

**TRATTAMENTI PER TOSSICODIPENDENTI
IN CARCERE:
RIFLESSIONI DA UN'ESPERIENZA MULTICENTRICA
DI FOLLOW-UP**

PAOLO CANEVELLI, FABIO MARIANI, CINZIA ASSI, FLAVIO BONFÀ, GIUSEPPE CARRÀ, NICOLETTA D'ALOSIO, ANGELO FIORITTI, PAOLO FRATTONE, SANDRO LIBIANCHI, RAFFAELE LO VASTE, ALFIO LUCCHINI, LORENZO RESTANI, ALBERTO SANTAMARIA, ROSANGELA SCIOLI, GIULIA TEDESCO, GIUSEPPE ZANDA E MASSIMO CLERICI

1. Premessa

Il D.P.R. 9 ottobre 1990 - n° 309, contenente il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, ha ridisegnato, come è noto, il complesso degli interventi che lo Stato riteneva di dover attuare in relazione al fenomeno dei disturbi correlati all'uso di droga prevedendo un regime di particolare rigore in tema di repressione delle attività illecite. È altresì noto che il testo normativo si proponeva di offrire, sia al consumatore occasionale di sostanze stupefacenti sia alla persona che abbia maturato un vero e proprio stato di dipendenza da sostanze, l'opportunità di sottoporsi volontariamente a programmi terapeutici socio-riabilitativi al fine di prevenire il passaggio a più marcate forme di dipendenza, ovvero di ridurre i danni provocati dall'uso di sostanze fino al completo superamento di ogni forma di consumo di droga.

Particolare attenzione è stata dedicata, in tale prospettiva, alla predisposizione di strumenti normativi volti alla riabilitazione ed al recupero sociale di persone condannate a pene detentive per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza ovvero che, afflitti da problematiche tossicomane, si trovino a dover espiare in carcere pene detentive di breve o media durata. Le previsioni legislative contenute negli art. 90 e 94 del D.P.R. n° 309/1990 (sospensione dell'esecuzione della pena detentiva ed

affidamento in prova in casi particolari) costituiscono un tentativo, in parte riuscito, di assicurare ai condannati tossicodipendenti modalità di espiazione della pena detentiva prevalentemente caratterizzate da aspetti terapeutici, più che da forme di mera privazione della libertà, capaci - al tempo stesso - di fronteggiare la drammatica situazione di sovraffollamento carcerario che è stata alimentata, negli ultimi dieci anni, anche dall'aumentato numero di detenuti tossicodipendenti⁽¹⁾.

Ma al di là delle diverse opzioni legislative circa le misure più o meno idonee a garantire la cura e la riabilitazione di persone tossicodipendenti in quanto autori di reato - e volendo prescindere da accademiche discussioni sulla conformità degli interventi previsti in rapporto al principio costituzionale del finalismo rieducativo della pena (art. 27, comma 3 Cost.) - mette conto di segnalare come il T.U. n° 309/1990 contenesse al suo interno una affermazione di grande rilievo che non può non ritenersi immediatamente vincolante per le istituzioni e gli enti coinvolti a vario titolo nella concreta applicazione della normativa stessa. Dispone infatti - l'art. 96, comma 1 del T.U. cit. - che la persona che "si trova in stato di custodia cautelare o di espiazione della pena per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza o sia ritenuto dall'autorità sanitaria abitualmente dedito all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope o che comunque abbia problemi di tossicodipendenza, *ha diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria all'interno degli istituti carcerari a scopo di riabilitazione*".

La previsione, che costituisce diretta attuazione del precetto costituzionale secondo cui "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" (art. 32 Cost.), individua le unità sanitarie locali, d'intesa con gli istituti di prevenzione e pena ed in collaborazione con i servizi sanitari interni dei medesimi istituti, come organi deputati a provvedere alla cura e alla riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti o alcoolisti. Per il raggiungimento delle finalità perseguite dal legislatore, vengono dunque istituiti, presso ogni unità sanitaria locale, i *servizi per le tossicodipendenze* (art. 118, T.U. citato), con il compito di svolgere attività di prevenzione, di cura e di riabilitazione, anche domiciliare ed ambulatoriale.

