », *Bulletin on Narcotics*, 1964, vol. 16, no. 2; see also L. BRILL, *The De-Addiction Process*, Springfield, C. C. Thomas, 1972, which provides an analysis of the phases of the detachment from the drug world as well as data on the length of the addiction cycle.

(2) G. E. VAILLANT, « A 20-Year Follow-up of New York Narcotic Addicts », *op. cit.*

RIASSUNTO

La confusa differenziazione attuale di ipotesi di trattamento nei confronti del fenomeno della tossicomania costituisce lo specchio di una contraddittorietà esistente a livello della stessa definizione del fenomeno.

Per superare questo ostacolo fondamentale, l'Autore propone una definizione di tossicomania — funzionale alla comprensione eziologica del fenomeno — come « uso continuato e coatto di droga, quale stadio terminale di un processo di desocializzazione rispetto al quadro dei modelli sociali dominanti presenti attualmente nelle società urbano-industriali ».

Viene sottolineato come questo processo di desocializzazione si sviluppi sulla base di una situazione caratterizzata dalla conflittualità e/o debolezza dei modelli sociali con cui il soggetto è venuto a contatto, e di un complessivo squilibrio tra il livello di gratificazione ed il livello di frustrazione connessi con l'accettazione dei modelli sociali stessi.

Il processo di desocializzazione costituisce un fenomeno globale che ha effetto sull'intero quadro delle caratteristiche socio-culturali dell'individuo, cioè una inadeguatezza complessiva nei confronti dei ruoli socialmente accettabili, dipendentemente dalla mancata interiorizzazione della serie di modelli e valori idonei a produrre la disponibilità, le capacità tecniche e le capacità di gratificazione essenziali per lo svolgimento dei ruoli sociali legittimi.

Il processo di desocializzazione prevede, come « soluzione » per la situazione di tensione creatasi nel rapporto individuo-società, il rigetto dei modelli e valori dell'inserimento e l'adesione a modelli e valori diversi, centrati sulla contrapposizione rispetto al *mondo dell'inserimento*: aspetto essenziale di questa creazione di una contrapposizione è la socializzazione alternativa all'interno della comunità sottoculturale dei tossicomani.

Attraverso quest'ultima, il tossicomane — desocializzato rispetto alla cultura e alle società dominanti — gode comunque dell'appoggio di suoi pari, partecipa della loro sottocultura, è inserito in un contesto sociale che lo sostiene e lo gratifica.

Da una definizione della tossicomania nei termini sopra indicati, consegue che la prospettiva dell'intervento medico sul tossicomane non può che essere considerata come un qualcosa *non* in grado di incidere sul cuore del fenomeno della tossicomania, ma soltanto eventualmente su aspetti indiretti o secondari di esso: la tossicomania è infatti, in sè, un fenomeno culturale e sociale, assimilabile ad altri

fenomeni come il disadattamento scolastico o la delinquenza minorile, e rappresenta solo secondariamente un problema medico.

Sostanzialmente per gli stessi motivi, un intervento sulla tossicomania centrato sulla disintossicazione dell'*addict* si dimostra nei fatti inadeguato in termini di risocializzazione, in quanto quasi privo di significato nei confronti di questa.

Effetto di questa inadeguatezza è il generalizzato ripercorrere — da parte del tossicomane — le strade della socializzazione alternativa nel mondo della droga, anche dopo esperienze di completa disintossicazione.

Per quanto riguarda invece, la terapia di mantenimento con methadone, si sottolinea come attraverso questa si ottengono effetti positivi, almeno parziali, in termini di cessazione dell'uso di eroina, reinserimento lavorativo e scolastico, riduzione degli atti di criminalità legati al bisogno di procurarsi la droga, emancipazione dell'*addict* dall'ambiente sottoculturale ruotante intorno al mercato nero della droga.

L'Autore rivela, tuttavia, come i parziali successi ottenuti non siano comunque attribuibili alla terapia farmacologica in sè — come sostenuto in origine da alcuni autori — essendo semplicemente gli effetti sociali del fatto di poter disporre *legalmente* e *gratuitamente* di un surrogato degli oppiacei, senza che ciò comporti d'altra parte un intervento effettivo sulla condizione di desocializzazione di base del tossicomane.

La terapia continuata con methadone viene ritenuta pertanto dall'Autore un semplice aiuto chimico, valido soprattutto in termini di difesa sociale, per contenere gli atti di criminalità originati dal bisogno di procurarsi la droga sul mercato nero e per ridurre la dipendenza dell'*addict* dall'ambiente sottoculturale fornitore di droga.

In termini di capacità di allontanare il soggetto dal mondo della droga, la terapia di mantenimento con methadone avrebbe una efficacia del tutto relativa, in quanto il suo successo dipenderebbe da cose estranee alla terapia stessa, e cioè dal processo di risocializzazione che il tossicomane deve intraprendere.

D'altra parte, si sottolinea come la terapia di mantenimento con methadone può essere ritenuta *efficace* solo all'interno di una prospettiva che si propone di sostituire l'uso di eroina con l'uso di un altro farmaco con caratteristiche largamente simili: pertanto, anche se non deve essere sottovalutata la funzione di *difesa sociale* connessa a questo trattamento, non si devono neanche sottovalutare i pericoli connessi con la prospettiva di diffondere un'altra droga, anche se produttrice di effetti sociali meno devastanti rispetto all'eroina, senza alcuna speranza di poter incidere con una terapia chimica su quelle cause socio-culturali da cui dipende la stessa *addiction*.

Viene successivamente affrontato il problema dei limiti della struttura detentiva come luogo per il trattamento dei tossicomani.

Si fa notare come, a livello internazionale, vi è stata una evoluzione delle leggi penali in materia di stupefacenti, che ha comportato una tendenza netta alla depenalizzazione formale o sostanziale dell'uso personale di droga: si è passati quindi da una utilizzazione del carcere

allargata anche ai semplici consumatori di droga, ad una utilizzazione ristretta ai soli consumatori che siano anche spacciatori o autori di reati « comuni ».

Nonostante ciò, il carcere è una agenzia alla quale viene ancora affidata una parte notevole del controllo del fenomeno delle tossicomanie.

Ora, le caratteristiche dell'istituzione penitenziaria la rendono assai poco idonea ad un trattamento di risocializzazione dell'*addict*: in particolare, risultano particolarmente negativi sotto questo profilo il contagio con la sottocultura criminale caratteristica dal carcere — che definisce in modo negativo anche il semplice sottoporsi ad una forma di trattamento di risocializzazione — la percezione negativa del sè che il tossicomane — già portatore di un marchio di *diversità* — ricava dall'esperienza carceraria, la caratteristica generale di coercitività che tende ad annullare l'elemento volitivo, etc.

Scendendo nel particolare della distinzione tra il tossicomane autore di reati « comuni » e quello autore di reati specifici, si osserva che nel primo caso, pur dovendosi dare il giusto peso al collegamento tra bisogno di procurarsi la droga e pressione verso il comportamento criminale — collegamento che costituisce il normale *leit-motiv*, in questo caso — il principio di difesa della società non permette che ci si limiti, specialmente nei casi di gravi reati, ad offrire semplicemente al tossicomane la scelta di sottoporsi o meno ad un trattamento esterno.

È necessario garantire un controllo del soggetto o una obbligatorietà del trattamento stesso, le quali cose non possono prescindere da qualche norma di coercizione, rappresentata dal carcere o da altre modalità di trattamento coattivo, pur con la dolorosa consapevolezza degli aspetti anche negativi che tali modalità di intervento presentano, specialmente rispetto al principio della libera adesione al trattamento, così importante per l'efficacia del medesimo.

Per quanto riguarda il caso del tossicomane autore di soli reati « di droga », si fa notare come, pur essendo qui il reato ancora più legato di regola all'uso personale di droga, non sembra che l'intervento penale-restrittivo possa essere completamente eliminato sino a che si ritiene inopportuna la liberazione del commercio di droga.

Mentre è probabile che vi sarà in futuro uno spazio maggiore per l'applicazione di trattamenti in libertà anche per il tossicomane che si è reso colpevole del cosiddetto *piccolo spaccio*, la sostituzione della detenzione con il trattamento in libertà non sembra possibile per gli altri reati specifici più gravi, perché altrimenti si assisterebbe alla sostanziale depenalizzazione del traffico internazionale di droga, purché fatto da tossicomani.

Venendo al problema specifico del trattamento del tossicomane nell'istituzione detentiva, l'Autore ritiene che la prospettiva di una terapia continuata con methadone non abbia ragione di essere, in quanto questa terapia, essendo finalizzata non tanto al miglioramento della condizione dell'*addict* quanto piuttosto alla difesa della società, risulta non necessaria in una struttura che dovrebbe offrire di per sè garanzie almeno di una difesa passiva della società.

Del resto, l'ipotesi di una terapia continuata con methadone all'interno della istituzione, come momento di preparazione per una successiva terapia simile esterna, non appare fondata, in quanto la eventuale volontà nel tossicomane di ricorrere a questa terapia all'esterno — per sfuggire almeno all'ambiente sottoculturale-criminale della droga — non può essere determinata da esperienze nello stesso senso fatte all'interno della istituzione, ma eventualmente solo da un trattamento che si indirizzi ad un rovesciamento progressivo della condizione di desocializzazione che è alla base dell'uso della droga.

A proposito dell'intervento su questa condizione di desocializzazione, l'Autore afferma che — mentre la istituzione detentiva non è in grado, normalmente, di modificare il fenomeno complessivo della inadeguatezza del soggetto ad inserirsi in ruoli sociali accettabili, a causa degli aspetti negativi della istituzione stessa — il tossicomane riesce tuttavia nella maggiore parte dei casi a trovare all'interno della istituzione un *equilibrio minimale*: questo dipende dal fatto che il tossicomane — incapace di inserirsi nella realtà esterna, per via delle caratteristiche di selettività, competitività, marginalizzazione, frustrazione, ecc., tipiche di questa ultima — può invece trovare un *equilibrio minimale* in una istituzione nella quale la competitività è estremamente bassa, le mete quotidiane alla portata di tutti, la vita regolata, come in ogni istituzione totale, da un sistema rigido di norme che sostengono l'equilibrio, determinando le attività ed evitando al tossicomane difficili scelte di tipo personale.

Queste considerazioni possono essere utilizzate per una analisi delle caratteristiche indispensabili ad un trattamento sulla tossicomania in qualsiasi condizione (non-detentiva o detentiva) esso si svolga, affinché esso sia produttivo di effetti positivi.

Tra tali caratteristiche ci deve essere quella della ricostruzione *progressiva* di un modello di socializzazione: all'origine del fallimento di gran parte dei tentativi di reinserimento dei tossicomani vi è la non-comprensione del fatto che ad essi si chiede assurdamente di passare di colpo da una condizione che è comunque di adattamento, anche se alternativo, ad una di completo disadattamento di fronte alla società « normale ».

Bisogna dunque abituare il soggetto a rispondere a livelli crescenti di richieste provenienti dalla società, cominciando da livelli che presentano difficoltà assai limitate e frustrazioni ridotte.

Un'altra caratteristica essenziale è quella della presenza di un modello *globale* di socializzazione.

Il tossicomane è carente sotto questo profilo globale e poco vale tentare di ricostruire aspetti specifici ma isolati (capacità lavorative tecniche, istruzione, conoscenza del sè, etc.), se non si ricostruisce il modello globale: quest'ultimo va ben oltre i singoli frammenti specifici — e anche la loro somma — in quanto riguarda, ad esempio, motivazioni che sono a monte della accettazione dei singoli aspetti specifici, capacità di autogratificazione, etc.

D'altra parte, la ricostruzione di un modello globale non può passare attraverso l'apprendimento, su base imitativa, di frammenti

di cultura, ma solo attraverso la adesione ad un modello rappresentato da un soggetto interagente, con cui vi sia una identificazione di tipo affettivo.

Questa ulteriore caratteristica, indispensabile ad un trattamento, presuppone la libertà della disponibilità affettiva del soggetto e quindi la mancanza di un obbligo esterno.

Rileggendo alla luce delle considerazioni di cui sopra le esperienze delle *Comunità terapeutiche*, si osserva come esse da una parte presentano aspetti largamente apprezzabili (ad es., trattamento non-farmacologico, condizione di *drug-free* come finalità, ricostruzione delle qualità socio-culturali-caratteriali, rapporto con una figura « modello », etc.), mentre dall'altra presentano difetti quali la separazione tra comunità e società e la tendenza a produrre nei soggetti trattati più capacità di inserimento all'interno della comunità che nella società normale all'esterno.

Per superare questa *impasse*, l'Autore propone un modello misto di trattamento, in cui accanto a caratteristiche essenziali del modello di *comunità* vi dovrebbero essere attività di servizi a vantaggio della società.

Le attività a vantaggio della società dovrebbero permettere sia il superamento della frattura tra piccolo gruppo e società esterna, sia il superamento della condizione di desocializzazione attraverso nuove occasioni di integrazione esterna.

Il fatto di poter svolgere una attività capace di produrre una socializzazione diretta e immediata potrebbe ridurre notevolmente la anomia, la alienazione e il senso di frustrazione legati al modello di vita del tossicomane.

Un trattamento misto del genere potrebbe essere applicato anche a tossicomani autori di reati specifici o « comuni », anche eventualmente dopo un breve periodo in detenzione, necessario per l'accertamento dei rischi affrontabili in termini di pericolosità sociale e propensione al recidivismo.

Rispetto alla pena del carcere presenterebbe vantaggi tra i quali l'esistenza di una forma di restituzione sociale, l'esistenza di un minimo ma non nullo aspetto di *pena*, la prevalenza dell'aspetto risocializzativo attraverso una integrazione quotidiana nella realtà sociale esterna.

RESUME

La différenciation actuelle et confuse d'hypothèses de traitement de la toxicomanie est seulement le reflet d'une contradiction au niveau de la définition du phénomène.

Pour éviter cet obstacle fondamental, l'auteur propose une définition de la toxicomanie « comme usage continu et forcé de drogue, dernier stade d'un processus de désocialisation par rapport au cadre

des modèles sociaux dominants présents actuellement dans la société industrielle urbaine ».

L'auteur souligne que ce processus de désocialisation se développe sur la base d'une conflictualité ou faiblesse des rôles sociaux intériorisés et d'un équilibre d'ensemble entre le niveau de gratification et celui de frustration liés à l'acceptation des modèles sociaux: le processus prévoit le rejet du *monde de l'intégration* et une socialisation alternative dans la communauté sous-culturelle des toxicomanes.

En partant d'une telle définition, on nie toute validité substantielle à la perspective de l'intervention médicale, et on conteste la validité d'une intervention sur la toxicomanie centrée sur la désintoxication de l'« addict ».

On passe donc au problème du méthadone en thérapie de maintien (*methadone maintenance*), en soulignant que ce type de traitement permet d'obtenir certains résultats positifs comme la réduction des infractions liées au besoin de se procurer de la drogue illégale et l'émancipation de l'« addict » de la sous-culture tournant autour du marché noir de la drogue; toutefois, un tel succès n'est pas dû à la thérapie pharmacologique en soi mais aux effets sociaux du fait de pouvoir disposer légalement et gratuitement d'un succédané des opiacés, sans que cela comporte une intervention effective sur la condition de désocialisation de base du toxicomane.

Ensuite est abordé le problème des limites de la structure détentive comme lieu pour le traitement des toxicomanes.

Après avoir souligné les différentes caractéristiques de l'institution pénitentiaire qui rendent extrêmement difficile la resocialisation de l'« addict », on met en évidence l'évolution au niveau international des interventions restrictives sur le toxicomane, tendant à frapper seulement l'auteur d'infractions de « commerce » ou de « droit commun ».

Pour les toxicomanes traités à l'intérieur de la structure détentive, on examine les problèmes de la crise d'abstinence, des traitements avec méthadone et des traitements de resocialisation: à ce propos, on affirme que la prison, bien que n'étant pas positive en général pour la resocialisation de l'« addict », permet cependant à ce dernier d'atteindre un niveau d'équilibre *minimum*, conséquence de l'organisation sociale proposée par l'institution globale.

Ainsi sont individualisés, comme aspects essentiels du traitement de resocialisation de l'« addict » — dans n'importe quel milieu — la resocialisation *progressive* des capacités de socialisation et la nécessité d'un modèle *global* de socialisation pour l'apprentissage d'aspects techniques et de fragments spécifiques de culture.

On analyse ensuite la capacité des communautés thérapeutiques à mettre en oeuvre les aspects essentiels du traitement, en soulignant les qualités et les défauts de ce type d'intervention.

Pour éviter les principaux défauts de cette méthode, l'auteur propose un modèle mixte de traitement dans lequel, à côté des caractéristiques typiques des communautés, il faudrait développer surtout les aspects d'une activité de services en faveur de la collectivité.

INTERVENTI

L'ASSISTENZA AI TOSSICODIPENDENTI NELLA CASA CIRCONDARIALE DI GENOVA

GIORGIO CHIOZZA (*) GIACOMO CANEPA (*)

ANALISI, PROBLEMI, PROSPETTIVE

Il problema della detenzione dei tossicomani può essere sinteticamente esaminato su due versanti.

L'uno riguarda la frequenza con cui i tossicomani entrano in carcere.

L'altro concerne il significato della detenzione e le prospettive di un intervento terapeutico e riabilitativo nell'interno della struttura carceraria.

Le due condizioni sono fra loro intimamente connesse.

Infatti non solo le statistiche riportate da Bandini e Gatti segnalano la gravità del fenomeno e il preoccupante aumento della criminalità fra i tossicomani anche nei paesi esteri, ma è soprattutto nota la frequenza di recidiva di criminalità in questi soggetti ad eloquente dimostrazione dello insuccesso delle misure privative della libertà negli Istituti di prevenzione e pena.

Come rilevano Calabrò, Carrer e Pondrelli, la criminalità dei tossicomani è strettamente legata alla necessità di procurarsi la droga, da cui reati contro il patrimonio nelle varie forme e modalità, anche violente.

Ma devono prendersi in considerazione anche reati connessi allo spaccio in quanto il tossicomane spesso è piccolo spacciatore; reati di illecita detenzione qualora la quantità

(*) Istituto di Medicina legale e delle assicurazioni dell'Università degli Studi di Genova.

detenuta dal tossicodipendente non sia ritenuta modica, trattandosi di un concetto piuttosto elastico (Chiozza e Malcontenti); reati collegabili agli effetti specifici delle sostanze stupefacenti o ad una possibile predisposizione al crimine presente nella personalità tossicomaniaca (De Vincentiis, Ferracuti); reati di resistenza e oltraggio, ecc.

Si può aggiungere che la capacità di intendere e volere del tossicodipendente non è da ritenersi sempre esclusa, come giustamente osserva Introna commentando una conforme sentenza del Tribunale di Roma, il che farebbe scattare una misura di sicurezza restrittiva.

In ogni caso, in attesa di una perizia psichiatrica, il tossicodipendente che abbia commesso un reato di una certa risonanza è frequentemente ristretto in detenzione preventiva che si trasformerà, dopo un eventuale intervallo di libertà provvisoria, in detenzione definitiva qualora l'imputabilità non venga esclusa.

Se ci si riferisce al settore dei tossicodipendenti detenuti a vario titolo nella Casa Circondariale di Genova, la maggior parte di essi è in attesa di giudizio: si tratta di soggetti arrestati quasi sempre in fragranza di reati contro il patrimonio, resistenza e oltraggio, danneggiamento, spaccio.

Il servizio di assistenza ai tossicodipendenti nella Casa Circondariale di Genova è iniziato il 17 dicembre 1980 con la collaborazione dei medici dei Servizi di Salute Mentale delle Unità Sanitarie Locali (dalla VIII alla XVII USL).

Ai Servizi di Salute mentale delle USL genovesi sono infatti delegate, in Liguria, le competenze che la legge 22 dicembre 1975 n. 685 (Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza) affida ai Centri Medici e di Assistenza Sociale.

Il coordinamento organizzativo dell'intervento ed il collegamento fra la Casa Circondariale di Genova ed i Servizi di Salute Mentale sono assicurati dalla XIV USL nel cui territorio (Marassi) è ubicata la Casa Circondariale suddetta.

In pratica, le segnalazioni di ingresso in carcere di persone che si dichiarano tossicodipendenti vengono trasmesse dalla Direzione della Casa Circondariale alla XIV USL che le smista ai Servizi di Salute Mentale competenti per territorio.

I Servizi di Salute Mentale territoriale competenti provvedono tempestivamente ad inviare uno dei propri sanitari al carcere.

La XIV USL provvede inoltre direttamente alla assistenza dei detenuti non appartenenti per territorio alle USL genovesi.

Rimangono invece di competenza del servizio sanitario del carcere gli interventi urgenti.

I dati raccolti dal Dott. M. Boyer (tesi di specializzazione in Criminologia Clinica nell'Anno Accademico 1981-82, « La assistenza ai tossicodipendenti in carcere: analisi, problemi, prospettive ») consentono di rilevare che dall'inizio del 1981 al 30 settembre 1982 sono state effettuate dalla Direzione della Casa Circondariale di Genova alle rispettive USL di appartenenza 1451 segnalazioni di tossicodipendenti entrati in carcere nel periodo suddetto.

Va tuttavia osservato che diverse segnalazioni nel corso dei 21 mesi intercorsi fra l'1 gennaio 81 ed il 30 settembre 82 si riferiscono ad uno stesso soggetto, in quanto arrestato due o più volte nel corso di tale periodo, per cui il numero reale di tossicodipendenti si aggira intorno ai 750.

Ciò è dimostrativo della frequenza di recidiva a breve termine.

Per contro esiste un numero imprecisato di soggetti che, essendo stati posti in libertà provvisoria dopo uno o due giorni dall'arresto, non si sono dichiarati tossicodipendenti. Nei loro confronti non è stata quindi possibile la segnalazione alla USL da parte della Direzione carceraria.

Relativamente alla distribuzione territoriale, le segnalazioni evidenziano un certo equilibrio fatta eccezione per le USL XII e XV che hanno ricevuto un maggior numero di segnalazioni.

La USL XII comprende il Centro Storico, nonché i quartieri di Oregina e Castelletto, ed è soprattutto il « Centro Storico », ove esiste un'alta concentrazione di tossicodipendenti, che è responsabile della elevata incidenza rispetto alla media.

A sua volta la USL XV (delegazioni della Val Bisagno e della Val Trebbia) fornisce un tasso circa doppio rispetto alla media.

Tale dato è probabilmente connesso alla elevata antisocialità giovanile che esiste in alcuni quartieri di questi comprensori (specie della Val Bisagno) e che a sua volta trova le sue radici profonde in problemi di immigrazione, emarginazione, sottoproletariato, sottocultura.

Un altro dato significativo è rappresentato dal confronto fra le segnalazioni mensili del 1981 e quelle, sia pur necessariamente ancora parziali, del 1982: confronto che dimostra un notevole incremento delle segnalazioni mensili durante il 1982 (in media 62 segnalazioni al mese nel 1981 e 78,5 segnalazioni al mese nei primi tre trimestri del 1982).

Circa il trattamento in carcere, i dati finora disponibili sono relativi al periodo compreso fra l'inizio del servizio assistenziale con la collaborazione del personale medico dei Servizi di Salute Mentale delle Unità Sanitarie Locali ed il 31 ottobre 1981.

Si tratta di un periodo relativamente limitato, nondimeno sufficientemente indicativo anche perché i dati successivi al 31 ottobre 1981, sebbene non ancora definitivamente elaborati, consentono di rilevare che non vi sono sostanziali divergenze.

Dall'esame delle modalità di trattamento emerge che gli interventi dei Servizi di Salute Mentale all'interno della Casa Circondariale di Genova assumono carattere unicamente medico-psichiatrico, in quanto solo i medici di tali servizi hanno la possibilità di accedere al carcere; inoltre hanno finalità quasi esclusivamente medico-farmacologica in quanto nelle attuali condizioni operative le possibilità di effettuare una adeguata psicoterapia hanno limitata efficacia pratica.

I programmi con metadone hanno costituito il 56 % del totale degli interventi, mentre la percentuale di farmaci sintomatici rappresenta il 44 %.

Tuttavia si nota un certo disquilibrio nelle prescrizioni di metadone fra le varie USL.

Ad esempio, 84 % di trattamenti con metadone operati dal Servizio di Salute Mentale della USL IX (per i detenuti appartenenti territorialmente a tale Unità Sanitaria) contro il 36 % operati dal Servizio di Salute mentale della USL XVI.

L'affidamento a servizi diversi, anziché ad un unico servizio, sembrerebbe contrastare con la uniformità di scelte terapeutiche.

D'altro lato la molteplicità dei servizi privilegia la continuità delle prestazioni in quanto i sanitari delle varie USL ritrovano, fra i detenuti provenienti dai territori di loro competenza, soggetti già in cura ambulatoriale presso gli stessi Servizi di Salute Mentale e già in trattamento con sostitutivi dell'eroina.

Il dato più significativo è comunque rappresentato dalla elevata incidenza percentuale di trattamenti con metadone ed a questo punto occorre domandarsi fino a qual punto il trattamento stesso possa rispondere alle esigenze terapeutiche e risocializzanti di un tossicomane e in particolare di un tossicodipendente in stato di detenzione.

In questi ultimi tempi sono state avanzate ampie riserve circa l'uso sostitutivo del metadone da Aceto e Coll., Lequio e Coll., Foresti e molti altri Autori.

Non sembra questa la strada per raggiungere risultati efficaci sul piano terapeutico, tanto che Ponti e Coll. la valutano come una pragmatica misura di controllo e di neutralizzazione della pericolosità sociale basata su una altrettanto pragmatica accettazione della inefficienza dei trattamenti sostitutivi.

Per quanto riguarda la situazione in atto nella Casa Circondariale di Genova non si può disconoscere che, pur nelle difficoltà di trattamento dei detenuti in generale e dei detenuti tossicodipendenti in particolare, una certa utilità ne è derivata e ne è riprova il numero elevato di interventi attraverso i quali è stato possibile fornire un aiuto a persone che si trovavano in un momento particolarmente difficile della loro vita.

Ne è altresì riprova, sia pure indiretta, il fatto che nel periodo indicato non si sono verificati suicidi fra i detenuti tossicomani.

Tuttavia a queste già ampie riserve sull'efficacia dei trattamenti legati al metadone si aggiungono le riserve concernenti il trattamento psicoterapico del tossicomane detenuto.

Riserve che assumono una particolare risonanza in quanto la terapia sostitutiva farmacologica di per sé sola (o comunque con scarso apporto psicoterapico) finisce per istituzionalizzare una risposta obbligata (il farmaco sostitutivo) ad una richiesta altrettanto obbligata (quella appunto di tale farmaco) che maschera e cancella i bisogni sottostanti, come rilevano Calabrò, Pondrelli e Tasca.

Le strutture socio-sanitarie atte a fornire i presidi terapeutici e riabilitativi di cui il legislatore avverte l'esigenza, sono in genere carenti, come osservano Calabrò, Carrer e Pondrelli, e sotto questo aspetto anche le carenze riscontrate nella Casa Circondariale di Genova non divergono sostanzialmente dalla media.

I colloqui con i tossicomani avvengono senza garanzie di riservatezza, in ambienti inidonei, con l'indifferenza o la malcelata insofferenza del personale di custodia.

È mancata sinora una stretta collaborazione fra i sanitari della amministrazione carceraria e quelli dei servizi di salute mentale. Non raramente questi ultimi hanno incontrato difficoltà a prescrivere farmaci alternativi al metadone per indisponibilità dei farmaci stessi o per l'impossibilità, per motivi organizzativi e di sicurezza, di una loro somministrazione controllata.

Non è consentito ancora l'ingresso in carcere del personale paramedico dei servizi di salute mentale addetto a mansioni psicosociali e socioterapiche.

La frequenza di recidive fra i tossicomani (molti dei quali sono stati arrestati due o più volte nel periodo oggetto della presente indagine) e l'incremento mensile sono dimostrativi del fallimento del trattamento istitutivo all'interno del carcere, quanto meno in riferimento alle finalità risocializzanti e riabilitative.

Si deve peraltro osservare che la scarsa efficacia degli interventi non è solo insita nelle strutture carcerarie e nelle loro carenze (sebbene di per sé possano avere una larga responsabilità), ma anche nelle caratteristiche di personalità del tossicomane, esaurientemente analizzate da Ponti e Coll., da Boyd e da altri.

Se sono per lo più falliti i tentativi di ricupero del tossicomane al di fuori dell'ambiente carcerario, non è da stupirsi che un analogo fallimento si verifichi, a maggior ragione, nell'interno del carcere.

Ponti e Coll. riengono che nei confronti del tossicomane grave, persistente, specie se eroinomane, la disintossicazione fisica, l'aggancio psicoterapico di appoggio, il trattamento ambulatoriale in libertà, le psicoterapie singole o di gruppo, abbiano scarse possibilità (o risultino addirittura inutili).

Tali AA. ritengono che l'unico strumento capace di fornire nuovi modelli di identità al tossicomane sia rappresentata dalla istituzione di comunità terapeutiche carcerarie.

Tuttavia Calabrò, Pondrelli e Tasca avanzano riserve su tali strutture, che ovviamente dovrebbero essere governate non permissivamente anche al di fuori dell'ambiente carcerario vero e proprio e ulteriori perplessità relative alle strutture comunitarie nell'ambito carcerario sono espresse da Calabrò, Carrer e Pondrelli secondo i quali la creazione di reparti speciali contribuirebbe ad alimentare e rafforzare all'interno del carcere una sottocultura della droga ottenendo così un effetto opposto a quello perseguito.

Secondo tali Autori le cure per soggetti tossicodipendenti necessitano non tanto di strutture ultraspecialistiche, quanto di uno stretto coordinamento con i presidi socio-sanitari di base.

Anche Bandini e Gatti, pur riconoscendo che le comunità terapeutiche nelle carceri possono portare un contributo alla trasformazione delle prigioni in ambienti più umani, avvertono che la loro realizzazione non potrà risolvere il problema della delinquenza.

D'altra parte la libera adesione dei giovani, specie se tossicodipendenti, alla iniziativa di trattamento è considerata indispensabile (Breda) per il buon esito del trattamento stesso, ma appare difficile che in ambiente carcerario possa verificarsi, se non eccezionalmente, tale condizione.

Borasio rileva che l'inutilità del trattamento obbligatorio trova conferma anche dai dati relativi ai tossicomani in Italia e all'estero.

L'inutilità del trattamento in carcere, nelle modalità poste attualmente in essere, ben si comprende se si considera che il delinquente presenta una identità negativa di cui l'ambiente penitenziario tradizionale ne favorisce il consolidamento e conseguentemente la tendenza alla recidiva (Canepa).

A maggior ragione ciò avviene nei tossicomani e la tendenza alla recidiva riscontrata nei casi oggetti della presente indagine rappresenta una eloquente conferma.

Dato che l'ambiente carcerario non appare in grado, almeno attualmente, di far fronte e concreti programmi risocializzanti, una soluzione alternativa potrebbe essere vista nell'inserimento dei tossicomani in Comunità terapeutiche esterne attraverso il sistema dell'affidamento in prova.

Ciò avviene abbastanza frequentemente negli Stati Uniti (Bonomo), ma ancora piuttosto raramente in Italia sia in quanto esiste scarsa recettività a livello delle comunità anzidette, sia in quanto le misure alternative alla detenzione non possono essere concesse a detenuti in attesa di giudizio o comunque non ancora condannati ad una pena detentiva con sentenza definitiva ed è noto che la maggioranza dei detenuti nelle carceri italiane si trova nelle condizioni di « giudicabili ».

Inoltre l'affidamento in prova richiede un periodo di almeno tre mesi di osservazione in carcere e ciò costituisce una ulteriore difficoltà.

Le comunità terapeutiche assumono un importante ruolo nel trattamento dei tossicodipendenti, come riconosce la maggior parte degli Autori pur con alcune riserve.

Ne fanno fede anche le esperienze sostanzialmente positive americane, riferite da Bonomo e da Borasio e Galbiati, quelle francesi e inglesi (Borasio), danesi (Breda), ecc.

Ovviamente le misure alternative alla detenzione, atte a consentire l'inserimento del tossicomane detenuto nelle comunità residenziali esterne, dovrebbero essere prescritte nei riguardi di tossicomani particolarmente pericolosi.

Tuttavia si tratta di una percentuale relativamente modesta in quanto, come giustamente affermano Ponti e Coll., i tossicomani sono in genere criminali di basso livello, inefficienti, di scarse prospettive, che sono andati ad occupare quei settori delle attività delinquenziali più squalificate.

In ogni caso anche nelle comunità terapeutiche autogestite il tossicomane in affidamento potrebbe essere controllato dal servizio sociale e la misura alternativa potrebbe essere sempre revocata qualora il soggetto non sottostesse alle regole ed alle prescrizioni.

Data l'esperienza negativa del trattamento dei tossicomani in carcere e le perplessità sulla efficacia di comunità terapeutiche carcerarie (che rappresenterebbero in definitiva dei reparti speciali) il ricorso a comunità terapeutiche esterne, non carcerarie, potrebbe migliorare la situazione.

D'altra parte ad esse fanno ricorso molti tossicomani che, sebbene in libertà, hanno precedenti penali anche recenti.

Naturalmente dovrebbero verificarsi alcune condizioni atte a favorire le misure alternative e a renderle più sicure ed efficaci.

Una parte di tali condizioni essenziali è stata prospettata da Canepa e Gatti e riguarda: un adeguato sviluppo della misura dell'affidamento in prova al servizio sociale, da estendere ad un più ampio numero di soggetti che attualmente non ne possono fruire (o perché non è stato completato il trimestre di osservazione, o perché la pena è ostativa, o perché non è ancora intervenuta condanna con sentenza definitiva); uno snellimento dei servizi sociali ed un coordinamento fra servizi sociali della comunità e servizi sociali destinati alla delinquenza; una reale attuazione dei servizi di osservazione della personalità.

L'altro settore di condizioni si riferisce ad un incremento delle comunità terapeutiche esterne, attualmente insufficienti, e soprattutto ad un coordinamento fra tali comunità anche ai fini di poter utilizzare e adattare i differenti programmi delle varie comunità alle peculiari esigenze dei singoli soggetti.

RIASSUNTO

L'Autore riporta i risultati di una inchiesta svolta presso la Casa Circondariale di Genova nella quale è operante, dal 17 dicembre 1980, l'assistenza a favore di tossicodipendenti ivi detenuti da parte dei Servizi di Salute Mentale delle USL genovesi alle quali sono state delegate le competenze che la legge 22 dicembre 1975, n. 685 affida ai Centri Medici e di Assistenza Sociale.

Vengono analizzate le modalità di segnalazione dei tossicodipendenti, la loro frequenza, le caratteristiche dei trattamenti.

I dati emersi consentono di riconoscere che l'assistenza dei Servizi di Salute Mentale ha potuto fornire un certo aiuto a soggetti che si trovano in un particolare momento di difficoltà.

Tuttavia essa si è rivelata nel complesso di limitata efficacia, sia in quanto di tipo prevalentemente medico-psichiatrico e farmacologico, sia in quanto le carenze di strutture e le note situazioni della realtà carceraria hanno sensibilmente ostacolato le possibilità di un trattamento più adeguato ai fini della risocializzazione.

La sempre elevata percentuale di recidive, anche nei soggetti presi in esame, è dimostrativa della scarsa efficacia di misure terapeutiche che possono essere adottate in carcere.

Vengono pertanto prospettate diverse modalità di trattamento che sembrano più rispondenti alle esigenze dei tossicodipendenti alla luce delle risultanze emerse.

Infine, tenuto conto delle strette connessioni fra droga e criminalità, l'Autore espone in sintesi alcuni dati statistici relativi al fenomeno della tossicodipendenza in Liguria.

RESUME

L'Auteur rapporte les données relatives à l'assistance en faveur des toxicodépendants détenus à la « Casa Circondariale » de Gênes, assistance réalisée par les Services de Santé Mentale des Unités Sanitaires Locales de Gênes, auxquels ont été déléguées les compétences que la loi 22 décembre 1975 n. 685 attribue aux Centres Médicaux et d'Assistance Sociale.

Elle analyse les modalités de signalement des toxicodépendants, leur fréquence, les caractéristiques des traitements.

Les données principales permettant de reconnaître que l'assistance des Services de Santé Mentale a pu fournir une certaine aide à des sujets qui se trouvaient en grande difficulté.

Toutefois, cette assistance s'est révélée d'une efficacité limitée, soit car elle était surtout de type médico-psychiatrique et pharmacologique, soit car les carences des structures et les situations de la réalité carcérale ont fait obstacle à des possibilités de traitement plus adapté à la resocialisation.

Le pourcentage toujours élevé de récurrence, même chez les sujets examinés, démontre la faible utilité des mesures thérapeutiques qui peuvent être réalisées en prison.

Ainsi, des perspectives de modalités diverses de traitement, plus adaptées aux exigences des toxicodépendants, sont formulées.

SUMMARY

The Author gives the data on assistance afforded to drug addict inmates in the « Casa Circondariale » in Genoa by the Mental Health Services of the USL (Local Health Units), who were delegated these tasks which Law No. 685, dated December 22 1975 assigned to the Medical and Social Services Centres.

The types of drug addict reported, their number, characteristics of treatment are analyzed.

The results allow us to ascertain that the Mental Health Services have provided some assistance to certain inmates going through a particularly difficult moment.

However, on the whole, its success was somewhat limited both from the medico-psychiatric and pharmacological point of view and as far as the structural shortfalls and well-known prison reality prevented better treatment for eventual rehabilitation.

The continuing high number of relapses, also among patients under study, highlights the low return of the therapeutic measures adopted in prison.

Different measures are, therefore, planned which appear to better meet the needs of drug addicts in the light of the results of past experience.

BIBLIOGRAFIA

- ACETO G., CARRER F., LUSOQUIO M., PERALDO R.: « Confronto fra e selvaggio e uso strutturato del metadone: due vie diverse al fallimento », in *Rassegna di Criminologia*, 10, 183, 1979.
- BANDINI T. e GATTI U.: « La comunità terapeutica nelle carceri », in *Quaderni di Criminologia Clinica*, 12, 305, 1970.
- BANDINI T. e GATTI U.: *Delinquenza giovanile*, Giuffrè, Milano, 1974.
- BONOMO M.: « Il problema della droga e il trattamento dei detenuti negli Stati Uniti », in *Rassegna di studi Penitenziari*, 207, 1975.
- BORASIO V.: Esperienze di ricupero di tossicomani in Inghilterra. *Atti VIII Convegno Nazionale di Antropologia Criminale*. Padova, 21-24 settembre 1977, pag. 186.
- BORASIO V. e GALBIATI M.: Comunità residenziali americane per il trattamento dei tossicomani. *Atti VIII Convegno Nazionale di Antropologia Criminale*, Padova, 21-24 settembre 1977, pag. 182.
- BORASIO V.: « Esperienze francesi sul trattamento delle tossicodipendenze. Esperienze a Lione », in *Rassegna di Criminologia*, 10, 193, 1979.
- BORASIO V.: I trattamenti sanitari obbligatori per i tossicodipendenti. *Atti IX Convegno Nazionale di Antropologia Criminale*, Chianciano Terme, 15-19 ottobre 1980, pag. 19.
- BOYD P.: « Heroin Addict in Adolescence », in *Journal of Psychosomatic Medicine*, 1970 (citato da TOMASELLI MARZANO S.).
- BOYER M.: *L'assistenza ai tossicodipendenti in carcere*. Tesi di Specializzazione in Criminologia Clinica presso l'Università di Genova. Anno Accademico 1981-82.
- BREDA R.: « Riflessioni sul problema delle droghe », in *Quaderni di Criminologia Clinica*, 13, 419, 1971.
- CALABRO S., CARRER F., PONDRELLI C.: « Il problema delle assistenze ai tossicomani detenuti in carcere », in *Rassegna di Criminologia*, 9, 297, 1978.
- CALABRO S., PONDRELLI C., TASCA I.: « L'intervento pubblico nel campo della droga: ambiguità e contraddizioni dell'attuale situazione italiana », in *Rassegna di Criminologia*, 10, 211, 1979.
- CALVANESE E., GALLINA FIORENTINI P.: « La criminalizzazione del tossicomane: aggiornamento e verifica del problema alla luce di alcune ricerche straniere », in *Rassegna di Studi Penitenziari*, 1019, 1975.
- CANEPA G.: « Prospettive attuali del trattamento criminologico », in *Quaderni di Criminologia Clinica*, 16, 299, 1974.
- CANEPA G.: « Aspetti criminologici e medico-legali del problema dei delinquenti giovani adulti », in *Rassegna di Criminologia*, supplemento al vol. XII, 103, 1981.

- CANEPA G. e GATTI U.: L'affidamento in prova al servizio sociale come alternativa alla detenzione: problemi criminologici. *Atti del Congresso su « Pene e misure alternative nell'attuale momento storico »*, Centro Nazionale di Prevenzione e Difesa Sociale, 1977.
- CHIOZZA G. e MALCONTENTI R.: « Orientamenti della giurisprudenza genovese in tema di « modiche quantità » di sostanze stupefacenti, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, anno 21º, n. 1, 1978.
- DE VINCENTIIS G., FERRACUTI F.: *Aspetti criminologici delle intossicazioni voluttuarie. Appunti di criminologia*, a cura di FERRACUTI F., Ed. Bulzoni, Roma, 1969 (citato da CALABRO, CARRER e PONDRELLI).
- FORESTI G.: *Intervento sulle tossicodipendenze*. Freniatria, 104, 180, 1980.
- FORESTI G.: *Modalità d'intervento nell'ambito delle tossicodipendenze*. Freniatria, 104, 408, 1980.
- INTRONA F.: « Imputabilità e tossicodipendenza », in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 3, 1073, 1981.
- LEQUIO M. e Coll.: *Trattamento con metadone degli eroinomani*. Freniatria, 101, 1400, 1977.
- PONTI G. e Coll.: « Prospettive di intervento terapeutico sui tossicomani in carcere », in *Quaderni di Criminologia Clinica*, 18, 229, 1976.
- TOMASELLI MARZANO S.: *Le tossicomanie giovanili con particolare riguardo alle terapie psicologiche delle tossicodipendenze da oppiacei*. Freniatria, 102, 711, 1978.

IL DROGATO IN CARCERE

GIUSEPPA CUCINOTTA (*)

Quando sul piano operativo l'uso di sostanze tossiche viene trattato da un punto di vista giuridico-penale, l'istituzione delegata diventa il carcere.

La legge attualmente in vigore in materia di droga è la n. 685 del 22 dicembre 1975 recante norme per la disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e per la prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. È una legge di ben 108 articoli che rappresenta un notevole passo in avanti rispetto alla precedente normativa del 1954 improntata su rigorosi criteri di repressione nei confronti anche del semplice consumatore di droga.

Nel giro di venti anni si è passati così da una legge « repressiva » che puniva pesantemente la detenzione e l'uso di qualsiasi sostanza stupefacente e che considerava il tossico-dipendente nello stesso ruolo criminale del trafficante ad una legge « terapeutica » che depenalizza l'uso o la detenzione di modiche quantità di droga e che considera il tossico-dipendente un soggetto bisognoso di terapie e di riabilitazione. La legge, pur essendo certamente tra le più avanzate e le più umanitarie non ha pienamente raggiunto nessuno degli obiettivi proposti.

Il numero dei morti, come si è visto, si è decuplicato e così quello dei tossicomani, le carceri sono piene di ragazzi, che spesso vi finiscono, per il possesso di piccole quantità di droga, le strutture di recupero e di assistenza sociale non

(*) Psicologa.

sono state realizzate in pratica, ma continuano a vivere sulla carta, in forma di bellissimi progetti.

La mancanza di istituti alternativi della pena, fa sì che le carceri italiane si vadano progressivamente riempiendo di tossico-dipendenti che ormai costituiscono, secondo le stime più attendibili, dal 20 al 30 % della popolazione penitenziaria. Le conseguenze di questo fenomeno sono molto spesso tragiche.

Ma il carcere non è solo il ricettacolo, e il luogo di passaggio dei tossico-dipendenti, esso è anche una fucina di drogati.

Molto spesso la droga, specie l'eroina, aiuta a sopportare l'esperienza della reclusione e per questo viene usata spesso per la prima volta da giovani e vecchi detenuti che ancor prima della loro scarcerazione saranno diventati dei veri e propri tossicomani.

Se dunque il grande movimento anti-droga italiano sembra preoccupato di evitare ai giovani esperienze sconvolgenti e allucinanti, le fornisce gratuitamente quando li rinchiude in un istituto di pena.

Per un «duro» il carcere è un'esperienza difficile per un individuo normale, traumatizzante. Lo stesso clima di violenza, che è una costante del carcere, si traduce in un trauma non soltanto fisico ma anche culturale. A differenza dei ragazzi cresciuti negli ambienti della «mala» tradizionale, i giovani arrestati per uso di stupefacenti vengono da un modo di vivere in cui l'amore ha un grosso ruolo come ricerca di nuovi rapporti. La cultura psichedelica è evidentemente non violenta; la cultura del carcere è la dinamica di ogni possibile aggressione.