Tra le primarie attribuzioni dei Servizi merita segnalazione

⁽¹⁾ In questo contributo non verranno esaminati né i contenuti della Legge di riforma della 309/1990 recentemente varata dal Parlamento a fine legislatura 2006, né le indicazioni ulteriormente trasformative che sono attualmente in discussione ad opera di singoli, di associazioni o di partiti.

quella di definire, a richiesta dell'interessato, un *programma terapeutico e socio-riabilitativo personalizzato* (art. 122, T.U. citato) che, dall'effettuazione di terapie di disintossicazione con l'ausilio di presidi farmacologici adeguati per i casi di urgenza, può giungere fino alla predisposizione di iniziative volte ad un pieno inserimento sociale attraverso l'orientamento e la formazione professionale, anche attraverso lo svolgimento di attività di pubblica utilità o di solidarietà sociale.

L'obiettivo del programma terapeutico, che deve essere formulato nel rispetto della dignità della persona tenendo conto in ogni caso delle esigenze di lavoro e di studio nonché delle condizioni di vita familiare e sociale dell'assuntore di sostanze, è - con ogni evidenza - il superamento della dipendenza e, quindi, la cessazione di ogni assunzione di sostanze da parte della persona interessata.

2. Il progetto di ricerca

Su tale complessa cornice normativa, che impone ogni forma di collaborazione tra Amministrazione penitenziaria, servizi pubblici per le tossicodipendenze e magistratura di sorveglianza, si inserisce il presente progetto di ricerca che si propone di descrivere l'incidenza di particolari eventi, quali le recidive penali, le recidive nell'uso di droghe, le possibili forme di reinserimento sociale, delle persone tossicodipendenti nel corso ed al termine dell'esecuzione di una pena detentiva, in relazione alla tipologia ed alla durata dell'intervento terapeutico attivato ed alle modalità di esecuzione della pena.

Il tema si presenta come particolarmente stimolante: invero, a distanza di oltre dieci anni dalla emanazione del citato Testo Unico ed in presenza di un quadro normativo tendenzialmente in evoluzione per quanto concerne le problematiche del trattamento penale e penitenziario dei tossicodipendenti, è mancato un approfondimento sul grado di attuazione del diritto ad un intervento terapeutico previsto in favore della persona detenuta che abbia problemi di tossicodipendenza, nonché sul livello di efficacia, in termini di concreto recupero sociale, delle misure alternative al carcere caratterizzate da un'elevata componente terapeutica.

Se è vero - da un lato - che l'Amministrazione penitenziaria ha impegnato una serie cospicua di risorse per la realizzazione e la progressiva estensione di circuiti di custodia attenuata (art. 95, comma 1 del T.U. citato) idonei allo svolgimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi rivolti, comunque, ad un numero troppo

esiguo di detenuti, non si è - d'altro lato - attentamente valutata la qualità degli interventi predisposti dai servizi pubblici per le tossicodipendenze, sia all'interno, sia all'esterno delle strutture carcerarie, favorendo così un massiccio ricorso da parte degli utenti a strutture riabilitative private. Anche la magistratura di sorveglianza, per la parte di sua competenza, si è trovata a gestire un eccesso di domande di misure alternative di tipo terapeutico, a volte strumentalmente formulate e non sempre supportate da relazioni programmatiche idonee, senza riuscire ad utilizzare fino in fondo le potenzialità di interventi trattamentali anche interni al carcere e finendo per subire l'equazione, veicolata da difensori privi di scrupoli, della misura terapeutica uguale immediata scarcerazione.

Un'indagine che voglia riflettere sullo stato di attuazione degli interventi preventivi e riabilitativi connessi all'uso di sostanze stupefacenti non può, dunque, eludere il punto di partenza di ogni progetto terapeutico: l'attività svolta dai servizi pubblici per le tossicodipendenze cui spetta per legge la cura e la riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti.

Per tali considerazioni, deve essere valutato con favore l'impegno dell'Amministrazione penitenziaria che, sulla base di un iniziale progetto di ricerca volto a monitorare quantitativamente e qualitativamente le attività delle comunità terapeutiche in rapporto alla presa in carico di soggetti inseriti nel circuito dell'esecuzione penale, ha ritenuto di dover coinvolgere nella ricerca anche un certo numero di Ser.T. allargando, quindi, il campo dell'indagine a quei soggetti che abbiano sperimentato modalità di esecuzione della pena anche diverse da quella dell'affidamento in comunità terapeutiche di tipo residenziale.