C'è il sadismo, più o meno scoperto, dell'istituzione, delle punizioni, delle celle di isolamento, dei trasferimenti coatti, dei regolamenti (che generano tutta una serie di altre istituzioni sadiche, dalla repressione sessuale alla censura, al controllo delle visite). Ma c'è anche la violenza delle persone, carcerieri e no.

Poiché in ogni prigione si ricrea inevitabilmente una microsocietà con leggi di potere e di sfruttamento, capita anche che i detenuti più anziani e autorevoli prendano il sopravvento sui giovani «drogati», imponendo un gioco mafioso che ha regole spietate.

Gli episodi di pestaggi a sangue nelle celle, di violenze sessuali collettive, di gelosie spinte all'uso del coltello sono

all'ordine del giorno nel diario di ogni giovane drogato, rinchiuso affinché ritrovi la strada della redenzione. E quando non sono i potenti della piccola mafia carceraria a tenerlo nella rete dei ricatti, esiste comunque l'angoscia della partecipazione a riti sessuali la cui miseria è ancora più degradante agli occhi di chi viene da un modo di vivere in cui il sesso ha un significato libertario e liberatorio, e la ricerca del piacere piuttosto che fine a se stessa, è un gesto di felicità creativa.

L'amore può anche essere una cosa lunga e difficile da apprendere, la violenza, soprattutto come forma di disperazione, si impara rapidamente. L'autolesionismo, o la minaccia di esso, diventa spesso un'arma di difesa contro le punizioni. A volte è difficile scoprire come sono andate veramente le cose perché gli unici che conoscono la verità non possono testimoniare. La morte o l'idea della morte, diventa una presenza quasi quotidiana nella vita del detenuto.

I dati sui suicidi e tentati suicidi in carcere sono parziali e scarsamente attendibili perché esistono « forme di suicidio che si prestano ad essere occultate in vari modi, magari con la consueta complicità di qualche medico ».

Nel contesto dei programmi di lotta contro la tossicomania, ha trovato collocazione anche un progetto di intervento sulle tossicomanie nell'ambiente carcerario, intervento che non si basi soltanto sulla cura medica e farmacologica che tende alla disintossicazione fisica, poiché mi pare accertato che essa si possa ottenere in tempi sufficientemente brevi, ma che venga abbinato ad una terapia psichica che prosegua lo scopo di evidenziare le cause prossime o remote che hanno dato origine alla tossicodipendenza.

Ma si rilevano notevoli difficoltà all'impiego di tecniche psicologiche che sono strettamente connesse alla situazione ambientale carceraria ed alla posizione psicologica dei soggetti in detenzione.

Le difficoltà insite nella utilizzazione di tecniche psicologiche in ambiente penitenziario sono ben note. Basterà ricordare che nel trattamento dei tossicomani si aggiungono, oltre alle incertezze della psicoterapia in generale in ambiente penitenziario, anche un insieme di fattori specifici che rendono il problema ancor più complesso. Fra questi principalmente la scarsa disponibilità dei soggetti: il tossicomane incarcerato vive la sua detenzione come grave prevaricazione, come un

provvedimento arbitrario e discriminante nei suoi riguardi e dunque si alitano reazioni di viva ostilità verso l'apparato, nel quale si trova incluso anche il terapista. In secondo luogo il carcere rappresenta un ambiente in cui è insita l'impossibilità (o quasi) di venir in possesso di droghe: ciò rende più agevole per il dipendente sopportare al mancanza della sostanza vincolante, che appare irraggiungibile, anche se i canali del rifornimento clandestino giungono fin dentro il carcere, sia pure con difficoltà e in modo poco regolare. La difficoltà di reperimento della droga favorisce di per sé la disintossicazione, elimina forzatamente la dipendenza fisica, dà l'illusoria sensazione ai pazienti di essere ormai « guariti », liberi dalla dipendenza e rende quindi meno interiorizzante le motivazioni a sottoporsi alla terapia. Il soggetto accetta così il trattamento secondo una prospettiva passiva, priva di alternative, in una situazione ben diversa da quella che si realizza in libertà, quando in ogni momento egli può trovare verifica reale della intenzionalità di liberarsi, dalla dipendenza, vivendo in un ambiente che gli fornisce costantemente la possibilità di ritornare al consumo. Inoltre, proprio perché in carcere non si è certi che non giunga clandestinamente droga è impossibile avere la sicurezza che il soggetto in cura non assuma droga.

Importante per il successo di ogni trattamento psicoterapico e di qualsiasi rapporto a base psicologica, è poi l'autenticità della motivazione del cliente e la validità del rapporto di transfert col terapista: condizione ambedue di difficile realizzazione in ambiente carcerario. Da un lato il tossicomane detenuto può facilmente essere spinto ad accedere al trattamento non tanto dal desiderio di risolvere i propri problemi, quanto da quello di ottenere benefici, di mettersi in buona luce dinanzi allo staff dirigenziale e custodialistico, o di manipolare a proprio vantaggio gli operatori penitenziari; dall'altro l'inevitabile ostilità di chi si trova inserito nel gruppo dei reclusi e la percezione del terapista quale membro del gruppo custodialistico ostacola i processi transferali.

Dunque il trattamento delle tossicomanie in ambiente carcerario è fortemente limitato nelle sue prospettive di successo e può essere impostato come una fase iniziale di un intervento terapeutico che necessariamente dovrà trovare la sua verifica e la sua fase più impegnativa solo dopo la scarcerazione.

zione. Di qui la necessità della permanenza del tossicomane in seno a comunità terapeutiche specializzate che o non sono state ancora istituite o, se esistenti, sono ancora inefficienti o per scarsità di mezzi o per l'inadeguato approfondimento del problema che presuppone personale e strutture specializzate.

La legge n. 685 prevede in questo campo un largo spazio per interventi ed iniziative di enti e di privati, tuttavia le strutture pubbliche, non sono ancora in grado di assolvere ai compiti previsti.

A conclusione si può dire che se vi è quindi un principio giuridico che non vuole considerare criminali, le vittime della droga, bisogna creare condizioni per cui possano vivere e autotutelarsi dal rischio di finire in carcere dove la loro situazione generalmente di aggrava. Se le motivazioni del ricorso alla droga sono da ricercarsi anche nel desiderio di autodistruzione, il carcere finisce per incancrenire la posizione del tossicodipendente che ancora di più si considera segnato ed escluso.

La pena detentiva dovrebbe essere prevista esclusivamente per lo spacciatore professionale e per gli esponenti della grossa mafia del commercio nazionale e internazionale.

RIASSUNTO

Si riferisce che la legge attualmente in vigore in materia di droga del 22 dicembre 1975, pur essendo tra le più avanzate, non ha raggiunto nessuno degli obiettivi proposti.

Viene riferito che la inadeguatezza delle strutture e degli strumenti sanitari all'interno del carcere, l'esperienza carceraria vissuta dai tossicomani in maniera fortemente limitante ed autodistruttiva, il malessere psichico, la mancanza di qualunque tipo di organizzazione, fanno sì che sempre più spesso si verifichi la tragedia (suicidio). Da qui nasce la necessità di favorire il recupero dei drogati con la creazione di comunità terapeutiche specializzate che o non sono state ancora istituite, o se esistenti, non sono ancora efficienti.

RESUME

La loi actuellement en vigueur en matière de drogue (22 décembre 1975), bien qu'étant parmi les plus modernes, n'a atteint aucun des objectifs recherchés.

L'inadéquation des structures et des instruments sanitaires à l'intérieur de la prison, l'expérience carcérale ressentie par les toxicomanes comme limitative et autodestructive, le malaise psychique, l'absence d'organisation sont de plus en plus souvent causes de suicides.

Cela entraîne la nécessité de favoriser la récupération des drogués avec la création de communautés thérapeutiques spécialisées qui n'existent pas ou, si elles existent, ne sont pas efficaces.

SUMMARY

Whilst the law in force at the moment on drugs, passed on 22 December 1975, is one of the most up-to-date, it has not attained any of its objectives.

It is reported that shortfalls in prison structures and health services, the experience of imprisonment, often extremely limiting and self-destructive for drug addicts, the psychic problem and the lack of any type of organization more and more frequently lead to tragedy (suicide). There is consequently a need for rehabilitation of drug addicts through special therapeutic communities, which have not yet been created or are not yet running efficiently.

BIBLIOGRAFIA

Centro nazionale di prevenzione e difesa sociale, *Droga e società italiana*, Milano, Giuffré, 1974.

Città crimine e devianza, Semestrale diretto da A. BALLONI e P. GIUDICINI, Angeli, Milano, 1980.

MARISA RUSCONI, GUIDO BLUMIR, *La droga e il sistema*, Feltrinelli, 1972.

LAURA CAVANA, NICOLA MARTINO, *Le politiche delle droghe*, Cappelli-Editore, Bologna, 1981.

GIANNI PADOAN, *La droga che cosa, come e perché*, Milano, 1976.

TRE RIFLESSIONI SUL TEMA «LE DROGHE E LA PRIGIONE»

GERMANO GREGANTI (*)

Sottopongo ad una seria disamina tre riflessioni sul tema:

Le droghe e la prigione:

- 1) L'incidenza di una spiritualità attenta.
- 2) La terapia dei valori.
- 3) Il valore pedagogico del lavoro.

Premetto che ogni persona può esercitare sull'altro una orientazione tale da determinare in forme più o meno valide le scelte della propria vita. Ogni personalità, specialmente in ambienti chiusi, e quindi particolarmente nel carcere, può profondamente incidere su gli ospiti, specialmente se drogati.

Nelle esposizioni finora ascoltate, molte figure e molti ruoli sono stati presentati: dal Direttore all'agente di custodia, dal medico allo psicologo. Ma una figura carceraria è stata dimenticata dai Relatori.

Le Regole Minime dell'ONU per l'assistenza ai detenuti prevedono il « Rappresentante qualificato della Religione » e il diritto del detenuto di avere a sua disposizione qualsiasi sacerdote, che egli desideri, è sottolineato fin dal I° paragrafo dell'art. 41 delle Norme Minime dell'ONU (1).

Mi consta che sono accadute tragedie in carcere, proprio perché al detenuto drogato non era stata permessa la visita di un sacerdote amico, che il detenuto in un momento di depressione psichica, aveva insistentemente implorata.

(*) Sacerdote. Presidente Nazionale dell'Associazione « Carcere e Comunità » Italia.

(1) G. GREGANTI, *Carcere e comunità*, Ed. Paoline, Torino, pag. 75, 2ª ed.

Si potrebbe obiettare: Ma che rapporto ci può essere tra il sacerdote, rappresentante della Religione, e il tema specifico della droga-carcere?

In questo Congresso si è parlato con ricchezza di dati e di approfondimenti delle terapie fisiche e farmacologiche del drogato. Sta bene.

È stata accentuata l'importanza degli specialisti di vari settori, ma io ritengo che occorra completare le nostre terapie considerando anche la dimensione spirituale perché il drogato possa essere adeguatamente orientato. Io credo che una delle cause dell'esperienza droga possa essere la perdita dei valori degli ideali, di quei valori ed ideali di cui è qualificato portatore il rappresentante della Religione.

È la povertà delle motivazioni, degli interessi che sollecita al rito delle tossicomanie. Queste si sviluppano con molta facilità nelle situazioni ove è carente la dimensione spirituale autentica, in ambienti disadattati interiormente sia pure opulenti o proletari.

Dove i valori o gli ideali sono mancanti o sono amaramente frustrati là prospera la tossicomania.

Molti giovani tossicomani oggi stanno mettendo in crisi i servizi sanitari di tutto il mondo perché la loro domanda non è esaurientemente appagata. Si sta diffondendo la persuasione che non bastino gli interventi medici o farmacologici. Le strutture che rispondono solo con il metadone stanno destando forti perplessità in vasti settori scientifici e nessuno potrebbe asserire con sicurezza che tale sistema non porti sottili significati deresponsabilizzanti.

Senza dubbio, il farmaco è oggetto di grandi dibattiti in corso. Da molti, al farmaco si sostituisce il calore di una presenza umana, attenta, coinvolta empaticamente a tempo pieno.

Il problema dunque sta diventando soprattutto pedagogico ed educativo; in molti casi è di certo prevalente e determinante, specie in un ambiente come il carcere che non è naturale all'uomo perché privo della sua essenziale istanza umana: la libertà.

Da ciò emerge l'importanza del portatore dei grandi valori e del rappresentante dei più alti ideali. È pur vero che anche la Religione può diventare oppio. Certamente ogni realtà, specialmente ottima, se si corrompe, è pessima. Ma

l'autentica religiosità che rispetti quello che è di Dio e quello che è dell'uomo, la vera Religione che si presenti e sia sul serio la forza promotrice della liberazione da ogni male, questa Religione è « medicina » provvida per il drogato. E noi sappiamo che il nucleo centrale e fondamentale di ogni Religione è la Liberazione dell'uomo da ogni tipo di schiavitù interiore ed esteriore, fisica e morale, Liberazione di tutto l'uomo e di tutti gli uomini (2).

La dissuefazione con dosi scalari di farmaci sostitutivi senza una forte carica volitiva preguata di ideali può essere portata avanti senza grossi inconvenienti, ma anche senza grandi illusioni. Le dissuefazioni poi, decise da autorità, specialmente sul paziente incarcerato, possono dare amare delusioni, con angosce che lo possono travolgere con comportamenti autolesivi e con tragici tentativi di suicidio.

Necessita urgentemente la somministrazione dei valori terapeutici degli ideali. Le fasi adolescenziali nei carceri minori con l'accentuazione dei caratteri conflittuali esigono anche maggiori dosi di valori e di ideali. Il sogno suscitato dall'incontro folgorante con gli stupefacenti e l'innamoramento del giovanetto per la droga devono essere contrastati dal risveglio di nuovi desideri che rompano l'incantesimo e riportino il ragazzo alla realtà quotidiana. La droga è un'amante: un amante violenta e affascinante.

La commiserazione sentimentale o l'asprezza legale o la quantificazione medicamentosa sono oggi spesso giustamente abbandonate per dar luogo ad una sostituzione di amore che offra una grande seduzione con precisi impegni di realizzo su progetti di vita e sopra ideali che rendano attivi e non vittime i tossicodipendenti specialmente giovani.

In questi paradigmi il ruolo del sacerdote diventa interessante. Le iniziative delle comunità terapeutiche ove c'è presenza sacerdotale pare che stiano a comprovare i nostri asserti. I dati che ci risultano sembrano promettenti.

La volontà organizzata di molti su precisi valori sta dando risultati di grande rilievo.

Il concetto di responsabilità individuale e collegiale costituisce il perno su cui si aggira questa terapia efficace.

(2) Autori vari, *Carcere e Società*, Marsilio Editori, Relazione al Congresso Nazionale di Venezia, 1976, di GREGANTI GERMANO, pagg. 395-408.

Accettare l'idea di vivere insieme organizzandosi nei programmi quotidiani aiuta a scoprire i valori contrapposti a quelli prevalenti del mondo della droga. Le regole comunitarie offrono un'ambiente migliore di quello arido e sordo di cui il tossicomane aveva fatto esperienza e aiutano a ristrutturizzare la sua personalità. Gli appoggi e la solidarietà di gruppo aiutano a superare le debolezze e le paure e facilitano la responsabilizzazione che rende capace di occupare ruoli sempre più attivi e oblativi. Il protagonista comunque resta sempre il tossicodipendente che tende a far emergere la vera propria profonda identità.

La provvisoria identificazione col gruppo o con il capo « carismatico » precede la scoperta della propria individualità totale e indipendente ma non ne dovrebbe deteriorare l'esito se la strategia è bene organizzata. Col tempo utile la posizione passiva e ricettiva sarà superata. Lentamente ma gradualmente e costantemente nascerà nel giovane tossicodipendente l'incompletezza delle soddisfazioni, la sofferenza delle fasi alterne, la visione di nuovi orizzonti realistici che spezzano l'alone mitico di cui si era circondato.

Il sapore della precedente esperienza non darà più gusto o, ritornando in periodi di fatali incontri, troverà un rifiuto prima forse incerto ma poi prolungato e definitivo.

Tutto ciò sarà frutto del dinamismo della terapia dei valori. Tra questi valori è di capitale importanza il lavoro.

Nelle comunità più avanzate si realizza un'organizzazione del lavoro molto studiata. Il lavoro è reputato uno dei valori più costruttivi della persona umana ed è considerato lo strumento principale per il cambiamento della personalità del tossicodipendente. Il lavoro è visto come contributo alla collaborazione, alla responsabilità, alla autonomia. Il lavoro perciò dev'essere vero, soddisfacente, non alienante. La conquista dei diversi spazi di lavoro deve essere fatta sulla base dei propri interessi per assicurarne la continuità e dev'essere graduale, metodica, decisa (3).

Qui noi parliamo del lavoro anche perché in Italia sarà portato quanto prima in aula del Senato della Repubblica il Disegno di Legge n. 1602 « Norme in materia di servizi del-

(3) L. CANCRINI, *Quei temerari sulle macchine volanti*, 1982, La Nuova Italia scientifica, pag. 185.

l'impiego, di mobilità dei lavoratori e di integrazione salariale ed effettuazione di esperimenti pilota in materia di avviamento al lavoro ». È un disegno di Legge già approvato dalla Camera dei Deputati. L'associazione « Carcere e Comunità » in raccordo con varie forze politiche si sta battendo perché l'articolo 18 del suddetto Disegno, inserito anche per i nostri interventi, non solo non venga soppresso, come si sta minacciando per difficoltà del Bilancio, ma venga invece perfezionato da un emendamento che prenda in considerazione anche gli ex-detenuti che attualmente dal Disegno di Legge sono ignorati.

Noi vogliamo ricordare la legge 26 luglio 1975, n. 354 (artt. 20, 21, 22, 23) e il Decreto del Presidente della Repubblica del 29 aprile 1976, n. 431 (artt. 45, 46, 47, 48, 49, 51) sul lavoro nel carcere. Se il lavoro fa parte delle iniziative atte a promuovere l'avviamento del drogato ad un modo migliore di vita, occorre in valido impegno di tutte le forze penitenziarie perché la legislazione sul lavoro sia migliorata e il suddetto Disegno di Legge venga perfezionato. Dovrebbero essere utilizzati alcuni incentivi già in atto in alcuni Paesi europei: incentivi di ordine economico per i datori di lavoro e incentivi di ordine giuridico per i requisiti oggi esigiti all'assunzione, che viene difficoltà dal certificato penale richiesto, e per la facilitazione del part-time, specialmente per coloro che droga e carcere hanno reso in qualche modo incapaci alla continuità lavorativa delle 8 ore giornaliere.

Ci facciamo ora una domanda: A che punto siamo nelle carceri su questi settori della terapia dei valori da noi presentata?

Da varie inchieste o interviste fatte nelle carceri non mi risulta che per i carcerati tossico-dipendenti si realizzino modalità organizzate che vadano oltre il trattamento di una terapia disintossicante, mediante somministrazione di metadone secondo la prescrizione scalare del neurologo. Ad eccezione delle cure sanitarie null'altro viene fatto. L'amministrazione penitenziaria non organizza altre terapie (4).

Spesso i tossicodipendenti chiedono di stare in stanze occupate esclusivamente da altri tossicodipendenti e giustificano questa richiesta manifestando il timore che il loro com-

(4) Rivista *Segno*, Nuova serie, Aprile Maggio 1982, Palermo, pagg. 94-96.

portamento, a volte anormale, possa infastidire i detenuti non tossicodipendenti e ordinariamente i direttori di carcere non aderiscono a tale richiesta poiché gli esperti (sanitari, psicologi) sconsigliano per vari motivi il raggruppamento in ambienti isolati di detenuti tossicodipendenti.

Noi riteniamo che questa decisione, per le conoscenze da noi finora possedute, sia saggia, ma dovrebbe essere periodicamente riesaminata. Dovrebbero essere particolarmente scelti i candidati e stare insieme con i tossicodipendenti perché possano emergere nella piccola comunità dei scelti quei valori riabilitativi di cui abbiamo parlato. Non tutti i carcerati sono persone proibite.

Vi sono carcerati innocenti anche con notevoli capacità educative. Dal momento poi che, dopo la dimissione dal carcere, non ha séguito l'efficacia della cura sanitaria, deve darci seria perplessità il metodo usato finora.

Soprattutto il carcere dovrebbe avere gruppi educativi preparati disposti al continuo contatto con i tossicodipendenti.

È proprio impossibile in Italia e in altri Paesi realizzare un tipo di rappresentante qualificato della Religione, della sua Chiesa (5), come — detenuto volontario — che faccia propria la vita carceraria con gli altri detenuti, in particolare con i tossicodipendenti, condividendone tutte le vicende di programmi da lui attuabili, di orari, di scelta a tempo pieno, con totale dedizione, per testimoniare il mistero religioso dell'Incarnazione e assumere in toto la situazione altrui come segno della corresponsabilità della società alla quale appartiene e del coinvolgimento della comunità di estrazione del detenuto?

Non è proprio possibile istituire presso gli Istituti penitenziari (o almeno presso alcuni di essi, con criterio territoriale) dei presidi composti da persone altamente qualificate e da « volontari » preparati, in modo che formino una caratteristica comunità in seno all'Istituzione stessa che s'impegni concretamente alla riabilitazione dei carcerati tossicodipendenti?

In queste eventuali iniziative è da rifiutarsi però nel modo più perentorio il sistema della disintossicazione forzata. La piccola Comunità del presidio dovrebbe accogliere solo i tossicodipendenti che lo comandino esplicitamente e vogliano

(5) G. GREGANTI, « Relazione al Congresso di Venezia, 1976 », da *Carcere e Società*, Marsilio Editori, Venezia, pag. 395.

decisamente liberarsi dalla droga (6). Occorre quindi potenziare il servizio del Volontariato. Le Associazioni ispirate al mondo carcerario oggi vivono momenti difficili sia per le reazioni dell'opinione pubblica in gran parte contraria alla umanizzazione delle pene e sia per la maggiore rigidità instaurata nelle istituzioni carcerarie, causa l'emergenza terroristica che viviamo. Ciò nonostante noi chiediamo al Consiglio dei Ministri d'Europa e alla Autorità dei Paesi Membri che promuovano maggiormente l'attività delle Associazioni di Volontariato, che hanno già dimostrato la loro generosa validità anche nel settore delle tossicomanie in carcere e dopo-carcere (7).

Va anche sollecitata la collaborazione delle famiglie dei carcerati tossicodipendenti. Ma questo è un grosso problema che va seriamente esaminato a proposito della regolamentazione e favoreggiamento delle visite familiari e dei colloqui. La Direzione carceraria deve vagliare l'abilità educativa dei genitori in collaborazione col Servizio Sociale esterno.

RIASSUNTO

Una delle cause dell'esperienza droga è la perdita dei valori e degli ideali.

È la povertà delle motivazioni e degli interessi che sollecita al rito delle tossicomanie. Molti tossicomani oggi stanno mettendo in crisi il servizio sanitario in tutto il mondo perché la loro domanda non è esaurientemente appagata. Si sta diffondendo la persuasione che non bastino gli interventi medici o farmacologici. Da molti esperti, al farmaco si sostituisce il calore di una presenza umana, attenta, coinvolta empaticamente a tempo pieno.

Il problema dunque sta diventando soprattutto pedagogico ed educativo. Necessita urgentemente la somministrazione dei valori terapeutici degli ideali. Le fasi adolescenziali nei carceri minorili con l'accentuazione dei caratteri conflittuali esigono anche maggiore dose di valori e di ideali. Il sogno suscitato dall'incontro folgorante con gli stupefacenti e l'innamoramento del giovanetto per la droga devono essere contrastati dal risveglio di nuovi desideri che rompano l'incantesimo e riportino il ragazzo alla realtà quotidiana.

In questi paradigmi il ruolo del sacerdote diventa interessante. Le iniziative delle comunità terapeutiche ove c'è la presenza sacerdo-

(6) G. GREGANTI, *Ragazzi in prigione*, Ed. Paoline, Torino, 1979, pag. 216.

(7) G. GREGANTI, *Ragazzi in prigione*, Ed. Paoline, Torino, 1979 pagg. 261-263.

tale pare che stiano a comprovare i nostri asserti. Tra i grandi valori da promuovere di capitale importanza è il lavoro. Nelle comunità terapeutiche più avanzate si realizza una organizzazione del lavoro molto studiata, sulla base dei propri interessi per assicurarne la continuità e la metodicità. Purtroppo nelle carceri questa terapia dei valori per i tossicodipendenti è ancora molto carente.

RESUME

Parmi les causes de l'expérience-drogue il y a celle de la perte des valeurs et des idéaux. C'est la pauvreté des motivations et des intérêts qui conduit au rite des toxicomanies.

Beaucoup de toxicomanes aujourd'hui sont en train de mettre en crise le service sanitaire dans le monde entier parce que leur demande ne reçoit pas une réponse adéquate.

On commence à être persuadé que les interventions médicales ou pharmacologiques ne sont pas suffisantes. Les Centres qui répondent seulement avec le Méthadone provoquent une grande perplexité dans de vastes secteurs scientifiques. Se basant sur leur expérience, plusieurs personnes compétentes remplacent le médicament par la chaleur d'une présence humaine, attentive, chaleureuse et permanente. On est en train de découvrir qu'il s'agit surtout d'un problème pédagogique et éducatif.

Il faut administrer d'urgence les valeurs thérapeutiques des idéaux. Les phases de l'âge de la puberté dans les prisons de mineurs avec l'accentuation des caractères conflictuels exigent un plus grand nombre de valeurs et d'idéaux.

Le rêve produit par la rencontre foudroyante avec les stupéfiants et la passion du jeune pour la drogue doivent être combattus par le réveil de nouveaux désirs qui cassent le mirage et ramènent le jeune à la réalité de chaque jour.

Dans ces perspectives le rôle du prêtre devient intéressant. Il semble que les expériences des communautés thérapeutiques dans lesquelles il y a la présence d'un prêtre confirment ces affirmations. Parmi les grandes valeurs à favoriser, le travail a une importance capitale. Dans les communautés thérapeutiques plus évoluées il y a une organisation très étudiée du travail à partir des intérêts de chacun, afin d'en assurer la continuité et le sérieux de la formation.

Cette thérapie des valeurs pour les toxicodépendants n'est pas encore présente dans les prisons, hélas!

SUMMARY

One of the causes of the drug-experience is the loss of the values and ideals.

It is the poverty of motivations and interests which urges to the rite of toxicomaniae. Many drug addicts are spoiling the sanitary

system all over the world since their demand is not wholly exhausted. The persuasion that medical or pharmacological interventions are not sufficient is spreading. The structures responding only to methadone are raising high perplexities in vast scientific sectors. Many experts are substituting the remedy with the warmth of an attentive, fully and empathetically involved human presence.

Therefore the problem is chiefly becoming pedagogical and educational. An urgent supply of idealogical therapeutic values is necessary. The different adolescence stages in prisons for minors with the accentuation of characters in conflict require a larger dose of values and ideals. The dream provoked by the gleaming meeting with narcotics and the falling in love of the youth with drugs must be opposed by the wakening of new wishes capable to break the enchantment and bring the young back to the daily reality.

In these paradigms the role of the priest becomes interesting. The initiatives of the therapeutical communities where there is the sacerdotal presence seem to prove our assertions. Among the great values to promote, work is of capital importance. In the most advanced therapeutical communities a strongly studied organization of work is realized on the basis of self interests to secure continuity and methodicity. In the prisons, however, this therapy of values for drug addicts is not yet very efficient.

DRUG-DEVELOPMENTS IN THE DUTCH PENITENTIARY SYSTEM

LEEUDERT H. ERKLENS (*)

I should like to make some general statements concerning ongoing drug-problems in Dutch penitentiary institutions.

Within as well outside prison the number of harddrug users, harddrug abuse and of drugtraffickers did increase rapidly in Holland during the last years.

The way one reacts upon these phenomena depends on several factors, especially characteristics of detained drug-addicts and drugpeddlers, of the penitentiary institution itself and the knowledge of those who are involved, for example prison officers.

About 10 years ago a drugproblem emerged as the consequence of growing numbers of detained addicts on the one hand and missing knowledge how to react to them on the other.

Nowadays an average number of 20-30 % is registered as a harddrugaddict in prison.

One can say that at first the general idea was to consider them as patients suffering from mental and physical disorders. It was from that point of view that some measures were taken. Although certain prison directors and physicians already tried for some years to alleviate drugproblems they were confronted with, more general policy measures date only back to circa 1978. Three types of measures could be distinguished:

- 1) initiating scientific research;

(*) Scientific advisor of the Prison Administration of the Dutch Ministry of Justice, Netherlands.

- 2) starting some drug experiments within two remand houses to get more practical experience;
- 3) to expand the knowledge of prison personnel.

Drug research in prison was conducted by the Institute of Criminology of the State University of Groningen. They showed that in terms of socio-economic characteristics the differences between addicts and non-addicted prisoners were much less significant than their similarities. Besides it appeared that among the non-addicted detainees there was a sizeable group of irregular hard drug users, and further that members of this group were convicted (earlier) of contraventions against the opium law.

Some of the major conclusions were first that heroin did have become part of the subculture yielding traditional criminality;

Second that it could be expected that the number of imprisoned drug addicts would rise sharply, this because it could be demonstrated that heroine use as such has an autonomous influence on the number of offences committed.

Third that it might be expected that all remand houses and prisons would be confronted with rising numbers of addicts.

Some general proposals were made to recruit the assistance of external service delivery organisations because, as it was stated, giving treatment to (addicted) detainees does not fit well into the organisational goals of penitentiary institutions and — secondly — demands specifically trained personnel.

A second and very important policy measure which had been taken was the implementation in 1979 of experiments with regard to service delivery for drug addicts in two remand houses in Amsterdam and Rotterdam. The main goals were to give more adequate medical treatment, to establish or consolidate the contacts with outside drug service organisations and to try to treat drug addicts in accordance with their social and psychological problems during their detention.

Johanna van de Vaart describes in full detail the experiment in the Amsterdam remand house.

A third policy measure aimed at improving knowledge about drug (takers). Instruction relative to drug matters

was given an important place in the vocational training of prison officers and prison executives.

In general it can be concluded that the purpose of the adopted measures was to improve the service delivery to be given to imprisoned drug addicts.

This was done on the basis of the underlying assumption that drugaddicted inmates had to be seen primarily as people suffering from mental and physical disorders.

A number of developments within as well as outside the prison walls with regard to drugusers and the aid they need did however lead to more balanced opinions within the penitentiary system. In the first place knowledge and expertise about drugs and drug users rapidly increased.

As far as the prison system is concerned this was, among others, the consequence of the frequent daily contact with addicts, improved vocational training and the appointment of a special advisor for drug problems. It appeared to be that after a detoxification period drug addicted inmates could in principle participate more or less normally in prison life. On the other hand more insight was gained in their specific personal problems such as their craving for and their psychological dependence on drugs, the drug-centredness of their way of life and — closely associated with this —, their ability to manipulate people, paradoxically accompanied by a relative immaturity of some of their personality features.

Further new research results showed the relative importance of different measures of aid. Intermediate results of an evaluation study of the experiments in the remand houses of Amsterdam and Rotterdam mentioned above make it clear that it was possible to establish more aid contacts between imprisoned drug addicts and outside service delivery organisations, but that on the other hand the quality and effects of these contacts were rather vague.

Besides new research was conducted by members of the criminological Institute of Groningen. They tried to investigate various life styles of drug addicts and they inquired in how far these life styles were more or less a logical continuation of a pre-drug life style.

They were in state to associate various drug careers with different pre-drug subcultures. Notwithstanding great differences between these (*pre-drug*) subcultures addicts

were before starting hard drug use all more or less involved in various forms of social deviance (that is to say not necessarily criminal acts).

So the well known concept 'drug-related crime' was turned into « deviance related drugs ». In this study it was made clear that many drug users have ambiguous attitudes towards the functions of aid delivery institutions. In general they try to adapt these functions to their own specific goals. For instance, imprisonment was seen by some of them mainly as a break: a way of getting a rest, proper food, shelter and regaining a low(er) tolerance level.

To my opinion the outcome of all this can be the conclusion that it must be admitted that detained drugaddicts do have specific problems e.g. medical and socio-psychological, but that on the other this does not always necessarily imply they are in need of specific aid or have to be treated completely different as other inmates. Treatment has to be aimed on the specific problems and depends on the quality of the motivation to be treated.

A last development to be mentioned with regard to drugs in prison is a rapid increase of convicted drugdealers during the last 3-4 years. In 1976 the Opium law underwent changes. One of the main changes was a heavier maximum penalty for drugtraffic, in particular harddrugtraffic with a maximum of 12 years prison.

In combination with a growing number of arrested drugdealers, more and more convicted drugdealers with long prison sentences came into Dutch prisons.

On the basis of scientific research, done in these prisons for long term offenders, it could be made quite clear that these dealers were to a large extent responsible for harddrug traffic in these prisons. Further this investigation gave rather convincing indications that harddrug abuse among inmates was stimulated by these traffickers.

In general a prominent consequence of hard drug abuse in prisons can be a growing tension between the inmates; these tensions are caused by non-addicts averse reaction to drugs and drug users, sometimes by the vast amount (great sums) of money meant for buying drugs. This sometimes leads detainees to turn other inmates in to the authorities for possessing drugs or money. Furthermore addicts who them-

selves often experience withdrawal problems as a result of irregular use, due to unreliable importation, tend to act irritably. Former addicts who achieved a successful detoxification are compelled by pushers to resume their drug habit.

This all adds up to a general climate of conflicts and aggression between prisoners. Besides the relationship between inmates and — particularly — the prison officers will be negatively affected. In general it becomes even more difficult to establish normal social contacts between these two groups.

Hard drug users will try to conceal their habit and are inclined to interpret contacts only as control efforts.

This may have a demoralising effect on the attitudes and work orientation of prison-officers, especially when they have, as they do in Holland, the double task of maintaining safe prison conditions as well as enhancing positive and social behaviour of prisoners.

From the perspective of the so called resocialisation task, this demoralisation process can be intensified when it is necessary to increase safety measures to contain the growing drug traffic. This process works in two ways:

- On the one hand the social distance between prison officers and detainees widens, distrust between the two parties grows, and resocialisation efforts become more and more unrealistic.

- On the other hand when these safety measures are effectively applied, the prison officers as well as many other people involved become the only channel along which drugs can be smuggled into prison. One observes that in reality it sometimes proves very difficult for prison personnel to refuse the large sums of money offered by detained dealers who bribe them into dealing drugs.

As a reaction to these problems of drugtraffic and illegal drug use in especially these prisons for long term offenders a commission has been installed to give advise for the repression of all these problems. So I think that it must be concluded that in Holland we reached a rather critical point. On the one hand we have good experiences with service delivery by internal and external behavioral specialists.

The medical treatment also has improved considerably. But on the other hand these positive developments seem to be threatened by the above mentioned drug problems. It is rather probable that repressive measures will counteract a striving for an improvement of aid giving and treatment activities.

To my opinion this threat can only be managed if two conditions will be fulfilled.

In the first place repressive measures must be handled as specifically as possible, namely directed against those who are dealing drugs within prison. This will not always be easy, for example as a consequence of a certain overlap between those who are addicted and those who are trafficking.

A second condition seems that goals which are set for treatment, of and aid giving to addicted inmates within the existing, standard prisons will have to be rather humble.

This option concurs with the policy report of September 1982 of the undersecretary of justice in which recent developments as well as the future goals for the Dutch prisons system are derived.

In this policy report the general current penitentiary daily life as well as on the results of scientific research, it is said that one can doubt whether the actual goals of re-socialisation and rehabilitation of prisoners is fully realistic.

The situation and the environment in which detainees go back to after detention is often more influential than the detention regime itself. New, less ambitious purposes are presented in this policy report, namely:

- the furtherance of human detention conditions;
- the limitation of harmful detention effects;
- the preparation of reintegration into society.

I think these goals will delimit the framework wherein the specific aid given to detained drug addicts will take place. Besides it looks likely as if in this way treatment of addicted inmates may also contribute in some degree to resolve penitentiary problems created by drugs and drug takers in prison. With regard to the third proposition (the preparation of reintegration into society), the Dutch penitentiary system seeks the cooperation of external insti-

tutions specialised in service delivery for drug addicts, especially the Consultation Bureau for Alcohol and Drugs.

One of the main tasks of this Bureau namely is and will be the intermediation between imprisoned addicts and external service delivery systems of all kinds.

This cooperation is for another reason particularly required.

As a consequence of the economic recession and reduction of the state budget, the Dutch penitentiary administration is also compelled to reduce drastically its expenditures. It will only be possible to realise these more limited tasks in close cooperation with external institutions.

RIASSUNTO

Una decina di anni fa i detenuti tossicomani crearono nuovi problemi per il sistema penitenziario olandese. Furono quindi adottati, in un primo momento, tre tipi di provvedimenti volti, rispettivamente, a dare avvio alla ricerca scientifica, a favorire l'attuazione di esperimenti di trattamento ed a migliorare la formazione del personale carcerario. In questi ultimi anni il traffico della droga all'interno degli istituti di detenzione, nonché il crescente numero di detenuti tossicomani hanno acuito il problema della droga nelle carceri. Al momento attuale sono allo studio dei provvedimenti di controllo. Questi ultimi debbono essere vagliati attentamente con riferimento agli effetti negativi che potrebbero scaturire dall'impatto con l'ambiente carcerario in genere, e in particolare con riferimento ai servizi prestati dagli specialisti del comportamento interni ed esterni. Un trattamento disintossicante non può in questo contesto essere realizzato. Ciò è in sintonia con la nuova politica penitenziaria nella quale gli obiettivi di risocializzazione sono sostituiti da obiettivi più a portata di mano; come ad es. la limitazione degli effetti nocivi della detenzione. D'altra parte si si proseguirà la collaborazione con i centri esterni di assistenza.

RESUME

Il y a une dizaine d'années, les détenus toxicomanes créèrent de nouveaux problèmes dans le système pénitentiaire hollandais.

Ainsi, dans un premier temps, furent adoptés trois types de mesures destinées, respectivement, à lancer la recherche scientifique, à favoriser la mise en place des expériences de traitement et à améliorer la formation du personnel pénitentiaire.

Ces dernières années, le trafic de drogue à l'intérieur des instituts de détention ainsi que le nombre croissant de détenus toxicomanes ont aggravé le problème de la drogue dans les prisons. A l'heure actuelle, des mesures de contrôle doivent être examinées attentivement tant d'un point de vue général (en ce qui concerne les effets négatifs pouvant provenir de l'impact avec le milieu carcéral) que d'un point de vue plus spécifique.

Ce qui est affirmé est en accord avec la nouvelle politique pénitentiaire dans laquelle les objectifs de resocialisation sont substitués par des objectifs plus réalisables, comme, par exemple, la limitation des effets nocifs de la détention.

D'autre part, la collaboration avec les centres extérieurs est poursuivie.

SUMMARY

Ten years ago detained harddrug addicts created new problems for the Dutch penitentiary system. Three types of measures were taken at first: initiating scientific research and experiments with some low level treatment modalities and ameliorating the knowledge of prison personnel. Last years drug traffic within prison and growing numbers of detained hard-drug addicts intensified the penitentiary drugproblem. Control measures are now in preparation. These must be critically examined with regard to adverse effects on the penitentiary climate in general and specifically the service delivery by internal and external behavioural specialists. Drugtreatment as such will not be developed. This is in accordance with a new penitentiary policy, in which resocialisation goals are substituted by less far reaching options, for example the limitation of harmful detention effects. On the other hand the cooperation with external aid delivery organisations will be furthered.

ROLES DES SERVICES DE SANTE MENTALE PENDANT ET APRES L'INCARCERATION

FERNAND GOFFIOUL (*)

Les vagues successives de consommation de drogues toxicomanogènes et de substances psychotropes de manière générale qui ont déferlé sur le monde occidental depuis une quinzaine d'années justifient largement une concertation interdisciplinaire et une évaluation de rôles réciproquement attendus dans les différentes instances sociales et des professionnels des différentes disciplines.

On s'accorde à dire que, au fil des années, dans les différents pays occidentaux, des polytoxicomanes de plus en plus jeunes courent et font courir des dangers vitaux et sociaux plus grands. Le nombre des morts par surdosage augmente dans les différents pays. Le nombre des interventions pénales s'accroît. N'est-ce pas dû au renforcement des moyens policiers? Le signalement plus fréquent ne dépend-il pas de l'émotion sociale qui mobilise les médias?

Fondamentalement et avant tout, quelle est la pertinence du sentiment très répandu: « Les usagers sont des malades, victimes des trafiquants. Il faut soigner les uns et punir les autres ».

Ce sentiment a donné lieu non seulement à un débat tumultueux, à preuve que des campagnes politiques récentes se sont emparées du problème, mais des lois ont été promulguées dans différents pays.

(*) Neuro-Psychiatre. Directeur du Centre de Santé mentale. Maître de Conférence à l'Université de Liège, Belgique.

La référence culturelle et socio-thérapeutique pourrait bien servir à réunir la psychiatrie et la criminologie idéalement dans une hypothèse d'action unique avec comme lieu géométrique, la santé mentale (Balduzzi).

Le débat a davantage encore de relief du fait de l'extension du phénomène dans le champ socio-culturel au cours des dernières décennies. En même temps que la contestation et le grand refus des années 68, évoluent depuis lors sous des formes diverses, non seulement le recours accru à des édulcorants de l'anxiété, à des échappatoires dans les paradis artificiels, mais encore une démission face à la vie sociale, à ses contraintes et à ses aspects désespérants. Dans le même temps, s'est institué un débat aussi bien sur la valeur fonctionnelle que la valeur symbolique de l'asile pour aliénés et de la prison en tant qu'éléments de la protection sociale, mais aussi de régénération des individus perçus comme insupportables.

Organes de rejet, doivent-ils être aussi des organes de régénération?

Un débat raisonnable est-il concevable qui ne soit pas manichéen?

Le problème n'est pas d'être pour ou contre la prison.

Le problème n'est pas de trouver une ligne de démarcation entre drogues dures et drogues douces.

Le problème n'est pas celui de la dépénalisation, de la décriminalisation comme on veut le dire, il est celui d'une approche critique sans doute, mais aussi celui de la recherche d'une solution d'humanité progressive qui soit compatible à la fois avec la pratique judiciaire en fonction de la loi pénale et de son caractère évolutif et avec les attitudes sociales que le phénomène entraîne.

L'intention est ici de situer et d'explicitier l'interprétation médico-psychologique.

Le rôle des services de santé mentale, qu'il s'agisse de services ambulatoires ou hospitaliers, spécialisés ou sensibilisés est explicitement prévu dans différents textes aux Conventions Internationales. Ainsi, la Convention Unique sur les stupéfiants de 1961 envisage non seulement les substances soumises au contrôle des organes internationaux de contrôle, des mesures préventives, répressives et de limitation d'usage, mais

encore stipule qu'il faut prévoir et recommander le traitement des toxicomanes.

Un protocole consécutif adopté à Genève le 25 mars 1972 prévoit que les personnes qui utilisent de façon abusive des stupéfiants soient soumises à des mesures de traitement au lieu d'être condamnées pénalement ou en complément de leur condamnation.

La convention sur les substances psychotropes de Vienne du 21 février 1971 élargit le contrôle international à l'usage de substances gravement dangereuses pour la santé: hallucinogènes, stimulants et dépresseurs du système nerveux central.

La loi belge du 9 juillet 1975 et la loi française du 31 décembre 1970 conjuguent dans la lutte contre la toxicomanie autorités judiciaires et sanitaires, des actions médico-sociales étant destinées au traitement des toxicomanes tandis que des mesures répressives frappent ceux qui font commerce illicite ou incitent à consommer des psychotropes.

Rôle des services de santé mentale

Le Comité Européen pour l'Etude des Problèmes Criminels fait très clairement allusion et appel aux instances médico-sociales, qu'il s'agisse de décriminalisation de jure, de facto ou de diversion, ce dernier processus ne consistant pas pour la justice pénale régulièrement compétente à s'abstenir de poursuivre, mais bien à renvoyer le problème aux parties directement concernées avec l'aide éventuelle d'un organisme extérieur pour résoudre le problème, en l'occurrence un centre médico-social.

L'accent est ici mis sur l'intervention positive de cet organisme extérieur qui aidera le délinquant à surmonter les problèmes qui ont pu le conduire à la délinquance.

Il est caractéristique que cette intervention soit le fait d'organismes ad hoc, distincts des services pénitentiaires et de leurs annexes médicales, psychiatriques en l'occurrence.

L'action médico-sociale, en réponse aux différentes formes de consommation illicite de drogues, peut se développer à côté de l'action pénale et du processus pénologique ou dans l'intermittence de cette action.