È particolarmente avvertita infatti, per quanto concerne soprattutto i soggetti tossicodipendenti o in misura alternativa, l'esigenza di mettere a punto strumenti di riscontro e di verifica dell'evoluzione del percorso di risocializzazione di tali condannati una volta usciti dall'ambito della tutela istituzionale. L'attuale livello di organizzazione della giustizia penale consente, solo in parte, di realizzare un circuito informativo che, attraverso l'incrocio delle informazioni disponibili nell'ambito di diverse banche dati (casellario giudiziale e sistema informatico del DAP), permetta di ricostruire il percorso riabilitativo di tali persone nel periodo successivo alla dimissione dal carcere o dalla comunità terapeutica o, comunque, al termine del trattamento terapeutico svolto in ambiente penitenziario.

Si tratta, dunque, di stabilire un collegamento tra l'esito di un trattamento terapeutico e riabilitativo e l'eventuale insorgenza di forme di recidiva nel reato, anche al fine di verificare l'utilità di

misure terapeutiche alternative al carcere. Il riferimento ad altri parametri altrettanto importanti, relativi al reinserimento sociale di soggetti per i quali non si registra alcuna ricaduta in comportamenti delittuosi, caratterizza il presente progetto di ricerca che intende avviare, al di fuori dell'area penale, efficaci canali di comunicazione con i servizi del territorio attraverso un'attività di *follow up*, intesa non come mero controllo sulle persone che hanno usufruito di un trattamento ma, al contrario, come momento di riflessione e verifica delle attività istituzionali di ciascun ente. Tale aspetto risulta particolarmente importante, oggi, in relazione ad almeno tre ordini di motivi:

a) la necessità di arrivare ad una definizione di strategie valutative dell'efficacia dei trattamenti in senso lato che, a partire dalla Medicina Basata sulle Evidenze (EBM), offrano indicazioni, se non risolutive, almeno parziali della possibilità di selezionare trattamenti di comprovata efficacia; tali opzioni risultano assolutamente necessarie per gestire i disturbi correlati a sostanze in una fase di maggiore complessificazione degli stessi (basti pensare al fenomeno sempre più rilevato della comorbidità psicopatologica nelle tossicodipendenze o "doppia diagnosi"!) mediante protocolli trattamentali di "buona pratica clinica" in grado di offrire il massimo dei risultati e di ottimizzare i costi dell'intervento;

b) aiutare gli operatori dei Servizi sanitari e socio-assistenziali a selezionare una prospettiva di intervento basata sulla verifica *in itinere* e sulla progressiva correzione di pregiudizi teorico-metodologici che molto spesso non sono suffragati da dati clinici, da ricerche di efficacia o, soltanto, dalla necessaria misurazione di esito che rappresenta l'unico e il più forte parametro di riferimento nella pratica clinica, soprattutto negli ambiti istituzionali che non possono "scegliersi" gli utenti/pazienti in funzione di una pre-selezione che tenda a far combaciare le caratteristiche degli utenti stessi con il modello terapeutico o la tecnica di trattamento privilegiata dall'operatore;

c) l'opportunità di formare l'operatore di qualsivoglia contesto clinico ad una specifica attenzione all'approccio trattamentale basato sul *matching*, cioè su una tecnica di valutazione diagnostica allargata (*assessment* generale dei bisogni e delle caratteristiche dell'utenza) che si possa adeguare - al meglio - alle risorse esistenti nel Servizio o possa sostenere, sempre in una dimensione di riflessione basata sulle evidenze, la ricerca specifica di nuove risorse risultanti utili per la configurazione e la messa a regime di nuovi/più mirati standard di cura e/o di assistenza.

La ricerca attuale nel campo delle dipendenze e dell'abuso (in

termini psicopatologici, dei disturbi correlati a sostanze, nelle più ampie definizioni che tale termine può comportare: sia disturbi da uso di sostanze in senso restrittivo, sia disturbi indotti da sostanze, alias "*doppia diagnosi*"⁽²⁾ secondo l'accezione degli attuali criteri nosografici del DSM IV-TR) richiede infatti la decisa riappropriazione di strumenti diagnostici, di criteri validi per la valutazione e, soprattutto, di procedure di *follow-up* longitudinale per la verifica *in itinere* o a distanza di tempo (3/5 anni) dalla conclusione dei trattamenti.

È ben noto che le attuali strategie di trattamento, spesso basate sulla somministrazione di farmaci sostitutivi (generalmente nei Ser.T.) o sull'inserimento prolungato in protocolli di cura/riabilitazione realizzati in ambito residenziale (generalmente nelle comunità terapeutiche) o di esecuzione di pena (generalmente nelle carceri) rendono estremamente difficili i percorsi succitati e spesso precludono una valutazione finale degli esiti del trattamento in soggetti che permangono "in corso di trattamento" per periodi molto lunghi e per i quali la verifica a distanza risulta particolarmente difficile in

⁽²⁾ L'attuale ricerca clinica in ambito psicopatologico fa riferimento a sistemi diagnostici internazionali (ICD e DSM) che rappresentano il punto di arrivo di un costante tentativo di uniformare il linguaggio diagnostico psichiatrico a partire dalla definizione di criteri unanimemente riconosciuti e dalla loro organizzazione in un sistema di classificazione operativa (DSM) che si riveli ampiamente utilizzabile nei più diversi contesti clinici e da operatori di più diversa formazione. Tali strumenti di lavoro vengono costantemente aggiornati (DSM I, II, ... fino all'attuale DSM IV-TR) con la finalità di rendere la diagnostica psichiatrica "in linea" con i risultati della ricerca psicopatologica e clinica internazionale e di offrire all'operatore un sistema che esprima il livello più aggiornato delle conoscenze scientifiche ed epidemiologico-cliniche su cui si sia raggiunto un consenso.

Anche per quanto riguarda le tossicodipendenze, pertanto, il Manuale DSM IV-TR fa riferimento a due concetti fondamentali:

a) il primo riguarda il riconoscimento delle condizioni problematiche di impiego delle sostanze come di una patologia psichiatrica da collocare nell'ambito delle sindromi psichiatriche vere e proprie (Asse I), di pari livello con tutti gli altri disturbi conosciuti (disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, disturbi psicotici, disturbi dell'alimentazione, etc);

b) il secondo definisce i disturbi correlati a sostanze come caratterizzati da due possibilità di evoluzione: quella inerente alle condizioni di dipendenza e di abuso (disturbi da uso di sostanze) e quella dove l'impiego di sostanze determina uno spettro estremamente ampio di possibilità cliniche che si manifestano come aggregati di sintomi o, più spesso, come disturbi veri e propri (disturbi indotti da sostanze). Quest'ultima condizione è quella che frequentemente viene assimilata alle condizioni di "doppia diagnosi" in quanto favorisce la esplicitazione - sul piano diagnostico - di condizioni diverse che richiedono anche, inevitabilmente, orientamenti trattamentali e progetti terapeutici diversificati. A differenza dell'area delle tossicodipendenze, in ambito psichiatrico tale termine ("doppia diagnosi") viene più generalmente sostituito con il termine di comorbidità psichiatrica nelle dipendenze che maggiormente enfatizza l'aspetto di coesistenza di differenti patologie senza trascurare come la cosiddetta "doppia diagnosi" sia in realtà non di rado tripla o quadrupla, in quanto alla

relazione alle possibilità di reperimento o, addirittura, per l'impossibilità tecnica di arrivare ad una dichiarazione esplicita di conclusione del trattamento.

Tali limiti metodologici non giustificano però la rinuncia a tali ricerche e dimostrano soltanto, in Italia come in altri paesi, la difficoltà rilevante di compiere studi in ambito psicosociale e, conseguentemente, la necessità che operatori e ricercatori possano validamente collaborare su questo terreno grazie al reperimento di risorse idonee per il finanziamento di progetti sperimentali a termine, quali l'attuale ricerca, o progetti formativi e di addestramento all'impiego di protocolli e/o strumenti idonei alla valutazione che restino patrimonio utile, nel tempo, alla crescita dei Servizi stessi.

Da questo punto di vista il panorama internazionale offre strumenti interessanti: l'Addiction Severity Index nella sua versione europea (EuropASI, selezionata ed utilizzata in una versione modificata per questa ricerca) rappresenta, ad esempio, un importante punto di riferimento per la necessaria confrontazione con le ricerche internazionali e la verifica delle possibilità di adattamento di strumenti nati in contesti diversi alla realtà dei Servizi italiani.