Dans cette perspective, il faut envisager les instances médico-sociales, non seulement par rapport au processus

pénal, mais aussi pendant les solutions alternatives à la prison, comme solution alternative à la prison (mesure de probation, placement en foyer d'accueil, internement psychiatrique de défense sociale, libération conditionnelle, mesure prétoirienne, décision du juge de la jeunesse....).

Le processus pénal est par essence même positiviste, bureaucratique, discontinu. Le processus médico-social est personnalisé, phénoméno-structurel, adaptatif, c'est-à-dire transactionnel et il se fonde dans un processus de réalité, c'est-à-dire qu'il vise à la continuité de l'effet psychologique au-delà et du fait même de l'action psychologique et psycho-sociale. Le principe général est de comprendre avant d'agir, de savoir qui fait quoi, comment et pourquoi.

Les personnes concernées sont donc celles qui tombent sous le coup de la loi pénale. Toutes les pharmacodépendances ne tombent pas sous le coup de la loi pénale ou du moins pas comme telles et ceux qui se droguent aux solvants, tel de Sassi, ne sont jamais poursuivis pour pharmacodépendance.

Ceux qui sont poursuivis appartiennent à trois catégories distinctes: les usagers, les usagers-revendeurs, les trafiquants.

Les usagers-revendeurs cherchent à se faire passer plus pour usagers que pour revendeurs et les trafiquants n'ont aucune propension à recourir à une tutelle médico-sociale. Il est arrivé toutefois que certains dealers s'infiltrèrent dans les salles d'attente de centres médico-sociaux pour y recruter ou relancer une clientèle.

Le rôle du centre psycho-médico-social pendant et après la détention est centré sur la personne. C'est un processus de type médical qui est amorcé à l'occasion d'une infraction à la loi. Pourtant le contrôle de la situation anti-sociale et anti-éthique que sanctionne la loi n'est qu'une étape et non une fin en soi. Le but vrai est l'adaptation et la compatibilité sociale avec en corollaire, sur le plan social, la tolérance positive, le respect de la différence qui n'est pas laisser faire, mais bien rendre possible la coexistence.

Il est important de noter que les services de santé mentale sont des organismes d'action psychologique qui interviennent ici à propos de circonstances d'intérêt criminologique. Leur intervention a provoqué chez certains méfiance, suspicion et a lancé le néologisme de « flic iatrie ». Pourtant, sans être ni un pouvoir ni un contre-pouvoir, le centre de santé men-

tales se situe comme un médiateur. Il ne risque pas de devenir totalitaire par le fait même qu'il n'est pas un contenant. Il propose un programme, un plan qui doit s'appliquer de façon concrète dans l'espace et dans le temps, mais qui plus est, doit pouvoir déboucher sur un accès au registre symbolique, notamment celui de la loi intériorisée, celui des identifications.

L'évaluation diagnostique, centrée certes sur l'individu, est pluriaxiale: psychique, physiologique et sociale. Cette approche postule donc une collaboration pluridisciplinaire: médecin, psychologue, travailleur social.

Le centre de santé mentale peut parfois être chargé de l'expertise mentale et recevoir du magistrat instructeur la mission de l'éclairer sur la responsabilité pénale du toxicomane. De plus, il arrive aussi que la mission confiée par le magistrat instructeur ou par la juridiction de fond comporte d'esquisser, s'il échet, une thérapeutique. Dans ce cas, l'expertise a d'emblée une dimension de prévention tertiaire (prévention de la récidive). De manière explicite la perspective d'un traitement est, selon le vœu des législateurs, virtuellement incluse dans la décision de justice.

Lorsque le Tribunal de la Jeunesse fait appel aux services de santé mentale, ce n'est pas pour apprécier les responsabilités pénales ni même l'accessibilité à une sanction pénale. L'examen médico-psychologique et l'enquête sociale constituent alors le cadre de référence qui oriente et qui pratiquement délimite la décision du juge de la jeunesse.

Qu'il s'agisse de l'évaluation diagnostique lors de la prise en charge ou de l'expertise mentale, l'essentiel pour l'équipe est d'entrer dans la compréhension des actes incriminés, leur vécu illusoire ou douloureux. Cette démarche d'évaluation crée à l'instant même un champ relationnel et elle est déjà souvent perçue comme une réponse à une attente massive de bienveillance de la part du justiciable.

Tenter de comprendre, c'est aussi affronter la contradiction entre le toxicomane et les valeurs qu'il adopte, et qui sont souvent très différentes de celles du commun des mortels. En particulier, que veut dire pour lui illicite? La toxicomanie est une maladie qu'on a souvent défini comme une authentique « pathologie de la liberté ». Si la toxicomanie est une maladie qui restreint la liberté, elle diminue d'autant la responsabilité pénale, hormis le cas où elle est génératrice

ou sous-produit de la démence ou de déséquilibre mental grave qui rend le sujet incapable du contrôle de ses actions.

Généralement, l'état de démence n'est retenu pas les experts que lorsque les actes délictueux ont été commis sous l'effet direct de la drogue. Pour le toxicomane comme pour l'acoolique, la plupart des experts considèrent qu'en s'étant mis volontairement dans une situation potentielle de commettre un délit, le sujet est responsable de son ivresse alcoolique ou canabique, de ses hallucinations dues au L.S.D., de son agressivité provoquée par les amphétamines ou la cocaïne, de sa confusion ou de son hébétude due aux opiacés ou aux hypnotiques (Leyrie). Toutefois, un mode d'existence psychopathique où la toxicomanie est un épiphénomène dans un contexte de déséquilibre ou au contraire une imprégnation chronique par des substances toxicomanogènes vraies, entraînant un mode d'existence psychopathique, peuvent inciter l'expert ou l'équipe d'experts à faire tomber le sujet sous l'application de la loi belge de défense sociale (1^{er} juillet 1964) au motif particulier à cette loi du déséquilibre mental grave rendant le sujet incapable du contrôle de ses actions.

Il existe des périodes particulièrement critiques: l'intervalle entre la détention préventive et la citation au Tribunal, les congés pénitentiaires ou de défense sociale sont des moments de rupture et de fuite. Parfois aussi, c'est au service de santé mentale que l'enfant prodigue s'adresse, à son retour ou depuis sa cachette, pour négocier un nouveau cadrage de l'existence.

Ces divers éléments sont des arguments supplémentaires pour que la relation thérapeutique soit nouée tôt, en phase carcérale éventuellement, en aidant le patient justiciable à distinguer les rôles et à exprimer ses attentes et ses craintes. Dédramatiser n'est pas banaliser. Le patient tente souvent de faire évoluer la psychothérapie vers une critique du système et de la société, d'attirer dans son orbite imaginaire le thérapeute mais aussi d'obtenir un accord implicite pour une rupture avec l'autorité judiciaire et ses exigences. Cela fait partie de son imaginaire et de ses désirs plus ou moins confus. Même chez le consommateur occasionnel, une des questions importantes est de savoir quel est le balancement dans son attitude et dans son désir qui le fait osciller entre le réel et l'imaginaire. S'il s'agit de sujets en invasion psycho-

tique (schizophrénie incipiens) ou de phénomènes de pharmacopsychose induits par les hallucinogènes, les oscillations dans la fonction du réel et l'irruption dans l'imaginaire sont parfois très rapides, déroutantes, même pour le clinicien.

Les données recueillies au cours de l'observation psychiatrique pourront être ultérieurement utilisées de manière à corroborer ou à interpréter de façon congruante ou différente, au fil de l'évolution psychopathologique, les données primitivement relevées. L'expertise n'est donc pas seulement un document destiné à orienter la décision de justice, c'est essentiellement un document clinique qui fonde l'hypothèse de travail thérapeutique en mesurant les écarts et les inflexions et en fondant les options thérapeutiques de façon cohérente, compte tenu de l'évolution spontanée ou induite de la vie psychique.

De l'obligation à la motivation au traitement

Un autre aspect qui met la démarche d'évaluation en porte-à-faux est que la demande d'aide est faible tandis que l'état psychopathologique est difficile à soigner. Or le diagnostic n'est pas une étiquette, c'est la base d'une hypothèse de travail. Certes, la dimension sociale est déterminante de manière évidente dans une large proportion de cas. Cela impliquerait la mise en cause de l'entourage. On serait souvent tenté de faire le procès de parents démissionnaires ou d'une société difficilement compréhensible.

On est ainsi pris dans un réseau d'ambiguïtés et de contradictions. Cela fait davantage problème pour la décision pénale comme telle que pour cadrer l'hypothèse de travail et la prise en charge thérapeutique.

En effet, d'un point de vue pratique et du point de vue de l'authenticité de la relation thérapeutique, l'élément important est d'aborder l'homme situé dans son réseau de relations. Par ailleurs, l'authenticité d'une relation thérapeutique dépend d'une motivation sincère. Même s'il n'y a pas eu à l'origine de demande spontanée, il faut pouvoir faire évoluer l'attitude vers une motivation personnelle, vers une implication dans la relation thérapeutique (Mc. Lellaln). Fréquemment adressé

par l'autorité judiciaire, parquet, juge d'instruction, juge de la jeunesse, le patient oscille entre le conformisme et l'opposition. La relation de confiance s'établit plus ou moins difficilement. L'ambiguïté entre traitement et répression engage souvent des sujets à échapper à la relation thérapeutique, soit en appauvrissant le dialogue, soit en s'absentant, soit en fuguant, à l'étranger éventuellement, qu'il y ait ou non rec chute ou délit quelconque.

D'un point de vue psychopathologique, les usagers de drogue appartiennent à une grande variété d'états. Les personnalités limites développent facilement des sentiments persécutifs.

Durant l'incarcération, le sujet arrêté qui se trouve en état de manque dépend primordialement du service médical et du service psychiatrique de la prison. Les dysfonctionnements du système pénitentiaire ne sont pas rares et il n'est pas exceptionnel qu'un sujet délire plusieurs jours, en risque vital, avant d'être traité. D'autres reçoivent de la méthadone à bonne dose, parfois durant des mois, pour avoir simplement affirmé s'être piqués à l'héroïne sans qu'on ait autrement vérifié les signes cliniques et les traces physiques de leur dépendance et de leur imprégnation.

Il est des prisons où non seulement des tranquillisants mais aussi des stupéfiants, des amphétamines sont obtenus avec grande facilité, pas seulement dissimulés dans des colis, mais procurés par le personnel et à des prix qui ne sont même pas supérieurs à ceux du commerce clandestin dans les tripots urbains.

Ces faits, de fréquence variable selon les époques, méritent d'être sérieusement considérés. Leur portée dépasse le cas. « Que ne suis-je moi-même dans la grande maison, disait récemment un mineur d'âge qui n'avait pas été mis en prison, mes copains reçoivent autant de méthadone qu'ils veulent et des tranquillisants, alors que vous me refusez ce traitement de substitution et me prêchez courage et volonté ».

Lorsqu'on pense au traitement, l'attention se porte de façon excessive sur la phase de désintoxication physique. Les aspects psychothérapeutiques et sociothérapeutiques sont bien plus importants: le désir de la drogue survit longtemps aux besoins, c'est pourquoi, dès la phase carcérale, il faut pré-

parer le cadre et les moyens d'une véritable liberté et prévoir spécialement les moments à risques que sont en particulier, les moments de « décompression », sortie provisoire ou définitive qui s'accompagnent si souvent de rechute immédiate rien que pour éprouver l'ivresse de la liberté.

Ces premiers moments de réintégration sociale doivent être soigneusement préparés pour qu'ils ne soient pas marqués par des contradictions et des doubles contraintes. La réintégration sociale doit se faire dans des conditions vivables, matériellement et moralement. Le malaise et l'angoisse réactivent facilement des conduites toxicophiles. La rechute, accident prévisible mais non pas inéluctable ne doit pas revêtir une importance excessive. On ne peut néanmoins la négliger ni laisser les stéréotypes catastrophiques se répéter.

La dangerosité comme critère de décision

L'appréciation de la dangerosité, c'est-à-dire le risque vital et la probabilité de la récédive, de prosélytisme se situe au carrefour entre répression et solution alternative. Incontestablement, la confiance de pas mal de magistrats reste mitigée, les échecs étant toujours plus retentissants que les succès et les risques étant incontestablement considérables. Cette dangerosité doit être appréciée en fonction des facteurs déclenchants, à la lumière des histoires du sujet, afin de situer les stéréotypes susceptibles de réactiver la conduite toxicophile.

Ceci est vrai pour les adolescents en particulier. Leur personnalité reste plastique aux influences positives mais plus encore aux incitations délétères. Leurs identifications et leurs projections sont incertaines et labiles. Leurs attitudes vis-à-vis de la bande sont facilement fusionnelles. La bande les marginalise et par là, les constitue (Fatela). Pour les adolescents en particulier, la notion de dangerosité tient au réamorçage des cercles vicieux. Le danger aussi est celui de créer sans réagir un cercle vicieux au second degré qui est subjectivement vécu comme une double contrainte: « Vous voulez que je m'adapte à la société, la seule société qui m'accepte est celle des copains. Or, c'est entre eux et moi que vous vous interposez... ».

De la bande au groupe thérapeutique

L'évolution de la cité contemporaine est marquée par une profonde évolution des relations humaines où le besoin de s'identifier et de se fondre dans le groupe alternent. La résolution (73.24) sur le traitement des délinquants en groupe et en communauté (Comité des Ministres Européens du 26 sept. 1973) recommande d'examiner la possibilité d'introduire et de développer en milieu ouvert et en milieu fermé, des techniques de groupe. Divers services de santé mentale ont acquis au fil des années une expérience dans ce domaine, plus facilement peut-être avec les alcooliques qu'avec les autres pharmacodépendants. Cela tient sans doute au fait que la transgression est psychologiquement bien plus importante chez ceux-ci que chez ceux-là. Quoiqu'il en soit, les groupements autothérapeutiques ou des groupes thérapeutiques encadrés par les professionnels entraînés ont apporté la preuve des faits complémentaires heureux. La fusion dans le groupe étant un stade préalable à une meilleure identification personnelle voire à un retournement en contraire à un prosélytisme cette fois positivement orienté.

Service de santé mentale indépendant et milieu carcéral

Le service médical pénitentiaire a, au premier chef, la tâche d'assurer le diagnostic et le traitement de manière indépendante du processus pénal. Il est fréquent que les médecins et leurs auxiliaires soient mal équipés et secondés pour cette tâche, une complémentarité entre les équipes extérieures s'avère souhaitable, spécialement pour la mise en train d'une psychothérapie, d'autant que le prévenu peut s'il le désire réclamer l'intervention de médecins ou d'équipes extérieures. On pourrait se poser la question de savoir pourquoi les condamnés qui purgent une peine ne pourraient pas eux aussi bénéficier de cette liberté fondamentale.

Le service social pénitentiaire, la Commission administrative de la prison, les Aumôniers, Pasteurs et Conseillers moraux, les Comités de Patronnage, d'aide et de reclassement sont aussi des interlocuteurs privilégiés.

Ils sont parfois mieux à même que les intéressés eux-mêmes de formuler ou de moduler la demande d'aide technique pour un individu donné.

De l'aide individuelle à l'analyse institutionnelle

L'évaluation clinique, l'esquisse d'un projet, la mise en trait progressive d'un programme thérapeutique comportant notamment un nouveau mode de relation au monde et aux autres permettent aussi par abstraction mais non par globalisation, une réflexion critique sur le système de contrôle social et sur le système carcéral en particulier. Depuis un certain nombre d'années, l'administration pénitentiaire belge a pris le risque d'installer des équipes universitaires dans certaines prisons de peines, pluridisciplinaires et chargées d'observations et de recherches. Leur rôle, difficile à admettre et à ajuster de part et d'autre a néanmoins eu un retentissement et une influence considérables au cours des années.

De façon moins spectaculaire sans doute, des équipes de santé mentale, à partir des observations cas par cas, peuvent aussi arriver à une réflexion critique et constructive permettant de réduire les dysfonctionnements et de pallier certaines insuffisances.

Le vécu pénitentiaire laisse en souvenir une trace qui est loin d'être univoque. Certains sujets, mineurs pénaux qui au terme de la loi de la protection de la jeunesse ne peuvent être incarcérés que 14 jours, conservent de leur bref séjour en maison d'arrêt une impression d'affranchissement, de mûrissement et en tirent parfois vanité et prestige.

D'autres sujets appréhendés sous l'influence de psychostimulants comme des amphétamines ou de la cocaïne ont, 48 ou 72 heures après leur incarcération, une « descente » particulièrement pénible d'ordre mélancolique avec un risque de suicide considérable dont bien peu de gardiens de prison sont avertis.

Ce n'est donc pas en censeur ni en contre-pouvoir, mais en partenaires d'un dialogue constructif que certains voudraient se constituer par rapport aux divers tenant des rôles du misérable théâtre carcéral.

Peut-être dans ce dialogue, l'idée centrale pourrait-elle axer les réflexions. « Le toxicomane, alcoolique ou drogué

a besoin d'amitié, mieux, d'amour. Mais pour guérir, il a absolument besoin de quelqu'un qui soit plus fort que lui, sinon il ne passera jamais de l'état de dépendance à l'état de liberté » (Comiti).

Après la prison, le bilan psychosocial fait souvent apparaître des carences précoces et prolongées dans l'entourage. Les conflits, les rancœurs, les incompatibilités peuvent persister. Le refus de l'autorité est souvent la transposition du refus de l'autorité parentale à tort ou à raison, proportionnée ou démesurée. Asile ou prison, les milieux totalitaires sont néanmoins sécurisants. En relai, il faut un ailleurs vivable. Les maisons d'accueil sont des points d'appui indispensables. Leur rôle doit cependant être limité et certains gourous qui vendent leur charisme patriarcal méritent d'être considérés avec beaucoup de circonspection. Accueillir, héberger, entourer d'attention est certes important d'un point de vue thérapeutique mais partiel. Certains se montrent présomptueux et affichent des résultats, sans dire après quel délai d'observation. De façon générale dans le domaine criminologique et dans le domaine de la pharmacodépendance en particulier, c'est vers des processus d'action et de coopération dans la complémentarité qu'il faut s'orienter pour être restructurant. Il faut éviter de recréer les système de ghetto et des positions plus ou moins paranoïdes. C'est déplacer le rejet et le répéter.

En bref et en conclusion le caractère mouvant des phénomènes psychosociaux de pharmacodépendance méritent une analyse et un ajustement continus.

RIASSUNTO

L'Autore ricorda, nell'introduzione, che il consumo di droghe è in continua crescita comportando da una parte, un aumento dei decessi da overdose e dall'altra, un moltiplicarsi degli interventi penali.

L'opinione pubblica distingue i consumatori dai trafficanti. I primi debbono essere curati, i secondi debbono essere puniti. Questa distinzione ha dato luogo ad un dibattito molto acceso. Pena o trattamento?

La Convenzione Unica sugli stupefacenti del 1961 stipula che bisogna contemplare e raccomandare il trattamento dei tossicomani.

Similmente un protocollo successivo del 25 marzo 1972 contempla il trattamento al posto della condanna o ad integrazione della condanna.

La legge belga del 9 luglio 1975 e la legge francese del 31 dicembre 1970 congiungono le autorità giudiziarie con quelle sanitarie nella lotta contro la tossicomania.

Ruolo dei servizi di salute mentale

L'accento è posto sull'azione medico-sociale che dovrebbe svilupparsi accanto all'azione penale o alternativamente a quest'ultima.

I soggetti coinvolti sono quindi coloro che sono colpiti dalla legge penale: consumatori, consumatori-trafficienti e trafficanti.

Il ruolo del centro psico-medico-sociale durante e dopo la detenzione è incentrato sulla persona.

La valutazione diagnostica è plurisettoriale: fisica, psicologica e sociale.

Il centro di salute mentale può, alle volte, essere incaricato di effettuare una perizia mentale e ricevere dal magistrato istruttore l'incarico di far luce sulla responsabilità penale del tossicomane e d'altra parte attuare la terapia.

Lo scopo principale di questa azione è quello di tentare di comprendere il soggetto. L'Autore esamina poi la nozione di stato di demenza legato alla droga.

Alcuni esperti considerano che il soggetto è responsabile della sua ubriachezza prodotta dalla droga, come per quella prodotta dall'alcool. Pertanto in alcuni casi, altri esperti pensano che il soggetto possa essere giudicato incapace del controllo delle sue azioni (legge belga 1 luglio 1964).

Dall'obbligo alla motivazione al trattamento

L'Autore mette qui in evidenza le difficoltà di un rapporto terapeutico (dovute in particolare all'ambiguità tra trattamento e repressione).

Per una sicura riuscita è necessario che questo rapporto terapeutico sia avviato il più presto possibile.

I dati raccolti nel corso dell'osservazione psichiatrica non sono esclusivamente destinati ad orientare la decisione della giustizia, essi debbono costituire un documento clinico essenziale, base del lavoro terapeutico.

L'Autore precisa poi che gli aspetti psicoterapeutici e socioterapeutici sono più importanti della fase di disintossicazione fisica del soggetto.

Anche i primi momenti di libertà del soggetto sono molto delicati, bisogna dunque preparare questa fase di reintegrazione sociale nel modo più accurato possibile.

La pericolosità come criterio di decisione

La stima della pericolosità (cioè del rischio vitale e la probabilità di ricaduta deve essere fatta in funzione dei fattori scatenanti alla luce del passato del soggetto al fine di situare gli stereotipi suscettibili di riattivare la condotta tossicofila (e ciò più particolarmente con gli adolescenti).

Gruppi terapeutici

L'esperienza dimostra che i gruppi autoterapeutici o i gruppi terapeutici guidati da esperti professionisti hanno ottenuto degli ottimi risultati.

Servizio di salute mentale indipendente e ambiente carcerario

L'Autore propone, in considerazione dello stato insoddisfacente dei servizi medico-penitenziari, di attuare una complementarità con gruppi esterni, in particolare per l'attuazione di una psicoterapia.

Dall'atto individuale all'analisi istituzionale

L'Autore descrive l'esperienza del Belgio che ha dislocato dei gruppi universitari in alcune carceri per effettuare delle osservazioni e delle ricerche.

Similmente dei gruppi di salute mentale, partendo da osservazioni caso per caso possono anche giungere ad una riflessione critica e costruttiva che permetta di ridurre i cattivi funzionamenti.

Gli effetti negativi della detenzione sono numerosi e il periodo successivo ad essa è molto importante.

Bisogna ricreare un ambiente vivibile ed evitare quelle ghettizzazioni che per il tossicomane potrebbero costituire dei fattori di ricaduta.

RESUME

L'Auteur rappelle, en introduction, que la consommation de drogues ne cesse d'augmenter, entraînant d'une part, un accroissement des décès par overdose et, d'autre part, une multiplication des interventions pénales.

Le sentiment général sépare les usagers et les trafiquants. Les premiers doivent être soignés, les seconds doivent être punis.

Ce sentiment a donné lieu à un débat tumultueux. Peine ou traitement?

La Convention Unique sur les stupéfiants de 1961 stipule qu'il faut prévoir et recommander le traitement des toxicomanes. De même un protocole consécutif du 25 mars 1972 prévoit le traitement au lieu de la condamnation ou en complément de la condamnation. La loi belge du 9 juillet 1975 et la loi française du 31 décembre 1970 conjuguent autorités judiciaires et sanitaires dans la lutte contre la toxicomanie.

Rôle des services de santé mentale

L'accent est mis sur l'action médico-sociale qui devrait se développer à côté de l'action pénale ou dans l'intermittence de celle-ci.

Les personnes concernées sont donc celles qui tombent sous le coup de la loi pénale: usagers, usagers-trafiquants, trafiquants.

Le rôle du centre psycho-médico-social pendant et après la détention est centré sur la personne.

L'évaluation diagnostique est pluriaxiale: psychique, psychologique et sociale.

Le centre de santé mentale peut parfois être chargé d'expertise mentale et recevoir du magistrat instructeur la mission de l'éclairer sur la responsabilité pénale du toxicomane et, par ailleurs, de mettre en place une thérapeutique.

Le but principal de cette action est de tenter de comprendre le sujet.

L'Auteur passe ensuite à la notion d'état de démence liée à la drogue. Certains experts considèrent que le sujet est responsable dès son ivresse due à la drogue, tout comme pour celle due à l'alcool.

Cependant, dans certains cas, d'autres experts pensent que le sujet peut être jugé incapable du contrôle de ses actions (loi belge 1 juillet 1964).

De l'obligation à la motivation au traitement

L'Auteur met ici en évidence les difficultés d'une relation thérapeutique (en particulier dues à l'ambiguïté entre traitement et répression).

Pour une réussite plus sûre, il faut que cette relation thérapeutique soit nouée le plus tôt possible.

Les données recueillies au cours de l'observation psychiatrique ne sont pas seulement destinées à orienter la décision de justice; elles doivent être un document clinique essentiel, base du travail thérapeutique.

L'Auteur précise ensuite que les aspects psychothérapeutiques et sociothérapeutiques sont plus importants que la phase de désintoxication physique. Ainsi, les premiers moments de liberté sont les plus importants; il faut donc préparer cette phase de réintégration sociale le plus soigneusement possible.

La dangerosité comme critère de décision

L'appréciation de la dangerosité (c'est-à-dire le risque vital et la probabilité de récidive) doit se faire en fonction des facteurs déclenchants, à la lumière des histoires du sujet, afin de situer les stéréotypes susceptibles de réactiver la conduite toxicophile (et cela plus particulièrement chez les adolescents).

De la bande au groupe thérapeutique

L'expérience montre que les groupements autotérapeutiques ou des groupes thérapeutiques encadrés par des professionnels entraînés ont apporté de très bons résultats.

Service de santé mentale indépendant et milieu carcéral

L'Auteur propose, vu le mauvais équipement des services médicaux pénitentiaires, une complémentarité avec des équipes extérieures, spécialement pour la mise en train d'une psychothérapie.

De l'aide individuelle à l'analyse institutionnelle

L'Auteur parle de l'expérience belge installant des équipes universitaires dans certaines prisons pour effectuer des observations et des recherches.

De même, dit-il, des équipes de santé mentale, à partir des observations cas par cas, peuvent aussi arriver à une réflexion critique et constructive permettant de réduire les mauvais fonctionnements.

Les effets négatifs de la prison sont nombreux et l'après-prison est très important. Il faut recréer un ailleurs vivable et éviter les systèmes de « ghetto » qui, pour le toxicomane en l'occurrence, ne sont que facteurs de récidive.

SUMMARY

In his introduction, the Author pointed out that drug consumption continued to increase bringing about a rise in the number of deaths due to overdose on the one hand and a growing number of penal actions on the other.

There was a general tendency to separate drug users and drug dealers. The former needed treatment whilst the latter should be punished. This tendency has led to much discussion – punishment or treatment?

The 1961 « Convention Unique » on Drugs stipulates that treatment should be foreseen and recommended for drug users. Similarly, a draft follow-up dated 25 March 1972 foresees treatment instead of a sentence or as well as a sentence. The Belgian Law dated 9 July 1975 and the French Law dated 31 December 1970 involve both the judiciary and health authorities in the struggle against toxicomania.

Role of the Mental Health Services

Emphasis was given to socio-medical action to be developed along side any penal action or in intermixture with such action. Those concerned are therefore those who fall under the penal law – users, user-dealers and dealers.

The role of the psycho-socio-medical centre during and after imprisonment is centred on the person.

The diagnostic evaluation is based on several factors – psychological, psychological and social.

The Mental Health Centre is sometimes considered as an expert in mental health matters and can be asked by the Investigating Magistrate to give clarification on the penal responsibility of the drug addict and also to establish therapeutical treatment. The main aim of this action is an attempt to understand the person concerned.

The Author then discusses the possibility of a state of insanity in connection with drugs. Certain experts are of the opinion that a drug addict is responsible for his state in the same way as an alcoholic.

However, in certain cases, other experts think that a person can be judged to be «incapable of controlling his actions» (Belgian Law dated 1 July 1964).

From compulsory to motivated treatment

Emphasis is given by the author to the difficulties involved in connection with therapeutical treatment (particularly due to the ambiguity between treatment and punishment). To ensure greater success, the therapeutical aspect must be highlighted as soon as possible.

Data collected during psychiatric observation are to be used not only to guide the Legal authorities in their decisions but also as important clinical background material for therapeutical treatment.

The Author continued by stressing that the psycho- and socio-therapeutical aspects are far more important than the physical disintoxication phase. The first moments of freedom are, therefore, very important, and this phase of social rehabilitation must be very carefully prepared.

The degree of dangerousness as a criteria for decision taking

An evaluation of the degree of dangerousness (i.e. risk of life and probability of relapse) should be made on the basis of the triggering off factors in the light of the subject's background history, in order to identify the factors most likely to reactivate drug-taking (particularly in the case of adolescents).

From a gang to group-therapy

Experience has shown that auto-therapeutical groups or group-therapy run by trained staff have given very good results.

A separate Mental Health Service and the Prison

The Author suggests that, in view of the lack of equipment in the prisons' medical services, outside expert teams should also be used especially for the setting up of any psycho-therapeutical treatment.

From self-help to institutional analysis

The Author discussed the Belgian experience of establishing university teams in some prisons to carry out observations and research.

Mental Health teams can even reach, on the basis of case-by-case observations, critical and constructive conclusions leading to a reduction in shortfalls.

There are many negative effects of imprisonment and the post-imprisonment phase is very important. A valid alternative must be created and « ghetto » type systems should be avoided since, for a drug addict, they represent relapse factors.

BIBLIOGRAFIA

- E. BALDUZZI. *Le traitement dans le service pénal. Actes du Xème Congrès français de Criminologie*, Lyon, 25-27 septembre 1969, Masson 1970.
- H.N. BARTE, G. OSTAPZEFF. *Législation psychiatrique française. Encyclopédie Médico-chirurgicale*, Paris, 37901 A 10 octobre 1981.
- NICOLA BARTONE. *Il limite normativo nella interpretazione della « Modiche quantità » di stupefacenti*. Eugenio Jovine. Napoli 1981.
- JEAN BERGERET. *Toxicomanies. Toxicomanes et Environnement. Fonctions des déviations. Annales de Vaucresson*. N° spécial, Colloque de Lyon, juillet 1977.
- A. BIRON, R. HUERRE et J.M. REYMOND. *Drogues - Toxicomanes - Toxicomanies*. Hermann., Paris, 1979.
- P. BOVIER. *Expertise psychiatrique et Toxicomanies. Méd. et Hyg.* 38, 3792-3793 (1980).
- Chr. COLOMBANI. *Les routes nouvelles de la drogue. Le Monde* 6-7-8 févr. 1980.
- P. CORNIL, C. TISSEYRE. *Réaction sociale à la déviance. Le problème de la drogue en Belgique. Congrès de Criminologie Bruxelles* 15-18 mars 1972. *Les frontières de la répression*.
- J.P. DE WAELE. *Dysfoncties van het social verkeer. Drogue et Société. Esprit* 11-12 Nov.-Déc. 1980.
- BR. FRAPPAT. *Des drogues et des Jeunes. III La prison une réponse. Le Monde* 16-17-18 janv. 1973.
- C. HALSTROM, M. LADEL. *Benzodiazepine Withdrawal Phenomena. Int. Pharmacopsychiatry* 16: 235-244 (1982).¹
- R.E. HERRINGTON, D.G. BENER, G.R. JACOBSON, H.K. HAWKINS. *Treating - Substance use disorders among Physicians. Jama* 247 2253-2257 April 23-30 1982.
- P. HIVERT. *Le comportement et la prise en charge des psychopathes en milieu carcéral. Confrontations psychiatriques n° 18-1980. Les Psychopathies*. p. 161 et 89.

-
- P. HUERRE et J.M. REYMOND. *La prise en charge du toxicomane dans le cadre de la sectorisation psychiatrique*. Drogues, Toxicomanes et Toxicomanies. Hermann. Paris 1979.
- B. JACOBS – COENEN. *Les alternatives à la peine d'emprisonnement*. Ronéo. Exposé 22 septembre 1975. Société belge de criminologie.
- G. KELLENS. *La mesure de la peine*. Faculté de Droit, d'Economie et de Sciences Sociales de Liège. 1982.
- M. LE MOINE, A. VAN DYK, F. VERSELE. *Drogues et répression. Préoccupations d'un service de psychologie médicale*. Congrès de Criminologie. Bruxelles 15–18 mars 1972.

LA LOI FEDERALE SUR LES STUPEFIANTS LE CAS DE LA SUISSE

RICCARDO LUCCHINI (*)

L'Etat a le droit de légiférer dans le domaine de la consommation des stupéfiants. Cela n'est guère contesté car la toxicodépendance, devenue un problème social et éthique, concerne la communauté toute entière. Le problème est plutôt de savoir comment intervenir et par quels moyens. En effet, pour les sociétés modernes, le comportement toxicodépendant de plusieurs milliers de jeunes constitue un défi nouveau. Cela ne signifie pas que la consommation de produits toxiques soit une découverte récente: elle a existé de tout temps et dans toutes les sociétés du passé. Toutefois, elle était en général de type rituel et remplissait des fonctions religieuses et magiques indispensables au déroulement de la vie en communauté. Vu leur intégration culturelle, ces pratiques étaient soumises au contrôle social de la communauté. Les rites d'initiation s'accompagnant de la consommation de produits hallucinogènes en sont un bon exemple. La toxicodépendance moderne concerne avant tout les jeunes générations et même les très jeunes qui, tout en étant intégrées socialement, le sont de manière forcée et ne remplissent pas encore les fonctions considérées comme indispensables à la survie de notre société (fonctions économiques, de socialisation et d'éducation, de compétence dans le domaine professionnel). L'opinion publique et les professionnels (éducateurs, médecins, hommes de loi, politiciens, hommes d'église) considèrent avec inquiétude cette partie de la jeunesse qui se soumet à des pratiques contraires aux valeurs et pratiques dominantes.

(*) Professeur de Sociologie à l'Université de Fribourg (Suisse).

Les coûts sociaux engendrés par la toxicodépendance et la criminalité individuelle ou organisée qui y est très souvent associée, ont amené tous les Etats à intervenir sur le plan normatif. Il faut toutefois souligner que la médecine, la psychiatrie, la loi et les diverses interventions thérapeutiques sont souvent vaines face à un phénomène qui échappe à toute définition simple. D'ailleurs, l'une des tâches les plus délicates pour le législateur est bien celle d'accorder dans un même texte des mesures médicales, des mesures d'assistance, des mesures pénales et enfin des mesures de contrôle.

Notre article est divisé en trois parties. Dans la première, nous présenterons brièvement les différents chapitres de la Loi fédérale sur les stupéfiants; dans la deuxième, nous traiterons plus en détail des articles concernant les peines prévues en cas d'infraction à loi. Dans la dernière, nous aborderons le problème de la légalisation des produits du cannabis (hachisch et marihuana).

1. – *Les chapitres de la Loi fédérale sur les stupéfiants (LfS)*

La loi suisse actuelle date du 3 octobre 1951. Elle a connu deux révisions importantes en 1968 et en 1975, révisions rendues nécessaires par les traités internationaux signés par la Suisse et par l'évolution du phénomène lui-même.

En ce qui concerne les traités internationaux, il s'agit d'abord de la Convention unique des Nations Unies sur les stupéfiants, de 1961. Cette Convention remplace les différents protocoles et conventions qui, depuis 1912, (Convention de l'opium) réglaient de manière peu claire et lacunaire le marché et la consommation des stupéfiants. « Aux termes de l'art. 4, qui constitue désormais la base du contrôle national et international, les Parties sont tenues de prendre les mesures législatives et administratives nécessaires pour exécuter les dispositions de la Convention, de coopérer dans ce but avec les autres Etats et de délimiter exclusivement aux fins médicales et scientifiques la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, la distribution, le commerce et l'emploi des stupéfiants » (1).

(1) M. DELACHAUX, *Drogues et législation*, Lausanne 1977, p. 59.

Le but principal des différentes lois nationales sur les stupéfiants était de réduire l'utilisation des stupéfiants aux seules applications médicales et scientifiques. L'interdiction de substances sans application thérapeutique devait logiquement découler de cette fonction de la loi.

Il y a ensuite, toujours sur le plan international, la Convention sur les substances psychotropes de 1971, entrée en vigueur en 1976. Parmi les substances soumises au contrôle, on trouve entre autres le LSD, la mescaline et les amphétamines. En Suisse, la loi interdisait, en 1951 déjà, l'utilisation du hachisch et de l'héroïne. La révision de 1975 n'est pas seulement due à la Convention sur les substances psychotropes. En effet, la consommation d'amphétamines avait rapidement augmenté à la fin des années soixante. Ces substances pouvaient être obtenues sur ordonnance médicale. Or, on sait que deux tiers des utilisateurs d'amphétamines connaissent des problèmes psychiatriques souvent très graves, tels que l'excitation et l'agitation et une tendance paranoïaque (A. Biron). D'autre part, les mesures répressives de l'ancienne réglementation présentaient de nombreuses lacunes. Par exemple, la loi prévoyait pour le trafic illégal des stupéfiants une peine d'emprisonnement ne pouvant dépasser deux ans, assortie d'une amende de 30.000 francs suisses au plus. C'était insuffisant par rapport aux nouvelles dimensions économiques acquises par le marché de la drogue. De plus, l'ancienne loi ne contenait aucun article concernant la prévention et très peu de chose sur la réinsertion sociale des personnes dépendantes. Les tribunaux n'avaient pas le choix: ils devaient infliger une peine aux toxicomanes (2).

La loi fédérale sur les stupéfiants repose sur les articles 69, 69bis et 64bis de la Constitution fédérale suisse. Sans entrer dans les détails, il convient d'en rappeler la teneur: l'article 69 donne compétence à la Confédération de légiférer pour combattre la diffusion de maladies dangereuses pour l'homme et les animaux. Le législateur considère les différentes drogues comme une source de danger pour la santé publique, danger qui se mesure à l'intensité de la consommation, à l'importance de sa présence dans la population, aux

(2) R. GERBER, *Das revidierte Betäubungsmittelgesetz*, dans: *Kriminalistik in der Schweiz*, Heft 6/1976, p. 276.

effets sur le consommateur et aux conséquences (criminalité secondaire, criminalité organisée, coûts sociaux). Or, même si sur le plan scientifique, on est loin de connaître toutes les conséquences de la consommation des différentes drogues, le législateur a pris les devants. Comme l'écrit A. Schütz, dans le domaine de la santé publique, le principe « *in dubio pro libertate* » qui obligerait l'Etat à prouver la nocivité et le danger que représente la consommation de drogues, est remplacé par le suivant: « *salus rei publicae suprema lex* » (3). Cela signifie que le doute subsistant sur les conséquences nuisibles de la consommation de drogues est trop grand et que le législateur doit intervenir. Ce problème touche de près à la question de la législation et de la dépénalisation de la consommation du hachisch et de la marijuana dont il sera question plus loin. Il faudra parler alors de la légitimité sociale de la consommation de certains produits: cela est important pour étudier l'intervention du législateur. La nature de cette légitimité exerce une influence certaine sur la restriction des droits individuels par le législateur. Dans le cas de la consommation de drogues, cette légitimité est presque nulle. Si l'on ajoute à cela l'incertitude des preuves scientifiques quant à l'innocuité de la consommation de certaines drogues, on comprend mieux les fortes oppositions que soulèvent les tentatives de légaliser cette consommation.

L'article 69bis de la Constitution fédérale donne le droit à la Confédération de légiférer « sur le commerce d'autres articles de ménage et objets usuels en tant qu'ils peuvent mettre en danger la santé ou la vie ». Le problème ici est d'avoir assimilé les drogues à des objets usuels.

L'article 64bis donne à la Confédération la compétence d'édicter des dispositions à caractère pénal sur n'importe quelle drogue, et ceci indépendamment de tout autre fondement constitutionnel.

Comme nous le verrons dans la suite de cet article, la révision de la loi de 1975 met l'accent sur une répression sévère du trafic et sur les mesures thérapeutiques et médicales pouvant remplacer la peine. Le juge devient le personnage principal car la loi lui octroie une très grande compétence lorsqu'il

(3) A. SCHUETZ, *Die Strafbestimmungen des Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel vom 3. Oktober 1951 in der Fassung vom 2. März 1975*, Zürich 1980, p. 53.

doit décider de l'application de la peine ou de son remplacement par une mesure. Nous touchons ici de près à l'un des aspects importants ayant trait à la dépénalisation de la consommation de certaines drogues.

La Loi fédérale sur les stupéfiants (LfS) est organisée en six chapitres. Le premier contient trois articles et concerne les dispositions générales. L'article premier donne une définition des stupéfiants ainsi qu'une liste des substances (matières premières, principes actifs et préparations) assimilées aux stupéfiants et donc soumises à la loi. Les mesures principales prévues par la loi « consistent tout d'abord, par des dispositions administratives, à soumettre l'ensemble du trafic des stupéfiants à un régime d'autorisation préalable, puis à réglementer le trafic autorisé de telle manière que seuls les usages médicaux et scientifiques des stupéfiants demeurent possibles » (4). Les substances et les préparations ayant un effet du type morphinique, cocaïnique et cannabique et qui engendrent la dépendance sont considérées comme stupéfiants. Les hallucinogènes tels le LSD et la mescaline ainsi que les stimulants du système nerveux central ayant des effets du type amphétaminique sont assimilés aux stupéfiants (alinéa 3). De plus, toutes les substances ayant un effet semblable à celui produit par les hallucinogènes et les produits amphétaminiques sont soumises à la loi. C'est donc à partir de l'effet de dépendance que la loi définit un stupéfiant. Et, comme la notion elle-même de dépendance reste très vague, le législateur nomme explicitement les produits considérés comme des stupéfiants (au sens de la loi). La loi peut être appliquée à partir de cette liste de substances et non pas à partir de la définition qu'elle donne de la drogue. En effet, la loi ne peut considérer comme délit un état de dépendance engendré par la consommation d'un produit. Seule la prohibition explicite du produit lui-même est possible. La toxicodépendance est, elle, considérée comme un « état d'intoxication chronique ou périodique engendré par la consommation répétée d'une drogue, naturelle ou synthétique » (5). La personne toxicodépendante est assimilée à un malade qui a enfreint la loi en consommant des produits prohibés. Mais il y a également le

(4) M. DELACHAUX, *op. cit.*, p. 74.

(5) A. BIRON et al., *Drogues, toxicomanes et toxicomanies*, Paris 1979, p. 20.

consommateur qui n'est pas dépendant du produit qu'il utilise. Les utilisateurs occasionnels de hachisch et de marijuana sont pour la plupart dans ce cas. En traitant des dispositions pénales, nous verrons comment le législateur tient compte du caractère complexe de l'acte consistant à consommer et à se procurer des produits toxiques.

La LfS ne fait pas de distinction entre les drogues dites mineures et les drogues majeures. Cela est dû à l'absence de critères scientifiquement valables permettant d'introduire une telle distinction. A l'alinéa 4 de l'article premier, la loi prévoit que le Service fédéral de l'hygiène publique dresse la liste des substances et des préparations soumises à la prohibition. « Quant à son champ d'application, la LfS est étroitement tributaire du développement du contrôle international » (M. Delachaux). Une mise sous contrôle d'un produit est envisagée lorsque celui-ci comporte des dangers pour la santé publique. Cela est le cas lorsque la consommation du produit se propage rapidement et que le produit lui-même devient l'objet d'un trafic illicite. De plus, des données expérimentales et l'utilisation en médecine du produit permettent de prévoir un risque important de dépendance psychique et/ou physique pour les consommateurs réguliers. L'article 3 donne compétence à l'autorité « d'assujettir au contrôle des stupéfiants les substances qui, n'engendrant pas la dépendance par elles-mêmes, peuvent être transformées en produits visés par l'article premier ».

Le chapitre 2 porte le titre « Fabrication, dispensation, acquisition et utilisation de stupéfiants » et comprend quatre sections (Fabriques et maisons de commerce, Professions médicales, Etablissements hospitaliers et instituts, Lutte contre l'abus des stupéfiants). Une section 3a prévoit que l'autorité (le Conseil fédéral) pourra autoriser « des organisations nationales ou internationales, telles que la Croix-Rouge, les Nations Unies ou leurs institutions spécialisées, à se procurer, à importer, à détenir, à utiliser, à prescrire, à dispenser ou à exporter des stupéfiants dans les limites de leurs activités » (art. 14a). Dans ce chapitre, l'art. 8 interdit la culture, l'importation, la fabrication ou la mise dans le commerce des substances n'ayant aucune application médicale et/ou thérapeutique. On y trouve par exemple l'opium à fumer, le LSD et les hallucinogènes, le chanvre et ses produits. A titre exceptionnel,

une autorisation peut être accordée lorsque ces produits sont utilisés à des fins scientifiques et qu'aucune convention internationale ne s'y oppose. Les membres d'une profession médicale (médecins, dentistes, vétérinaires) qui exercent leur profession sous leur propre responsabilité, « peuvent sans autorisation se procurer, détenir, utiliser et dispenser des stupéfiants dans les limites que justifie l'exercice, conforme aux prescriptions, de leur profession » (art. 9). Et l'art. 11 précise que les médecins et les médecins-vétérinaires « sont tenus de n'employer, dispenser ou prescrire les stupéfiants que dans la mesure admise par la science ». Le législateur veut donc empêcher que des cas de toxicodépendance puissent se produire légalement par le biais de la prescription médicale. Nous touchons ici également au délicat problème du traitement de la toxicodépendance par des produits de substitution tels que la méthadone ou la kétalgine. La réglementation de ces traitements dits de maintenance ne fait pas partie de la LfS. Seul l'alinéa 5 de l'article 15a prescrit que « les Cantons soumettent à une autorisation spéciale la prescription, la dispensation et l'administration des stupéfiants destinés au traitement des personnes dépendantes ».