L'obiettivo di questa ricerca può definirsi, pertanto, non di pertinenza esclusiva di chi si occupa dei problemi del recupero di persone tossicodipendenti autori di reato. Anche per i condannati non tossicodipendenti - al termine della espiazione della pena, in qualunque forma eseguita - si pone un problema di verifica e di valutazione degli interventi svolti, quali l'istruzione scolastica, la formazione professionale, l'avviamento al lavoro, etc.. In definitiva, tutte le attività promosse dall'Amministrazione penitenziaria e da quanti, a vario titolo, partecipano alla concreta gestione della fase esecutiva attendono, quale ultima verifica di validità, che sia valu-

condizione di tossicodipendenza si associano non solo disturbi psichiatrici di Asse I (le sindromi psichiatriche vere e proprie), ma anche disturbi di personalità (Asse II), patologie organiche importanti per l'assetto psichico individuale (Asse III; in primis la condizione HIV-correlata) o addirittura patologie multiple, in primis la condizione di poliabuso sempre più frequentemente osservata oggi in questi pazienti. Il concetto di "doppia diagnosi" o di comorbidità è pertanto un concetto che va considerato come particolarmente estensivo - un concetto "ombrello" - all'interno del quale vengono spesso inserite condizioni estremamente diversificate sia in senso eziologico che in senso epidemiologico, sia in senso clinico che psicosociale e che richiedono, pertanto, anche opzioni terapeutiche estremamente differenti. Tale nozione ha comunque costituito un grande vantaggio per gli operatori in quanto ha permesso di prestare una particolare attenzione a condizioni biopsicosociali molto diverse le une dalle altre, di "ripulire" la nozione di tossicodipendenza da un ormai datato approccio unidimensionale e, soprattutto, di rendere visibile la necessità di personalizzare gli interventi e, conseguentemente, di professionalizzare viepiù i Servizi dedicati a questo tipo di utenza.

tata la loro incidenza sulle future scelte dei soggetti presi in carico dalle diverse istituzioni.

Il presente contributo si propone, quindi, di illustrare le diverse fasi della ricerca effettuata, evidenziando i risultati raggiunti rispetto all'obiettivo prefissato preliminarmente.

3. Il coinvolgimento dei Ser.T. nel progetto

Il progetto di ricerca è nato dalla constatazione che le precedenti sperimentazioni che avevano ad oggetto la verifica quantitativa e qualitativa dell'attività delle comunità terapeutiche disposte a prendere in carico soggetti tossicodipendenti inseriti nel circuito dell'esecuzione penale si erano rilevate insufficienti a fornire un *follow-up* attendibile e non episodico degli utenti delle comunità stesse. Si era osservato invero come, in linea di massima, le comunità lascino liberi i propri utenti - una volta terminato il programma di recupero - di mantenere contatti con la struttura oppure di lasciarli cadere del tutto.

È sembrato tuttavia opportuno, nei confronti di soggetti tossicodipendenti detenuti o in misura alternativa, mettere a punto strumenti di riscontro e di verifica dell'evoluzione del loro percorso di reinserimento nella società una volta usciti dall'ambito della tutela istituzionale. Si è quindi ipotizzato di attivare *canali di comunicazione esterni* all'ambito dell'organizzazione della giustizia (le cui banche dati potranno fornire, in futuro, utili momenti di confronto sui dati acquisiti) capaci, per la loro presenza sul territorio, di fornire parametri utili a verificare, per quei soggetti che non siano ricaduti in comportamenti delittuosi, la realizzazione dei progetti di reinserimento sociale attivati nel corso dell'esecuzione della pena.

Sulla base di tali considerazioni si è impostato il lavoro di ricerca sui Servizi pubblici per le tossicodipendenze, coinvolgendoli in un progetto integrato di *follow-up* inteso non come controllo sui soggetti al termine di espiazione della pena ma, al contrario, come momento di riflessione e verifica delle attività istituzionali di ciascun ente.

È sembrato subito chiaro al gruppo degli esperti incaricato di coordinare il presente studio come il coinvolgimento dei Ser.T., enti esterni all'area della giustizia, in una ricerca finalizzata ad acquisire dati strettamente pertinenti al sistema penale (inizio della esecuzione della pena, misure alternative comunitarie o domiciliari, fine della espiazione della pena) avrebbe potuto comportare difficoltà di selezione e di elaborazione dei dati utili, nell'ottica voluta dallo

studio, anche per la differente prospettiva in cui si collocano realtà che operano con obiettivi istituzionali non coincidenti.

Particolarmente preziosa si è rivelata quindi, al fine di superare difficoltà relazionali di mondi troppo spesso non comunicanti, la collaborazione degli Istituti Penitenziari (uffici matricola ed altri eventuali) e dei Centri di Servizio Sociale (oggi Uffici dell'Esecuzione Penale Esterna *n.d.r.*) operanti negli ambiti territoriali di competenza dei Ser.T. interessati alla ricerca, con particolare riferimento all'individuazione della popolazione interessata all'arruolamento nel progetto di studio.

Ciò tuttavia non ha impedito di registrare qualche defezione dovuta alle difficoltà di alcuni Ser.T. di reperire completa documentazione che rispondesse ai criteri del protocollo operativo ed alle indicazioni volte alla raccolta dei dati secondo la scheda EuropASI – Dap. Alcune difficoltà di ordine amministrativo interne alle singole strutture hanno determinato, inoltre, un considerevole ritardo - rispetto ai tempi programmati - nell'invio dei casi.

L'elenco dei Ser.T. che hanno inviato i casi considerati validi ai fini della presente ricerca ed il numero complessivo degli stessi, suddiviso per classi di età, per durata di pena, per durata di trattamento e per regime di esecuzione della pena (ordinario, attenuato, comunitario o domiciliare), risulta dalle seguenti tabelle 1, 2, 3 e 4.

TABELLA 1

	Classi di età					Totale
	20-24 anni	25-29 anni	30-34 anni	35-39 anni	40-44 anni	
Bari	0	1	7	3	1	12
Row %	0,0	8,3	58,3	25,0	8,3	
Catania	0	3	1	3	0	7
Row %	0,0	42,9	14,3	42,9	0,0	
Lucca	0	3	1	2	1	7
Row %	0,0	42,9	14,3	28,6	14,3	
Milano	1	10	13	6	2	32
Row %	3,1	31,3	40,6	18,8	6,3	
Palermo	0	5	6	2	1	14
Row %	0,0	35,7	42,9	14,3	7,1	
Pavia	3	6	12	6	4	31
Row %	9,7	19,4	38,7	19,4	12,9	
Pescara	1	8	11	9	2	31
Row %	3,2	25,8	35,5	29,0	6,5	
Piacenza	1	12	14	9	0	36
Row %	2,8	33,3	38,9	25,0	0,0	
Rimini	2	2	8	4	2	18
Row %	11,1	11,1	44,4	22,2	11,1	
Roma	7	10	11	3	0	31
Row %	22,6	32,3	35,5	9,7	0,0	
Trento	0	7	7	1	3	18
Row %	0,0	38,9	38,9	5,6	16,7	
Totale	15	67	91	48	16	237
Row %	6,3	28,3	38,4	20,3	6,8	

TABELLA 2

	Classi durata pena						
	< 1 mese	1 - 3 mesi	4 - 6 mesi	7 - 9 mesi	10 - 12 mesi	> 12 mesi	
Bari	1	3	4	1	3	0	12
Row %	8,3	25,0	33,3	8,3	25,0	0,0	
Catania	1	0	2	0	1	3	7
Row %	14,3	0,0	28,6	0,0	14,3	42,9	
Lucca	1	0	0	1	0	5	7
Row %	14,3	0,0	0,0	14,3	0,0	71,4	
Milano	3	7	5	8	5	4	32
Row %	9,4	21,9	15,6	25,0	15,6	12,5	
Palermo	1	3	6	3	1	0	14
Row %	7,1	21,4	42,9	21,4	7,1	0,0	
Pavia	5	7	6	6	3	4	31
Row %	16,1	22,6	19,4	19,4	9,7	12,9	
Pescara	4	2	7	7	4	7	31
Row %	12,9	6,5	22,6	22,6	12,9	22,6	
Piacenza	6	5	3	8	3	11	36
Row %	16,7	13,9	8,3	22,2	8,3	30,6	
Rimini	4	5	6	2	1	0	18
Row %	22,2	27,8	33,3	11,1	5,6	0,0	
Roma	0	0	0	3	3	25	31
Row %	0,0	0,0	0,0	9,7	9,7	80,7	
Trento	1	3	2	5	2	5	18
Row %	5,6	16,7	11,1	27,8	11,1	27,8	
Totale	27	35	41	44	26	64	237
Row %	11,4	14,8	17,3	18,6	11,0	27,0	