L'art. 15 de la Section 4 (Lutte contre l'abus des stupéfiants) est important car il concerne les rapports entre les personnes qui, pour des raisons professionnelles, sont en contact avec des individus toxicodépendants et avec l'autorité protectrice compétente. Ces personnes peuvent, dans l'exercice de leur activité officielle ou professionnelle, signaler à l'autorité protectrice compétente les cas d'abus de stupéfiants. Cela se produit lorsqu'elles estiment « que des mesures de protection sont indiquées dans l'intérêt du patient, de ses proches ou de la communauté ». Toutefois, « le personnel de l'autorité protectrice compétente et celui de l'institution de traitement ou d'assistance agréée sont tenus d'observer, à propos de tels avis, le secret de fonction et le secret professionnel » (alinéa 2, art. 15). Ce même article va encore plus loin dans le souci de protéger la sphère personnelle de l'individu toxicodépendant. Il prévoit qu'un éducateur, un assistant social et les membres du personnel auxiliaire de l'institution de traitement ne sont pas tenus de dénoncer à l'autorité judiciaire les cas de consommation de stupéfiants par des personnes qui leur sont confiées. Cette disposition est indispensable

pour que subsiste un rapport de confiance entre le toxicomane et les personnes qui l'assistent sur un plan social et thérapeutique. La loi n'oublie pas le problème de la réinsertion professionnelle et sociale. A son alinéa 2, l'article 15a dit que les cantons « favorisent la réintégration professionnelle et sociale » de la personne toxicodépendante. Or, celle-ci ne peut se faire que si la personne en question a appris ou exercé une profession. Ce n'est souvent pas le cas et seules des institutions conçues pour organiser la post-cure des toxicomanes sont en mesure de remplir une telle tâche.

L'article 15b est important car il octroie aux cantons la compétence d'ordonner « l'hospitalisation des personnes dépendantes, à des fins de désintoxication et de traitement, ainsi que le traitement ambulatoire ou le contrôle post-hospitalier ». Afin de prévenir les abus toujours possibles des mesures administratives (internement administratif), la possibilité d'interjeter recours auprès d'une autorité judiciaire est explicitement prévue. L'autorité administrative a même l'obligation de désigner un représentant de la personne hospitalisée. Cette personne a, tout comme celle qu'elle représente, le droit de recourir contre la mesure administrative. Il est également stipulé que le juge peut accorder l'effet suspensif au recours. La réglementation de cette question est grave car elle touche à la liberté de la personne. Or la liberté personnelle, « notion qui recouvre essentiellement la liberté de mouvement et l'intégrité corporelle, est un droit constitutionnel non écrit, inaliénable et imprescriptible » (6). Une mesure administrative privative de liberté doit se distinguer clairement des mesures plus douces telles l'amende, la réprimande ou l'arrestation. L'article 15b de la LfS règle un problème qui est déjà l'objet du chapitre VI du Code civil suisse concernant la privation de liberté à des fins d'assistance. « Comme le droit de la tutelle en général, la privation de liberté à des fins d'assistance sert au premier chef à sauvegarder les intérêts de la personne en cause: la liberté lui est retirée pour pouvoir lui donner l'assistance dont elle a besoin » (7). Cette question est d'ailleurs également l'objet de l'article 5 de la Convention

(6) Message concernant la modification du Code civil suisse, 77.058, Berne 1977, p. 3.

(7) Message, *op. cit.* p. 19.

européenne des droits de l'homme: « Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les voies légales ». Cet article octroie le droit de recours et ne fait pas état de l'internement administratif comme moyen privatif de liberté. Le Code civil suisse prévoit, par son article 397d, le contrôle judiciaire qui s'applique à l'article 15b de la LfS. Cet article stipule qu'une personne placée ou retenue dans un établissement à des fins d'assistance, « peut en appeler par écrit au juge, dans les dix jours à compter de la communication de la décision. Elle en a également le droit lorsqu'une demande de libération est rejetée ». De plus, la personne en cause doit être immédiatement informée, par écrit, de son droit d'en appeler au juge contre son maintien dans l'établissement choisi par l'autorité tutélaire. Cette dernière disposition tient compte de la teneur de l'article 5, chiffre 4 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Le chapitre 3 de la loi règle les questions relatives au contrôle des activités des personnes ou établissements qui ont le droit de disposer de stupéfiants dans le cadre de l'exercice de leur profession.

Le chapitre 4 traite des dispositions pénales auxquelles nous consacrons un paragraphe.

Le chapitre 5 stipule que le Ministère public de la Confédération suisse est l'office central chargé de réprimer le trafic illicite des stupéfiants. Toutefois, les infractions à la LfS sont traitées par la juridiction des différents cantons.

Dans les dispositions finales du chapitre 6, on trouve l'article 34 qui demande aux cantons d'édicter les dispositions nécessaires de la législation fédérale. Son alinéa 2 prévoit que les ordonnances d'exécution cantonales doivent être soumises à l'approbation du Conseil fédéral (Gouvernement).

2. – *Les dispositions pénales de la LfS*

Les articles réglant les dispositions pénales forment le noyau de la loi. C'est à partir de ces dispositions qu'il est possible de juger de la qualité et de l'adéquation de la loi par rapport au phénomène qu'elle entend normer. Pour de nombreux auteurs le phénomène lui-même est plus une création

de l'activité policière et des définitions juridiques qu'un fait originel (8). Comme l'écrit N. Murard, « La loi de 70 pour la France, et d'autres lois en Europe et aux USA ont en effet produit, de par l'effort législatif, des millions de délinquants (tous les usagers de drogues, toxicomanes ou non-toxicomanes) qui n'existaient pas auparavant. Les possibilités d'intervention policières, juridiques et médicales se sont étendues à un nombre impressionnant de citoyens qui, apparemment, n'avaient rien à se reprocher.... La loi définit une population potentiellement criminelle et de fait vécue comme asociale », et l'auteur de ce passage ajoute que « cette criminalisation se justifie par sa vocation thérapeutique et préventive » (9).

Une partie de la recherche, en sciences sociales, sur le problème de la toxicodépendance est consacrée à ce que l'on peut appeler la production de la déviance par le canal de l'intervention du système pénal. On se réfère, en particulier, aux consommateurs de hachisch et de marihuana. Une partie importante des difficultés d'application que rencontrent les lois réglant l'utilisation des drogues provient de la complexité extrême de la toxicodépendance. Les aspects médicaux, psychiatriques, psychiques, pharmacologiques, socio-culturels, légaux et économiques s'entremêlent et rendent partielle chaque définition de la toxicodépendance. De plus, le problème des effets de la consommation et de la responsabilité des sujets ne rend pas la tâche facile au juge. La tentation de psychiatriser tout le problème est grande car les institutions pénitentiaires sont impuissantes face au nombre de personnes qui leur sont envoyées pour infraction aux lois sur les stupéfiants. On estime actuellement en Suisse, qu'environ un tiers des détenus qui subissent une peine privative de liberté sont des toxicomanes. D'autre part, les hôpitaux et les cliniques psychiatriques ne sont pas préparés pour accueillir cette population. A la psychiatrisation, on risque de substituer la simple médicalisation par administration de produits de substitution, telle la méthadone. Dans les prisons l'utilisation de produits psychopharmaceutiques est courante. Cela ne va pas dans

(8) Ainsi par exemple, SZASZ Th, *Les rituels de la drogue*, Paris 1976; GOODE E., *Drugs in american society*, New York 1972; KAPLAN J., *Marijuana: The New Prohibition*, New York 1970.

(9) N. MURARD, *Médico-Légal*, dans: *Drogues, Passions muettes*, Recherches, No 39bis, Paris 1979, pp. 163-164.

le sens de la loi et de l'article 37 du Code pénal suisse qui prévoit une exécution de la peine exerçant sur le détenu une action éducative et apte à préparer « son retour à la vie libre ». La prison n'est donc pas une solution ni pour celui dont la consommation se limite aux drogues dites douces, ni pour celui qui, habitué aux drogues dures, présente de très profonds changements d'ordre caractériel. D'autre part, « si l'on considère que la toxicomanie n'est pas une maladie mais un symptôme, mieux encore une conduite, c'est celle-ci, plus que le type de substance utilisé, qu'il convient d'apprécier. Un produit pharmaceutique mineur, pris par voie orale quotidiennement, à doses fortes, et dont l'individu est dépendant, pose sûrement plus de problèmes, sur le plan de l'approche pathologique, qu'une prise mensuelle de cocaïne ou qu'une pire intra-veineuse épisodique » (10). Dans le cas de toxicodépendance grave, l'applicabilité de la loi dépend donc de la mise à disposition de structures d'accueil autres que la prison ou l'hôpital. En Suisse, le nombre de places d'accueil offrant la possibilité d'une post-cure avec un programme thérapeutique et de réinsertion sociale du toxicomane est d'environ 300. A cela s'ajoutent des structures d'accueil non spécialisées dont il est difficile d'évaluer l'importance. En ce qui concerne la France, on compte environ 400 lits pour la prise en charge de toxicomanes au titre de post-cure (11). Le nombre de places disponibles est donc insuffisant par rapport au nombre de toxicomanes graves. Toutefois, l'accès à la plupart de ces programmes de post-cure n'est possible que si le toxicomane est physiquement sevré et s'il accepte librement de suivre un tel programme. Ces exigences, jointes à d'autres conditions telles que la non utilisation de médicaments et un isolement initial total, restreignent le nombre de candidats. Nombreux sont les toxicomanes qui préfèrent la prison à une structure d'accueil très exigeante. Là, le sujet devra rompre le lien psychologique qui le lie à la drogue et remettre en question la plupart de ses pratiques. La prison ou l'hôpital ne demandent pas un tel effort sur le plan affectif, cognitif et symbolique. Dans le cadre de nos enquêtes, de

(10) A. BIRON et al., *op. cit.*, p. 23.

(11) Cl. OLIVENSTEIN, *Post-cure et réinsertion* dans: *La drogue*, Revue française des Affaires sociales, avril 1981, Paris 1981, p. 271.

nombreux toxicomanes affirmaient que la « tôle » est moins dure que telle autre institution de post-cure. De plus, dans la prison, la drogue circule facilement et la psychopharmacologie est pratiquée en fonction de la demande. Un toxicomane affirmait: « dans telle institution post-cure, il n'est pas possible de tricher avec soi-même ».

Les dispositions pénales de la LfS comprennent les articles 19 à 28. Elles définissent les infractions en fonction de leur degré de gravité et distinguent les mesures répressives des mesures de soins. Comme la loi française de 70, la loi suisse propose « un choix en posant comme idéal l'équivalence soins-répression » (N. Munard). Cette équivalence est fondée par l'art. 19a, chiffres 3 et 4: « Il est possible de renoncer à la poursuite pénale lorsque l'auteur de l'infraction est déjà soumis, pour avoir consommé des stupéfiants, à des mesures de protection, contrôlées par un médecin, ou s'il accepte de s'y soumettre. La poursuite pénale sera engagée, s'il se soustrait à ces mesures. Lorsque l'auteur sera victime d'une dépendance aux stupéfiants, le juge pourra ordonner son renvoi dans une maison de santé ». La teneur de l'article L 628-1 de la loi française de 70 est semblable: « Le procureur de la République pourra enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants, de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale. ... L'action publique ne sera pas exercée à l'égard des personnes qui se seront conformées au traitement médical qui leur aura été prescrit et l'auront suivi jusqu'à son terme ». Ces dispositions, tout comme celles de la LfS, transforment le système judiciaire en un système médico-judiciaire. La responsabilité et le rôle du médecin deviennent un élément important dans l'application de la loi. Pour les cas de toxicomanie grave (opiacés et polytoxicomanie), le juge et le médecin ne disposent pas de moyens d'intervention efficaces. Le rôle du juge et du médecin devient ambigu car l'objet leur échappe. Le médecin doit encore pouvoir évaluer, d'un point de vue non seulement médical mais aussi psychiatrique et social, le sens d'une rechute chez un sujet qui lui est confié. Quels sont les critères que le médecin utilise pour poursuivre ou au contraire stopper son intervention auprès de la personne toxicodépendante? Les possibilités d'assistance qu'il peut offrir sont très limitées s'il intervient en dehors de toute infrastructure thérapeutique.

Conscient de cette difficulté, le législateur parle de « mesures de protection, contrôlées par un médecin », indiquant par là qu'il veut aller au-delà d'une simple médicalisation de la toxicomanie. Mais pour que les mesures de protection soient efficaces, il faut disposer d'une infrastructure qui fait souvent défaut et dont le fonctionnement coûte très cher à la communauté. C'est ici que l'application de la loi rencontre les contraintes économiques. La post-cure est onéreuse et les assurances maladies (en Suisse) ne couvrent pas les frais engagés. Seuls les sujets qui sont au bénéfice d'un certificat d'invalidité (pour la plupart d'invalidité partielle) reçoivent une contribution. En outre, de nombreuses municipalités (en Suisse les communes) contribuent à la couverture des frais occasionnés par la post-cure. Le problème posé par l'octroi du statut d'invalidé n'est pas simple. De nombreuses discussions ont eu lieu pour savoir si le toxicomane a le droit d'obtenir ce statut. (Nous ne discutons pas ici le désir plus ou moins exprimé par la personne toxicodépendante d'accéder à un tel statut!). En effet, des voix s'étaient élevées contre ce droit en argumentant que le toxicomane s'inflige volontairement son invalidité. Peu à peu le nombre de ceux qui défendent la thèse de la simple responsabilité a diminué lorsqu'ils ont réalisé que la toxicodépendance ne relève pas d'une relation causale simple telle « choix individuel de consommer une drogue — dépendance ».

En ce qui concerne l'équivalence soins-répression, il y a bien sûr le problème posé par les nombreuses différences entre les consommateurs de drogues dures et les consommateurs de drogues dites douces et la loi ne fait aucune distinction entre ces deux sortes de drogues. Or, comme le souligne N. Murard, si la cure de désintoxication est parfaitement légitime pour les consommateurs de drogues dures, elle ne l'est pas pour la plupart des consommateurs de drogues douces. Si la procédure aboutit à la relaxation de ces derniers, le problème ne se pose pas. Si cela n'est pas le cas, on assiste à la criminalisation d'une population qui n'a du toxicomane que le nom. C'est pour éviter une telle erreur que la LfS prévoit des cas dits « bénins » au chiffre 2 de son article 19a: « Dans les cas bénins, l'autorité compétente pourra suspendre la procédure ou renoncer à infliger une peine. Une réprimande peut être prononcée ». Toutefois, la loi ne définit pas ce qu'est un

cas bénin. Seul l'ensemble des circonstances objectives et subjectives qui accompagnent l'acte définit le caractère plus ou moins bénin de ce dernier. Selon A. Schütz, cette disposition doit être interprétée de manière restrictive (12). En effet, toute consommation de stupéfiants est soumise à la loi. Le chiffre 2 de l'article 19a semble être une disposition d'exception puisque le chiffre 1 prévoit que « celui qui, sans droit, aura consommé intentionnellement des stupéfiants ou celui qui aura commis une infraction à l'article 19 (voir plus bas) pour assurer sa propre consommation est passible des arrêts ou de l'amende ». Même si les peines prévues sont légères — on a voulu tenir compte de la catégorie des utilisateurs épisodiques de drogues (avant tout des produits du cannabis) — la consommation de drogues reste punissable. Il est intéressant de noter que le législateur a dû introduire un article 19b pour que la disposition concernant les cas bénins soit applicable. Cet article a la teneur suivante: « Celui qui se borne à préparer pour lui-même la consommation de stupéfiants ou à permettre à des tiers d'en consommer simultanément en commun après leur en avoir fourni gratuitement, n'est pas punissable s'il s'agit de quantités minimales ». La quantité de drogue consommée contribue donc à définir si le cas est bénin, bien que la loi ne définisse pas ce qu'est une quantité minimale. Il apparaît toutefois qu'en pratique, la quantité minimale est définie en fonction du type de drogue consommée, de sa consistance et de la constitution psychique et physique du consommateur (A. Schütz). Ailleurs (dans certains Länder allemands) la quantité minimale correspond à une réserve de drogue permettant de couvrir les besoins de consommation durant une semaine. Cette quantité varie donc d'un individu à l'autre. D'autre part, la quantité minimale peut varier pour le même individu en raison des phénomènes d'accoutumance et de tolérance. La personnalité du sujet, le type de drogue et sa qualité sont les facteurs déterminants. Or, le législateur ne pouvait tenir compte des relations complexes entre ces différents paramètres pour définir, dans le texte de la loi, la quantité minimale. Elle sera donc définie de cas en cas. On comprend aisément que des problèmes d'épuisement dans l'application de la loi peuvent se

(12) A. SCHÜTZ, *op. cit.*, p. 177.

poser en fonction de la manière dont on juge des paramètres définissant la quantité minimale. Dans les cas de consommation de drogue dures, cette évaluation ne peut se faire sans l'intervention d'une expertise (médicale, psychiatrique, pharmacologique). La notion de quantité minimale reste donc ambiguë. D'autre part, la police peut jouer un rôle important dans la définition de la quantité minimale. Tout cela fait que la notion de quantité minimale peut s'appliquer plus facilement à la consommation de hachisch et de marihuana par des consommateurs classés dans la catégorie des expérimentateurs. De plus, les phénomènes de tolérance et d'accoutumance sont moins fréquents avec ces drogues qu'avec les opiacés et les amphétamines. On pourrait ajouter qu'il existe encore une catégorie de consommateurs capables de contrôler leur consommation. La notion de quantité minimale est finalement applicable uniquement aux cas de consommation légère ou de consommation contrôlée. Dans la première catégorie se trouvent des sujets que l'on peut difficilement traiter de toxicomanes. Quant à la deuxième, il s'agit d'une minorité qui ne constitue pas un problème social majeur. Pour tous ceux qui, au contraire, sont de vrais toxicodépendants, la notion de quantité minimale correspond à la quantité du produit sans laquelle le sujet entre dans la phase du manque. Mais là aussi, il s'agit d'une définition parmi d'autres.

Il nous semble que l'un des aspects importants de l'article 19b est celui de l'effet dissuasif. Avec le chiffre 2 de l'article 19a (« dans les cas bésins, l'autorité compétente pourra suspendre la procédure ou renoncer à infliger une peine. Une réprimande peut être prononcée »), il permet d'aboutir à la relaxtion. En même temps, l'adolescent est confronté aux conséquences pénales d'une consommation prolongée de stupéfiants. Il est impossible de juger de l'efficacité de cet effet de dissuasion car les facteurs qui conditionnent l'escalade de la consommation sont très nombreux. Dans une enquête que nous avons menée récemment, nous avons constaté une probable relation entre l'âge du sujet lors de son premier contact avec une instance officielle (police, juge des mineurs) et son ultérieure consommation de drogues: plus le sujet était jeune, moins il a eu tendance à consommer de la drogue ultérieurement. D'autres paramètres conditionnent bien-sûr l'évolution de cette consommation et sans une analyse multivariée, il

n'est pas possible de conclure à une relation vraiment significative (13).

L'autre aspect important des articles 19a et 19b est d'éviter la criminalisation d'une population d'expérimentateurs pour qui la consommation représente avant tout une activité récréative.

Un troisième aspect est celui de la prévention secondaire et tertiaire. Par prévention secondaire, on entend des mesures surtout éducatives visant à éviter une escalade dans la consommation; par prévention tertiaire, on entend des mesures thérapeutiques.

Par ces articles, le législateur a tenu compte des différences énormes qui séparent les héroïnomanes des milliers de jeunes pour qui la drogue n'est pas l'élément indispensable à l'existence. Ils concernent la préparation et la consommation de drogues, mais non pas le trafic. Seul les arrêts sont prévus comme peine privative de liberté (14). Depuis l'entrée en vigueur de la LfS en 1975, on constate une progression de la pratique des arrêts. Ainsi en 1975, le 11 % de la totalité des peines privatives de liberté fermes prononcées en vertu de la LfS était constitué par des arrêts. En 1979, cette proportion atteignait déjà 30 %. A titre de comparaison, rappelons que les peines d'emprisonnement jusqu'à trois mois passaient pendant le même laps de temps de 36 % à 26 %, celles de plus de trois mois restaient stables tout comme les peines de réclusion.

L'article 19 de la LfS règle la répression du trafic et de l'usage des stupéfiants. Il correspond en gros aux articles L 626, L 627 et L 628 de la loi française de 1970. La culture des plantes à alcaloïdes ou du chanvre, la fabrication des stupéfiants, l'offre et la vente, la possession, l'achat, le financement illicite de stupéfiants, ainsi que la provocation publique

(13) R. LUCCHINI, *La toxicomanie dans le canton de Fribourg*, Fribourg 1980.

(14) (Les arrêts sont ainsi définis par l'article 39 du Code pénal suisse: « Les arrêts sont la peine privative de liberté la moins grave. Leur durée est d'un jour au moins et de trois mois au plus ». Les arrêts ne peuvent être subis dans un établissement qui sert à l'exécution d'autres peines privatives de liberté. Le législateur a voulu éviter ainsi la promiscuité entre des catégories de détenus très différents et les conséquences néfastes qui peuvent en résulter. Reste bien-sûr à prouver l'importance de l'impact éducatif de arrêt. Des recherches récentes tendent à montrer que les peines privatives de liberté sont nuisibles sur le plan de la réinsertion sociale et ont des influences sur la personnalité du sujet).

à la consommation sont des actes sanctionnés. Celui qui agit intentionnellement est passible « de l'emprisonnement ou de l'amende. Dans les cas graves, la peine sera la réclusion ou l'emprisonnement pour une année au moins; elle pourra être cumulée avec l'amende jusqu'à concurrence de 1 million de francs » (suisses). L'article 19 définit le cas grave lorsque: a) l'infraction concerne une quantité de stupéfiants qui « peut mettre en danger la santé de nombreuses personnes; b) le prévenu a « agi comme affilié à une bande formée pour se livrer au trafic illicite des stupéfiants » et c) le prévenu se « livre au trafic par métier et qu'il réalise ainsi un chiffre d'affaires et un gain important ». Si l'une ou l'autre des infractions à l'article 19 est due à la négligence et donc non intentionnelle, la loi prévoit une rééducation des peines. Dans ce cas, l'auteur est passible de l'emprisonnement pour une année au plus, des l'arrêts ou de l'amende. Lorsque le toxicomane commet également des actes délictueux (il s'agit en général d'atteintes à la propriété) et que ses actes sont en rapport avec son état, l'article 44 du Code pénal suisse est applicable. Il prévoit que le juge peut ordonner l'internement du prévenu dans un établissement hospitalier « pour prévenir de nouveaux crimes ou délits ». Ce même article donne au juge la compétence de décider si « et dans quelle mesure des peines suspendues seront exécutées lors de la libération de l'établissement ou de la fin des soins ».

La loi française de 1970 tout comme la LfS comportent une contradiction importante: « l'usage de stupéfiants relève d'une prise en charge médicale mais l'acquisition et la détention de stupéfiants constituent le délit de trafic » (15). Pour que l'alternative de médicalisation/répression soit applicable, il faut que le prévenu soit uniquement un usager. Or cela n'est pas souvent le cas. Dans la LfS, la disposition de l'article 19a chiffre 2 concernant les cas bénins, permet de ne pas criminaliser les usagers du cannabis qui ne relèvent pas non plus de la médicalisation. D'autre part, l'alternative médicalisation/répression n'est réelle que si les mesures substituant les peines aboutissent à des résultats positifs. Or, une simple médicalisation n'est pas le traitement adapté aux problèmes de la per-

(15) D. LIGIER, *L'échec du législateur*, dans: *Esprit*, Nos 11-12, Paris 1980, p. 133.

sonne toxicodépendante. Une prise en charge de 2 à 4 ans semble nécessaire pour que le sujet en question retrouve une certaine autonomie individuelle et sociale. Selon Cl. Olievenstein, le pronostic d'issue favorable est passé au cours des dix dernières années de 2 % à environ 30 % de cas (16). Mais la prise en charge n'est pas synonyme de médicalisation, d'hospitalisation ou d'internement. Dans ces cas, l'échec est constant et les rechutes ne peuvent pas être intégrées dans le cadre d'un programme thérapeutique.

Il faut encore souligner que l'action de la justice n'est pas une action simplement répressive. En Suisse, l'usage très répandu du sursis en est un témoignage. La poursuite systématique du trafiquant l'est également. Il faut toutefois remarquer que deux faits rendent problématique l'évaluation du degré de répression de la justice, dans le domaine des infractions à la loi sur les stupéfiants: d'abord toute personne toxicodépendante est par la force des choses un trafiquant. Ensuite, il y a les récidivistes dont le nombre est très élevé pour le type d'infraction qui nous préoccupe. D'autre part, les récidives concernent fréquemment des conduites délictueuses qui, tout en étant étroitement liées à un état de toxicodépendance, sont sanctionnées par le Code pénal. Quelques chiffres intéressants concernent le nombre de dénonciations en vertu d'infractions à la LfS en 1981. Pour 5695 cas, il s'agissait de la première dénonciation. Pour 3791 cas il y avait récidive, soit un taux d'environ 42 %. Parmi toutes les personnes, dénoncées, 3934 étaient jugées toxicodépendantes. Toujours en 1981, le nombre des dénonciations relatives au seul trafic a été de 292, dont 36 femmes. La catégorie d'âge la plus touchée par ce trafic est comprise entre 18 et 24 ans (110 cas). Finalement, 6301 dénonciations concernaient la seule consommation (ce qui représente 65 % environ du total). Cela signifie que 35 % environ des dénonciations concerne des cas combinés trafic/consommation. On constate donc une grande similitude entre les taux des récidives, les taux propres aux sujets toxicodépendants et les taux des dénonciations pour infractions combinées. On peut estimer que ces taux concernent le noyau de la population apparente dans le domaine de l'usage des stupéfiants. Ce noyau est constitué par des

(16) Cl. OLIEVENSTEIN, *op. cit.*, p. 273.

individus toxicodépendants, récidivistes, et pratiquant le trafic pour se procurer les doses nécessaires à leurs besoins. C'est sur cette population que s'exerce la double contrainte de la médicalisation et de la répression.

Pour terminer ce paragraphe, relevons encore que l'article 19c de la LfS prévoit l'arrêts ou l'amende pour celui qui « intentionnellement décide ou tente de décider quelqu'un à consommer sans droit des stupéfiants ».

3. – *A propos de la légalisation des produits du cannabis*

Dans tous les pays occidentaux, on discute du droit de l'Etat de restreindre les libertés individuelles dans le domaine de la consommation des drogues dites mineures. Les uns réclament le droit pour chacun de disposer de son propre corps, les autres répliquent que certaines pratiques occasionnent des coûts socio-économiques qui ne peuvent laisser indifférente la communauté. Si la question est relativement simple pour les drogues dites majeures, elle l'est beaucoup moins pour les produits du cannibis (hachisch et marihuana). Les défenseurs de la légalisation tirent le parallèle entre les nuisances individuelles et sociales dues à l'alcoolisme et celles dues au cannabis dont les effets ne paraissent pas plus graves. Cette discussion est trop complexe pour que nous puissions l'aborder de près ici. Il apparaît toutefois qu'à part les différences pharmacologiques et l'impact sur la santé dus à un abus de consommation, la différence essentielle entre l'alcool et le cannabis est d'ordre culturel. Ainsi l'usage de l'alcool ne fait pas peur comme celui du cannabis qui est encore un produit tabou. Assimilé aux opiacés, il est dénoncé comme source de dépravation individuelle et de danger pour la communauté. Et puisque son usage échappe au contrôle social informel et que ses effets sont réputés d'ordre onirique et érotique, ce produit est désécurisant pour les personnes peu informées. Son utilisation débouche sur l'inconnu et ses effets hallucinogènes sont assimilés à la fiole et au manque de responsabilité. Le cannabis et ses effets représentent mystère et danger; l'alcool, au contraire, est une pratique quotidienne bien intégrée socialement. De plus, le cannabis semble un symbole de contestation de l'ordre établi et du quotidien. Pour les

uns, son usage est assimilé à une conduite qui s'affirme contre les principes d'efficacité et de rentabilité du monde moderne. Pour les autres, il ouvre une brèche permettant d'échapper à la routine quotidienne. Perçu d'une part comme un symbole de contestation sociale et d'autre part comme un moyen illégitime d'évasion, le cannabis continue de rencontrer une très forte opposition. A tout cela s'ajoutent toutes les incertitudes qui, sur le plan de la recherche scientifique, planent sur les effets à long terme de la consommation du cannabis. Il y a enfin, au niveau international, les engagements qui lient les Etats signataires de la Convention unique, adoptée à New York le 30 mars 1961, et de son protocole d'amendement adopté le 25 mars 1972, ainsi que de la Convention sur les substances psychotropes signée à Vienne en 1972.

D'emblée, il faut distinguer entre légalisation, décriminalisation et dépénalisation du cannabis. Par légalisation on entend un ensemble de dispositions qui autorisent l'utilisation personnelle du produit, sa production et son trafic. La décriminalisation consiste à ne pas soumettre à des mesures pénales l'usage, la possession et les ventes de quantités minimales du produit. L'acte en question est réduit à une contravention et est puni de l'amende. On parle de dépénalisation lorsque ne sont plus considérés comme délictueux l'usage et la possession du produit servant uniquement à satisfaire la consommation personnelle; par contre la production, la vente et le trafic restent illégaux. La décriminalisation et la dépénalisation sont pratiquées dans plusieurs pays occidentaux mais leur application reste très liée aux pratiques judiciaires locales.

Si en Suisse la LfS ne prévoit explicitement ni la décriminalisation, ni la dépénalisation, l'esprit de la loi permet leur application. Comme nous l'avons déjà dit, la loi prévoit des cas bénins pour lesquels le juge peut suspendre la procédure ou renoncer à la peine. Une simple réprimande est alors prononcée (art. 19a, chiffre 2). Grâce aux très larges compétences que lui attribue la loi, le juge peut renoncer à infliger une peine s'il est convaincu que des mesures non pénales sont plus adéquates. Il en résulte une grande différence de traitement judiciaire possible d'un canton à l'autre et même d'un district à l'autre. Un problème d'équité se pose. De plus, n'est-ce pas favoriser une migration d'usagers vers les endroits les plus tolérants?

Pour légaliser les produits du cannabis, le législateur serait contraint d'introduire dans la loi une distinction entre drogues douces et drogues dures. Sur le plan des Conventions internationales, cette distinction n'existe pas et la plupart des législations ne la prévoient même pas. Au niveau européen la Vème Conférence ministérielle de coopération européenne en matière de lutte contre les drogues (Groupe Pompidou) s'est prononcée à l'unanimité contre toute distinction entre drogues douces et drogues dures (17). La dépénalisation elle-même ne se fait pas sans poser des problèmes de cohérence entre les articles de la loi concernée. L'exemple italien est intéressant (18).

La loi italienne du 22 décembre 1975 dépénalise en effet l'utilisation et la possession du cannabis à des fins d'usage personnel. Mais en même temps elle punit une série d'actes qui sont étroitement liés à l'usage: passer un joint à son voisin (art. 76), consommation collective et répétée dans sa propre habitation (art. 73), transport de quantités même minimales (art. 72). D'autre part, la notion de « petite quantité » n'est pas précisée dans le texte. C'est ainsi que de nombreux petits consommateurs de cannabis ont été dénoncés pour trafic et souvent même condamnés. Le cas italien montre que la simple dépénalisation reste peu praticable en raison des implications sociologiques et économiques de la consommation régulière du cannabis. Le législateur qui veut éviter ces difficultés d'application doit passer au stade suivant qui est celui de la décriminalisation (usage, possession et vente de quantités minimales ne sont pas soumis à des mesures pénales).

En Suisse, le consensus contre une décriminalisation et une légalisation du cannabis est bien établi. Les instances politiques, judiciaires et médicales sont pour la plupart contre une telle libéralisation. A ce propos, il est intéressant de connaître la position du Conseil fédéral qui apparaît dans sa réponse écrite à une motion au Conseil national (19). Cette

(17) J. FERNANDEZ, *La dépénalisation des drogues douces en Italie*, dans: Revue française des affaires sociales, La Drogue, avril p. 188.

(18) G. ARNAO, *Erba proibita, Rapporto su hashish e marihuana* Milano 1979, p. 127.

(19) Il s'agit de la motion Leuenberger du 14 décembre 1979. Le Conseil national est l'équivalent de la Chambre des députés et une motion est proche de l'interpellation parlementaire.

motion demandait entre autres de « ne pas réprimer la consommation de drogues, mais de soigner les toxicomanes et veiller à leur intégration sociale ». De plus, le député auteur de la motion demandait de légaliser la distribution de stupéfiants (de synthèse) à des fins thérapeutiques et même la distribution d'héroïne. Selon le député en question, la dépénalisation de la consommation de drogues devrait disparaître au profit d'une action éducative et thérapeutique. Dans sa réponse, le Conseil fédéral rappelle que la loi prévoit une suspension de la peine ou son remplacement par une mesure dans tous les cas où cela s'avère nécessaire. Il souligne qu'on ne peut légaliser la consommation sans légaliser aussi le commerce. D'autre part, et c'est là un argument que le gouvernement juge essentiel, la poursuite des consommateurs permet de remonter aux trafiquants. Sans elle, les organes de la police n'auraient plus aucune prise sur le commerce de la drogue.

En outre, la Suisse a adhéré à la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 des Nations Unies. Cette Convention exige des Etats « qu'ils interdisent la production, la fabrication, l'exportation et l'importation, le commerce, la détention ou l'utilisation des stupéfiants ». Or les produits du cannabis sont explicitement mentionnés par la Convention (20). De plus, la Convention sur les substances psychotropes, signée à Vienne en 1971, interdit tout emploi du THC (tétrahydrocannabinol) hormis à des fins scientifiques et médicales limitées. Or le THC est le principe actif dans les dérivés du cannabis.

Parmi les prises de position officielles, rappelons celle de l'Office fédéral de la Santé Publique (21) concernant la légalisation du hachisch. Se basant essentiellement sur les résultats de la recherche scientifique, cette prise de position arrive à des conclusions négatives. Parmi les dangers auxquels les consommateurs réguliers de hachisch s'exposent, l'Office fédéral cite les suivants: amoindrissement de la capacité d'attention, de la compréhension et de la coordination, de la perception temporelle et spatiale; baisse de la capacité psychique; dépendance psychique et légère augmentation de la tolé-

(20) Prise de position de l'Office fédéral de la santé publique sur la légalisation du hachisch, Berne 1980, p. 6.

(21) En Suisse il n'y a pas de Ministère fédéral de la Santé publique car les cantons sont chargés de ces questions.

rance; lésions pulmonaires dues au goudron. Selon les termes de l'expertise sur laquelle se fonde cette prise de position, on observe fréquemment chez les jeunes qui consomment depuis longtemps le cannabis « un syndrome d'amotivation que les circonstances psychologiques et sociales peuvent aggraver. Ce syndrome d'amotivation s'accompagne d'un ralentissement du développement psychique et d'un déficit d'apprentissage ». Tout cela se répercute sur les capacités d'adaptation et d'insertion sociales.

Il faut bien dire que sur les dizaines de milliers de jeunes qui consomment du hachisch, seule une très petite minorité correspond à ce groupe de sujets à risque. Dans les cas d'escalade de la consommation (vers les drogues dures), il n'est pas possible de mesurer l'influence exercée par la consommation de hachisch. Trop de facteurs d'ordre social et culturel, pharmacologique et biochimique, médical et psychiatrique sont en jeu. Ces facteurs d'incertitude, l'impossibilité de calculer les risques encourus par la consommation de cannabis, la difficulté d'apprécier l'influence d'une libéralisation sur les taux de consommation et enfin la législation internationale s'opposent à ce qu'en Suisse l'on arrive à moyen terme à une légalisation de la consommation du hachisch et de la marihuana. A tout cela s'ajoutent des considérations d'ordre culturel et éthique qui ne peuvent admettre la légitimité d'une consommation à but hédonistique de substances comme le hachisch, car la production artificielle de l'imaginaire reste encore du domaine de l'interdit.

RIASSUNTO

Il nostro articolo consiste di tre parti. Nella prima sono trattati i diversi capitoli della legge federale sugli stupefacenti (Lfs); nella seconda trattiamo delle disposizioni penali della legge e le misure previste in caso di infrazione. Nell'ultima parte affrontiamo il problema della legalizzazione dei prodotti della «cannabis». L'accento è posto più in particolare sui problemi sollevati dall'applicazione delle disposizioni penali, nonché sui problemi che sorgono quando il giudice prevede una sostituzione della pena con una misura di sicurezza. Queste difficoltà possono essere imputate al fatto che il legislatore ha voluto inserire in uno stesso testo delle misure mediche, di assistenza, penali e di controllo.

In quanto legge di sanità pubblica, la Lfs intende limitare l'impiego degli stupefacenti soltanto alle applicazioni mediche e scientifiche. Il divieto di sostanze senza applicazione terapeutica deriva logicamente da questo intento primario.

Anche se sul piano scientifico non si conoscono tutte le conseguenze del consumo delle diverse droghe, il legislatore ha preso le sue precauzioni. Il principio «in dubbio pro libertate» che obbligherebbe lo stato a provare la dannosità ed il pericolo che derivano dal consumo di droghe, è sostituito dall'altro «salus rei publicae suprema lex».

La Lfs non introduce alcuna differenza tra le droghe cosiddette leggere e quelle pesanti. Ciò è la conseguenza della mancanza di criteri scientificamente validi che permettano di introdurre una tale distinzione.

Per quanto riguarda le difficoltà di applicazione delle leggi che regolano l'uso delle droghe, esse derivano dall'estrema complessità della tossicodipendenza. Gli effetti medici, psichiatrici, fisici, farmacologici, socio-culturali, legali ed economici si intrecciano e rendono parziale qualsiasi definizione della tossicodipendenza.

Le disposizioni penali della Lfs definiscono le infrazioni in rapporto al loro grado di gravità e distinguono le misure repressive da quelle di cura. La legge propone dunque una scelta ponendo come ideale l'equivalenza cura-repressione (vedi art. 19a della Lfs). Tali disposizioni della legge trasformano il sistema giudiziario in sistema medico-giudiziario. La responsabilità e il ruolo del medico diventano un elemento importante nell'applicazione della legge.

All'articolo 19b della Lfs si trova la nozione di quantità minima e all'art. 19a quella di casi benigni. Queste nozioni si applicano alle infrazioni non gravi. Le disposizioni relative hanno lo scopo di evitare la criminalizzazione di un numero elevato di individui. Tuttavia il testo della legge non precisa né cosa sia un caso benigno, né cosa si intenda per quantità minima.

In pratica tale quantità è definita in funzione del tipo di droga consumata, della sua consistenza e della costituzione fisica e psichica del consumatore. Questa quantità varia dunque da un individuo all'altro anche in funzione del contesto in cui viene impiegata. Si comprende quindi facilmente che si possono porsi problemi di equità dell'applica-

zione della legge in relazione al modo in cui si giudicano dei parametri che definiscono la quantità minima.

Per quanto riguarda la legalizzazione della « cannabis », il dibattito si concentra sull'aspetto scientifico (effetti a lungo termine dell'impiego della « cannabis ») oltre che sull'aspetto legale e culturale.

RESUME

Notre article consiste en trois parties. Dans la première il est question des différents chapitres de la Loi fédérale sur les stupéfiants (Lfs); dans la deuxième nous traitons des dispositions pénales de la loi et des mesures prévues en cas d'infraction. Dans la dernière partie, nous abordons le problème de la légalisation des produits du cannabis. L'accent est mis plus particulièrement sur les problèmes que pose l'application des dispositions pénales, tout comme sur les problèmes qui surgissent lorsque le juge prévoit une substitution de la peine par une mesure. Ces difficultés peuvent être imputées au fait que le législateur a voulu accorder dans un même texte des mesures médicales, des mesures d'assistance, des mesures pénales et des mesures de contrôle.

En tant que loi de santé publique, la Lfs veut réduire l'utilisation des stupéfiants aux seules applications médicales et scientifiques. L'interdiction de substances sans application thérapeutique découle logiquement de cette intention première. Or, même si sur le plan scientifique, on ne connaît de loin pas toutes les conséquences de la consommation des différentes drogues, le législateur a pris les devants. Le principe « in dubio pro libertate » qui obligerait l'état à prouver la nocivité et le danger que représente la consommation de drogues, est remplacé par l'autre: « *salus rei publicae suprema lex* ».

La Lfs n'introduit aucune différence entre les drogues dites mineures et les drogues majeures. C'est la conséquence de l'absence de critères scientifiquement valables permettant d'introduire une telle distinction.

En ce qui concerne les difficultés d'application que rencontrent les lois réglant l'utilisation des drogues, celles-ci proviennent de la complexité extrême de la toxicodépendance. Les effets médicaux, psychiatriques, psychiques, pharmacologiques, socio-culturels, légaux et économiques s'entremêlent et rendent partielle chaque définition de la toxicodépendance.

Les dispositions pénales de la Lfs définissent les infractions en fonction de leur degré de gravité et distinguent les mesures répressives des mesures de soins. La loi propose donc un choix en posant comme idéal l'équivalence soins-répression » (voir l'art. 19a de la Lfs). Ces dispositions de la loi transforment le système judiciaire en système médico-judiciaire. La responsabilité et le rôle du médecin deviennent un élément important dans l'application de la loi.

On trouve à l'art. 19b de la Lfs la notion de *quantité minime* et à l'art. 19a celle de *cas bénins*. Ces notions s'appliquent aux infractions

sans gravité. Les dispositions qui s'y rattachent sont prévues afin d'éviter la criminalisation d'un nombre élevé d'individus. Toutefois, le texte de loi ne précise ni ce qu'est un cas bénin, ni ce qu'est une quantité minimale.

En pratique cette quantité est définie en fonction du type de drogue consommée, de sa consistance et de la constitution psychique et physique du consommateur. Cette quantité varie donc d'un individu à l'autre en fonction aussi du contexte d'utilisation. On comprend ainsi aisément que des problèmes d'équité dans l'application de la loi peuvent se poser en fonction de la manière dont on juge des paramètres définissant la quantité minimale.

En ce qui concerne la légalisation du cannabis, le débat porte sur l'aspect scientifique (effets à long terme d'une utilisation du cannabis), tout autant que sur l'aspect légal et culturel.

SUMMARY

Our paper has three sections. The first discusses the various articles of the Federal Drugs Law (LfS); the second deals with the legal implications of the law and the measures foreseen in the case of infraction; the last part discusses the problem of the legalization of cannabis products. Particular emphasis is given to the problems arising with the application of the legal measures, and also those problems arising when the judge substitutes a punishment with a measure. These difficulties could be due to the fact that the legislator tried to incorporate medical assistance, legal and control measures into the same bill.

As a law on Public Health, the LfS aims at reducing the use of drugs to medical and scientific purposes. The forbidding of drugs except for therapeutical purposes follows on logically from this. However, whilst from a scientific point of view we are far from being aware of all the consequences of the consumption of the different drugs, the legislator has taken the upper hand. Since the principal « *in dubio pro libertate* » would force the state to prove that the consumption of drugs is harmful and dangerous, it is, therefore, replaced by another « *salus rei publicae suprema lex* ».

The LfS makes no distinction between the so-called hard and soft drugs. This is the consequence of the lack of valid scientific criteria on which to base such a distinction.

As far as concerns the difficulties encountered when applying the laws regulating the use of drugs, these are due to the extreme complexity of drug addiction. The effects — medical, psychiatric, psychic, pharmacological, socio-cultural legal and economic — overlap and make any definition of drug addiction partial.

The legal provisions of the LfS set out punishments in accordance with the level of seriousness and distinguish between repressive and treatment measures. The law therefore puts forward a choice by propos-

ing as an ideal the equivalence treatment-repression (see Article 19a of the LfS). These provisions of the law transform the judicial system into a medical and judicial system. The responsibility and the role of the doctor becomes an important element in the application of the law.

In Article 19b of the LfS one finds the notion of minimum quantity and in Article 19a that of a harmless case. These notions relate to less serious infractions. The relative provisions are foreseen in order to avoid the sentencing of a high number of people. However, the text of the law does not set out what constitutes a harmless case, nor what a minimum quantity is. In fact, this quantity is defined in accordance with the type of drug concerned, its consistency and the physical and psychic health of the user. This quantity, therefore, varies from person to person also in function of the context of use. It is easily understood that the problems of fair application of the law can arise when one tries to evaluate parameters to define the minimum quantity.

As far as concerns the legalization of cannabis, the discussion concentrates on the scientific aspect (long-term effects of cannabis use), as well as the legal and cultural aspects.

LE DEBAT SUR LE PROBLEME DE LA DROGUE EN
SUISSE.
LES INTERVENTIONS PARLEMENTAIRES ENTRE
1977 ET 1981

RICCARDO LUCCHINI (*)

La toxicodépendance touche tous les pays y compris les pays en voie de développement (1). En Suisse comme ailleurs, le grand public ne possède qu'une information lacunaire sur ce phénomène. Cela l'amène à considérer toutes les drogues comme étant létales et également source de dépravation physique et morale. La drogue est perçue comme un mal absolu, un tabou. Celui qui l'enfreint défie en quelque sorte la communauté et doit être sanctionné. L'attitude indifférenciée face à la toxicodépendance et aux drogues en général n'est pas seulement une source de préjugés de toute sorte. Elle est aussi à l'origine d'un double processus dont on ne peut sous-estimer les conséquences pour ceux qui d'une façon ou d'une autre consomment une drogue illégale. Il s'agit d'une part de la dramatisation du problème de la drogue et de l'autre de sa banalisation. Dans les deux cas on réduit la complexité du phénomène à une question de pathologie individuelle ou collective. Cette réduction permet alors de juger et de classer des conduites qui apparaissaient dépourvues de sens. Elle est aussi rassurante, car un phénomène dont on ne perçoit pas

(*) Professeur de Sociologie à l'Université de Fribourg (Suisse).

(1) SMART R. S. et al., *L'usage de la drogue chez les jeunes non-étudiants*. Genève, OMS 1981, pp. 9-11.

le sens ne peut que difficilement être intégré dans un cadre de connaissance habituel. Dans la plupart des cas le jugement équivaut à la condamnation morale de l'utilisateur de la drogue. Il y a dramatisation du phénomène lorsque l'on dit: « la toxicodépendance est un phénomène qui touche toute la jeunesse, personne n'est épargné et le danger est partout. La prévention est aléatoire, il n'y a pas d'issue pour celui qui utilise la drogue et seul l'hôpital psychiatrique et la prison sont des mesures sensées ». Cette attitude favorise non seulement la mise en marge des personnes réellement dépendantes, mais encore elle met tout le monde dans le même panier. Ainsi l'acte qui consiste en un simple abus de drogue devient lui-même source de stigmatisation et peut-être de marginalisation sociale.

Lorsqu'on banalise le sujet, on affirme qu'il s'agit d'un problème individuel et qui ne concerne que l'utilisateur de la drogue. Sa responsabilité personnelle est donc entière. On ajoute que pour enrayer le phénomène il faut isoler le consommateur. La société ne serait concernée ni par l'abus de la drogue, ni par la toxicomanie. On banalise aussi en disant: « l'usage de la drogue n'est pas dangereux car il ne concerne que quelques individus prédestinés à cette consommation ». Il s'agirait donc d'individus différents des autres et c'est cette différence qui serait à l'origine de leur toxicomanie. On voit tout de suite que cette prise de position favorise, tout comme la dramatisation, une stigmatisation et une mise en marge progressive du toxicomane et même de l'utilisateur occasionnel.

À travers la dramatisation et la banalisation de ce que le grand public croit être la toxicomanie, on assiste à la création d'une catégorie sociale perçue comme étant homogène. La stigmatisation qui en résulte permet ainsi de classer un phénomène qui reste toutefois parfaitement méconnu.

Notre propos dans le présent article n'est pas celui d'évaluer les résultats d'un sondage d'opinion sur le problème de la drogue, ou de procéder à une analyse du contenu des informations qui sont véhiculées par les moyens de communication sociale. Il est plutôt de présenter les problèmes que les députés soulèvent à propos de la consommation et du trafic des drogues illégales. Nous verrons donc comment leurs interventions échappent au piège de la banalisation/dramatisation de la toxicodépendance.

1. – *Le problème de la drogue et de la toxicodépendance*

Les implications propres au phénomène toxicomane sont telles qu'il est impensable d'en donner une revue exhaustive. Cependant il nous semble nécessaire de préciser les contours du phénomène par le biais d'une brève discussion des définitions des notions de drogue et de toxicodépendance.

Une définition très large de la drogue inclut tout agent chimique capable d'affecter le protoplasme vivant: « a drug may be broadly defined as any chemical substance that affects living processes » (2). Pour O.S. Ray, est une drogue toute substance de nature chimique ou physique, exceptée la nourriture, en mesure de modifier la structure ou la fonction de l'organisme vivant (3). Selon D. Ladewig toute substance agissant sur le système nerveux central (SNC) est une drogue (4). En règle générale toute substance ayant des effets psychoactifs est assimilée à une drogue. Il y a donc, en général, modification de l'état de conscience chez celui qui absorbe la drogue. Cette modification est le fruit d'un artifice (introduction dans l'organisme d'un élément exogène) qui modifie les rapports entre les automatismes et les pulsions du sujet d'une part, et sa fonction imaginaire de l'autre. Comme l'écrit H. Laborit l'homme est « d'autant plus conscient qu'il est conscient de ses automatismes et de ses pulsions et qu'il trouve à s'en libérer par sa fonction imaginaire » (5).

Les deux premières définitions sont si larges que bien peu de substances leur échappent. Dans les définitions purement pharmacologiques entrent non seulement les drogues illégales, mais aussi le tabac, le thé, le café, les boissons alcooliques et tous les produits pharmaceutiques tels que les hypnotiques et les tranquillisants.

On pense souvent que toute drogue possède une propriété intrinsèque qui permet de la définir automatiquement en tant que telle. Or il est impossible de détecter un effet qui

(2) JULIEN R. M., *A Primer of Drug Action*. San Francisco, Freeman 1981, p. XI.

(3) RAY O.S., *Drugs, Society and Human Behavior*. St. Luis, Mosby 1972, p. 50.

(4) LADEWIG D. et al., *Drogen unter uns, Nasel*, Karger Verlag, 1979, p. 6.

(5) LABORIT H., *La nouvelle grille*, Paris, Laffont 1974, pp. 69-70.

serait commun à toutes les drogues et qui en même temps serait absent des « non-drogues ». La plupart des auteurs réservent le terme de drogue « à des produits modifiant l'activité mentale et le jugement, dont l'usage est illicite ou à l'usage dangereux — abusif ou déviant — de produits licites... » (6). C'est alors que « décrire et classer les drogues revient à énumérer une grande quantité de produits actifs sur le système nerveux et capable d'entraîner des modifications psychiques durables » (7). Cette utilisation du terme drogue concerne cinq classes de drogues modifiant le comportement:

a) les sédatifs-hypnotiques tels les barbituriques et les anxiolitiques;

b) les stimulants du système nerveux central tels le amphétamines, la cocaïne, la caféine, la nicotine;

c) les stupéfiants analgésiques tels l'opium, l'héroïne, la morphine, la codéine;

d) les agents antipsychotiques tels le lithium;

e) les hallucinogènes et les substances psychédéliques tels le LSD, la mescaline et les produits du cannabis (marihuana et hachisch) (R.M. Julien).

Remarquons que l'ampleur des modifications des fonctions neurophysiologiques et biochimiques des cellules nerveuses dépend de la qualité de la drogue, de la quantité consommée, de la tolérance et de la dépendance à la drogue acquise par le sujet. Une même drogue peut donc avoir des effets psychoactifs fort différents d'un individu à l'autre, tout comme chez un même seul et individu. Il faut encore ajouter que des doses différentes de la même substance produisent des comportements différents. Cela signifie que les classifications qui se basent sur les effets psychologiques des drogues ne sont pas rigides. Par exemple la très grande variabilité des effets psychologiques des produits du cannabis est bien connue.

Une approche psychopharmacologique de la drogue est insuffisante. Le problème de la toxicodépendance ne réside « pas dans la drogue, mais bien dans le rapport qu'elle est

(6) FREJAVILLE J.-P., *Les jeunes et la drogue*, Paris, P.U.F. 1977, p. 10.

(7) PELICIER Y./THUILLIER G., *La drogue*, Paris, P.U.F. 1978, p. 15.

susceptible d'établir avec un sujet » (8). C'est à propos de ce rapport qu'il est intéressant de rapporter quelques-unes des définitions les plus connues de la toxicomanie.

a) La toxicomanie en tant qu' « appétance anormale et prologée manifestée par certains sujets pour des substances toxiques ou des drogues dont il ont connu accidentellement ou recherché volontairement l'effet analgésique, euphoristique ou dynamique, appétance qui devient rapidement une habitude tyrannique et qui entraîne presque inévitablement l'augmentation progressive des doses » (9).

b) Selon Olievenstein on « entend traditionnellement par toxicomanie un mode de conduite qui, par le recours à des moyens artificiels: les toxiques ou les drogues, a pour but soit le refus de souffrance, soit la recherche du plaisir » (10).

c) La « toxicomanie commence là où finit l'effet principal, pharmacologiquement prévu et recherché, classiquement décrit, là où commence un effet principal, nouveau, inattendu, paradoxal » (11).

d) Pour l'Organisation mondiale de la Santé, la notion de pharmacodépendance se substitue à celle de toxicomanie. Les termes de toxicomanie et d'accoutumance (drug habituation) ont été remplacés par celui de dépendance qui se réfère à un état qui résulte de l'absorption régulière d'une certaine drogue. Ces modifications ne sont pas sans importance. En effet, si l'on parle de pharmacodépendance, on met l'accent sur la dépendance psychique qui ne concerne que certaines drogues et sur le phénomène de la tolérance qui consiste en l'augmentation des doses nécessaires pour obtenir le même effet.

On constate que ces différentes définitions mettent l'accent sur les aspects psychologiques et pharmacologiques. Il ne faut toutefois pas oublier que la toxicodépendance présente encore d'autres dimensions. Il y a la dimension légale (le trafic et la consommation sont sanctionnés par la loi), il y a la dimension médicale (les effets nocifs de certaines substances sur l'orga-

(8) OUGHOURLIAN J. M., *La personne du toxicomane*. Paris, Privat 1978, p. 14.

(9) POROT A. et T., *Les toxicomanies*. Paris, P.U.F. 1973, p. 7.

(10) OLIEVENSTEIN C., *La drogue*. Paris, Gallimard 1978, p. 15.

(11) OUGHOURLIAN J. M., *op. cit.*, p. 63.

nisme humain), il y a la dimension psychiatrique (la personnalité de la personne dépendante présente des traits psychopathiques), il y a la dimension socio-culturelle (la nature de l'interprétation des normes et rôles sociaux par la personne dépendante). La combinaison de ces différentes dimensions varie selon les cas concrets de toxicodépendance. Et puisque ces variations sont extrêmement nombreuses, toute définition de la toxicodépendance reste par la force des choses relative.

L'acte de consommer une drogue ne suffit donc pas pour classer quelqu'un comme étant toxicomane. Nous pensons ici, bien sûr, à tous ceux qui consomment les produits du cannabis à des fins expérimentales et récréatives. Mais il y a aussi une constatation importante faite par le Drug Abuse Council dans son rapport de 1980 et qui concerne les USA. Ce rapport arrive à « l'évidence convaincante que le nombre de personnes qui prennent occasionnellement de l'héroïne, sans devenir dépendantes est largement supérieur au nombre d'héroïnomanes » (12). Puis il y a les utilisateurs occasionnels de cocaïne (drogue qui n'entraîne pas de dépendance physique) dont le nombre aux USA, en 1977, était estimé à 8 millions de personnes (13). Donc, il y a une population très importante de consommateurs qui ne répond que très partiellement et dans certains cas, pas du tout, à la définition qui est donnée de la toxicodépendance. Tous, pourtant, sont sanctionnables par les lois sur les stupéfiants et de ce fait peuvent apparaître dans les statistiques et aux yeux de l'opinion publique comme étant des toxicomanes. Cette catégorie est ainsi gonflée artificiellement et le risque de criminaliser une population qui n'a du toxicomane que le nom, devient très grand. Si, dans certains cas, des sanctions légères telles l'amende ou la réprimande peuvent être bénéfiques pour le jeune expérimentateur (14), d'autres sanctions, tel l'emprisonnement même de courte durée ou le séjour dans une maison d'éducation ont souvent des effets néfastes sur la carrière toxicomane du jeune. Il faut préciser que ce problème était très actuel lorsque la consommation des produits du cannabis commença à se répandre parmi les jeunes. Pendant cette période on assimilait

(12) OLIEVENSTEIN C. (éd.), *La vie du toxicomane*, Paris, P.U.F. 1982, p. 114.

(13) RAY O. S., *op. cit.*, p. 277.

(14) Voir LUCCHINI R., *Etude sur la toxicomanie dans le canton de Fribourg*, Fribourg, Direction de la santé publique et des affaires sociales, 1980, p. 72.

toutes les drogues au seul modèle des drogues dites dures et on rendait ainsi le système pénal plus rigoureux. Avec le temps le système social réagit de manière plus différenciée aux infractions des normes qu'il a édictées. Si on prend le cas de la Suisse, on constate pour la période comprise entre 1974 et 1979 une nette diminution des condamnations concernant la catégorie d'âge 18-19 ans pour des infractions à la Loi fédérale sur les stupéfiants (LfS). Calculé sur le total des condamnations, on passe de 51 % en 1974 à 38 % en 1979. Par contre, les condamnations concernant la catégorie d'âge comprise entre 20 et 24 ans passe de 39 % à 45 % du total. Cette augmentation est avant tout imputable à la délinquance et au trafic de la part des toxicomanes dont la carrière se prolonge dans le temps. En ce qui concerne les plus jeunes, il semble que ceux-ci bénéficient de plus en plus de l'article 19^a a de la LfS. « Dans les cas bénins, l'autorité compétente pourra suspendre la procédure ou renoncer à infliger une peine. Une réprimande peut être prononcée ». L'ensemble des circonstances objectives et subjectives qui accompagnent l'infraction définit le caractère plus ou moins bénin de cette dernière. D'autre part, on constate l'importance du sursis en cas de condamnation: un condamné sur deux en a bénéficié en 1980 (15). Ce sont les condamnés à des peines d'emprisonnement jusqu'à six mois qui ont le plus bénéficié de la pratique du sursis. Par contre, seul trois cas sur 83 condamnations à la réclusion étaient dans cette situation (16).

Avec le temps la pratique judiciaire différencie de plus en plus le simple consommateur qui utilise la drogue à titre expérimental et récréatif et la personne toxicodépendante qui enreint le Code pénal. Dans le premier cas l'intervention se veut préventive et non pas répressive; dans le deuxième elle se veut thérapeutique et répressive, et c'est alors que la loi devient inapplicable (17).

(15) Office fédéral de la statistique « Les condamnations pénales en Suisse », Berne, Service des publications 1982, p. 48.

(16) L'article 35 du Code pénal suisse définit ainsi la réclusion: « La réclusion est la plus grave des peines privatives de liberté. Sa durée est d'un an au moins et de vingt ans au plus. Lorsque la loi le prévoit expressément, la réclusion est à vie ». Quant à l'emprisonnement « sa durée est de trois jours au moins et, sauf disposition expresse et contraire de la loi, de trois ans au plus » (art. 36).

(17) Voir à ce propos MURARD N., Médico-légal, dans: Recherches, Paris, No 39bis, 1979, pp. 149-179; LUCCHINI R., « La Loi fédérale sur les stupéfiants. Le cas de la Suisse », dans *Revue française des affaires sociales*, à paraître.

2. – *La toxicodépendance en Suisse; quelques données statistiques*

Comme pour la criminalité on peut distinguer trois niveaux de réalité du phénomène toxicomaniaque: la toxicodépendance réelle, la toxicodépendance apparente et la toxicodépendance légale. La toxicodépendance en tant que telle n'est pas une infraction punie par la loi; seul l'acte qui conduit à cet état est puni. Et encore faut-il que le produit consommé soit catalogué comme substance défendue (article premier de la LfS) par le législateur. La toxicodépendance réelle concerne une population dont on n'a pas de données exactes et qui constitue la partie cachée du phénomène. Son importance est très difficile à évaluer. Pour la Suisse on estime le nombre des toxicomanes graves (héroïnomanes et polytoxicomanes) à environ 15.000. La toxicodépendance apparente est celle qui apparaît au niveau des organes de poursuite et des instances médico-sociales. Ence qui concerne la signification des chiffres qui correspondent à cette catégorie, il faut bien dire qu'elle n'est pas très claire. En effet, il s'agit d'une catégorie hétérogène sur le plan des types de drogues consommées, des degrés de dépendance et de tolérance développés par les individus, des quantités consommées. Les informations statistiques ne nous permettent pas de conclure à l'existence d'une toxicomanie chez tous les sujets qu'elle comprend. En ce qui concerne les chiffres des établissements hospitaliers, il y a le problème du diagnostic qui accompagne l'hospitalisation du sujet. Une hépatite peut très bien cacher une toxicomanie qui alors n'apparaît pas en tant que cause directe de l'hospitalisation. En définitive l'importance statistique de la toxicodépendance apparente dépend beaucoup du zèle, de l'organisation des organes de poursuite et des critères d'intervention. Toute comparaison intercantonale et à plus forte raison internationale qui se base uniquement sur des chiffres concernant la toxicodépendance apparente est problématique. Si l'on prend les cas des décès par overdose, on sait pertinemment que les statistiques ne sont pas représentatives. En effet, la définition médico-légale du décès par overdose en Suisse est très limitative. Pour classer la cause du décès dans cette catégorie, il faut pratiquement retrouver à côté du corps la seringue qui a permis l'injection de la substance létale. Le nombre réel

des décès par des overdoses est ainsi plus élevé que celui qui apparaît dans les statistiques. Nous avons enfin la toxicodépendance légale qui correspond à la toxicodépendance « punie ». L'attribut « puni » n'est pas très heureux, mais est utilisé pour tenir compte des cas auxquels on a appliqué la loi.

En ce qui concerne les données statistiques pour la Suisse, il suffira d'un bref tour d'horizon. Les chiffres suivants ont trait aux condamnations et aux dénonciations en vertu d'infraction à la LfS:

1976	.5546	1550
1977	.5820	1859
1978	.6299	1764
1979	.7045	2110
1980	.8224	2325

Les chiffres indiquent qu'un peu plus d'un quart seulement des dénonciations aboutit à une condamnation. Toutefois, même si la relaxation semble être une pratique importante, certaines dénonciations conduisent à des condamnations prononcées en vertu du Code pénal et non pas de la LfS. Lorsqu'il y a concours d'infractions, la comptabilité statistique ne retient que celle qui est passible de la peine la plus grave. Lorsque plusieurs lois ont été enfreintes, le Code pénal a, en principe, la priorité (18). Cela modifie alors le rapport entre dénonciations et condamnations dans un sens moins favorable à la pratique de la relaxation. En effet, parmi les personnes dénoncées, il y en a qui sont condamnées en vertu du Code pénal et qui n'apparaissent donc pas dans les condamnations établies en vertu d'infractions à la LfS. D'autres facteurs font que les chiffres réels concernant les condamnations sont plus élevés que ceux qui apparaissent dans les statistiques. Ainsi, dès 1971 les réprimandes et les amendes prononcées contre des adolescents de 14 à 17 ans ne sont plus inscrites au casier judiciaire; à partir de 1974, le même traitement est appliqué pour les sentences suspendues qui concernent des

(18) Office fédéral de statistique, *Les condamnations pénales en Suisse*, Berne, Service des publications 1982, p. 8.

adolescents de 15 à 17 ans. Malgré ces restrictions la différence entre les deux catégories reste importante.

Les chiffres suivants se rapportent au trafic, à la consommation et au trafic-consommation ayant entraîné des dénonciations pour infractions à la LfS:

1977	340	3616	1862
1978	367	3909	2019
1979	353	4365	2277
1980	384	5284	2509

En ce qui concerne les substances utilisées par les personnes pour simple consommation, nous rapportons les chiffres les plus importants:

Hachisch	4456	4769	5106	5831
Héroïne	1832	1872	2449	2827
Morphine	370	431	337	248
Cocaïne	292	293	307	585
LSD	715	667	802	745
Amphétamine	318	358	247	257

Si entre 1977 et 1980 la consommation de hachisch a augmenté dans les mêmes proportions, il y a eu une très forte progression de la cocaïne et de l'héroïne. Les contours de l'évolution de la toxicodépendance que ces chiffres suisses nous donnent, correspondent en gros à ce que l'on peut observer dans les autres pays européens. Ce que par contre ces chiffres n'illustrent pas, ce sont les cas de la pharmacodépendance associée souvent à l'alcool. Pourtant c'est un fait que le nombre de ces cas devient de plus en plus important. Dans une enquête portant sur 621 cas que nous avons réalisée dans le canton de Fribourg (Suisse) et touchant la période de 1974 à 1978, il apparaît déjà que 7 % des consommateurs de drogues associent alcool et médicaments (19). Actuellement ce

(19) LUCCHINI R., *op. cit.*, p. 62.

pourcentage doit être encore plus important. Il y a plusieurs raisons à cela. Tout d'abord l'influence des prix des opiacés et de la cocaïne réduit leur accessibilité. Il y a aussi, à certaines époques la pénurie de certains produits qui provoque des changements de consommation. Ces modifications débouchent fréquemment sur l'alcool et les médicaments. Ensuite, il y a le problème légal. En effet, le nombre des hypnotiques et des analgésiques qui ne sont pas interdits par la loi est élevé. Leur consommation évite pendant un certain temps l'intervention des organes de poursuite. Enfin, il y a ce que l'on pourrait appeler le climat général de la toxicomanie. Pour certains la recherche du plaisir et de la nouveauté, la création artificielle d'une zone existentielle d'où le conflit est banni, cède la place au désir d'anéantir toute relation avec soi-même et avec l'environnement. Le jeune se prive ainsi de son identité personnelle et recherche une existence végétative d'où tout jugement moral est exclu. Il n'est donc pas surprenant de constater que la toxicodépendance apparente n'est qu'un reflet très inexact de la toxicodépendance réelle.

3. – *Le contenu général des interventions parlementaires sur le problème de la toxicodépendance*

Pendant la période qui va de 1977 à 1981, le nombre des interventions (motions, postulats, interpellations, questions) (20) au Conseil national (chambre des députés) a été de douze. Parmi les auteurs un seul est intervenu deux fois. D'après les thèmes développés, ces interventions peuvent être classées en 7 catégories:

- a) Questions concernant le trafic et le commerce des stupéfiants (trois cas);
- b) Politique à l'échelon national en matière de stupéfiants (trois cas);
- c) Requêtes d'études scientifiques sur le phénomène de la toxicodépendance (deux cas);

(20) Pour le lecteur non suisse précisons que ces interventions sont adressées au Gouvernement. La motion est un mandat impératif, le postulat est une suggestion de nature moins stricte, tandis que les interpellations et les questions des députés demandent au Conseil fédéral de les renseigner oralement ou par écrit sur un problème donné. Une motion peut être transformée en postulat.

d) Question concernant la réglementation de la vente de médicaments (un cas);

e) Intervention combinée concernant le trafic, le traitement des personnes dépendantes et la politique générale en matière de stupéfiants (un cas);

f) Affectation de la dîme de l'alcool (un cas) (21);

g) Formation de spécialistes dans le domaine de la toxicodépendance (un cas).

Chacune de ces interventions est suivie d'une réponse du Gouvernement. La moitié des interventions ont comme objet principal les grands thèmes de la toxicodépendance: répression du trafic, prévention, intervention thérapeutique et réinsertion sociale des sujets. Par contre un seul député demande explicitement une révision de certains articles de la LfS. Toutes les interventions évitent le double piège de la banalisation/dramatisation du problème. Elles sont la manifestation de la préoccupation personnelle des députés face aux problèmes posés par la toxicodépendance, plus que l'expression de l'intention politique de l'un ou l'autre des partis auxquels appartiennent leurs auteurs. D'ailleurs aucun parti n'a formulé de projet d'ensemble concernant la consommation des drogues. Seules des propositions de modification partielle de la LfS sont à l'étude dans certains partis. Ces modifications concernent entre autres le problème de la réinsertion professionnelle et sociale du toxicomane; le soutien accru de la part de la Confédération aux autorités cantonales dans leurs tâches de prévention, de répression et de thérapie; l'uniformisation à un niveau national des programmes de maintenance (méthadone), programmes qui sont, actuellement, de la compétence des cantons; la réduction des inégalités d'application de la LfS d'un canton à l'autre (22). La plupart des interventions

(21) La dîme de l'alcool correspond aux recettes nettes de la Régie fédérale des alcools.

(22) La Confédération délègue aux cantons l'application de la loi tout comme l'exécution de la peine. La loi accorde une très grande liberté d'action au juge qui peut remplacer des peines par toutes sortes de mesures thérapeutiques et sociales. De plus, le législateur fait état de cas bénins dans lesquels, « l'autorité compétente pourra suspendre la procédure ou renoncer à infliger une peine » (article 19, 2, a.). Ces cas ne sont définis qu'indirectement à l'art. 19, 2, a, b, c qui énumère les conditions constituant une infraction grave. Tout cela est à l'origine de condamnations et de traitements inégaux selon les cantons.

revêtent la forme d'une motion (5), suivies par les postulats (3), les questions (3) et une interpellation. L'intention première des députés n'est donc pas l'obtention d'informations sur le problème de la toxicodépendance, mais de provoquer une intervention concrète du Gouvernement dans ce domaine. Il est intéressant de constater que la forme du mandat impératif a été la forme la plus fréquemment choisie. Il est à noter qu'une seule motion a été maintenue comme telle; les quatre autres ont été transformées en postulats.

a) *Les questions concernant le trafic et le commerce des stupéfiants.*

Il s'agit de deux questions simples, l'une présentée le 7 juin 1978 (No 78.698), l'autre le 11 juin 1981 (No 81.682) et d'un postulat du 16 juin 1980 (No 80.453). Les trois intervenants demandent un renforcement des moyens de répression et de contrôle. Dans le premier cas, c'est le nombre croissant des décès par overdose qui provoque l'intervention du député. La cause principale de ces décès serait l'absence d'une répression efficace du trafic. A partir de là, le député demande une aggravation des peines minimales prévues par la loi. L'article concerné par cette demande est l'article 19, al. 9 de la LfS. Cet article prévoit dans les cas graves une peine de réclusion ou d'emprisonnement pour une année au moins; cette peine peut être cumulée avec une amende qui peut atteindre un million de francs (suisses). Si l'on consulte les statistiques pour l'année 1980, on constate que sur 327 condamnations de cas graves (trafic et récidives), 63 ont été condamnés à des peines de réclusion, tandis que 258 ont été condamnés à l'emprisonnement.

Le problème de l'overdose n'est que partiellement réductible à un problème de trafic. Dans certains cas il peut être la conséquence d'une modification de la qualité du produit consommé par le toxicomane qui n'en a pas été averti. Le dosage qu'il effectue peut alors lui être fatal. Dans la plupart des cas il est le seul aboutissement pour celui qui n'entrevoit aucune alternative à la drogue. En ce qui concerne la Suisse, on sait que la plus grande partie des drogues y est introduite par des milliers de petits canaux différents. C'est alors le petit trafiquant-consommateur qui se trouverait touché par des mesures de répression accrue. Dans sa réponse le Conseil fédéral fait d'ailleurs état de l'imbrication internationale de

la production et du trafic des drogues. Le Gouvernement souligne que seule une coopération étroite entre pays producteurs et pays consommateurs est en mesure d'apporter une solution à ce problème. D'autre part, il constate que depuis la dernière révision de la LfS (1975), les tribunaux cantonaux se montrent plus sévères dans l'application des peines pour des délits de trafic. Pour ces différentes raisons il ne considère donc pas nécessaire d'aggraver les peines minimales prévues par la loi.

La deuxième intervention (No. 81'682) est plus succincte et demande l'application de sanction spéciales aux banques qui par négligence fournissent une aide au commerce international de la drogue. Dans sa réponse, le Gouvernement fait état de l'article 24 de la LfS pour réfuter la nécessité de mesures spéciales (23).

L'auteur de la troisième intervention (No. 80'453) demande un renforcement de la lutte antidrogue aux frontières du pays. Il ne doute pas qu'il existe une relation très étroite entre le nombre des toxicomanes et la quantité de stupéfiants proposés sur le marché. Constatant les quantités relativement faibles de drogues saisies à la frontière par rapport à la consommation réelle, le postulat demande le renforcement quantitatif et qualitatif des moyens mis à la disposition des services douaniers. Le député se dit convaincu de l'inefficacité relative des peines de prison qui sanctionnent l'activité des consommateurs-trafiquants. D'autre part, la complexité du problème posé par la toxicomanie est telle qu'il est impossible même d'en décrire avec précision les contours. Comme c'est souvent le cas dans de telles circonstances, l'accent est mis sur des mesures techniques et administratives. En conférant l'impression d'une certaine maîtrise des difficultés, ce type d'intervention est sécurisant grâce à son caractère instrumental. L'objet de l'intervention n'est pas la personne toxicodépendante en tant que telle, mais l'une des conditions matérielles de la toxicomanie. Dans sa réponse le Gouvernement fait état de l'efficacité très relative des mesures de contrôle accrues aux frontières. Par contre, il se dit convaincu de l'importance de la formation spéciale, « spécifique à la fonction que chaque fonctionnaire exerce dans la pratique ». Le Conseil fédéral

(23) Article 24: « Les avantages pécuniaires illicites qui se trouvent en Suisse seront également acquis à l'Etat lorsque l'infraction aura été commise à l'étranger ».

accepte alors le postulat pour autant que sa réalisation n'entraîne pas une augmentation du personnel (problème posé par la limitation du personnel que la Confédération peut engager).

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les difficultés que le contrôle du trafic rencontre. D'une année à l'autre les quantités de drogues saisies soit à la frontière, soit par la police à l'intérieur du pays, varient très fortement. Ce n'est pas à partir des quantités de produits saisies qu'il est possible d'extrapoler sur l'importance de la consommation réelle. D'autre part les chiffres indiquent clairement que les quantités saisies par les polices cantonales sont très supérieures à celles saisies par les douanes. Le rapport entre ces deux quantités varie en fonction de l'année prise en considération et du type de drogue (24). Ce rapport est surtout influencé par deux facteurs. D'une part la présence de policiers spécialisés (les brigades des stupéfiants) dans le cadre des polices de sûreté cantonales. De l'autre par l'importance quantitative du trafic lui-même.

b) *Les interventions concernant la politique à l'échelon national en matière de stupéfiant.*

Deux de ces trois interventions sont l'objet du paragraphe suivant (25) et ne sont donc pas présentées ici. La troisième est un postulat du 24 mars 1977 (No 77.336) qui demande la création rapide de l'Office fédéral de documentation, d'information et de coordination en matière de toxicomanie prévu par l'article 15c, 3 de la LfS. Cet Office qui a été créé en 1978, fait partie de l'Office fédéral de la Santé publique lui-même rattaché au Département de l'Intérieur. Il fait partie des mesures prévues par le législateur pour aider les cantons dans leurs tâches de prévention et d'exécution de la loi. Chaque canton est tenu de rédiger un règlement d'application de la loi fédérale qui doit être ratifié par le Conseil fédéral. Jusqu'à ce jour 14 cantons sur 23 ont procédé à une telle rédaction.

(24) Ainsi il est d'environ 1 : 1 pour le cannabis et pour l'année 1974 et de 4 : 1 pour 1978; pour l'héroïne il est de 30 : 1 pour l'année 1978 et de 3 : 1 pour 1979; pour la cocaïne il y a une inversion du rapport puisqu'il est de 1 à 4 en faveur des services douaniers pour l'année 1978 et de 1 à 18 pour 1979.

(25) Il s'agit d'une motion, No 79'905, du 14.12.1979 et d'une interpellation, No 81'505 du 7.10.1981.

En fait, ce postulat demandait pour l'Office de coordination plus de compétences que celles qu'il a obtenies par la suite. Ainsi le texte de cette intervention demandait que l'Office intervienne dans le domaine de la formation de spécialistes de diverses professions concernés par le problème des toxicomanies et dans celui de la création de centres d'accueil et de consultation pour toxicomanes. Pour des raisons budgétaires et de répartition des tâches entre les cantons et la Confédération les exigences de ce postulat n'avaient guère de chances d'être réalisées.

Ce postulat comme d'autres interventions d'ailleurs trouve son origine dans le souci d'une plus grande efficacité des structures morcelées par le fédéralisme. Plus qu'un souci concernant les applications cantonales de la LfS, il s'agit d'un problème d'information mutuelle des cantons dans le domaine de la prévention et de la répression.

c) Reuêtes d'études scientifiques sur le problème de la toxicodépendance.

Il s'agit de deux interventions. La première revêt la forme d'un postulat et a été présentée le 11 juin 1980 (No 80.440). Elle demande au Conseil fédéral de présenter un rapport sur les différentes drogues et sur les mesures éventuelles qu'il faudrait adopter. En décembre 1980 le Gouvernement a chargé la sous-commission drogues de la Commission fédérale des stupéfiants (26) de lui fournir un rapport sur la dangerosité des différentes drogues. Ce rapport est attendu pour la fin 1982.

Le postulat demande un rapport très complet puisqu'il désire des informations précises sur des questions importantes concernant la toxicodépendance. La première question est, de savoir si le tabac est une drogue qui incite à la consommation de drogues plus dangereuses. Ensuite il demande une comparaison entre les différentes drogues pour connaître les dangers qu'elles impliquent pour l'individu et pour la société. Troisièmement le postulat demande une vérification de la thèse selon laquelle la consommation de cannabis est moins dange-

(26) C'est l'article 59 du Règlement d'exécution de la LfS qui règle la composition de la Commission fédérale des stupéfiants. Elle se « compose d'un représentant de l'Office central, des cantons, des médecins, des médecins-vétérinaires et des pharmaciens, ainsi que des milieux intéressés du commerce et de l'industrie ». L'Office central est le Ministère public de la Confédération qui est chargé de la répression du trafic illicite des stupéfiants.

reuse que celle du tabac ou de l'alcool. Quatrièmement, le député aimerait connaître l'évolution de la toxicodépendance réelle. Ensuite il est question des chances de guérison selon les diverses méthodes thérapeutiques. Et pour terminer, quelles mesures concrètes seront prises par rapport aux cas de rechutes, de la post-cure et de la criminalité associée à la toxicodépendance. Ce postulat est donc très exigeant, car il pose des questions auxquelles il n'est actuellement pas encore possible de répondre avec suffisamment de clarté. Ainsi la question concernant les effets nocifs du cannabis par rapport à ceux de la nicotine pose toute une série de difficultés non résolues surtout d'un point de vue pharmacologique, bio chimique et neurophysiologique. Toutes les incidences sur le plan psychique et psychiatrique d'une consommation de longue durée et d'une certaine intensité ne sont pas non plus élucidées (27).

La deuxième intervention est une motion qui a été présentée le 20 mars 1981 (No 81.377). Elle demande que le Conseil fédéral confie au Fonds National de la recherche scientifique une étude approfondie sur les effets physiques et psychiques du cannabis. Trois raisons motivent l'auteur de cette motion. Tout d'abord l'existence dans le pays de certains courants qui demandent une libéralisation de la consommation du cannabis. Ensuite le nombre de plus en plus élevé de consommateurs. Enfin, les connaissances très partielles que l'on possède sur les effets de cette pratique risquent d'entraver les travaux du Parlement, s'il devait entreprendre une modification de la Loi fédérale sur les stupéfiants. Le but de l'étude est donc avant tout de fournir aux parlementaires des informations sur lesquelles ils pourraient baser leur décision.

d) Il s'agit d'une intervention sous forme de question simple, présentée le 11 juin 1980 (No 80.693). Le député demande l'introduction d'un contrôle plus rigoureux en ce qui

(27) Les textes suivants donnent un aperçu de la complexité de la question. SNYDER S. H., *Uses of Marijuana*, New York, Oxford University Press 1971. Marijuana and Health: Sixth Annual Report to the US Congress from Secretary of Health, Education and Welfare, 1976, Washington, US Government Printing Office 1977; GRAHAM J. D. P. (Ed.), *Cannabis and Health*. London, Academic Press 1976, ARNAO G., *Erba proibita*, Milano, Feltrinelli 1979; O'BRIEN FEHR K. et al., *Effets nocifs du cannabis sur la santé*, dans: *Drogalcool*, No 2, 1980, pp. 17-31, NAHAS G., *Histoire du « H »*, Paris, Laffont 1979, RIELHOLZ P. et al., *Zur Frage der Gesundheitsschädlichkeit des Haschischkonsum*, dans *Schweiz. Rundschau Med.*, 68, 1979, p. 1687 etss., *Schweizerische Med. Wochenschrift*, No 101, 1971, pp. 1483-1484 (bibliographie).

concerne la vente de médicaments psychotropes de plus en plus utilisés par les jeunes en association avec l'alcool. Ces médicaments sont soumis à une ordonnance médicale simple, c'est-à-dire que celle-ci peut être répétée plusieurs fois. L'accessibilité aux médicaments en est ainsi facilitée. Pour les psychotropes qui sont soumis à la LfS, le contrôle est strict, puisque chaque ordonnance donne droit à un seul et unique achat. Il s'agit avant tout de médicaments qui ont des effets de type amphétaminique. Dans sa réponse le Gouvernement rappelle que les cantons sont responsables du contrôle dans le domaine de la production, de la distribution et de la vente des médicaments. A cet effet, il existe l'Office intercantonal de contrôle des médicaments qui doit agréer tout produit pharmaceutique avant que celui-ci puisse être mis en circulation. Pour le Conseil fédéral ces contrôles cantonaux sont suffisants et il est d'avis qu'une nouvelle réglementation fédérale est superflue.

e) Cette intervention est une motion qui a été présentée le 15 décembre 1981 (No 81.587). Dans une première partie il est demandé à la Confédération de soutenir financièrement les cantons dans leur lutte contre le trafic de stupéfiants. La poursuite des trafiquants doit toutefois rester de la compétence des cantons en raison des conditions locales qui diffèrent d'une région à l'autre. Ensuite, le député demande que l'Etat central subventionne des centres de réhabilitation pour toxicomanes. Les centres existants ne sont pas suffisants pour permettre une application correcte de la LfS. En effet, celle-ci prévoit à son article 19a, 3, la possibilité de remplacer la peine par une mesure thérapeutique et médicale. Lorsque le traitement ambulatoire est insuffisant sur le plan thérapeutique, la pénurie de place devient un obstacle à l'application correcte de la loi. Une conséquence de cette situation est l'utilisation du traitement ambulatoire même quand l'indication médicale demande un séjour dans un centre post-cure. Les rechutes presque inévitables qui s'ensuivent font que la poursuite pénale est engagée contre le toxicomane. Il entre alors dans un processus de sanctions médico-légales qui le pénalisent lourdement.

Pour terminer, la motion fait état du nombre important de toxicomanes qui se trouvent en prison. Le député demande

que de nouvelles dispositions légales ou que d'autres mesures d'exécution des peines soient prises. Dans sa réponse, le Conseil fédéral fait état du rapport sur la situation de la toxicodépendance en Suisse, qui devrait paraître à la fin de 1982. Il invite le motionnaire à attendre la parution de ce rapport pour que, à la lumière de ces nouvelles informations, l'on puisse traiter plus efficacement les problèmes qu'il soulève.

f) La motion du 19 septembre 1979 (No 79.499) demande qu'une partie des recettes de la Régie fédérale des alcools soit affectée à la lutte contre l'abus de médicaments et de stupéfiants. Or, l'utilisation de ces recettes est liée par l'article 32bis, alinéa 9 de la Constitution fédérale à la lutte contre les causes et les effets de l'alcoolisme (28). Cet article prévoit aussi que les cantons consacrent un dixième des recettes de la dîme qui leur est versée par la Confédération aux problèmes posés par l'alcoolisme. Le Conseil fédéral s'oppose à cette motion, car l'utilisation d'une partie de ces moyens pour lutter contre la toxicodépendance en provoquerait une trop grande dispersion.

g) Cette dernière motion du 27 septembre 1979 (No. 79.517) demande l'ouverture d'une école pour la formation de personnel spécialisé dans le domaine de la toxicodépendance. Cette demande se base sur l'article 15c, alinéa 3 de la LfS. Le personnel remplirait ses tâches dans le domaine de la prévention, de la thérapie et de la réinsertion sociale des toxicomanes. Pour ce qui concerne les frais entraînés par une telle formation, l'auteur de la motion rappelle les coûts économiques et sociaux très importants provoqués par l'invalidité partielle ou totale de nombreux toxicomanes. Ces coûts justifient les dépenses engagées dans la création d'un établissement de formation spécialisée.

(28) La loi sur l'alcool dispose que le droit de fabriquer des boissons distillées appartient exclusivement à la Confédération. Les recettes nettes (la dîme) de la Régie sont réparties, par moitié, entre « la Confédération, pour l'assurance-vieillesse et survivants et pour l'assurance invalidité et les cantons, proportionnellement à leur population de résidence ». Au cours de ces dernières années les cantons ont utilisé le produit de la dîme de la manière suivante: le 40 % a été consacré à la lutte contre les causes de l'alcoolisme, le 50 % à la lutte contre ses effets et les 10 % restants à des fins de prévention et d'assistance (Régie fédérale des alcools, Le régime de l'alcool au service de la santé publique, Berne 1975, p. 16)

Pour le Conseil fédéral, une spécialisation trop précoce du personnel s'occupant de toxicomanes n'est pas souhaitable. S'il le désire, ce personnel doit pouvoir changer de sphère d'activité. Cet argument est important car le travail avec le toxicomane demande un engagement constant et total. On évalue à 3-4 ans la limite d'un engagement dans une communauté thérapeutique. Après ce délai, les ressources émotives et psychiques nécessaires à l'accomplissement de la tâche commencent à faire défaut. Une des raisons peut être recherchée dans l'absence d'écran pharmacologique entre personnel soignant et toxicomanes. En effet, dans la plupart des communautés thérapeutiques, la pharmacopée est très réduite et exclut les psychotropes. Le patient toxicomane est quelquefois de très angoissé, parfois à la limite de la névrose et de la psychose (borderline). Le personnel est ainsi continuellement sollicité, car il ne peut administrer des médicaments qui estompent la demande du patient. Pour le Gouvernement, la Confédération doit tout d'abord intervenir dans le domaine de l'information, de la coordination et de la documentation ainsi que dans celui de l'encouragement à la recherche sur la toxicodépendance. Par contre, le problème des mesures à prendre dans le domaine de la prévention et de la thérapie ainsi que dans celui de la formation professionnelle est la tâche des cantons. Le Conseil fédéral est par contre disposé à entreprendre, en accord avec les cantons, des démarches aboutissant à une augmentation des possibilités de formation continue pour le personnel spécialisé qui s'occupe des toxicomanes.

Ce qui nous semble caractériser les interventions que nous venons de présenter, c'est le pragmatisme de leur contenu. L'absence d'un discours partisan et explicitement idéologique saute aux yeux. Si la tendance des députés est de demander une intervention plus directe de la Confédération, celle du Conseil fédéral est de rappeler les compétences des cantons. Ces derniers sont responsables de l'application de la LfS, de l'exécution des peines prononcées en vertu de lois fédérales, des problèmes sanitaires et de la formation scolaire et professionnelle. Tous ces domaines sont concernés par la toxicodépendance. Ce sont donc avant tout les cantons qui doivent agir. La Confédération ne doit intervenir que subsidiairement par des tâches de coordination et d'information. Le Conseil fédéral est très réticent face à une action directe et très fédéraliste

dans les réponses qu'il donne aux députés. En ce qui concerne la LfS, les intervenants ne sont pas critiques. Une seule intervention, que nous allons d'ailleurs examiner en détail plus bas, propose des modifications importantes.

4. – *Les interventions sur une politique globale en matière de stupéfiants*

Il s'agit de deux interventions. La première, qui est la plus importante, est une motion qui demande une série de modifications de la LfS. Elle date du 14 décembre 1979 (No. 79.905). La deuxième est une interpellation qui soulève le problème de programmes de traitement à la méthadone et celui de la création de centres thérapeutiques. Elle a été présentée le 7 octobre 1981 (No. 81.505).

La première des deux interventions soulève trois questions de fond. Elle demande d'abord de ne pas réprimer la consommation de drogues et de remplacer cette répression par des mesures de réintégration sociale des toxicomanes. Quant à la LfS, le député fait état de l'introduction de la prohibition dans le domaine de la consommation des drogues. Cette dernière sorait responsable du marché noir des stupéfiants et des prix qui en découlent. La criminalité liée à la toxicodépendance aurait la même cause. Le terme lui-même de prohibition n'est pas utilisé sans raison.