TABELLA 3

	Classi durata trattamenti					
	< 6 mesi	6-12 mesi	13-24 mesi	25-36 mesi	> 36 mesi	
Bari	7	2	3	0	0	12
Row %	58,33	16,67	25	0	0	
Catania	1	1	0	3	2	7
Row %	14,29	14,29	0	42,86	28,57	
Lucca	0	0	0	0	7	7
Row %	0	0	0	0	100	
Milano	1	8	15	2	6	32
Row %	3,12	25	46,88	6,25	18,75	
Palermo	1	5	4	3	1	14
Row %	7,14	35,71	28,57	21,43	7,14	
Pavia	2	5	11	1	12	31
Row %	6,45	16,13	35,48	3,23	38,71	
Pescara	3	4	20	1	3	31
Row %	9,68	12,9	64,52	3,23	9,68	
Piacenza	4	7	12	6	7	36
Row %	11,11	19,44	33,33	16,67	19,44	
Rimini	4	6	2	1	5	18
Row %	22,22	33,33	11,11	5,56	27,78	
Roma	10	3	10	5	3	31
Row %	32,26	9,68	32,26	16,13	9,68	
Trento	2	2	4	2	8	18
Row %	11,11	11,11	22,22	11,11	44,44	
Totale	35	43	81	24	54	237
Row %	14,77	18,14	34,18	10,13	22,78	

TABELLA 4

	Regime esecuzione della pena				
	Ordinario	Attenuato	Comunitario	Domiciliare	
Bari	11	0	0	1	12
Row %	91,7	0,0	0,0	8,3	
Catania	1	0	6	0	7
Row %	14,3	0,0	85,7	0,0	
Lucca	3	0	4	0	7
Row %	42,9	0,0	57,1	0,0	
Milano	14	4	12	2	32
Row %	43,8	12,5	37,5	6,3	
Palermo	13	0	0	1	14
Row %	92,9	0,0	0,0	7,1	
Pavia	15	4	10	2	31
Row %	48,4	12,9	32,3	6,5	
Pescara	15	3	11	2	31
Row %	48,4	9,7	35,5	6,5	
Piacenza	18	5	11	2	36
Row %	50,0	13,9	30,6	5,6	
Rimini	7	1	10	0	18
Row %	38,9	5,6	55,6	0,0	
Roma	0	31	0	0	31
Row %	0,0	100,0	0,0	0,0	
Trento	18	0	0	0	18
Row %	100,0	0,0	0,0	0,0	
Totale	115	48	64	10	237
Row %	48,5	20,3	27,0	4,2	

Può essere utile svolgere, al riguardo, qualche ulteriore osservazione sul campione oggetto della ricerca.

La selezione delle popolazioni da inserire nell'indagine, reperibili all'interno dei differenti istituti che si erano resi disponibili al momento del primo contatto, ha comportato non poche difficoltà: tali difficoltà si esprimono, ad una valutazione generale del campione, anche nella configurazione tipologica dei soggetti reperiti che verrà descritta a seguire.

La ricerca in oggetto si è svolta, pertanto, su 11 sedi collocate in modo sostanzialmente omogeneo nel territorio nazionale (4 al nord, 3 al centro e 4 al sud) garantendo - dopo la scrematura iniziale sulla disponibilità di casi da reclutare negli oltre 20 istituti contattati alla fase T0 dello studio - una discreta rappresentatività del campione selezionato rispetto all'universo delle carceri italiane.

La distribuzione per classi di età (Tabella 1) vede la classe di età tra i 30 e i 34 anni prevalere con il 38.4%, dato di circa 10 punti percentuali superiore al secondo gruppo più numeroso (quello dei 25-29 anni), prevalente solo nelle carceri di Catania e Lucca - sedi, peraltro, a bassa numerosità complessiva al momento del reclutamento - o a Trento (valore ex-aequo con la classe prevalente).