Il signifie que les sanctions prévues par le législateur pour les cas de consommation de stupéfiants sont considérées comme étant inadéquates et en partie illégitimes. Cette question repose bien sur le problème du degré de responsabilité personnelle du toxicomane dans les actes qu'il commet. Il s'agit là d'une difficulté importante dans l'application de la LfS. En effet, le législateur a prévu, dans un même texte, des mesures médicales, des mesures d'assistance, des mesures pénales et des mesures de contrôle. Dans l'esprit du législateur, ces mesures doivent permettre de proposer aux toxicomanes des alternatives à la prison. Elles ne devraient donc pas avoir un caractère cumulatif. Or, dans de nombreux cas, c'est bien ce qui se passe. En effet, les rechutes conduisent très vite le toxicomane vers l'exécution d'une peine qui avait été remplacée par une mesure de traitement, ou assortie d'un sursis. D'autre

part, l'insuffisance de places disponibles pour les post-cures renforce le caractère médico-légal des applications de la loi. Les mesures prévues par le législateur sont considérées comme inadéquates car elles ne brisent pas les liens existants entre consommation, trafic et condamnation. Le caractère partiellement illégitime de la prohibition réside alors dans ce manque d'efficacité qui condamne un certain nombre de personnes dépendantes à une existence marginale. L'une des justifications de la peine qui est de contribuer à la réinsertion sociale du condamné, vient à manquer. En outre le problème de la criminalisation des simples consommateurs de cannabis apporte des arguments à celui qui fait état du prohibitionnisme par rapport aux drogues (29). Le deuxième point de la motion concerne la distribution de stupéfiants à des fins thérapeutiques. Cette distribution devrait être légalisée dans tous les cantons et devrait également comprendre l'héroïne. L'auteur de la motion veut généraliser une pratique qui est réglée de manière très restrictive par la loi. En effet, l'article 15a, alinéa 5 de la LfS prévoit que « les cantons soumettent à une autorisation spéciale la prescription, la dispensation et l'administration des stupéfiants destinés au traitement des personnes dépendantes ». Il s'agit des programmes de maintenance à la méthadone. (Le député justifie sa demande par rapport à l'effet qu'elle devrait avoir sur la délinquance liée à la toxicodépendance. Quant au marché noir des drogues il devrait fortement faiblir). Cette démarche vise avant tout à une solution des nuisances sociales de la toxicodépendance (délinquance et criminalité). Pourtant, l'auteur de la motion ne néglige pas les aspects personnels et humains de la toxicodépendance. Il pense simplement que l'on ne peut attendre d'avoir trouvé une explication épidémiologique pour agir. Quant à la distribution d'héroïne, l'auteur se rend compte qu'elle n'est pas facile à réaliser et c'est pour cette raison qu'il transforme sa motion en un postulat. D'ailleurs, l'expérience anglaise dans ce domaine a montré les limites de cette solution (30).

(29) Pour cette question voir LUCCHINI R., *La Loi fédérale sur les stupéfiants*, dans *Revue française des affaires sociales*, Paris (à paraître).

(30) LAURIE P., *Drugs, Medical, Psychological and Social Facts*. Harmondsworth, Penguin Books 1978, pp. 172-176.

L'auteur de la motion propose qu'en lieu et place de la peine, le législateur inscrive dans la loi les principes d'une action d'assistance aux toxicomanes. Il s'agit en quelque sorte de formuler dans la loi l'existence d'un droit aux soins du toxicomane. Actuellement la loi propose un choix en instituant l'équivalence soins-répression (article 19a, 3 et 4). Cette équivalence est plutôt un idéal, car dans les faits c'est souvent le cumul de la peine et de la mesure qui affectent le prévenu. En effet, les mesures médicales et thérapeutiques imposées par le juge aboutissent fréquemment à l'échec. C'est ainsi que certaines communautés thérapeutiques accueillent pas de toxicomanes sous mandat juridique, car elles insistent sur l'aspect volontaire de la post-cure. C'est donc souvent l'impasse pour les jeunes qui ne peuvent quitter la drogue. Pour ceux-là, la LfS est impuissante. Une partie importante des difficultés d'application que rencontrent les lois sur les stupéfiants, vient de la grande complexité de l'état toxicodépendant. Les aspects médicaux, psychiatriques, psychiques, pharmacologiques, socio-culturels, légaux et économiques s'entremêlent et rendent partielle toute définition de la toxicodépendance. De plus, le problème des effets de la consommation sur le sujet et de l'affectation de sa responsabilité rend encore plus difficile la tâche du juge. Comme l'écrit N. Murard on assiste à un certain compromis « scientifique, criminologique et psychiatrique...: le toxicomane est un malade, mais un malade responsable de son état. C'est un malade volontaire et il faut donc le forcer ou l'amener à se soigner ». Et lorsque sa maladie va de pair avec la délinquance, le toxicomane est également responsable de cette dernière (31). Ce qui déroute le législateur et ceux qui appliquent les lois sur les stupéfiants, c'est la question du mobile, du motif qui pousse autant de jeunes à enfreindre les dispositions légales. Ces comportements, qui apparaissent souvent comme parfaitement absurdes et donc dépourvus de sens échappent à l'esprit de la loi. C'est alors que la recherche du mobile de l'infraction se concentre sur l'activité délinquante du toxicomane. Ce dernier vole pour répondre à son besoin de drogue! Il est alors possible de condamner le prévenu

(31) MURARD N., « Médico-légal », dans *Drogues, Passions muettes*, Recherche, No 39bis, Paris 1979, pp. 166.

puisque l'on a trouvé le motif de son acte. Ceci revêt une très grande importance car « tous les réquisitoires le prouvent: pour que puisse jouer la mécanique punitive, il ne suffit pas de la réalité de l'infraction et de son imputabilité à un coupable; il faut aussi établir le motif, disons un lien psychologiquement intelligible entre l'acte et l'auteur » (32).

Le troisième point important de la motion est la demande d'abrogation de l'article 19, 2, a, de la LfS. Cet article fait partie des dispositions pénales de la loi. Le législateur distingue les cas d'infraction bénigne des cas d'infraction grave. Or le passage concerné par la motion fait partie des conditions qui définissent le cas grave. Ainsi lorsque le sujet « sait ou ne peut ignorer que l'infraction porte sur une quantité de stupéfiants qui peut mettre en danger la santé de nombreuses personnes, il s'agit d'un cas grave ». Selon le député cette disposition a été interprétée de manière très différente selon les cantons, donnant ainsi lieu à des jugements inégaux. Le nombre croissant de drogues mises sur le marché serait à l'origine de ce traitement inégal. Dans de telles conditions dit l'auteur de la motion, le Tribunal fédéral ne pourra jamais arriver à une définition unitaire de la pratique. L'existence des inégalités de traitement est donc conditionnée par la teneur même de ce passage de l'article 19. Dans sa réponse, le Conseil fédéral écrit que par cette disposition on veut frapper avant tout le trafic en gros (*breitangelegten Drogenhandel*), ainsi que le trafiquant isolé qui repourvoit le marché et qui incite à la consommation de stupéfiants. En ce qui concerne l'application du droit, le Gouvernement rappelle l'existence d'une décision du Tribunal fédéral (ATF 103 IV 280), selon laquelle la vente de 15 grammes d'héroïne remplit déjà les conditions énoncées par le passage en question. Toutefois, pour déterminer la gravité de l'acte commis, on ne peut se limiter aux conditions objectives de l'infraction. En effet, le Code pénal prévoit que seul est punissable celui qui commet intentionnellement un crime ou un délit, c.-à-d. le commet avec conscience et volonté (article 18, 1 et 2). Cela veut dire que l'application dans le crime dont a fait preuve le prévenu est tout aussi importante que les aspects objectifs de celui-ci.

(32) FOUCAULT M., « L'évolution de la notion d'individu dangereux » dans la psychiatrie légale », dans *Déviance et société*, Vol. IV, No 4, Genève 1981, p. 412.

Les éléments subjectifs de l'infraction sont souvent plus difficiles à évaluer que les composantes objectives. Le nombre croissant des expertises psychiatriques demandées par la justice, n'est qu'un symptôme d'une telle difficulté. Le mélange d'éléments objectifs et subjectifs qu'isupportent toute activité humaine ne plaide pas en faveur de la suppression demandée par la motion. Par contre un argument pour une telle suppression réside dans la difficulté de dire objectivement à partir de quelle quantité une drogue devient dangereuse pour la santé d'un nombre important de personnes. Le peu de précision d'un tel calcul ne semble pas pouvoir soutenir une argumentation sérieuse. Les drogues concernées par les lois sur les stupéfiants ne peuvent être assimilées purement et simplement à des poisons qui mettent la vie en danger. La complexité des facteurs sociaux, culturels, psychiques, neurophysiologiques et pharmacologiques qui font la toxicodépendance, est un obstacle pour toute tentative visant à déterminer la dangerosité d'une drogue. Pourquoi 15 grammes d'héroïne plutôt que 5? Il n'y a pas de réponse à cette question. C'est la qualité psychosociale du milieu récepteur de la drogue qui en détermine la dangerosité. Cinq grammes de drogue dans un milieu donné peuvent être plus dangereux que 15 grammes dans un autre.

Le point central de la motion que nous venons de présenter nous semble résider dans deux points: dépénalisation de la consommation et recours à la distribution légale de stupéfiants. Dans sa réponse le Conseil fédéral fait état des courants qui se sont manifestés au Parlement lors des travaux qui devaient aboutir à la révision en la LfS de 1975. Le courant qui a finalement eu le dessus voulait la poursuite pénale du consommateur. L'opinion était qu'il s'agissait là d'un moyen pour remonter au trafiquant. D'autre part, toujours selon le Conseil fédéral, la LfS tient compte du cas des petits consommateurs (occasionnels, récréatifs). En effet, l'article 19a, 2, prévoit des cas dits bénins, dans lesquels « l'autorité pourra suspendre la procédure ou renoncer à infliger une peine. Une réprimande peut être prononcée ». Le souci du législateur de ne pas criminaliser le consommateur est évident. Seul les arrêts ou l'amende sont prévus pour celui qui, sans droit, consomme intentionnellement des stupéfiants. Si l'on consulte les statistiques des condamnations pour consommation de stupéfiants

en 1980, on constate que seul deux types de peines ont été prononcées: l'arrêt et l'amende. En ce qui concerne l'arrêt, le sursis concerne 70 % des cas environ. Sur 725 cas de condamnations pour consommation, 400 sont des arrêts et 325 sont des amendes. Ces chiffres illustrent une pratique qui tend à éviter la criminalisation des cas bénins. Cette tendance est confirmée par le rapport existant entre dénonciations et condamnations. Ce rapport nous montre que la plupart des consommateurs sont relaxés. Pour une condamnation, il y a plus de six cas qui sont relaxés. Les réserves que nous avons émises dans la première partie de cet article sur la signification du rapport entre les chiffres des dénonciations et des condamnations doivent être rappelées ici. Toutefois, le décalage entre les chiffres relatifs aux dénonciations et ceux relatifs aux condamnations est trop important pour qu'il soit dénué de toute signification.

Le Conseil fédéral est totalement opposé à la distribution légale de stupéfiants et en particulier d'héroïne à des fins thérapeutiques. Il fait état de l'échec de l'expérience anglaise dans la distribution de cet opiacé. Les programmes de traitement à base de méthadone lui paraissent devoir être limités à un nombre très petit de cas. Pour le Gouvernement, le terme même de thérapie est inadapté pour désigner le but recherché par l'octroi de la méthadone. Seul le terme de maintenance lui apparaît approprié.

La deuxième intervention (No. 81.505) demande au Conseil fédéral de s'exprimer sur les programmes contonaux de traitement à la méthadone. Le député voudrait savoir si une solution sur le plan national ne devrait pas être envisagée. Et il constate que 13 cantons sur 23 préconisent une telle solution. Pour le Gouvernement, il est un fait qu'il existe de grandes différences entre les cantons. Il a donc chargé la Commission fédérale des stupéfiants d'étudier les avantages d'une solution fédérale de cette question.

En ce qui concerne la création de centres thérapeutiques, le Conseil fédéral rappelle qu'elle est de la compétence exclusive des cantons. La Confédération doit se limiter à des tâches d'information et de coordination.

La drogue et la toxicomanie ne laissent donc pas les députés indifférents. La qualité de leurs interventions est avant tout due au refus de banaliser ou de dramatiser les problèmes.

Ils préfèrent intervenir sur des points bien précis en proposant des solutions concrètes. Aucun ne lance de condamnation morale envers la personne du toxicomane qui est plutôt considéré comme un malade qui doit recevoir des soins. Dans aucune des interventions on assimile tous les utilisateurs de drogues au modèle de l'héroïnomane ou du polytoxicomane. Il semble bien que pour les auteurs des différentes interventions le consommateur de cannabis ne pose pas de problème majeur. Ils ont donc conscience du caractère multidimensionnel de la toxicodépendance. Toutefois, il n'est pas possible d'affirmer leur représentativité par rapport à l'ensemble des députés. D'une part, ils ne représentent que 5 % de ceux qui siègent au Conseil national. De l'autre, leurs interventions sont motivées par un intérêt personnel et une connaissance du problème qui leur évite de tomber dans le piège facile du préjugé.

RIASSUNTO

In Svizzera, come in tutti gli altri paesi, (1), la tossicodipendenza è considerata un male assoluto.

Questo atteggiamento indifferenziato comporta un duplice processo: la drammatizzazione e la banalizzazione del problema. Drammatizzazione nel senso che la tossicodipendenza è considerata come un fenomeno che riguarda tutta la gioventù nel suo insieme e la cui unica via d'uscita è costituita dalla prigione e dall'ospedale psichiatrico. Bana-lizzazione in quanto l'unico responsabile è il consumatore. Egli è un soggetto diverso dagli altri, che bisogna emarginare. Così, sia la drammatizzazione che la banalizzazione favoriscono la stigmatizzazione del tossicomane anche se si tratta di un consumatore occasionale.

Lo scopo di questo articolo è di sottolineare i problemi sollevati dai deputati a proposito del consumo e del traffico delle droghe illegali e di mostrare come questi interventi sfuggono al tranello della bana-banalizzazione/drammatizzazione della tossicodipendenza.

1. - *Il problema della droga e della tossicodipendenza*

Alcuni autori propongono una definizione molto ampia del termine droga (2, 3, 4, 5) intendendo una qualsiasi sostanza che produca effetti psicoattivi e comportante quindi una modificazione dello stato

di coscienza. Questo tipo di definizione detta « farmacologica », comprende la maggior parte delle sostanze illegali ed anche il tabacco, il caffè, l'alcool, i prodotti farmaceutici etc.

Altri autori intendono col termine droga quei prodotti che modificano l'attività mentale e la capacità di giudizio, e il cui uso è illecito (6).

La classificazione delle droghe consiste in questo caso in una enumerazione (7) che prende in considerazione 5 classi di droghe: i sedativi-ipnotici, gli stimolanti del sistema nervoso centrale, gli stupefacenti analgesetici, gli antipsicotici, gli allucinogeni e le sostanze psichedeliche.

Ricordiamo che l'ampiezza delle funzioni neurofisiologiche e biochimiche delle cellule nervose dipende dalla qualità della droga, dalla quantità consumata, dalla tolleranza e dalla dipendenza alla droga acquisita dal soggetto.

Un approccio farmacologico della droga è dunque insufficiente in quanto il problema risiede interamente nel rapporto del soggetto con la droga (8). A questo proposito è interessante ricordare alcune definizioni della tossicomania: appetenza di alcuni soggetti per delle sostanze tossiche o droghe che diventa un'abitudine tirannica comportando l'aumento delle dosi (9); per Olivenstein si tratta di un comportamento che ha per scopo sia il rifiuto della sofferenza sia la ricerca del piacere (10); la tossicomania inizia nel momento in cui termina l'effetto principale, farmacologicamente previsto e ricercato, classicamente descritto, e nel momento in cui inizia un effetto principale, nuovo, inatteso, paradossale (11); l'OMS sostituisce il termine « tossicomania » con quello di « farmacodipendenza » che si riferisce alla consumazione abituale di una certa droga.

Queste definizioni pongono l'accento sugli aspetti psicologici e farmacologici; tuttavia non bisogna tralasciare le altre dimensioni (legale, medica, psichiatrica, socio-culturale) della tossicomania. La combinazione di queste dimensioni varia secondo i casi. Tutte le definizioni della tossicodipendenza sono dunque relative.

L'atto di consumare la droga non è quindi sufficiente per classificare un soggetto come tossicomane. Come prova di ciò, il rapporto del Drug Abuse Council del 1980 negli Stati Uniti constata che i consumatori occasionali di eroina sono più numerosi degli eroinomani (12). Lo stesso dicasi per la cocaina. (13). Così la categoria dei tossicomani può trovarsi gonfiata artificialmente e le conseguenze sul soggetto possono essere gravi (14), per esempio l'incarcerazione per un consumatore occasionale è più grave di una leggera ammenda.

Fortunatamente con il trascorrere del tempo, il sistema sociale reagisce in una maniera più differenziata alle infrazioni dalle norme che ha emanato (è questo il caso della Svizzera), soprattutto per i soggetti di 18-19 anni (art. 19 lit. a Lfs). (16). La tendenza è quella di differenziare sempre più dal punto di vista giudiziario il semplice consumatore del tossicomane. Nel primo caso l'intervento è preventivo, nel secondo caso diventa terapeutico e repressivo ed è qui che la legge diventa inapplicabile (17).

2. - *La tossicodipendenza in Svizzera qualche dato statistico*

Solamente l'atto che conduce alla tossicodipendenza è punito, se il prodotto consumato è catalogato come sostanza illecita (art. 1 Lfs).

Si distinguono tre livelli di realtà del fenomeno.

- la tossicodipendenza reale che riguarda la parte nascosta del fenomeno.

In Svizzera la stima è di circa 15 mila tossicomani gravi.

- la tossicodipendenza apparente è quella che appare a livello delle istanze medico-sociali. Il significato delle statistiche è qui molto relativo in quanto alcune diagnosi ospedaliere possono celare una tossicodipendenza che non appare come causa diretta del ricovero.

- la tossicodipendenza legale: è la tossicodipendenza punita. In Svizzera un pò più di un quarto delle denunce sfociano in una condanna in virtù dell'infrazione alla Lfs. Bisogna comunque tenere conto che la cifra è leggermente falsata in quanto alcune condanne sono pronunciate in virtù del codice penale (18) e non appaiono dunque nei dati statistici.

Traffico, consumazione e traffico-consumazione che hanno portato a denunce per infrazione alla Lfs.

1977	340	3616	1862
1978	367	3909	2019
1979	353	4365	2277
1980	384	5284	2509

Riguardo alle sostanze utilizzate per il semplice consumo, l'haschich e l'eroina sono aumentati, tra il 1977 e il 1980 nella stessa proporzione

Si nota un forte aumento della cocaina (come negli altri paesi europei). Al contrario i dati non mostrano i casi della farmacodipendenza associata all'alcol (nel '78, il 7 % nel cantone di Friburgo) (19), che sono in continuo aumento.

3. - *Il contenuto generale degli interventi parlamentari sul problema della tossicodipendenza*

Nel periodo compreso tra il 1977 e il 1981, vi sono stati 12 interventi (mozioni, istanze, interpellanze e interrogazioni) (20), al Consiglio Nazionale (Camera dei Deputati).

A ciascuno di questi interventi ha fatto seguito una risposta del Governo.

I 12 interventi possono essere suddivisi nelle seguenti 7 categorie:

a) Traffico e commercio di stupefacenti: 2 interrogazioni (7 giugno 1978, 11 giugno 1981) e un'istanza (16 giugno 1980) richiedono un rafforzamento dei mezzi di repressione e di controllo.

La prima richiede l'aggravamento delle pene minime previste dalla legge nell'articolo 19, al .9 della Lfs (ciò per una repressione più severa del traffico considerato come la causa principale dei decessi per overdose). Il governo non considera necessario tale aggravamento delle pene in quanto i tribunali cantonali si mostrano già più severi nella repressione del traffico. Il governo sottolinea, d'altra parte, che una soluzione a questo problema può solamente scaturire da una cooperazione più stretta tra paesi produttori e paesi consumatori.

Il terzo intervento richiede un rafforzamento quantitativo e qualitativo della lotta contro la droga alle frontiere. Il governo ha accettato di provvedere solamente alla formazione speciale del personale. Ricorda poi che il problema del traffico delle frontiere è relativo in quanto le statistiche mostrano che le polizie cantonali effettuano dei sequestri superiori a quelli doganieri (24).

La seconda richiede l'applicazione di sanzioni speciali alle banche che, per negligenza, forniscono un aiuto al commercio internazionale della droga. Il governo rifiuta invocando l'art. 24 dell'Lfs (23).

b) Politica nazionale in materia di stupefacenti: 2 interventi che esamineremo in seguito (25) e un'istanza (24 marzo 1977). Quest'ultimo richiede la creazione dell'Ufficio Federale di Documentazione d'Informazione e di Coordinamento in materia di tossicomania, previsto dall'art. 15c, comma 3 della Lfs.

Questo Ufficio, creato nel 1978, avrà minori competenze di quelle richieste nel postulato. Trapela da questo intervento la necessità di una maggiore efficienza delle strutture che sono state frazionate dal federalismo (26).

c) Richiesta di studi scientifici sul problema della tossicodipendenza. Un'istanza dell'11 giugno 1980 che richiede al Consiglio Federale di presentare un rapporto sui diversi tipi di droghe e le misure da adottare. Il rapporto, richiesto alla sottocommissione droghe della Commissione Federale sugli Stupefacenti (26), dovrebbe essere completato verso la fine del 1982. Tale intervento solleva dei problemi molto complessi ai quali è difficile dare una risposta (27). Una mozione del 20 marzo 1981 chiede che il Consiglio Federale assegni al Fondo Nazionale della Ricerca Scientifica uno studio sugli effetti fisici e psichici della cannabis.

d) Interrogazione riguardante il regolamento delle vendite dei farmaci: 11 giugno 1980, richiede un controllo più severo. Il governo ricorda che i cantoni responsabili del controllo nel campo della produzione, distribuzione e vendita dei farmaci, attuano un controllo sufficiente.

e) Una mozione del 15 dicembre 1981 richiede il sostegno finanziario dei cantoni nella lotta contro gli stupefacenti, la sovvenzione dello Stato per altri centri di riabilitazione e la creazione di nuove misure di esecuzione delle pene. Il governo replica che bisogna attendere la pubblicazione del rapporto sulla situazione della tossicodipendenza in Svizzera.

f) Una mozione del 19 settembre 1979 richiede che una parte delle entrate del Monopolio Federale sugli alcolici sia devolta alla lotta contro gli stupefacenti mentre sino ad allora era destinata alla lotta contro l'alcolismo (28).

Rifiuto del governo per evitare una dispersione dei fondi.

g) Una mozione del 27 settembre 1979 chiede l'apertura di una scuola per la formazione del personale specializzato nel campo della tossicodipendenza. Il governo la rigetta replicando che non è auspicabile una specializzazione troppo precoce del personale e che, anzi, essa potrebbe rivelarsi dannosa per il personale stesso. Il governo è, peraltro, disposto ad intraprendere un'azione volta ad accrescere la possibilità di una formazione permanente per il personale specializzato che si occupa dei tossicomani.

In tutti questi interventi si può notare che ogni qualvolta i deputati richiedono un intervento più diretto della Confederazione, il Consiglio Federale ricorda loro le competenze dei cantoni rifiutandosi di intraprendere un'azione diretta.

4. - *Gli interventi per una politica globale in materia di stupefacenti*

Una prima mozione (14 dicembre 1979) richiede la depenalizzazione del consumo e il ricorso alla distribuzione legale degli stupefacenti. Il Consiglio Federale si fa portavoce delle correnti che si sono manifestate nel corso dei lavori parlamentari che dovevano portare alla revisione della Lfs del 1975. La corrente che ha prevalso richiedeva il perseguimento penale del consumatore. D'altra parte, secondo il Consiglio Federale, la Lfs tiene conto dei casi dei piccoli consumatori (art. 19a, comma 2).

Il Consiglio Federale è decisamente contrario alla distribuzione legale degli stupefacenti e dell'eroina a fini terapeutici. A questo proposito ricorda il fallimento dell'esperienza della Gran Bretagna.

Il secondo intervento (7 ottobre 1981) richiede al Consiglio federale di dare il suo parere sui programmi cantonali di trattamento con il metadone. Considerato che 13 cantoni su 23 auspicano una tale soluzione, il proponente si chiede se non sarebbe auspicabile prevedere una soluzione sul piano nazionale. Il governo ammette che vi sono notevoli differenze tra cantoni e incarica la Commissione Federale sugli Stupefacenti di studiare i vantaggi che una soluzione federale di questa questione. Il Consiglio Federale ricorda poi che la creazione dei centri terapeutici è di competenza esclusiva dei cantoni. La Confederazione deve limitarsi a dei compiti di informazione e di coordinamento.

La droga e la tossicomania non lasciano dunque indifferenti i deputati. La qualità dei loro interventi è innanzitutto dovuta al rifiuto di banalizzare o drammatizzare i problemi. Nessuno lancia condanne morali contro il tossicomane il quale, al contrario, è considerato come un malato bisognoso di cure.

RESUME

En Suisse, comme dans tous les pays (1), la toxicodépendance est perçue comme un mal absolu. Cette attitude indifférenciée entraîne un double processus: la dramatisation et la banalisation du problème. Dramatisation dans le sens où la toxicodépendance est considérée comme un phénomène concernant toute la jeunesse en général et dont la seule issue est la prison et l'hôpital psychiatrique. Banalisation, car seul le consommateur est responsable. C'est un être différent des autres et qu'il faut mettre en marge. Ainsi, tant la dramatisation que la banalisation favorisent la stigmatisation du toxicomane, même occasionnel.

Le but de cet article est de mettre en évidence les problèmes soulevés par les députés à propos de la consommation et du trafic des drogues illégales, et de montrer comment leurs interventions échappent au piège de la banalisation/dramatisation de la toxicodépendance.

1. - *La problème de la drogue et de la toxicodépendance*

Certains auteurs proposent une définition très large de la drogue (2, 3, 4, 5) l'assimilant à toute substance ayant des effets psychoactifs et entraînant donc une modification de l'état de conscience. Ces définitions dites « pharmacologiques » comprennent ainsi la plupart des substances illégales mais aussi tabac, thé, café, alcool, produits pharmaceutiques etc...

D'autres auteurs réservent le terme drogue « à des produits modifiant l'activité mentale et le jugement, dont l'usage est illicite ou à l'usage dangereux — abusif ou déviant — de produits licites... » (6). La classification des drogues consiste alors en une énumération (7) prenant en considération cinq classes de drogues: les sédatifs-hypnotiques, les stimulants du système nerveux central, les stupéfiants analgésiques, les antipsychotiques, les hallucinogènes et les substances psychédéliques.

Remarquons que l'ampleur des modifications des fonctions neuro-physiologiques et biochimiques des cellules nerveuses dépend de la qualité de la drogue, de la quantité consommée, de la tolérance et de la dépendance à la drogue acquise par le sujet.

Une approche psychopharmacologique de la drogue est donc insuffisante, car le problème réside entièrement dans le rapport du sujet avec la drogue (8). A ce propos, il est intéressant de rapporter quelques définitions de la toxicomanie: appétance de certains sujets pour des substances toxiques ou drogues devenant une habitude tyrannique entraînant l'augmentation des doses (9); pour Olivenstein, il s'agit d'un mode de conduite qui a pour but soit le refus de la souffrance, soit la recherche du plaisir (10); « la toxicomanie commence là où finit l'effet principal, pharmacologiquement prévu et recherché, classiquement décrit, là où commence un effet principal, nouveau, inattendu, paradoxal » (11); l'OMS remplace le terme « toxicomanie » par celui de « pharma-

codépendance » qui se réfère à l'absorption régulière d'une certaine drogue.

Toutes ces définitions mettent l'accent sur les aspects psychologiques et pharmacologiques. Cependant, d'autres dimensions doivent être prises en considération (légale, médicale, psychiatrique, socio-culturelle). La combinaison de ces différentes dimensions varie selon les cas. Toute définition de la toxicodépendance reste donc relative.

L'acte de consommer une drogue ne suffit donc pas à classer quelqu'un comme toxicomane. Comme preuve de cela, le rapport du Drug Abuse Council de 1980 aux USA qui constate que les personnes consommant occasionnellement de l'héroïne sont plus nombreuses que les héroïnomanes (12). De même pour la cocaïne (13). Ainsi, la catégorie des toxicomanes peut se trouver gonflée artificiellement et les conséquences sur le sujet peuvent être graves (14): par exemple, l'emprisonnement pour un consommateur occasionnel est plus grave qu'une légère amende.

Heureusement, avec le temps, le système social réagit de manière plus différenciée aux infractions des normes qu'il a édictées (et cela est le cas de la Suisse), surtout pour les sujets de 18-19 ans (article 19, lit. a LfS) (16).

L'on différencie de plus en plus, du point de vue judiciaire, le simple consommateur du toxicomane. Dans le premier cas, l'intervention se veut préventive, dans le deuxième, elle se veut thérapeutique et répressive et c'est alors que la loi devient inapplicable (17).

2. - *La toxicodépendance en Suisse: quelques données statistiques*

Seul l'acte qui conduit à la toxicodépendance est puni, si le produit consommé est catalogué comme substance défendue (art. 1 LfS). On distingue trois niveaux de réalité du phénomène:

- la toxicodépendance réelle: concerne la partie cachée du phénomène. En Suisse, l'estimation est d'environ 15.000 toxicomanes graves;

- la toxicodépendance apparente: c'est celle qui apparaît au niveau des organes de poursuite et des instances médico-sociales. La signification des statistiques est ici très relative, car certains diagnostics hospitaliers peuvent cacher une toxicodépendance qui n'apparaît pas comme cause directe de l'hospitalisation;

- la toxicodépendance légale: c'est la toxicodépendance punie. En Suisse, un peu plus d'un quart des dénonciations aboutit à une condamnation en vertu d'infraction à la LfS. Cependant, il faut tenir compte que le chiffre est légèrement faussé, car certaines condamnations sont prononcées en vertu du Code pénal (18) (et n'apparaissent donc pas dans les données statistiques).

Trafic, consommation et trafic-consommation ayant consequence entraîne des dénonciations pour infraction à la LfS:

1977	340	3616	1862
1978	367	3909	2019
1979	353	4365	2277
1980	384	5284	2509

En ce qui concerne les substances utilisées pour simple consommation, entre 1977 et 1980, haschich et héroïne ont augmenté dans les mêmes proportions. On note une augmentation très forte de la cocaïne (comme dans les autres pays européens). Par contre, les chiffres n'illustrent pas les cas de pharmacodépendance associée à l'alcool (en 1978, 7 % dans le canton de Fribourg) (19), qui ne cessent d'augmenter.

3. – *Le contenu général des interventions parlementaires sur le problème de la toxicodépendance*

De 1977 à 1981, le nombre des interventions (motions, postulats, interpellations, questions) (20) au Conseil national (chambre des députés) a été de 12.

Chacune de ces interventions est suivie d'une réponse du gouvernement. On peut diviser ces 12 interventions en 7 catégories:

a) trafic et commerce des stupéfiants: 2 questions (7 juin 1978, 11 juin 1981) et un postulat (16 juin 1980) demandant un renforcement des moyens de répression et de contrôle.

La première demande l'aggravation des peines minimales prévues dans l'article 19, all. 9 de la Lfs (cela pour une répression plus sévère du trafic, considéré comme la cause principale des décès par overdose). Le gouvernement ne considère pas nécessaire l'aggravation des peines vu que les tribunaux cantonaux se montrent déjà plus sévères pour la répression du trafic. Il souligne par ailleurs que seule une coopération étroite entre pays producteurs et consommateurs peut apporter une solution à ce problème.

La deuxième intervention demande l'application de sanctions spéciales aux banques qui, par négligence, fournissent une aide au commerce international de la drogue. Le gouvernement refuse, en invoquant l'article 24 de la Lfs (23).

La troisième demande un renforcement de la lutte antidrogue aux frontières, quantitativement et qualitativement. Le gouvernement accepte le postulat sur le deuxième critère, celui de la formation spéciale du personnel. Il rappelle que le problème du trafic aux frontières est relatif dans la mesure où les statistiques montrent que les polices cantonales font des saisies bien supérieures à celles des douanes (24).

b) politique nationale en matière des stupéfiants: deux interventions que nous étudierons plus loin (25) et un postulat (24 mars 1977). Ce dernier demande la création de l'Office Fédéral de documentation,

d'information et de coordination en matière de toxicomanie, prévu par l'article 15c, chiffre 3 de la Lfs. Cet office, créé en 1978, aura moins de compétences que ne le demandait ce postulat. L'on note dans cette intervention le souci d'une plus grande efficacité des structures morcelées par le fédéralisme (26).

c) requêtes d'études scientifiques sur le problème de la toxicodépendance: un postulat du 11 juin 1980 qui demande au Conseil fédéral de présenter un rapport sur les différentes drogues et les mesures à adopter. Le rapport, demandé à la sous-commission drogues de la Commission fédérale des stupéfiants (26), devait être prêt fin 1982. Cette intervention soulève des problèmes très complexes auxquels il est difficile de répondre (27); une motion du 20 mars 1981 demande que le Conseil Fédéral confie un Fonds National de la Recherche Scientifique une étude sur les effets physiques et psychiques du cannabis.

d) question concernant la réglementation de la vente des médicaments: 11 juin 1980, demande un contrôle plus rigoureux. Le gouvernement rappelle que les cantons, responsables du contrôle dans le domaine de la production, distribution et vente de médicaments, pourvoient à un contrôle suffisant.

e) une motion du 15 décembre 1981 demande le soutien financier des cantons dans la lutte contre les stupéfiants, la subvention par l'Etat d'autres centres de réhabilitation et la création de nouvelles mesures d'exécution des peines. Le gouvernement invite le motionnaire à attendre la parution du rapport sur la situation de la toxicodépendance en Suisse.

f) Une motion du 19 septembre 1979 demande qu'une partie des recettes de la Régie fédérale des alcools soit affectée à la lutte contre les stupéfiants, jusqu'alors liée à la lutte contre l'alcoolisme (28). Refus du gouvernement pour éviter une dispersion des fonds.

g) Une motion du 27 septembre 1979 demande l'ouverture d'une école pour la formation du personnel spécialisé dans le domaine de la toxicodépendance. Le gouvernement refuse en avançant qu'une spécialisation trop précoce du personnel n'est pas souhaitable, voire même dangereuse pour ce dernier. Cependant, le gouvernement est disposé à entreprendre des démarches aboutissant à une augmentation des possibilités de formation continue pour le personnel spécialisé qui s'occupe déjà de toxicomanes.

Dans toutes ces interventions, il nous faut noter que, alors que la tendance des députés est de demander une intervention plus directe de la Confédération, celle du Conseil fédéral est de rappeler les compétences des cantons et de se refuser à une action directe.

4. – *Les interventions sur une politique globale en matière de stupéfiants*

(29, 30, 31, 32). Une première motion (14 décembre 1979) demande la dépénalisation de la consommation et le recours à la distribution légale des stupéfiants. Dans sa réponse, le Conseil fédéral fait

état des courants qui se sont manifestés au Parlement lors des travaux qui devaient aboutir à la révision de la LfS en 1975. Le courant qui a eu le dessus voulait la poursuite pénale du consommateur. D'autre part, selon le Conseil fédéral, la LfS tient compte du cas des petits consommateurs (article 19a, chiffre 2).

Le Conseil fédéral est totalement opposé à la distribution légale des stupéfiants et de l'héroïne en particulier à des fins thérapeutiques. Il fait état de l'échec de l'expérience anglaise dans la distribution de cet opiacé.

La deuxième intervention (7 octobre 1981) demande au Conseil fédéral de s'exprimer sur les programmes cantonaux de traitement à la méthadone. Vu que 13 cantons sur 23 préconisent une telle solution, ne serait-il pas souhaitable d'envisager une solution au plan national? Le gouvernement admet qu'il existe de grandes différences entre cantons et charge la Commission fédérale des stupéfiants d'étudier les avantages d'une solution fédérale de cette question. En ce qui concerne la création de centres thérapeutiques, le Conseil fédéral rappelle qu'elle est de la compétence exclusive des cantons. La Confédération doit se limiter à des tâches d'information et de coordination.

La drogue et la toxicomanie ne laissent donc pas les députés indifférents. La qualité de leurs interventions est avant tout due au refus de banaliser ou de dramatiser les problèmes. Aucun ne lance de condamnation morale envers la personne du toxicomane qui est plutôt considérée comme un malade qui doit recevoir des soins.

SUMMARY

In Switzerland, as in all countries (1), drug addiction is seen as evil. This all-embracing approach has two consequences — the problem has been both dramatized and simplified. Dramatized in the sense that drug addiction is considered to be a phenomenon involving youth as a whole and the only solution for it is prison or psychiatric hospital. Simplified in the sense that only the user is considered responsible. He is different from other people and must be set aside. In this way, both the dramatization and simplification lead to the stigmatization of the drug user (even non-addicted users).

This paper attempts to highlight the problems raised by members of parliament with respect to the consumption of and dealing in illegal drugs and to illustrate how their interventions have avoided the dramatization/simplification trap discussed above.

1. — *The drug problem and drug addiction*

Some authors proposed a very broad definition of « drugs » (2, 3, 4 and 5) which includes all substances having psychoactive effects and which lead to a change in the state of consciousness. These chemical

definitions include most illegal substances but tobacco, tea, coffee, medicines as well.

Other writers defined « drugs » as « illegal use of products which change mental activity and reasoning or the dangerous use (abuse) of legal products ... » (6). The classification of drugs was then listed (7) and look into account five drug categories: hypnotic sedatives, central nervous system stimulants, analgesic drugs, antipsychotic and hallucinogens and psychedelic substances.

It is noted that the degree of medication of the neurophysiological and biochemical functions of the nerve cells depends on the type of drug, the quantity taken and the user's tolerance and level of addiction.

A psycho-pharmacological approach to the drug is therefore inadequate since the problem is related entirely to the relation between the user and the drug (8). In this context, it is useful to give some of the definitions of « toxicomania »: appetence of some subjects for toxic substances or drugs which becomes an overpowering habit which in turn leads to an increase in doses (9); according to Olivenstein it is a mode of behaviour aiming at either a rejection of suffering or a quest for pleasure (10); « Toxicomania begins where the main effect, as pharmacologically foreseen and researched as well as classically described, ends and a new, unexpected and paradoxical effect begins » (11); The WHO replaced the term « toxicomania » by « drug addiction » which refers to the regular absorption of a given drug.

All these definitions emphasize the psychological and pharmacological aspects. However, other factors should be taken into consideration (legal, medical, psychiatric, socio-cultural etc.). The combination of these various factors varies from case to case. Any definition of drug addiction is therefore relative.

The mere use of a drug is not sufficient to classify someone as a drug addict. This is supported by the Drug Abuse Council's Report for 1980 in the United States of America which states that the number of people who occasionally partake of heroin is greater than the number of heroin addicts (12). The same is true for cocaine. Therefore, the number of drug addicts can be artificially exaggerated and the consequences for a given person can be very serious (14): for example an occasional drug user can be sentenced to imprisonment instead of a mere fine.

There is more and more differentiation, from a judicial point of view, between a user and an addict. For the former any action should aim at prevention whilst for the latter it should be therapeutic and repressive and at this point the law becomes inapplicable (17).

2. - *Drug Addiction in Switzerland: some statistical data*

The deed which leads to drug addiction is punished if only the substance taken is listed as illegal (Art. 1 of LfS). Three different levels of the phenomenon are established:

– effective drug addiction: the hidden part of the phenomenon. In Switzerland it is estimated that there are approximately 15.000 chronic drug addicts;

– apparent drug addiction: that resulting at the level of the investigating bodies and the social-medical offices. The level of the statistics here is very relative since some hospital diagnoses overlook an addiction to drugs if this was not the direct cause of hospitalization.

– legal drug addiction: punishable drug addiction. In Switzerland, slightly more than one quarter of reports lead to a sentence under the LfS. However, it should be taken into account that this figure is distorted somewhat because some sentences are passed under the Penal Code (18) (and are therefore not included in these figures).

Dealing, using and dealing-using have led to sentences under the LfS as follows:

	dealing	using	dealing/using
1977	340	3616	1862
1978	367	3909	2019
1979	353	4365	2277
1980	384	5284	2509

As far as the substances involved in drug usage are concerned, haschich and heroin increased to the same degree between 1977 and 1980. A sharp increase in cocaine consumption is noted (as in other European countries). However the statistics do not give the cases of drug addiction linked with alcohol (in 1978 this represented 7 % of the cases in the Fribourg canton) (19) which continues to rise.

3. – *Main points emerging from the parliamentary interventions on the drug addiction problem*

Between 1977 and 1981, there were 12 different interventions (motions, postulates, interpellations, questions) (20) in the national parliament. Each one of these interventions led to a reaction on behalf of the government. The twelve interventions can be divided into seven categories:

a) drug dealing and trade: two questions (7 june 1978, 11 june 1981) and one postulat, (16 june 1980) requesting a strengthening of repression and control means.

The first was a request for an increase of the minimum punishment foreseen under article 19, al. 9 of LfS (calling for much greater repression regarding dealing, seen as the main cause of deaths due to overdoses).

The government did not consider an increase in the punishments necessary since the canton courts were already much harsher in their attempts to cut down dealing. It was also pointed out that only close cooperation between producing and consuming countries could lead to a solution to this problem.

The second was a request for special sanctions against banks which, by oversight, provided assistance to the international drug trade. The government refused by referring to Article 24 of the LfS (23).

The third called for a reinforcement of antidrug control at the border, both quantitatively and qualitatively. The government passed the postulate on the second criteria, namely the special training of staff. It was pointed out that the problem of drugs at the border was relative since statistics prove that the cantonal police authorities achieve greater confiscations than the customs authorities (24).

b) National drug policy: there were two interventions which shall be studied later (25) and a postulat (24 march 1977). The latter requested the setting up of a Federal Documentation, Information and Coordination Office on Toxicomania, as foreseen in Article 15c, para. 3 of the LfS. This Office, created in 1978, will in fact have fewer tasks than was requested in this postulate. This intervention reflects the need felt for greater efficiency of the various bodies, somewhat undermined by the federal system.

c) Requests for scientific research on the drug addiction problem: A postulat dated 11 June 1980 called on the government to prepare a report on the different drugs and the measures to be adopted. This report — being prepared by the Drugs Sub-Committee of the Federal Commission Drugs (26) — should be ready at the end of 1982. This intervention raised very complex problems for which no easy solutions are forthcoming (27); a motion dated March 20th 1981 asked the government to entrust the National Fund for Scientific Research with the task of studying the physical and psychical effects of cannabis.

d) A question concerning the rules and regulations pertaining to the sale of medicines was raised 11 June 11th 1980 and called for stricter control. The government pointed out that the cantonal authorities' control in the field of the production, distribution and sale of medicines was sufficient.

e) A motion dated December 15th 1981 requested financial support for the cantons in the struggle against drugs, state aid to other rehabilitation centres and the creation of new methods for applying punishments. The government asked the member presenting the motion to await the outcome of the report on the drug addiction situation in Switzerland.

f) A motion dated September 19th 1979 called for part of the income from the federal alcohol taxes to be set aside for the struggle against drugs in connection with the struggle against alcoholism (28).

The government turned down the proposal since it would lead to a dispersion of funds.

g) On the 27th of September 1979 a motion called for the creation of a school for the training of a specialized drug addiction staff. The government turned this down on the basis that too early specialization of staff was not desirable and indeed could be harmful. However, it was willing to take the necessary steps to lead to an increase in the in-service training opportunities for specialized personnel already working with drug addicts.

It should be noted that, in all these inventions, whilst there is a tendency on behalf of the members of parliament to call for more direct intervention of the Confederation, the government tended to emphasize the cantons' responsibility and to avoid direct action.

4. - *Interventions on an overall drug policy* (29, 30, 31 and 32)

A first motion (dated December 14th 1979) called for the depenalization of drug usage and the legal distribution of drugs. In his reply, the government referred to the points of view expressed in parliament during the discussions which led to the revised Federal Drug Law (LfS) in 1975. The majority felt that drug users should be punished by the law. The government was of the opinion that the LfS took the case of small users into account as well (Article 19a, para. 2).

The government was totally against the legal distribution of drugs including heroin for therapeutical purposes. It pointed to the failure of the English experiment in legal heroin distribution.

The second intervention (October 7th 1981) asked for the government's opinion on the cantonal programmes for treatment with methadone. Since 13 out of the 23 cantons envisaged such a solution, would a national programme not be more suitable? The government admitted that there was considerable variation between the various cantonal plans and requested the Federal Commission on Drugs to review the possible advantages of a federal solution concerning the matter. As far as concerns the creation of therapeutical centres the government pointed out that this was the exclusive responsibility of the cantons. The Confederation's responsibility should be limited to information and coordination.

The members of parliament are not indifferent to the drug and addiction problems. They have tried, in their interventions, to avoid simplification or dramatization of the problems. The drug user was not condemned from a moral standpoint but rather considered as an ill person who should receive treatment.

DRUGS IN PRISON IN THE NETHERLANDS

P.A. ROORDA (*)

In the Netherlands prisons and prison sentences are considered to be necessary evils. In particular long sentences are thought to be more harmful than useful. This philosophy results in prison sentences being shorter than in most other countries, and the percentage of people staying in prison is among the lowest in the world. In 1980 85 % of 15000 prison sentences were for terms of less than 6 months, 9,2 % between 6 months and a year and only 5,4 % longer than a year. As a result daily only 23 people out of 100000 in the general population were actually incarcerated compared with between 40 and 80 per 100000 population in other western european countries.

In the Netherlands people who are awaiting trial are detained in detention houses. If their sentence turns out to be less than three months longer than the time of imprisonment before trial they can stay in the detention house until the end of their sentence. There are twentytwo houses of detention with capacities ranging from 40 to 240 and about as many prisons with capacities between 20 and 160. For longer sentences transfer to a prison is a rule. People who are sentenced without having been in custody before trial go directly to a prison.

There are prisons for short, medium and long term sentences. Longterm means longer than six months to a maximum of lifetime. About 80 % of people detained in a house of detention stay there during the whole period of detention. Only 20 % are transferred to a prison. Régimes in the houses of detention are all similar. Régimes in prisons differ from heav-

(*) Head of the Medical Department of the Haarlem Houses of Detention. Advisor on Addictions to the Ministry of Justice.

ily guarded to quite open. Recently for some categories of prisoners a system of periodical weekend leave has been introduced.

Drug addicts were first seen in Dutch prisons in 1970. After the introduction of heroin on the illegal drug market in 1972 the number of addicts committing crimes to finance their addiction has steadily increased. In 1981 nearly 2500 addicts were counted in houses of detention and prisons. This number has risen sharply in the period from 1972 to 1978 and more slowly in recent years. The use of drugs is punishable on our country, although people are seldom or ever sent to prison only for the use of drugs. Addicts seen in prison are prosecuted for drug related crimes: theft, forgery, drug dealing.

In earlier years most addicts in prison were seen in the larger cities. Now smaller towns are taking up rapidly and nearly every house of detention or prison has between 20 and 30 % heroin addicts among its inmates.

Heroin is by far the most used hard drug in the Netherlands. Cocaine is widely used in combination with heroin. Cocaine as only drug is used infrequently. Amphetamines and LSD have been out of fashion, but there are signs that they are used more than in the preceding years. The use of methaqualon is becoming more and more a problem. Barbiturates are hardly ever used. Cannabis is used by many people, but usually in small quantities. Problems caused by the use of cannabis products are extremely rare. The incidence of alcohol as a drug related to imprisonable offences is steadily increasing.

Prison doctors in our country are local general practitioners having a part-time appointment to run the medical department of a house of detention or prison, assisted by male or female nurses, one nurse for every fifty prisoners.

The professional independence of prison doctors is emphatically recognised by the prison authorities. Prison doctors have the opportunity to treat their prison patients in the same way as they are used to treat their patients in the outside world. We prison doctors are grateful for these working conditions, which we consider to be better than in many other countries.

Regarding the treatment of imprisoned heroin addicts however, this freedom gives rise to a rather confusing situation.

Treatment of addicts is a multidisciplinary business. The medical part consists of management of the detoxification phase. Apart from general health considerations nobody knows what is the best way to treat an addict. There is no medical yardstick to measure the results of medical interference in this field. So every prison doctor acts according to his own views on drugs, addicts and addiction. When a doctor's views can no longer be founded on medical grounds, he turns out to be just another citizen of his country, living in the timespan of his generation and reacting to public opinion like anybody else.

Therefore all nuances of public opinion on drugs and addicts can be found among prison doctors, and is reflected in their different methods of treatment. In this field, where the emotional attitude of the doctor is so important, many if not all doctors find themselves more engaged in solving their own problems than their patients problems, in managing addicts.

In Holland there are about 40 prison doctors, each practising along the lines of his self invented way of treating addicts.

Treatment ranges from cold turkey detoxification for every addict to free choice for yes or no detoxification and prescription of a maintenance dose of methadone for those who choose that option.

My own method of treatment has developed in this latter direction. At the 11th Institute on the Prevention and Treatment of Drug Dependence organised by ICAA in Vienna in 1981 I presented a paper describing my way of treating addicts in prison. On that occasion I gave expression to my disbelief in the usefulness of compulsive detoxification for the prognosis of an addiction. I demonstrated that given free choice a great majority of heroin addicted prisoners choose for detoxification. In this way they can experience detoxification not as something inflicted upon them, but as an achievement to be proud of. This might influence their later plans for treatment in a positive way.

As an advisor on addiction to the Ministry of Justice I am supposed to bring more harmony in the methods of treatment of addicts in prisons throughout the country. That

puts me in a peculiar position. As an advisor I am expected to know better than my colleagues, but as just another prison doctor I am trying — as they do — to solve my own problems, because of lack of medical arguments. And my attitude towards addicts and addiction is influenced by my own emotional problems, which are not the same as those of many of my colleagues because we are different persons.

So I try to concentrate on providing them with information and I try prudently to minimise the noxious influence of prejudices and obsolete information.

Recently an enquiry was held among prison doctors in our country on the way of managing detoxification, especially on the pros and cons of methadone treatment. In the outside world there are methadone programmes in many areas. Also a growing number of general practitioners are using methadone in the management of addicts among their patients. In our country this is possible within the prevailing laws.

Among the 40 or so prison doctors three answered that they were not willing to prescribe methadone for reasons of principle. The others did prescribe methadone more or less reluctantly. Among them, a few, like myself, tried to use the detoxification process as an exercise in decision making for the addicts. The decisions being the choice for yes or no detoxification and yes or no methadone.

All respondents were asked to explain their choice of method of treatment. Their arguments seemed to be rather emotional. Some argued for methadone on humanitarian reasons, some were against methadone for different humanitarian reasons. Many colleagues seemed to conclude that the way of treating addicts, adopted in their prison, was the best and only way. Which confirms the fact, well known in general practice, that the drug « doctor » is often more important than the pharmacist's drugs.

Though important, detoxification is only the first step in conquering an addiction. For unmotivated addicts detoxification as such is useless for the prognosis of the addiction. Imprisonment may be useful for an addict, if it breaks vicious circles he is caught in. It may bring him to thinking about what he has been doing and about his future possibilities and impossibilities.

In our country a complete cure of an addiction during a prison sentence is considered to be impossible. We are convinced that it is an illusion to think that a person could enter prison as an addict and leave «cured» of the addiction. When this sometimes appears to happen, the addict might have conquered his addiction even if he had not been to prison.

So we are not aiming at curing addicts during detention. A prison sentence is not meant to be an opportunity for treatment. On the other hand, there is no reason why efforts should not be made to do something useful against the addiction during a stay in prison. Since 1978 the policy of the Netherlands Government has been to help treatment agencies find potential clients among addicted prisoners and to select these addicts for treatment after expiration of their sentences. Treatment agencies are encouraged to send staff members to contact potential clients, to give information and to test the motivation for treatment.

If treatment agency and client come to an agreement regarding treatment after detention, in some cases it is possible for prisoners to be transferred to, for instance, a therapeutic community and to start treatment before the expiration of the prison sentence.

In the houses of detention in Amsterdam and Rotterdam and later in other cities, staff members of treatment agencies are even accepted to work inside those institutions and to take part in the deliberations of the prison staff. They have been given the opportunity to organise group sessions for addicts with the aim of furthering information on treatment possibilities and to enhance motivation for treatment.

We found education of prison staff in matters of drugs and addiction to be very useful. It improves the management of addicts in prison and diminishes anguish and aversion that is to be expected in prison personnel in their contacts with drug addicts. An important part of that education consists of training personnel to understand the manipulative ways of addicts and to provide them with techniques for coping with various kinds of difficult situations addicts tend to present to prison officers.

Treatment of addicts is teamwork in which medical staff, social workers, staff members of treatment agencies and prison officers have a role to play. If good cooperation can be

achieved, the prognosis of preparation for treatment of an imprisoned addict is fairly good. How good, is as yet unknown. Evaluation of activities in this field is difficult. It is easy to recognise failures, because in case of failure, addicts some day or other will turn up for another term in prison. When they do not return, we can only guess why. They might be dead, they might have become too smart to be caught, or they might even be cured. Sometimes, by chance, we are informed that cures occur. That provides some much needed encouragement. For management and treatment of addiction is not proper work for pessimists. If on the other hand you are blessed with some inclination towards optimism, firmly rooted in realism, you can find this kind of work, even in prison, a rewarding and satisfactory job.

RIASSUNTO

In Olanda le condanne detentive sono più brevi che altrove. Circa il 20-30 % dei detenuti è eroinomane. I medici che operano all'interno delle carceri possono scegliere il trattamento che più ritengono opportuno per i detenuti. Non vi è parere unanime circa il trattamento dei tossicomani nelle carceri. Il trattamento varia dalla cura disintossicante con sindrome di tacchino freddo per ciascun detenuto, alla libera scelta se sottoposti alla cura disintossicante ivi inclusa la possibilità di scegliere la dose di mantenimento a base di metadone per tutto il periodo (breve) della detenzione. Si sottolinea la mancanza di parametri medici per misurare il risultato dei diversi metodi adottati. Conseguentemente i medici scelgono il metodo che più si avvicina al loro punto di vista emotivo sulla droga e la tossicomania. La politica del governo tende ad incoraggiare i centri esterni di trattamento a partecipare alla cura dei tossicomani all'interno delle carceri e a facilitare il trattamento dopo il rilascio. Particolare importanza riveste la formazione del personale carcerario sui problemi relativi alla droga e alla tossicomania.

RESUME

En Hollande, les temps de détention sont plus brefs qu'ailleurs. Environ 20 à 30 % des détenus sont héroïnomanes. Les médecins qui travaillent dans les prisons peuvent choisir le traitement qui leur semble le meilleur pour les détenus. Il n'y a pas d'avis unanime sur le traitement des toxicomanes en prison. Le traitement va de la cure de sevrage avec le syndrome du « poulet froid » au libre choix de se soumettre, oui ou non, à une cure de sevrage comprenant la possibilité

de choisir la dose de maintien de méthadone durant tout le temps (bref) de la détention. Il faut souligner l'absence de paramètres médicaux pour apprécier le résultat des diverses méthodes utilisées. Par conséquent, les médecins choisissent la méthode qui se rapproche le plus. d'un point de vue émotif, de leur propre vue sur la drogue et la toxicomanie. La politique du gouvernement tend à encourager les centres externes de traitement à participer à la cure de désintoxication à l'intérieur des prisons et à faciliter le traitement après la libération. Une importance toute particulière est donnée à la formation du personnel pénitentiaire en ce qui concerne les problèmes relatifs à la drogue et à la toxicomanie.

SUMMARY

In Holland *prison sentences* are shorter than anywhere else. About 20-30 % of the prison population is addicted to heroin. Prison doctors are fully independant in their treatment of prisoners. There is no consensus about treatment of addicts in prison. Treatment varies from cold turkey detoxification for every addict to free choice for yes or no detoxification including the possibility of a maintenance dose of methadone during the whole (short) stay in prison. It is pointed out that no medical yardstick is available for measuring the result of different methods. Therefore doctors choose their method according to their own emotional views on drugs and addiction. Government policy aims at encouraging external treatment agencies to take part in the management of addicts in prison and to facilitate initiation of treatment after prison. Education of prison personnel in matters of drugs and addicts is considered to be very important.

METHADONE TREATMENT OF HEROIN ADDICTS IN THE HOUSES OF DETENTION AT HAARLEM, HOLLAND

P. A. ROORDA (*)

Detoxification of heroin addicts in prison is rather easy. From the medical point of view it does not really matter what medicine is prescribed. Methadone, tranquilizers, propoxyphene and clonidine have advantages and disadvantages. The most important factors for proper management of the detoxification process are « no panic » and a quiet, patient and understanding attitude in all persons who come into contact with the detoxifying addict.

But detoxification as such has little value for the addict when he is not or not yet motivated to start fighting his addiction. It is evident that no addiction can be conquered if the addict does not realise that he himself is responsible, that he cannot passively be treated for his addiction. He has to do it himself. An addict can be compared to an athlete who has to run a difficult race. His coach can do a lot for him, like telling him how to run, taking away difficulties and so, but the athlete has to do the heavy work, not the coach. If the athlete is not « motivated » the coach is powerless. If the athlete is really motivated he can sometimes even win the race without a coach.

An athlete who is told constantly by everyone around that he is no good, that he has failed in everything so far, that it is anyhow impossible to win, and so on, must be a remarkable athlete if he nevertheless wins.

(*) Head of the Medical Department of the Haarlem Houses of Detention. Advisor on Addictions to the Ministry of Justice.

That is the position of an addict who want to stop being an addict. He is surrounded by selffulfilling prophecies proving that he must be a real superman if he wants to start fighting his addiction against these odds.

Addicts do not know how to cope with responsibility.

Addicts can not make difficult choices. So if they want to learn a different lifestyle, they have to learn to choose and to realise the consequences of the choices they make. They have to learn to choose now and not tomorrow and they have to learn that they and they alone are responsible for their choice.

Life in prison does not give abundant opportunity to teach a person matters like these.

In the outside world an addict can chose for a treatment program as it is — take it or leave it. When he enters a treatment program his daily choice is staying or leaving. In prison an option between staying or leaving does not exist. So we have to find another subject for chosing, namely detoxification yes or no. This way gets methadone a totally different function from being just a medicine for abstension symptoms.

Gradually we developed a method of working with addicts in which their own choice and their own responsibility are put in the centre of our doings.

When a new addict comes in, I point out to him that *he* is an addict and not I and that in the long run he *himself* will decide what is going to happen to him and not I. I decidedly reject the well known argument: « You are a doctor, so you know what is best for me ». I ask him what he wants for now and the future. If he wants to conquer his addiction detoxification of his own free will can be the first step. If he does not want to fight or if he thinks to be not yet fit for fighting, he can get methadone, which means that for the time being he chooses for continuing his junkie lifestyle, with all the consequences.

If he chooses for detoxification he chooses for something he can be rightly proud of when it is finished. To be praised enhances his self-esteem, for most heroin users a very uncommon and exciting sensation.

To make this method credible I had to include the option for a maintenance dose. Frequent talks are taking place between doctor or nursing staff and the addict about the conse-

quences of his choice and whether modifications of the original choice should be made. If detoxification by means of methadone is chosen, the moment to start, the initial dose and how quickly or slowly the dose will be diminished, is defined in close cooperation with the addict.

There are however some rules without exception in methadone administration: The doctor has the final say in deciding methadone doses. Methadone is issued in solution and has to be taken under strict control. When methadone detoxification is finished, it will not be allowed to start taking methadone again. Detoxification also means stopping sleeping pills and/or tranquilizers.

During 1979 we saw 241 heroin addicts in the Harleam houses of detention. That is about 25% of the prison population. 23 Were released before any treatment program could have been finished. For the remaining 218 people the options for detoxification were:

Detoxified without medicine . .	51	=	23,5 %
Detoxified on rapidly decreasing doses of propoxyphene . . .	59	=	27,2
Detoxified on methadone . . .	96	=	45,2
Methadone maintenance dose . .	10	=	4,6
TOTAL . .	218		100

These figures show that given free choice, most addicted prisoners in a house of detention choose for detoxification. The 10 persons who chose formaintenance dose and kept to that choice to the end, were convinced long-time heroin users, who definitely wanted to continue their junkie lifestyle. They were all well known recidivists. On maintenance dose they proved to be much more on speaking terms with others, than during preceding stays in prison when compulsive detoxification was still the only available treatment.

The decision whether or not to continue a maintenance dose depends among other on the expected lengths of stay in prison. The average sentence of an addicted prisoner is about 3-5 months. The longer the sentence, the more reasons can be found for detoxification after all. We have no expe-

rience with a maintenance dose in sentences exceeding six months.

Among the people who took the option for detoxification, a majority chose to do so on methadone. The others did not want medicine or the medical staff did not consider methadone or, in lesser cases propoxyphene, to be indicated.

Those who chose for methadone detoxification took very different lengths of time to finish the process.

Methadone administration during:

3 - 9 days	13	=	13,3%
11 - 21 days	58	=	59,2%
23 - 34 days	15	=	15,3%
37 - 76 days	12	=	12,2%
TOTAL	98		100

We found it important not to rush people into making the choice for detoxification. After entering prison they have a lot to worry about and need time to stabilise. It is interesting to see that 27,5% of this group chose for detoxification only after a long time of hesitation. Many wanted to detoxify but did not dare to. Some definitely did not want to detoxify in the first weeks of detention. Gradually they could be brought to see that trying would do no harm. In this way they had the opportunity to conquer their fear. Afterwards they could be led to accomplish an achievement which at first they thought to be far beyond their limits.

Sometimes detoxification even became a status symbol for detained addicts.

Working in this way has the additional advantage of being a pleasant way of building up a good relationship with addicted prisoners.

Important thought it may be, detoxification is only the first step in conquering an addiction. Detoxification in prison is still a long way off from the ultimate goal.

After detoxification the addict will have to choose how to continue. The motivation for further treatment is to be stimulated. We try to do this by informing the addicts as well as possible on existing possibilities for treatment and

by bringing them into contact with treatment agencies. These agencies have opportunities to recruit clients in the penitentiary institutions.

We hope that a detoxification process, that may be perceived by the addicts as an achievement-to-be-proud-of, may help in stimulating the motivation for further treatment afterwards.

Regrettably we have as yet no opportunity to learn the results of our way of treating addicts. Whenever it fails — as is often the case — we see the addict come back to prison sooner or later. Whenever it is successful, we never see the patient again, although the reverse of course is not true. There is no way of knowing if we make any contribution in solving addicts' problems. But it works during detention.

And it certainly solves a lot of our own problems.

RIASSUNTO

La disintossicazione nelle carceri può essere attuata con o senza i farmaci. La disintossicazione obbligatoria non ha nessun valore ai fini della prognosi della tossicomania. I tossicomani sono responsabili del loro futuro. Il trattamento della tossicomania è impossibile. Il terapeuta può essere paragonato alla vettura di un atleta. La cura della tossicomania dipende dalla libera scelta del tossicomane di voler combattere la sua dipendenza.

Il tossicomane deve imparare a scegliere con la piena consapevolezza delle conseguenze di tale scelta. In carcere la libera scelta è raramente possibile. Negli istituti di detenzione di Harlem si è sviluppato un metodo che utilizza la disintossicazione allo scopo di insegnare ai tossicomani a scegliere. La maggior parte dei tossicomani scelgono, quando ne hanno la possibilità, di sottoporsi alla cura disintossicante durante la loro permanenza in carcere.

Solamente il 4,6 % dei tossicomani, su un totale di 218 tossicomani, continuano a scegliere la dose di mantenimento fino al momento della scarcerazione.

Bisognerebbe fare in modo che la disintossicazione diventasse una conquista della quale essere fieri, e ciò potrebbe influenzare positivamente un'eventuale scelta a favore del trattamento.

RESUME

Le sevrage en prison peut être réalisée avec ou sans médicaments. Le sevrage obligatoire n'a aucune valeur pour le pronostic de la toxicomanie. Les toxicomanes sont responsables de leur futur.

Le traitement de la toxicomanie est impossible. Le thérapeute est l'équivalent de l'entraîneur pour un athlète. La cure dépend du libre choix du toxicomane de vouloir combattre sa dépendance. Le toxicomane doit apprendre à choisir en étant pleinement conscient des conséquences. En prison, le libre choix est rarement possible. Dans les instituts de détention de Haarlem s'est développée une méthode qui utilise la désintoxication dans le but d'enseigner à choisir aux toxicomanes. La plupart des toxicomanes, donné la possibilité, choisit le sevrage durant la détention. Seulement 4,6 % des toxicomanes, sur un total de 218, continuent à opter pour une dose de maintien jusqu'au moment de leur libération.

Faire en sorte que le sevrage devienne une conquête dont on peut être fier pourra influencer de façon positive le choix en faveur d'un traitement.

SUMMARY

Detoxification in prison can be done with or without medicine. Compulsive detoxification has no value for the prognosis of the addiction. Addicts are responsible for their own future. Treatment of addiction is impossible.

The therapist can be compared to the coach of an athlete.

The cure of an addiction depends on the free choice of the addict to fight his addiction. The addict has to learn to choose with full realisation of the consequences of his choice. In prison free choice is seldom possible. A method has been developed in the Haarlem houses of detention to use detoxification for the process of learning to choose.

When given free choice a large majority of heroin addicts chooses for detoxification during a prison sentence. Only 4,6 % out of 218 addicts persisted in choosing for a maintenance dose until release from prison.

Turning detoxification into an achievement-to-be-proud-of may favourably influence the future choice for treatment.

CONSEIL DE L'EUROPE

*Suites réservées par les Etats membres à la partie E. de la Résolution (73)
sur les aspects pénaux de l'abus des drogues*

SYNTHESE DES REPOSES DES DIVERS ETATS MEMBRES PREPAREE PAR LE SECRETARIAT DE LA DIVISION DES PROBLEMES CRIMINELS

DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES

1. - Les Délégués des Ministres, lors de leur 335ème réunion en juin 1981, ayant chargé le Secrétaire Général de demander aux gouvernements des Etats membres de lui faire connaître les suites qu'ils ont données à la Résolution (73) sur les aspects pénaux de l'abus des drogues, le Directeur des Affaires Politiques par sa lettre du 24 août 1981, a demandé aux Représentants Permanents de lui faire parvenir ces renseignements avant le 31 juillet 1982.

2. - La partie E. de la Résolution (73) 6 concerne le traitement pénitentiaire et est ainsi libellée:

« Si un pharmacodépendant est détenu, il conviendrait de le placer dans une institution dotée d'un service de traitement et de réadaptation ».

3. - Les réponses parvenues au Secrétariat au sujet de cette partie E. peuvent être résumées ainsi:

I. - *Autriche*

D'après l'article 22 du Code pénal les pharmacodépendants qui ont commis une infraction en relation ou sous l'influence de la drogue peuvent être placés sous certaines conditions dans un établissement pour désintoxication des délinquants pour une durée maximale de deux ans. Dans la plupart des cas la libération conditionnelle de cet établissement est assortie d'un traitement médical continu des pharmacodépendants.

Par ailleurs, l'article 68a de la Loi sur l'exécution des peines prévoit la possibilité d'un traitement de désintoxication des détenus pharmacodépendants. Le cas échéant, ces détenus peuvent être placés à cet effet dans l'un des établissements visés par l'article 22 du Code pénal.

II. – Chypre

Il n'y a pas beaucoup de détenus pharmacodépendants. Les cas graves peuvent être traités dans l'institution psychiatrique d'Athalassa qui est dotée d'un service de traitement et de réadaptation pour détenus pharmacodépendants.

III. – Danemark

Depuis longtemps l'Administration des prisons et de la probation suit le principe dit de la dispersion (« dilution ») d'après lequel les pharmacodépendants sont répartis de façon plus ou moins égale dans les différents établissements pénitentiaires. En outre des séminaires sur le traitement des pharmacodépendants sont organisés pour le personnel pénitentiaire. Par ailleurs des mesures pour minimiser le risque de trafic de drogues dans les prisons ont été préconisées.

A partir de 1980-1981, un modèle élaboré à Vridsloselille est généralement suivi. Il consiste à réunir les détenus pharmacodépendants les plus graves dans des quartiers isolés avec du personnel supplémentaire pouvant dispenser un traitement plus intensif.

Les autorités pénitentiaires envisagent d'utiliser dorénavant plus fréquemment la possibilité de renvoyer les détenus pharmacodépendants dans des hôpitaux, maisons ou institutions où des soins spécialisés leur seront dispensés.

IV. – République Fédérale d'Allemagne

Les autorités allemandes agissent dans la conviction que le traitement et la réhabilitation des pharmacodépendants dans les conditions qui sont celles des institutions pénitentiaires donnent lieu à des problèmes insolubles et que, par conséquent, des moyens doivent être mis en oeuvre pour que le traitement et la réhabilitation de ces personnes soient effectués en dehors de telles institutions.

Cette conviction se dégage du texte de la partie 7 de la Loi du 28 juillet 1981 concernant la réforme de la législation sur les drogues. Les articles 35 et suivants de cette Loi prévoient la possibilité de ne pas engager des poursuites ou de surseoir à l'exécution d'une sanction dans certaines conditions et si la personne concernée accepte de se soumettre à un traitement.

Pourtant il est impossible d'éviter que des délinquants qui sont des pharmacodépendants soient emprisonnés. Afin de garantir la possibilité de traiter ces personnes, des institutions spécialisées ont été créées, notamment:

- le Département pour le traitement et la réhabilitation des pharmacodépendants à l'Hôpital prison de Hohenasperg (Baden-Wuerttemberg);

- l'unité de traitement de femmes pharmacodépendantes à la prison III de Frankfurt/Main (Hesse);

– les départements de traitement de longue durée des pharmacodépendants dans les prisons de Muenster et Siegburg.

V. – Grèce

Les toxicomanes enfermés dans la prison de Korydallos en Grèce (près d'Athènes) bénéficient d'un traitement spécial pharmaceutique et d'une surveillance médicale dans le département psychiatrique de la prison.

Des centres spéciaux de traitement thérapeutique seront bientôt établis dans la prison de Korydallos ainsi que dans d'autres établissements pénitentiaires en Grèce.

VI. – Irlande

Tout pharmacodépendant condamné à la prison se verra prescrire un traitement approprié par le médecin qui examine toutes les personnes devant aller en prison; si nécessaire, le délinquant sera envoyé dans un hôpital ou centre de traitement en dehors de la prison.

On attend incessamment la publication d'une étude sur la pharmacodépendance des délinquants qui a été entreprise par les services respectivement de psychologie et de probation du Ministère de la Justice.

VII. – Luxembourg

1. – L'importance numérique des pharmacodépendants détenus pour infractions à la loi concernant la lutte contre la toxicomanie semble faible, bien qu'ils représentent autour de 10 pour cent de l'ensemble des détenus condamnés.

Ladite loi différencie d'un côté consommateurs de drogue et de l'autre marchands-producteurs. En ce qui concerne les premiers l'action publique menée contre eux peut être arrêtée à condition qu'ils se soumettent volontairement à une cure de désintoxication. De ce fait, aucun des dépendants emprisonnés à l'heure actuelle ne l'est pour le seul fait d'avoir fait un usage personnel d'une drogue. Par contre, en 1981 23 toxicomanes ont été pris en charge par le service compétent de l'Etat pour subir une cure.

2. – Outre les condamnés pour infractions à la loi concernant la lutte contre la toxicomanie, on trouve de nombreux dépendants parmi les détenus qui se répartissent en trois groupes:

- a) les héroïnomanes (pas plus de 6);
- b) les consommateurs de médicaments tels les amphétamines, les hypnotiques, les neuroptiques, les antidépresseurs, etc. Leur nombre n'est guère estimable. La surconsommation de médicaments psychotropes trouve son origine aussi bien au niveau de la personnalité des détenus qu'à celui de la structure actuelle de la prison;
- c) les alcooliques.

3. – Lors de leur admission en prison les toxicomanes, comme tous les détenus, sont examinés par le médecin de l'établissement. Le psychiatre les voit en second lieu. Les détenus très intoxiqués et dont l'état réclame une surveillance constante sont transférés à l'hôpital neuropsychiatrique à Ettelbruck. Pour les autres détenus moins gravement intoxiqués les médecins réalisent un traitement pharmacologique approprié. Dans le cas des héroïnomanes il n'est pas fait recours à la métadone.

En principe, les détenus drogués subissent un sevrage physique dès leur incarcération.

Les membres de l'Institut de Défense Sociale (IDS) prennent en charge les toxicomanes au moment de leur condamnation définitive. Faute de temps et de moyens il leur est impossible d'organiser pour ces détenus une thérapie telle qu'elle existe dans les centres spécialisés. Le seul travail actuellement réalisable consiste en un travail de motivation visant à amener le dépendant à suivre une thérapie post-pénitentiaire. En cas de motivation profonde de la part d'un dépendant, l'IDS prend contact avec des centres de thérapie en vue d'une telle cure. Il arrive que des dépendants ainsi transférés vers un centre spécialisé restent en thérapie sans retourner en prison jusqu'au jour de leur libération.

Avec l'entrée en fonctionnement prochainement de la nouvelle prison à Schrassig des améliorations sont à envisager. Ainsi l'annexe psychiatrique permettra de séparer les incarcérés souffrant de troubles psychiques des autres détenus, et devra permettre, en outre, de réaliser un sevrage physique à l'intérieur de la prison plus efficace qu'il ne l'est à présent. Néanmoins, la thérapie des héroïnomanes et des alcooliques se fera toujours à l'extérieur de la prison.

VIII. – *Malte*

Les détenus pharmacodépendants qui ne peuvent pas être traités en prison sont placés dans un hôpital aux fins de traitement et de réhabilitation.

Le traitement des pharmacodépendants en prison comprend la possibilité pour le médecin pénitentiaire de prescrire des drogues pour des périodes n'excédant pas deux semaines.

IX. – *Norvège*

L'abus des drogues est devenu un problème de plus en plus sérieux aussi bien dans les prisons qu'en dehors de celles-ci. En effet le nombre de pharmacodépendants condamnés à la prison augmente. De plus, les régimes pénitentiaires modernes avec visites, congés, etc... ne semblent pas en mesure d'éviter que les drogues entrent dans les prisons.

Les pharmacodépendants emprisonnés peuvent être soit traités à l'intérieur de la prison (dans les prisons centrales et établissements régionaux il y a des psychiatres, mais l'on utilise aussi le personnel médical de l'extérieur) soit traités à l'extérieur dans des cliniques

psychiatriques et soit transférés afin de purger le restant de la peine dans des hôpitaux et autres établissements de traitement (cette possibilité est utilisée de plus en plus).

Dès cette année, des secteurs spéciaux « sans drogue » ont été créés dans certaines prisons. Les détenus souhaitant y être placés devront se soumettre à des contrôles stricts (examens d'urine, etc....) mais pourront bénéficier en même temps de facilités particulières.

X. - Suède

L'on essaie de faire une distinction parmi les personnes condamnées à la prison de sorte que celles qui sont pharmacodépendantes sont gardées en prison séparément de celles qui ne le sont pas. Les pharmacodépendants sont traités à l'intérieur de la prison et, vers la fin de l'exécution de leur condamnation, également dans des établissements à l'extérieur de la prison. Il est possible de procéder à des examens d'urine pour contrôler si les détenus ont consommé des drogues. Un projet de traitement volontaire est en cours dans quatre prisons.

Les personnes condamnées pour une infraction grave en matière de stupéfiants et celles qui peuvent être soupçonnées de faire du trafic de drogues pendant leur emprisonnement sont gardées sous contrôle spécial.

XI. - Suisse

Environ 20 à 30 % des internés dans des établissements pénitentiaires ont été condamnés pour des crimes ou des délits contre la Loi fédérale sur les stupéfiants. Une grande partie d'entre eux sont des drogués. Ils sont rarement motivés pour se soumettre à des mesures médico-sociales et à un traitement de longue durée. A cela s'ajoute le fait que l'on dispose actuellement dans toute la Suisse d'à peine plus de 200 places de traitement en établissements spécialisés. Il s'ensuit que les établissements pénitentiaires sont surchargés de drogués délinquants. En outre, dans les établissements d'exécution de peine, il n'existe pas de sections ou de programmes spéciaux pour les délinquants drogués.

Eu égard aux problèmes particuliers que posent les drogués internés, des travaux sont en cours pour réaliser des structures adéquates pour cette catégorie de délinquants. Il est envisagé de créer des établissements pénitentiaires spécialisés ou des sections spéciales dans les établissements existants, munis d'une assistance socio-thérapeutique en cours de détention et post-pénitentiaire. Un établissement spécialisé exclusivement voué à l'exécution des peines a été mis sur pied récemment. Puisqu'un traitement imposé au drogué a peu de chances de succès, il s'agit de motiver davantage les drogués délinquants à se soumettre volontairement à un traitement dans des communautés thérapeutiques ouvertes. Dans certains cas, une prise en charge ambulatoire ou un traitement à la méthadone peuvent aussi être une solution de rechange à l'exécution des peines ordinaires.

XII. — *Royaume-Uni* (Angleterre et Pays de Galles)

Toutes les personnes condamnées à la prison sont examinées par un médecin lors de leur entrée en prison. De plus, tous les établissements sont contrôlés par des médecins de prison qui sont responsables de la santé physique et psychique des détenus. Les services médicaux des prisons jouissent d'une expérience importante dans le traitement des pharmacodépendants. Chaque cas est examiné individuellement et il appartient au médecin de la prison de décider quel traitement doit être suivi (en général, c'est la médication), mais il peut également renvoyer un détenu pour examen à un collègue ou le placer dans une autre prison disposant de moyens de traitement plus appropriés.

CONCLUSIONI GENERALI ADOTTATE DAI MEMBRI DEL SEMINARIO

1. — Il Seminario sulle droghe e la prigione ha riunito dal 6 al 10 dicembre 1982 una sessantina di persone che a Messina prima ed a Palermo poi, hanno esaminato nell'ordine il problema dal punto di vista dei medici (relazione del Dr. Garavaglia, Milano e della Sig.ra Troisier, Parigi), dell'amministrazione penitenziaria (relazione dei Sig.ri Daga, Roma, ed Ingstrup, Jerup, Danimarca) e dell'assistenza sociale (relazione della Sig.ra Sepe, Roma e della Sig.ra van der Vaart, Amsterdam). Tale Seminario, destinato alle persone che partecipano al trattamento dei delinquenti, era organizzato con l'appoggio dell'Amministrazione Penitenziaria italiana, congiuntamente dal Consiglio di Europa e dal Centro Internazionale di Ricerche e Studi Sociologici, Penali e Penitenziari di Messina il cui Vice Presidente, Avv. Giacomo Barletta ha assunto la presidenza del Seminario.

2. — Le conclusioni del Seminario dovrebbero essere sottoposte alla prossima Conferenza dei Direttori (Generali) dell'Amministrazione Penitenziaria degli Stati membri del Consiglio d'Europa, che esaminerà tale problema nel giugno 1983; esse potrebbero anche essere comunicate al Gruppo di Cooperazione in materia di lotta contro l'abuso ed il traffico illecito degli stupefacenti — denominato « Groupe Pompidou » — che terrà un simposio sulla « presa in carico dei tossicodipendenti pesanti » nel marzo 1983 a Strasburgo. Tuttavia, tali conclusioni non costituiscono né delle raccomandazioni unanimi, né delle decisioni maggioritarie formalmente adottate dai membri del Seminario, ma piuttosto conviene considerarle come il riassunto da parte del relatore generale, delle maggiori preoccupazioni espresse durante il Seminario da specialisti del trattamento in senso lato dei delinquenti tossicodipendenti — così come i vari rapporti presentati in quella occasione contengono unicamente le opinioni dei loro rispettivi autori.

3. — Una prima conclusione da trarre dai lavori del Seminario consiste nel constatare che generalmente confermano la valutazione della

situazione attuale negli Stati membri contenuta nella Raccomandazione R(82)5 sulla prevenzione della tossicodipendenza ed il ruolo particolare dell'educazione per la salute e R(82)6 — concernente il trattamento e la risocializzazione dei tossicodipendenti che il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa ha adottato il 16 marzo 1982, vale a dire: la tossicodipendenza è diventata dappertutto un importante problema sociale e sanitario. Essa ha molteplici cause in particolare di ordine sociale, psichico e fisico; essa tende ad aumentare in numerosi paesi, specialmente per quanto concerne l'abuso dell'eroina e sembra colpire tutti gli strati sociali ed in particolare individui sempre più giovani. Un atteggiamento che trascura le molteplici conseguenze negative della esperienza delle droghe — anche nei casi di una utilizzazione che si vorrebbe puramente ricreativa — porterebbe con sé rischi generalmente considerati come inaccettabili. Tuttavia, l'uso di alcool unitamente a medicinali rilasciati solo su prescrizione medica è in aumento ed è corrente la politossicodipendenza dalle droghe lecite ed illecite.

Essendosi sviluppata tale situazione malgrado i molteplici provvedimenti presi per ridurre o contenere la tossicodipendenza, la questione della prevenzione rimane primordiale e quella del trattamento dei tossicodipendenti si pone immediatamente dopo. In quanto alla prevenzione, il sovvertimento degli atteggiamenti nei riguardi della droga, dovrebbe evidentemente iniziare al più presto possibile e per tale ragione infatti, sarebbe indispensabile elaborare — come previsto dalla R(82)5 « dei programmi di educazione per la salute che si indirizzino ai bambini in età scolastica in quanto gruppo-bersaglio affinché questi ultimi possano imparare a proteggersi contro i pericoli di una società nella quale la droga esiste e nella quale altri prodotti nocivi sono di uso corrente ». Dei programmi quindi « che hanno per obiettivo di promuovere un ventaglio completo di atteggiamenti e di modi di vita conformi alla salute, al fine di permettere agli individui di scegliere lo stile di vita che loro si addice meglio, nel contesto socio-culturale di ciascuno Stato membro ». Quanto al trattamento dei tossicodipendenti purtroppo, occorre riconoscere che, malgrado la maggioranza dei paesi europei sperimentino da più di dieci anni metodi di aiuto e di trattamenti, è ancora difficile paragonare i programmi ed i risultati per quanto concerne la selezione dei malati ed i metodi applicati e « che attualmente esiste solamente un numero ristretto di dati scientifici che dimostrano l'efficacia del trattamento dei farmacodipendenti, ma che i trattamenti possono avere risultati positivi ». R(82)6. La valutazione insufficiente dei vari programmi nazionali di trattamento, così — come d'altronde la valutazione insufficiente dell'efficacia di certe misure di prevenzione — è tanto più deplorabile quanto l'assenza di un vero coordinamento, peraltro raccomandato da anni, soprattutto dai penalisti e criminologi (cf. Risoluzione (73)6, G., e Risoluzione (76)38). Sembra difficile progredire a livello nazionale ed impossibile di produrre dati paragonabili a livello europeo che permettano ad uno Stato Membro di mettere a profitto esperienze acquisite in un altro Stato membro (cf. per es. Rapporto Korczak, P-PG (82)9, pp. 32-33).

4. - A seguito di tale conclusione infelice, dello scacco dell'intera società europea di fronte al fenomeno inquietante della tossicodipendenza ed a seguito della constatazione, molto triste, dell'assenza di dati scientifici validi e comparabili, una seconda conclusione di questo Seminario concerne la Risoluzione (73) sugli aspetti penali dell'abuso delle droghe e le risposte degli Stati membri in ordine all'attuazione della sua Raccomandazione E, in particolare, che sono state portate all'attenzione dei membri del predetto Seminario (doc. CDPC (82)21). Sembra che, malgrado le messe in guardia e raccomandazioni specifiche molto pertinenti del Comitato europeo per i Problemi Criminali di ormai dieci anni fa, gli Stati membri non hanno completamente adottato né veramente messo in opera una politica criminale in senso lato in materia di abuso delle droghe che permetta una azione vigorosa contro la tossicodipendenza, seguendo una politica coerente e globale. Infatti, se è evidente che numerose misure sono state prese nell'intento di meglio reprimere il traffico delle droghe ed imporre sanzioni severe ai trafficanti professionali (B.4) per assicurare il coordinamento delle attività di Polizia, di gendarmeria e di dogane e la loro cooperazione (C), è altrettanto vero che tali misure repressive dovrebbero essere considerate solamente come complemento di un sistema che comprenda anche misure preventive e di riadattamento per essere integrate in una politica globale di sviluppo sociale (A.1). In molti paesi, quest'ultimo aspetto rilevante non sembra aver ricevuto tutta l'attenzione e la priorità richieste da parte dei poteri pubblici per cui i servizi d'investigazione, diagnostica, trattamento e riadattamento, educazione, reinserimento sociale dei tossicodipendenti (in particolare dei giovani) non sono stati concepiti e non funzionano « come un sistema integrato che faccia appello a varie discipline » (A.4). Per il mancato conseguimento « dei mezzi adeguati che permettano loro di prendere qualunque iniziativa e di stabilire in tempi utili, qualsiasi soluzione che s'imponga ai sensi di una legislazione appropriata », alcuni di tali servizi, sul piano nazionale o sul piano locale, sono mal equipaggiati per affrontare il fenomeno della tossicodipendenza. D'altra parte, c'è stata una evoluzione nel senso che a) attualmente molte legislazioni nazionali prevedono delle « possibilità di trattamento e di riadattamento, sia all'interno che all'esterno delle istituzioni penitenziarie come ancora un aiuto post-penitenziario » (B.5); b) in numerosi paesi, i soli utilizzatori o possessori di piccole dosi di droghe non sono più incarcerati (D.3) e c) il pubblico Ministero ed i Tribunali possono de « ius o de facto » abbandonare le azioni giudiziarie nei confronti dei farmacodipendenti che accettano di subire un trattamento e di essere posti sotto sorveglianza o che sono sottoposti ad un trattamento a seguito di una decisione amministrativa o giudiziaria ». (D.2). Per contro, le raccomandazioni nella Risoluzione (73)6 concernente l'informazione e la formazione speciali di tutti coloro che sono tenuti ad applicare il diritto penale (F) o la documentazione e la ricerca scientifica su tutti gli aspetti dell'abuso delle droghe (G) non sembrano aver conosciuto molto seguito nella maggior parte degli Stati membri. Così, a conti fatti questi ultimi dieci anni, l'approccio preventivo, educativo e terapeutico

tico a lungo termine sembra essere stato un poco « sotto-sviluppato » rispetto all'approccio repressivo che doveva essere solo un complemento di una politica coerente e globale. A tal proposito, è stato d'altronde proposto durante il Seminario che l'applicabilità delle leggi penali in materia di abuso delle droghe — così come le distinzioni legali tra utilizzatori e trafficanti o tra cure e misure repressive o ancora la questione della libertà condizionale dei trafficanti di droghe — sia esaminata in un prossimo avvenire.

5. — Una terza conclusione consiste in tre serie di commenti, osservazioni e proposte spesso un poco tecniche concernenti particolarmente le droghe e la prigione, tema di questo Seminario.

a) Ecco quindi in primo luogo riassunto e schematizzato il punto di vista degli amministratori delle prigioni: esiste quasi ovunque un aumento del numero totale dei detenuti tossicodipendenti e purtroppo è una clientela molto difficile non essendo generalmente persone detenute a causa della loro tossicodipendenza ma spesso delinquenti esperti che abusano di ogni specie di droghe. Può accadere che per varie ragioni, si esageri tale fenomeno delle percentuali (per esempio per ciò che concerne le donne tossicodipendenti) e delle definizioni variabili a seconda delle circostanze. A titolo di esempio, i criteri dell'OMS sembravano generalmente ignorati durante le discussioni « scientifiche » a Messina. Succede anche che l'aumento dei detenuti tossicodipendenti vada di pari passo con l'aumento dei tossicodipendenti fuori della prigione ovvero che si spieghi facilmente per diversi altri motivi come per esempio il maggiore zelo o l'azione rafforzata degli organi di azione giudiziaria o ancora la diminuzione certa dei clienti tradizionali delle prigioni che a causa della decriminalizzazione, della diversità di applicazione delle misure penali sostitutive della privazione della libertà, ecc.... in alcuni paesi, non ritornano così frequentemente come nel passato. Comunque sia, la presenza di tossicodipendenti spesso induriti in prigione pone numerosi problemi, tra i quali la sicurezza e l'ordine, tanto più che generalmente hanno tendenza a continuare ad alimentarsi in droghe nella prigione stessa, anche se in alcuni paesi, le prigioni sono considerate come relativamente impermeabili al contrabbando delle droghe. Così, rischia di essere messa in pericolo tutt'una politica di liberalizzazione e di umanizzazione dell'esecuzione delle pene di detenzione dirette a meglio preparare la risocializzazione ulteriore dei detenuti, quali le visite più frequenti, la corrispondenza meno controllata, i congedi penitenziari (cf. R.(82)16) etc.

Quando tali detenuti tossicodipendenti chiedono di essere « trattati » in prigione, la soluzione appare relativamente facile. Ricevono evidentemente un trattamento e possono quindi essere ricoverati in un servizio di trattamento e di riadattamento o essere trasferiti in un'altra istituzione che sia dotata di tale servizio, (secondo i termini della Risoluzione (73)6,E) in quanto la loro concentrazione non è più un problema importante — sempre che tali servizi esistano o possano essere creati, cosa che, per ragioni finanziarie non è sempre il caso in tutti gli Stati membri. Le difficoltà sussistono invece quando i

detenuti tossicodipendenti non vogliono essere trattati e neanche interessarsi al loro trattamento cosa che si verifica in buon numero di loro, poiché il loro bisogno di droga-evasione si pone con tanta più acutezza in quanto privati di libertà e soggetti a pressioni psicologiche considerevoli in un ambiente considerato ostile e criminogeno anche dagli stessi amministratori e sorveglianti. In questi casi, la tendenza generale non si indirizza alla concentrazione di tali detenuti per meglio sorvegliarli in settori riservati (all'eccezione di alcuni « duri » conosciuti per mettere l'ordine penitenziario sotto sopra in un tempo minimo), ma, — così come nel caso di detenuti pericolosi (cf. R(82)17) — si suggerisce la loro dispersione ed il mantenimento nelle prigioni ordinarie. Questa è d'altronde anche la situazione di una percentuale elevata di tossicodipendenti che si trovano — spesso nel momento più difficile — in detenzione preventiva in uno stabilimento carcerario. Per non penalizzare gli altri detenuti, rinforzare il controllo generale all'occorrenza, con il pretesto del rischio della droga in prigione e così ridurre i regimi penitenziari liberali là dove esistono, una soluzione già preconizzata ed applicata, per esempio nei paesi scandinavi, consiste nella creazione di « settori per non drogati » nelle prigioni, che sono riservati ai detenuti che non sono tossicodipendenti, a condizione che si sottomettano volontariamente ad alcuni controlli quali quelli dei test delle urine. Indirettamente, ciò riconduce comunque ad un concentramento dei duri « per abbandono » o partenza degli altri detenuti. In conclusione, sarebbe molto auspicabile che la conferenza dei Direttori di Amministrazioni Penitenziarie prenda in considerazione la questione delle misure alternative ai controlli rinforzati e alle nuove restrizioni dei diritti dei detenuti, provvedimenti suscettibili di ridurre la circolazione di droghe in prigione. A meno di prendere in considerazione e di dimostrare l'efficacia di tali provvedimenti alternativi, basati in particolare sulla cooperazione con i detenuti stessi, le amministrazioni penitenziarie, per preferenza innata del mestiere o sotto la pretesa pressione dell'opinione pubblica, poco importa, rischiano di regredire moltissimo e di indurire i regimi penitenziari appena poco poco più tolleranti.

b) Ora, ecco il punto di vista dei medici generici e psichiatri tutti assieme — punto di vista sempre sottile e sfumato per di più difficile da svelare, perché il segreto professionale obbliga, le ricette mediche rimangono « tabù » e sembra che i medici non amino impegnarsi chiaramente e giocare a carte scoperte a meno di essere interrogati a più riprese. Quando essi condividono l'opinione, meno diffusa oggi che nel passato, secondo la quale le prigioni sono abbastanza impermeabili al contrabbando e al traffico delle droghe, numerosi medici penitenziari se non addirittura la maggioranza sembrano ritenere che un tossicodipendente in prigione non possa essere completamente svezza dalla droga responsabile della sua tossicodipendenza. Salvo rare eccezioni, lo svezzaamento completo potrebbe essere ottenuto, non tanto in prigione quanto prima che il detenuto vi arrivi dallo stabilimento penitenziario o dalla camera di sicurezza o ulteriormente, in un ospedale psichiatrico. Secondo numerosi altri pareri medici, il detenuto tossico-

dipendente potrebbe essere liberato in prigione per lo meno dalla sua dipendenza fisica. È chiaro se non confermato che il tossicodipendente detenuto conserva tutta la sua libertà di scelta del trattamento medico e il trattamento medico deve sempre rimanere volontario, che il suo successo dipenderà necessariamente dalla convinzione del detenuto di prendere parte al trattamento e che ogni tentativo di forzare un tossicodipendente ad astenersi, che sia in prigione o fuori, è destinato a fallire appena la droga in questione diviene disponibile. Tuttavia ciò non esclude la possibilità di avvicinare o di « contattare » i detenuti tossicodipendenti per dar loro un motivo di farsi curare come è d'altronde consuetudine in vari Stati membri. L'obiettivo del trattamento anche in casi di politossicomania sembra generalmente essere quello di ottenere « l'astinenza » del paziente, piuttosto che di diminuire le sue sofferenze permettendogli per esempio l'ingerimento di sostanze meno nocive delle droghe consumate precedentemente, anche se si mira a dargli la possibilità di liberarsi in seguito dalla sua droga. Per meglio operare, alcuni medici desidererebbero disporre di più tempo, sia per il tossicodipendente che per il trattamento, ed appoggiarsi su di una infrastruttura in prigione molto più sviluppata così come su di altre facilitazioni quali quella di collocare il tossicodipendente in un braccio riservato ad un modo di vita carcerario particolare per tossicodipendenti. Altri medici si pronunciano decisamente contro la creazione di bracci riservati o ancora contestano la possibilità e l'opportunità di curare tossicodipendenti nell'ambiente carcerario. Questo punto di vista non sembra per nulla disturbare i loro colleghi che dal canto loro sono intimamente convinti che la prigione permette precisamente di allontanare il delinquente tossicodipendente dal suo ambiente e costituisce anzi un luogo privilegiato per cominciare a « curarlo » a condizione che il suo consenso preventivo sia « sincero ». Il trattamento sostitutivo, ivi compreso il trattamento con il metadone, per se limitato nel tempo e diminuendo sembra costituire l'eccezione nelle prigioni degli Stati Membri. A tale proposito ed in seguito a discussioni molto animate, è sempre auspicabile che possibilità di trattamento con il metadone nel carcere siano esaminate in seno al Consiglio d'Europa non in funzione di sapere se tali possibilità esistono all'infuori delle prigioni in cui la pratica è corrente a termine della legislazione e delle pratiche nazionali, ma dal fatto che un detenuto che ha usufruito di un simile trattamento in uno Stato membro, dovrebbe poterlo continuare in un altro Stato anche se in carcere. Secondo l'opinione medica dominante, il trattamento psicoterapeutico sembra dare meno risultati in prigione che fuori, per cui numerosi medici penitenziari ricorrono oggi alla terapia medicamentosa in ambiente chiuso. Ovviamente ciò comporta il rischio di una nuova tossicomania medicamentosa in prigione. E d'altra parte, per evitare che un traffico di medicinali ed in particolare di tranquillizzanti si sviluppi nei penitenziari laddove se ne prescrivono relativamente di frequente e facilmente, una soluzione che ha dato prova di se, nel Regno Unito, consisterebbe a dare tutti questi medicinali sotto forma di liquido insistendo anche affinché il detenuto li consumi di fronte a colui che li dispensa. Sembra spesso ammesso dal corpo

medico che l'ambiente carcerario comporti per qualsiasi detenuto il rischio di soccombere a nuove forme di tossicodipendenza quali il tabacco, l'alcool, la colla, i prodotti dopo barba, etc. ma in pratica, tale rischio sembra altrettanto inevitabile di quello di metterlo in carcere in un ambiente di delinquenti incalliti. Tenuto conto della discrezione e della libertà del trattamento medico, è chiaro che trattamenti medici molto divergenti di una tossicodipendenza particolare si concepiscono e si praticano in funzione tanto della personalità del tossicodipendente quanto di quella del medico; la deontologia medica o la legislazione e la pratica nazionali costituiscono sempre una ragione pertinente supplementare per adoperare un altro trattamento appropriato se non indispensabile. Tuttavia, i medici penitenziari sembrano tutti d'accordo su di una condizione fondamentale del successo del loro trattamento di una tossicodipendenza iniziata in prigione, cioè la condizione di continuare il trattamento in senso lato alla liberazione dell'ex-tossicodipendente dalla prigione e di dargli quanto meno in quel preciso momento, un aiuto post-penitenziario appropriato.

c) Ed infine viene il punto di vista dell'assistenza sociale, colonna indispensabile di ogni politica criminale coerente che troppo spesso è assente quando d'altra parte, giudici, procuratori, poliziotti e direttori di prigione hanno un posto privilegiato ed anche nel corso del presente Seminario, essa ha avuto diritto ad un posto di ultima fila. È chiaro che la critica implicita contenuta nella seconda conclusione generale sulla messa in opera dell'approccio globale e coerente preconizzato dalla Risoluzione (73)6 mira innanzi tutto al fatto che, durante l'ultimo decennio, l'assistenza sociale nella stramaggioranza degli Stati membri non sembra ancora aver ottenuto il posto privilegiato ed i mezzi finanziari appropriati che gli toccano in materia di lotta contro la tossicodipendenza. Logicamente i mezzi finanziari sono sempre di competenza delle scelte delle autorità governative, ma anche le misure legislative o amministrative non sembrano spesso essere state sistemate in modo che l'assistenza sociale possa adempiere pienamente al suo ruolo. Infatti, l'aiuto post-penitenziario ai tossicodipendenti, quando raggiungono uno dei momenti più difficili, presuppone tutt'una infrastruttura tanto sul piano locale che a livello nazionale: possibilità di essere accolti, trovare un impiego, una abitazione, etc. Quando tali facilitazioni sono inesistenti nella realtà o quando provvedimenti adeguati non sono stati previsti e preparati molto prima della messa in libertà, cioè quando il detenuto tossicodipendente non è stato seguito dall'assistente sociale durante la sua incarcerazione, non è assolutamente possibile nella maggioranza dei casi di persone che escono dalla prigione, persino pensare o credere alla così detta reinserzione sociale. A tale proposito, sembra di pubblico dominio nei Paesi anglosassoni in particolare — per ciò si può anche menzionare il « booster spirit » proverbiale degli Stati Uniti — che il volontariato privato è un serbatoio fantastico di assistenza, di aiuto e di cooperazione. E tuttavia sembra anche che emerga dalle discussioni di questo Seminario, che molto spesso tali organismi privati per non essere ufficialmente incaricati di tali questioni o per non dipendere organicamente da alcuni servizi pubblici tradi-

zionali, non hanno sempre le possibilità sufficienti per offrire i loro servizi quando e dove servono. È con questo appello a meglio utilizzare le possibilità dell'assistenza e degli aiuti privati così come per porre maggiormente l'accento sui vantaggi innegabili del lavoro di post-cura in piccoli gruppi nel luogo stesso in cui l'ex-tossicodipendente debba essere risocializzato, che occorre riassumere le conclusioni del Seminario sulle droghe e la prigione.

CONCLUSIONS GENERALES ADOPTÉES PAR LES MEMBRES DU SEMINAIRE

1. — Le Séminaire sur « les drogues et la prison » a réuni du 6 au 10 décembre 1982 une soixantaine de personnes qui, d'abord à Messine, puis à Palerme, ont examiné cette question successivement du point de vue des médecins (rapports du docteur Garavaglia, Milan, et Mme Troisier, Paris), de l'administration pénitentiaire (rapports de MM. Daga, Rome, et Ingstrup, Jerup, Danemark) et de l'assistance sociale (rapports de Mme Sepe, Rome, et Mme van der Vaart, Amsterdam). Ce Séminaire, à l'intention des personnes qui concourent au traitement des délinquants, était organisé, avec l'appui de l'Administration Pénitentiaire italienne, conjointement par le Conseil de l'Europe et le Centre International de Recherches et d'Etudes Sociologiques, Pénales et Pénitentiaires de Messine, dont le Vice-Président, M. Giacomo Barletta, a assumé la présidence du Séminaire.

2. — Les conclusions de ce Séminaire devraient être soumises à la prochaine Conférence des Directeurs (Généraux) d'Administration Pénitentiaire des Etats membres du Conseil de l'Europe, qui examinera cette question en juin 1983; elles pourraient également être communiquées au Groupe de Coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants — dit « Groupe Pompidou » — qui tiendra un Symposium sur « la prise en charge des toxicomanes lourds » en mars 1983 à Strasbourg. Ces conclusions ne constituent, toutefois, ni des recommandations unanimes ni des décisions majoritaires formellement adoptées par les membres du Séminaire, il convient de les considérer plutôt comme le résumé de la part du rapporteur général, des préoccupations majeures exprimées au cours du Séminaire par des spécialistes du traitement, au sens le plus large, des délinquants toxicomanes — tout comme les divers rapports présentés à cette occasion ne contiennent que les opinions de leurs auteurs respectifs.

3. — Une première conclusion à tirer des travaux de ce Séminaire consiste en la constatation qu'ils confirment généralement l'évaluation de la situation actuelle dans les Etats membres retenue dans les Recommandations R (82) 5 sur la prévention de la toxicomanie et le rôle particulier de l'éducation pour la santé — et R (82) 6 — concernant le traitement et la resocialisation des toxicomanes que le Comité

des Ministres du Conseil de l'Europe a adoptées le 16 mars 1982, à savoir: la toxicomanie est devenue partout un important problème social et sanitaire; elle a de multiples causes notamment d'ordre social, psychique et physique; elle tend à augmenter dans nombre de pays, notamment en ce qui concerne l'abus de l'héroïne, et elle semble atteindre toutes les couches sociales et notamment des personnes de plus en plus jeunes. Une attitude négligeant les multiples conséquences négatives de l'expérience des drogues — même dans le cas d'une utilisation qui se voudrait purement récréative — entraînerait des risques généralement considérés comme inacceptables. Cependant, l'usage d'alcool simultanément avec des médicaments délivrés sur ordonnance augmente et la polytoxicomanie des drogues licites et illicites est courante. Cette situation s'étant développée malgré de multiples mesures prises pour réduire ou contenir la toxicomanie, la question de la prévention reste primordiale et celle du traitement des toxicomanes se pose immédiatement. Quant à la prévention, le renversement des attitudes à l'égard de la drogue devrait évidemment commencer aussitôt que possible et pour cette raison il serait, en effet, indispensable d'élaborer — comme prévu par la R (82) 5 — « des programmes d'éducation pour la santé s'adressant à des enfants d'âge scolaire en tant que groupe cible afin que ces derniers puissent apprendre à se protéger contre les dangers d'une société dans laquelle la drogue existe et d'autres produits nocifs sont d'usage courant » — des programmes donc « qui ont pour but de promouvoir un éventail complet d'attitudes et de modes de vie conformes à la santé, afin de permettre aux individus de choisir le style de vie qui leur sied le mieux, dans le contexte socio-culturel de chaque Etat membre ». Quant au traitement des toxicomanes, il faut, hélas, reconnaître que « bien que la majorité des pays européens expérimentent depuis plus de dix ans des méthodes d'aide et de traitement, il est encore difficile de comparer les programmes et les résultats en ce qui concerne la sélection des malades et les méthodes appliquées » et « qu'il n'existe actuellement qu'un nombre restreint de données scientifiques démontrant l'efficacité du traitement des pharmacodépendants, mais que les traitements peuvent avoir des résultats positifs » (R (82) 6). L'évaluation insuffisante des divers programmes nationaux de traitement — tout comme d'ailleurs l'évaluation insuffisante de l'efficacité de certaines mesures de prévention — est d'autant plus regrettable qu'en l'absence d'une véritable coordination, pourtant recommandée depuis bien des années, notamment par les pénalistes et les criminologues (cf. Résolution (73) 6, G., et Résolution (76) 38), il semble difficile de progresser au niveau national et impossible de produire des données comparables au niveau européen permettant alors à un Etat membre de mettre à profit des expériences acquises dans un autre Etat membre (cf. n.ex., Rapport Korczak, P-PG (82) 9, pp. 32-33).

4. — Suite à cette conclusion, malheureuse, de l'échec de la société européenne toute entière face au phénomène inquiétant de la toxicomanie et suite à la constatation, fort pénible, de l'absence de données

scientifiques valables et comparables, une deuxième conclusion de ce Séminaire concerne la Résolution (73) sur les aspects pénaux de l'abus des drogues et les réponses des Etats membres concernant la mise en oeuvre de sa Recommandation E, notamment, qui ont été portées à l'attention des membres de ce Séminaire (doc. CDPC (82) 21). Il semble que malgré les sombres mises en garde et recommandations spécifiques fort pertinentes du Comité européen pour les Problèmes Criminels d'il y a dix ans déjà, les Etats membres n'ont pas tout à fait adopté ni vraiment mis en oeuvre une politique criminelle au sens le plus large en matière d'abus des drogues permettant une action vigoureuse, contre la toxicomanie, suivant une politique cohérente et globale. En effet, s'il est évident que beaucoup de mesures ont été prises pour mieux réprimer le trafic des drogues et imposer des « sanctions sévères aux trafiquants professionnels » (B.4), ou pour assurer la coordination des activités de police, de gendarmerie et de douanes et leur coopération (C.), il est tout aussi vrai que ces mesures répressives ne devaient être envisagées que comme complément d'un système comprenant, également, des mesures préventives et de réadaptation à être intégrées dans une politique globale de développement social (A.1). Dans bien des pays, ce dernier important aspect ne semble pas avoir reçu toute l'attention et priorité requises de la part des pouvoirs, de sorte que les services de détection, de diagnostic, de traitement et de réadaptation ainsi que d'éducation et de réinsertion sociale des toxicomanes (en particulier des jeunes) n'ont pas été conçus et ne fonctionnent pas « comme un système intégré faisant appel à diverses disciplines » (A.4). Faute d'avoir obtenu « les moyens adéquats leur permettant de prendre toutes initiatives et d'arrêter, en temps utile, toutes solutions qui s'imposent... aux termes d'une législation appropriée », certains de ces services, au plan national ou alors au plan local, sont mal armés pour affronter le phénomène de la toxicomanie. D'un autre côté, il y a eu évolution dans le sens que a) beaucoup de législations nationales actuellement prévoient des « possibilités de traitement et de réadaptation, aussi bien à l'intérieur qu'en dehors des institutions pénitentiaires ainsi qu'une aide post-pénitentiaire » (B.5), b) dans bien des pays, les seuls utilisateurs ou possesseurs de faibles doses de drogues ne sont plus incarcérés (D.3), et c) le Ministère public et les tribunaux peuvent de ius ou de facto « abandonner les poursuites en faveur des pharmacodépendants qui acceptent de subir un traitement et d'être placés sous surveillance ou qui sont soumis à un traitement à la suite d'une décision administrative ou judiciaire » (D. 2). Par contre, les recommandations dans la Résolution (73) 6 concernant l'information et la formation spéciales de tous ceux qui sont tenus d'appliquer le droit pénal (F.), ou la documentation et la recherche scientifique sur tous les aspects de l'abus des drogues (G.) ne semblent guère avoir connu beaucoup de suites spécifiques dans la plupart des Etats membres. Ainsi, tout compte fait, ces derniers dix ans, l'approche préventive, éducative et thérapeutique à long terme semble avoir été quelque peu « sous-développée » par rapport à l'approche répressive qui ne devait pourtant être qu'un complément d'une politique cohérente et globale. A

ce propos, il a été d'ailleurs proposé au cours du Séminaire que l'applicabilité des lois pénales en matière d'abus des drogues — telles que les distinctions légales entre utilisateur et trafiquant ou entre soins et mesures répressives ou encore la question de la libération conditionnelle de trafiquants de drogues — soit examinée dans un prochain avenir.

5. — Une troisième conclusion consiste en trois séries de commentaires, observations et propositions souvent quelque peu techniques concernant tout particulièrement les drogues et la prison — thème de ce Séminaire.

(a) Voici donc résumé et schématisé tout d'abord le point de vue des administrateurs des prisons: il y a presque partout augmentation du nombre total des détenus toxicomanes et c'est malheureusement une clientèle fort difficile n'étant généralement pas des personnes détenues à cause de leur toxicomanie, mais souvent des délinquants chevronnés abusant de toutes sortes de drogues. Il se peut que, pour des raisons diverses, l'on exagère ce phénomène par le truchement des pourcentages (en ce qui concerne, p. ex., les femmes toxicomanes) et des définitions variables selon les circonstances — à titre d'exemple, les critères de l'OMS paraissaient généralement ignorés au cours des discussions « scientifiques » à Messine. Il se peut aussi que l'augmentation des détenus toxicomanes va de pair avec l'augmentation des toxicomanes en dehors de la prison, ou qu'elle s'explique facilement par diverses autres raisons telles que le zèle accru ou l'action renforcée des organes de poursuite ou encore la diminution certaine des clients traditionnels des prisons, qui, par suite de décriminalisation, de « diversion », d'application de mesures pénales de substitution à la privation de liberté, etc., dans certains pays, ne reviennent plus si fréquemment que dans le passé. Toujours est-il que la présence de ces toxicomanes souvent endurcis en prison pose nombre de problèmes, dont celui de la sécurité et de l'ordre, d'autant plus qu'ils ont généralement tendance à continuer à s'alimenter en drogues en prison même si, dans certains pays, les prisons sont considérées comme relativement imperméables à la contrebande de drogues. Ainsi, risque d'être mis en péril toute une politique de libéralisation et d'humanisation de l'exécution des peines de prison visant à mieux préparer la resocialisation ultérieure des détenus, telles que visites plus fréquentes, correspondance moins contrôlée, congés pénitentiaires (cf. R. (82) 16), etc. Pour autant que ces détenus toxicomanes demandent à être « traités » en prison, la solution apparaît relativement facile. Ils reçoivent évidemment un traitement et l'on peut alors les placer dans un service de traitement et de réadaptation ou les transférer dans une autre institution dotée d'un tel service (selon les termes de la Résolution (73) 6, E), leur concentration n'étant alors plus un problème majeur pourvu que ces services existent ou puissent être créés ce qui, pour des raisons financières, n'est malheureusement pas le cas dans tous les Etats membres. Les difficultés subsistent, par contre, lorsque les détenus toxicomanes ne veulent pas être traités

ni même s'intéresser à leur traitement, ce qui est le cas de bon nombre parmi eux, puisque leur besoin de drogue-évasion se pose avec d'autant plus d'acuité qu'ils sont privés de liberté et sujets à des pressions psychologiques considérables, dans un milieu évalué comme hostile et criminogène même de la part des administrateurs et surveillants. En pareil cas, la tendance générale ne va néanmoins pas à la concentration de ces détenus pour mieux les surveiller dans des quartiers réservés (à l'exception, peut-être, de certains « durs » connus pour mettre l'ordre pénitentiaire sens dessus-dessous dans un minimum de temps), mais — tout comme dans le cas des détenus dangereux (cf. R (82) 17) — l'on préconise leur dispersion et maintien dans les prisons ordinaires. C'est d'ailleurs également la situation du pourcentage élevé de toxicomanes se trouvant — au moment souvent le plus difficile — en détention préventive dans les maisons d'arrêt, etc. Pour ne pas pénaliser les autres détenus, renforcer le contrôle général, le cas échéant, sous prétexte du risque de drogues en prison, et ainsi réduire les régimes pénitentiaires libéraux là où ils existent, une solution déjà préconisée et appliquée, p.ex., dans les pays scandinaves, consiste en la création de « secteurs hors drogués » dans les prisons, qui sont alors réservés aux détenus qui ne sont pas toxicomanes, se font traiter ou ne veulent plus être avec des toxicomanes, sous condition qu'ils se soumettent volontairement à certains contrôles tels que les tests d'urine. Indirectement, ceci revient tout de même à une sorte de concentration des durs « par abandon » ou démarque des autres détenus. En conclusion, il serait fort souhaitable que la Conférence des Directeurs d'Administration Pénitentiaire se penche notamment sur la question des mesures alternatives aux contrôles renforcés et nouvelles restrictions des droits des détenus, mesures susceptibles de réduire la circulation de drogues en prison. A moins d'envisager et de démontrer l'efficacité de telles mesures alternatives, basées notamment sur la coopération avec les détenus mêmes, les administrations pénitentiaires, par préférence innée du métier ou sous la prétendue pression de l'opinion publique, peu importe, risquent de revenir bien en arrière et de durcir les régimes pénitentiaires à peine quelque peu assouplis.

(b) Ensuite, voici le point de vue des médecins, généralistes et psychiatres tous confondus — point de vue toujours subtil et nuancé, et difficile à déceler de surcroît, car, le secret médical oblige, les ordonnances médicales restent tabous et, semble-t-il, les médecins n'aiment pas s'engager clairement et jouer cartes sur table à moins d'être interrogés encore à de nombreuses reprises. Pour autant qu'ils partagent encore l'avis moins répandu à présent que dans le passé, selon lequel les prisons sont assez imperméables à la contrebande et au trafic des drogues, beaucoup de médecins pénitentiaires, sinon leur majorité, semblent estimer qu'un toxicomane en prison ne puisse pas être sevré complètement de la drogue responsable de sa toxicomanie. Suivant de rares exceptions, le sevrage complet pourrait être obtenu, non tellement en prison mais avant que le détenu n'y arrive de la maison d'arrêt ou de la prison de police au alors ultérieure-

ment, dans un hôpital psychiatrique. Selon de nombreux autres avis médicaux, le détenu toxicomane pourrait être délivré en prison tout au moins de sa dépendance physique. Il est entendu, sinon confirmé, que le toxicomane détenu garde toute sa liberté du choix du traitement médical ou que le traitement médical doit toujours rester volontaire, que son succès dépendra nécessairement de la motivation suffisante du détenu à prendre part au traitement et que toutes tentatives de forcer un toxicomane à s'abstenir, qu'il soit en prison ou en dehors de la prison, sont vouées à l'échec dès que la drogue en question devient disponible. Ceci n'exclut nullement la possibilité d'approcher ou de « contacter » les détenus toxicomanes en vue de les motiver à se faire traiter ainsi qu'il est d'ailleurs d'usage courant dans plusieurs Etats membres. Le but du traitement, même en cas de polytoxicomanie, semble généralement d'obtenir « l'abstinence » du patient, plutôt que de diminuer les souffrances en lui permettant p.ex. l'absorption de substances moins nocives que les drogues consommées auparavant, même si c'est dans le but de lui permettre de se passer de sa drogue par la suite. Pour mieux traiter, certains médecins souhaiteraient disposer de plus de temps, et pour le toxicomane et pour le traitement, de s'appuyer sur une infrastructure en prison beaucoup plus développée ainsi que d'autres facilités, de placer le toxicomane dans un quartier réservé à un monde de vie carcérale particulier pour les toxicomanes. D'autres médecins se prononcent résolument contre la création de quartiers réservés ou encore contestent la possibilité et l'opportunité de traiter des toxicomanes en milieu carcéral. Ce point de vue ne semble point gêner leurs chers confrères considérant de leur côté, avec toute la conviction intime requise en l'espèce, que la prison permet précisément d'extraire le délinquant toxicomane à son milieu et constitue ainsi un site privilégié pour commencer à le « traiter » sous réserve de son accord « sincère » préalable. Le traitement substitutif, y compris le traitement à la méthadone, même limité dans le temps et allant en diminution semble constituer l'exception dans les prisons des Etats membres. A ce propos, il est souhaité, à la suite de discussions fort animées, que des possibilités de traitement à la méthadone en prison soient examinées au sein du Conseil de l'Europe, non en fonction de la question de savoir si de telles possibilités existent, en dehors des prisons où la pratique est courante, aux termes de la législation et pratique nationales, mais du fait qu'un détenu qui a eu droit à pareil traitement dans un Etat membre, devrait pouvoir le poursuivre dans un autre Etat et fut-il en prison. Selon l'opinion médicale dominante, le traitement psychotérapeutique semble donner moins de résultats en prison qu'à l'extérieur, de sorte que beaucoup de médecins pénitentiaires recourent à présent à la thérapie médicamenteuse en milieu fermé. Ceci comporte évidemment le risque d'une nouvelle toxicomanie médicamenteuse en prison. Pour éviter, par ailleurs, qu'un trafic de médicaments et notamment de tranquillisants se développe dans les prisons où l'on en prescrit relativement fréquemment et facilement, une solution qui a fait ses preuves, semble-t-il, au Royaume-Uni, consisterait à ne donner tous ces médicaments que sous forme liquide tout en insistant pour que le détenu les consomme

face à celui qui les dispense. Il semble souvent admis par le corps médical que le milieu carcéral comporte pour tout détenu le risque de succomber à de nouvelles formes de toxicomanie telles que tabac, alcool, colle, produits d'après-rasage, etc., mais, en pratique, ce risque paraît aussi inévitable que celui de le mettre en prison dans un milieu de délinquants confirmés. Compte tenu de la discrétion et de la liberté du traitement médical, il est évident que des traitements médicaux forts divergents d'une toxicomanie particulière se conçoivent et se pratiquent d'autant plus que la personnalité du toxicomane tout autant que celle du traitant, la déontologie médicale ou la législation et pratique nationales constituent toujours une raison pertinente supplémentaire pour adopter un autre traitement approprié voire indispensable. Toutefois, les médecins pénitentiaires semblent tous d'accord sur une condition capitale du succès de leur traitement d'une toxicomanie commencée en prison, à savoir la condition de poursuivre le traitement au sens le plus large à la libération de l'ex-toxicomane de prison et de lui donner, tout au moins à ce moment précis, une aide post-pénitentiaire appropriée.

(c) Ainsi, vient, enfin, et pour terminer, le point de vue de l'assistance sociale, cette colonne indispensable de toute politique criminelle cohérente, qui, trop souvent absente du concert où les juges et procureurs avec les policiers et gouverneurs de prison se trouvent au premier rang de l'auditoire, a eu, également au cours du présent Séminaire, tout juste droit à la place sur un strapontin. Il est clair que la critique implicite contenue dans la deuxième conclusion générale au sujet de la mise en oeuvre de l'approche globale et cohérente préconisée par la Résolution (73) y vise en premier lieu le fait que, durant les 10 dernières années, dans la grande majorité des Etats membres, l'assistance sociale ne semble pas encore avoir obtenu la place privilégiée et les moyens financiers appropriés qui lui reviennent en principe en matière de lutte contre la toxicomanie. Les moyens financiers relèvent bien entendu toujours des priorités des autorités gouvernementales, mais même les arrangements législatifs ou administratifs ne semblent souvent pas avoir été ajustés de sorte que l'assistance sociale puisse pleinement jouer son rôle. Ainsi, l'aide post-pénitentiaire aux ex-toxicomanes, lorsqu'ils arrivent à l'un de leurs moments les plus difficiles, présuppose toute une infra-structure au plan local autant qu'au niveau national, des possibilités d'accueil, de trouver un emploi, un logement, etc. Lorsque ces facilités n'existent pas de fait ou lorsque des mesures adéquates n'ont pas été envisagées et préparées longtemps avant la libération, à savoir lorsque le détenu toxicomane n'a pas été suivi par l'assistant social pendant son incarcération, il n'est simplement pas permis, dans la grande majorité des cas de personnes sortant de prison, de même penser voire croire à ladite réinsertion sociale. A ce propos, il semble de notoriété publique, dans les pays anglo-saxons notamment — et pour cela l'on peut également mentionner le « booster spirit » proverbial des Etats Unis — que le volontariat privé est un réservoir fantastique d'assistance, d'aide et de coopération. Et pourtant, il semble ressortir également des discussions de ce Séminaire, que très souvent ces orga-

nisations privées, pour ne pas être officiellement chargées de ces questions ou pour ne pas organiquement dépendre de certains services publics traditionnels, n'ont toujours pas assez de possibilités d'offrir leurs services quand et où il faut. C'est avec cet appel à mieux utiliser les possibilités de l'assistance et de l'aide privées ainsi qu'à mettre plus l'accent sur les avantages indéniables du travail de post-cure en petit comités à l'endroit même où l'ex-toxicomane est censé être re-socialisé, qu'il convient de conclure les conclusions du Séminaire sur les drogues et la prison.

LISTE DES PARTICIPANTS – LIST OF PARTICIPANTS –
LISTA DEI PARTECIPANTI

President/Chairman

Avv. GIACOMO BARLETTA, Avvocato Cassazionista in Catania, Vice
Presidente del Centro Internazionale. Via Milo, 9. I – Catania.

Co-Presidents

Prof. GUNTHER KAISER, Direktor des Max-Planck-Institut für
ausländisches und internationales Strafrecht. – D. 7800 Freiburg, i/Br
Rép. Féd. D'Allemagne.

Avv. NELLO MARTELLUCCI, Sindaco di Palermo. I – Palermo.

Rapporteurs

Dr. LUIGI DAGA, Magistrato di Tribunale, Direttore Ufficio Studi,
Ricerche e Documentazione, Direzione Generale per gli Istituti di
Prevenzione e Pena, Ministero di Grazia e Giustizia. Via Silvestri,
252. I – Rome.

Prof. Dott. GIANFRANCO GARAVAGLIA, Libero Docente in Psichia-
tria e Antropologia Criminale, Specialista Malattie Nervose e Mentali.
Piazza Giovine Italia, 5. I – 20123 Milano.

Mr. OLE INGSTRUP, Prison Governor State Prison of Kragsskov-
hede. DK – 9981 Jerup.

Dr. D.B.W. POSTMA, Jellinekcentrum Directie en Centrale Dien-
sten. Postbus 3907. NL – 1001 AS Amsterdam.

Mme ANNA SABATTINI SEPE, Dirigente del Centro di Servizio
Sociale per Adulti di Roma. Via della Lungara, 28/B. I – Roma.

Mme SOLANGE TROISIER, Inspecteur Général, Ministère de la
Justice. 13, Place Vendôme. 75042 Paris cedex 01.

Mme JOANNA VAN DER VAART, Coordinator drug project in the
prisons of Amsterdam. Jellinek Center, P.O. Box 3907. NL – Amster-
dam, Pays-Bas.

Secretariat du Conseil de l'Europe

M. EKKEHART MULLER-RAPPARD, Chef de la Division des Problèmes Criminels, Direction des Affaires Juridiques du Conseil de l'Europe.
F - Strasbourg Cedex.

Autriche/Austria

Dr. WOLFGANG WERDENICH, Psychologist, Director of Sonderanstalt Favoriten Prison for drug addicted offenders. Wien.

Belgique/Belgium

M. PAUL COSYNS, Médecin Psychiatre du Centre d'Orientation Pénitentiaire. Walenstraat, 46. 3070 Kortenberg.

Danemark/Denmark

Mr. CORNELIUS STUIP, Superintendent at the Local Prison in Copenhagen. Allegade 25A 4 T.V., DK 2450 Copenhagen S.V.

France

Mme HELENE DUCHEMIN, Magistrat, Chef du Bureau des Méthodes de Réinsertion Sociale, Direction de l'Administration Pénitentiaire. 13, Place Vendôme. 75042 Paris cedex 01.

Rep. Fed. d'Allemagne/Fed. Rep. of Germany

Mr. CHRISTIAN PURIAN, Obersozialrat beim Senator fur Justiz in Berlin (West).

Grece/Greece

ALESSANDRA CHORA KOLOWOU, Directeur du Ministère de la Justice, Administration Pénitentiaire. Rue Zinonos, 1. Atene.

Islande/Iceland

Mr. BRYNLEIFUR STEINGRIMSSON, Doctor in Chief, State Prison Litla-Hraun 820. Eyranbarkki.

Italie/Italy

M. LUIGI DAGA, Magistrat, Directeur du Bureau d'Etudes et de Recherches, Direzione Generale Istituti Prevenzione e Pena, Ministero di Grazia e Giustizia, Via Silvestri, 252. I - Rome.

Luxembourg

M.G. HEISBOURG, Magistrat au Parquet, de Luxembourg, charge de la poursuite des affaires de stupéfiants. Palais de Justice. Luxembourg.

Pays-Bas/The Netherlands

Mr. LEEUDERT H. ERKELENS, Scientific advisor of the Prison Administration of the dutch Ministry of Justice. Burg Elsenlaan, 291 Ryswyk, Olanda.

Norvege/Norway

Mrs. TORA GAARDER, Head of Division, Ministry of Justice. Box 8005 Oslo.

Portugal

Dr. FERNANDO DUARTE, Sous-Directeur Général de l'Administration Pénitentiaire Portugaise. Ministère de la Justice. Travessa do Torel, Lisboa.

Mme MARIA DA CONCEICAO M. DE CARVALHO, Social worker, Chief of the Psycho-Pedagogic Team. Street Infante Santo, 42-9º Lisboa.

Espagne/Spain

M. J. L. MANZANARES SAMANIEGO, Directeur du Service Technique et Juridique des Affaires pénitentiaires. Ministère de la Justice, Calle San Bernardo, 46 Madrid.

Saint-Siege/Holy See

Don VIRGINIO RIGOLDI, Via dei Calchi Taeggi, 20. I - Milano.

Suede/Sweden

Miss BIRGITTA GORANSSON, Psychologist and Leader of Drug Addicts Treatment Team at the Remand Prison of Goteborg. Box 431 40126 Goteborg.

Suisse/Switzerland

M. MICHEL PORCHER, Directeur du Service du Patronage de Genève, Directeur du Centre pour toxicomanes délinquants en exécution de peine « Le tram ». Rue de l'Hotel de Ville, 11, Genève.

Royaume-Uni/United Kingdom

Dr. INGREY SENN, Director of Prison Medical Services Home Office. 89 Eccleston Square London SW1.

Autres participants

EUGENIO AGUGLIA, Docente di Psichiatria Forense alla scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Catania. Via Etnea, 740. Catania - Italia.

CARLO SANTAMARIA AMATO, Primo Dirigente, Direttore Casa Circondariale « Regina Coeli ». Via della Lungara, 29. Roma - Italia.

USTIK AVICO, Direttore Reparto « D.C.C. Sostanze d'Abuso », Laboratorio Biochimica Clinica, Istituto Superiore della Sanità. Viale Regina Elena, 299. 00161 Roma - Italia.

DAVID BILES, Assistant Director (Research), Australian Institute of Criminology. 25, Kidston Crescent Curtin A.C.T. 2605 Woden. Australia.

GIOVANNI BIONDI, Psicologo, Coordinatore responsabile del Servizio psico-sociale dell'Ospedale pediatrico del « Bambin Gesù » di Roma. Via Monti di Creta, 115. Roma - Italia.

KJELL BJERVER M D Ass. Professor at Karolinska Institutet, Senior psychiatrist at the drug addicts treatment programme and the Osterakerproject, Swedish administration of prison and supervisions. Allmanna haktet Box 12149 10224 Stockholm, Swedish.

GIUSEPPE CATALFAMO, Ordinario di Pedagogia, Facoltà di Magistero, Prorettore dell'Università di Messina, Componente della Commissione Scientifica del Centro. Viale Regina Margherita, 61. Messina - Italia.

STEFANO CAVALIERE, Avvocato Penalista, Deputato al Parlamento Europeo, Membre de la Commission des relations avec les pays européens non membres. Viale Bruno Buozzi, 56. Roma - Italia.

GIORGIO CHIOZZA, Aiuto e Libero Docente dell'Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni dell'Università di Genova, Docente di Psicopatologia forense presso la Scuola di Specializzazione in Medicina Legale e delle Assicurazioni dell'Università di Genova. Via de Toni, 12. Genova - Italia.

VITTORIO CORREA, Magistrato di Tribunale, Ministero di Grazia e Giustizia, Direzione Generale degli Affari Penali, Uff. III. Via Arenula, 70. Roma - Italia.

DOMENICO CORTELLESA, Primo Dirigente di Servizio Sociale dell'Amministrazione Penitenziaria, Ministero di Grazia e Giustizia. Via Silvestri, 252. Roma - Italia.

HERVE DU COUEDIC, Médecin-Chef de l'Intersecteur de lutte contre les toxicomanies de la région Bretagne-France.

DOMENICO CUCCHIARA, Magistrato, Presidente della Corte di Assise di Messina, Segretario generale del Centro Internazionale. Messina - Italia.

MARISA D'AMICO LA MANTIA, Avvocato, Presidente Nazionale Associazione Giuriste Italiane. Viale della Libertà, 95. Palermo - Italia.

ANGELO FALZEA, Titolare della Cattedra di Diritto Civile, Facoltà di Giurisprudenza, Università di Messina, Accademico dei Lincei, Presidente della Commissione Scientifica del Centro. Via dei Verdi, 181. Messina - Italia.

FRANCO FERRACUTI, Ordinario di Medicina Criminologica e Psichiatria Forense alla Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Roma. Roma - Italia.

STEFANIA FILETTI, Dirigente del Servizio di Psicologia della Clinica Psichiatrica dell'Università di Catania. Viale Andrea Doria, 6. Catania - Italia.

JOHN C. FREEMAN, Chairman, University of London Board of Studies in Laws, Magistrate, Inner London Juvenile Courts, Vice-President of the Scientific Commission of the International Centre. Faculty of Law, University of London King's College. Strand London WC2R 2LS. United Kingdom.

RAFFAELLO GATTUSO, Professore alla Cattedra di Psicologia della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Catania, Docente di Clinica delle Malattie Nervose e Mentali. Viale XX Settembre, 43. Catania - Italia.

FERNAND GOFFIOUL, Neuro-Psychiâtre, Directeur du Centre de Santé mentale. Maître de Conférence à l'Université de Liege. 11, Avenue de Mercure. 4020 Liege - Belgique.

GERMANO GREGANTI, Sacerdote Professore, Presidente dell'Associazione Nazionale « Carcere e Comunità ». Viale di Valle Aurelia, 93/A. 00167. Roma - Italia.

EDOUARD JANSSENS, Secrétaire général FF au Ministère de l'Intérieur du Royaume de Belgique, Professeur à l'Ecole Royale d'officiers de Gendarmerie, Professeur à l'Ecole de criminologie et de Police Scientifique, Vice Président du Centre International. 205, Boul. de Guill. Van Haelen. Bruxelles - Belgique.

JEAN-FRANCOIS LABARTHE, Assistant du Directeur des Activités opérationnelles, Comité International de la Croix-Rouge. 17, Avenue de la Paix. 1211 Geneve - Suisse.

JEAN-RENE LAVOINE, Docteur en Médecine, Spécialiste en Neurologie et en Psychiatrie, Médico-Légale, Docteur en Criminologie, Secrétaire Général de la Société Française de Criminologie; Consultant de la Société Internationale de Criminologie auprès du Conseil de l'Europe et de l'Organisation Mondiale de la Santé, Chargé de Cours à l'Université de Lille 14/2 « Les Andelys ». 59800 Lille Saint Maur - France.

GAETANO LIVREA Rettore dell'Università di Messina, Direttore dell'Istituto di Fisiologia Umana, Presidente dell'Accademia Peloritana dei Pericolanti, Membro del Consiglio Superiore di Sanità, Presidente della Società Messinese di Storia Patria, Presidente del Centro. Messina - Italia.

RICCARDO LUCCHINI, Professore Ordinario di Sociologia all'Università di Friburgo. Rte d'Autofond. Fribourg - Svizzera.

GIROLAMO MAROTTA GIGLI, Presidente di Sezione della Corte di Cassazione, Direttore dell'Ufficio XI dell'Amministrazione Penitenziaria, Ministero di Grazia e Giustizia. Via Silvestri, 252. Roma - Italia.

GIUSEPPE NARO, Presidente Amministrazione Provinciale. Messina - Italia.

VINCENZO PANUCCIO, Avvocato, Professore Ordinario di Diritto Commerciale, Direttore dell'Istituto di Diritto Commerciale e del Lavoro all'Università di Messina. Via C. Battisti, 175. Messina - Italia.

P.A. ROORDA, Advisor on addictions to the Ministry of Justice. Prinsen Bolwerk 11. Haarlem - Holland.

ILSE RUNSTENI, Direttore del Servizio Sociale presso l'Ufficio X dell'Amministrazione Penitenziaria, Ministero di Grazia e Giustizia, Via Silvestri, 252. Roma - Italia.

ALFONSO SAJA, Dirigente Superiore, Ispettore Distrettuale degli Istituti di Prevenzione e Pena per Adulti. Viale Europa, 137. Messina - Italia.

IGNAZIO SCOTTO, Presidente onorario del Consiglio di Stato, Componente della Commissione Scientifica del Centro. Piazza Cavour, 19. Roma - Italia.

SHLOMO SHOHAM, Professor at the Faculty of Law. Tel-Aviv University. Ramat-Aviv, Tel-Aviv - Israel.

SAVERIO SICILIANO, Docente di Sociologia alla Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Messina. Viale Amendola, 29/B. Reggio Calabria - Italia.

WILLIAM SKELTON, Probation Officer, Chairman, Merseyside Drugs Council. 23/24 Dameham Croft, Belle Vale L25 2TE Liverpool – United Kingdom.

GEORGES SLIWONSKI, Professore alla Facoltà di Diritto, Università Nicolò Copernico. Fosa Staromiejska 1a. 87100 Torun – Polonia.

LUIGI SOLIVETTI, Docente Facoltà di Sociologia; Facoltà di Scienze Statistiche, Demografiche e Attuariali; Consulente Ministero di Grazia e Giustizia. Piazzale Mora. Roma – Italia.

VITTORIO STELO, Vice Prefetto Ufficio Centrale Affari legislativi e relazioni internazionali, Ministero dell'Interno. Piazza Viminale. Roma – Italia.

GERALD STREITBERG, Oberregierungspsychologierat, Psychoanalytiker Leader of the Department of Drug-Therapy in the Penal Hospital Hohenasperg Vollzugskrankenhaus. D 7144 Asperg – Fed. Rep. of Germany.

JIRI TOMAN, Directeur Adjoint, Institut Henry Dunant. Rue de Lausanne, 114. 1227 Geneve – Suisse.

MATTEO VITETTA, Direttore della Cattedra di Igiene Mentale della Facoltà Medica dell'Università di Messina. Messina – Italia.

SECREATARIAT DU CENTRE

FRANCO BASILE
VALERIA BELLELLI
ITALIA BICCHIERI

DIRECTEUR DU BUREAU DE PRESSE – PRESS DIRECTOR

Dr. GIANNI MORGANTE