Per quanto riguarda la durata della pena (Tabella 2) le classi si rivelano più omogenee, con la maggiore frequenza di casi (27%) sul gruppo di durata superiore all'anno e più di un terzo tra i 4-9 mesi (in particolare a Bari, Palermo e Rimini), tra i 7 e i 9 o tra 1 e 3 mesi.

Per quanto riguarda le classi di durata dei trattamenti (Tabella 3), il periodo di maggiore rilevanza quantitativa (34.18%) si colloca tra i 13 e i 24 mesi, seguito da vicino da quello "oltre i 36 mesi" (22.78%) e da quello tra 6 e 12 mesi (18.14%). In questo caso la distribuzione del gruppo prevalente risulta più disomogenea (solo 5 sedi), mentre in 3 sedi prevale la seconda e in 2 la terza.

Per ciò che riguarda, infine, il regime di esecuzione della pena, il gruppo più rappresentativo è quello "ordinario" che copre quasi il 50% dei casi, mentre il "comunitario" e l'"attenuato" si dividono quasi totalmente il rimanente con il 20.3% e il 27.0%. A Roma tutti i casi inseriti nella ricerca risultano in "attenuato", mentre a Trento (tutti) e a Palermo (tutti tranne 1) sono in "ordinario".

Tale distribuzione ci sembra, più che altro, un *bias* iniziale di campionamento dovuto alla difficoltà di selezionare in modo effettivamente randomizzato i casi nella necessità di non escludere la sede dalla ricerca a seguito della presenza di un maggior numero di pazienti accessibili in un unico e determinato regime di esecuzione o, altrimenti, di riscontrare - nella fase di *follow-up* - un numero di

drop-out tale da impedire la ricerca stessa proprio in quella sede.

La realtà delle carceri italiane è sicuramente diversa da zona a zona e le popolazioni accessibili risultano talvolta molto differenti, dal punto di vista tipologico, a seguito delle diverse strategie delle direzioni degli Istituti o dei Servizi che effettuano la presa in carico: ciò avviene, ad esempio, soprattutto in relazione alla maggiore o minore elasticità rispetto alla concessione di benefici.

Nel contempo, la posizione di molti Ser.T. - dotati o meno di maggiore/minore organico (anche all'interno del carcere) - facilita o complica la presa in carico delle situazioni individuali con un diverso impiego dei regimi "attenuati" e/o "comunitari". Laddove possibile, alcuni istituti più sensibili hanno messo in atto iniziative più proiettate verso l'esterno e, conseguentemente, si muovono con maggiore frequenza anche verso la richiesta di regimi attenuati o comunitari.

La nostra esperienza ci ha insegnato infatti in questi anni (ma questa ricerca tende a confermarlo con una certa evidenza) che, laddove la realtà è maggiormente caratterizzata da povertà di risorse, anche la concessione di benefici e l'affiancamento dei percorsi esterni dei detenuti da parte degli operatori è più precaria e, nella maggior parte dei casi, condizionata da variabili esclusivamente giudiziarie e non cliniche.

4. Modalità di esecuzione dello studio

Lo studio prospettico storico avviato con il progetto di ricerca, di tipo multicentrico, è stato compiuto mediante la consultazione della documentazione presente nelle cartelle di servizio o attraverso interviste retrospettive dei soggetti eleggibili per l'indagine finalizzate alla raccolta di informazioni su alcune caratteristiche individuali rilevate alle seguenti scadenze temporali: all'inizio dell'esecuzione della pena (retrospettivo), al termine dell'esecuzione della pena ed ai dodici mesi successivi.

Su queste premesse particolare attenzione è stata dedicata dal gruppo degli esperti all'individuazione della popolazione interessata allo studio. Si è ritenuto, invero, di dover procedere alla selezione di soggetti in trattamento presso i servizi pubblici per le tossicodipendenze **nel corso del 2001**, senza attribuire rilievo alla data di presa in carico iniziale, e che abbiano terminato di espiare la pena detentiva nel periodo ricompreso tra il 1° gennaio ed il 31 dicembre 2001.

La scelta dell'anno di riferimento - il 2001 - è maturata, dopo gli

opportuni contatti con i responsabili dei servizi coinvolti nella ricerca, nella convinzione che solo a partire da quella data il sistema di archiviazione dei dati e delle cartelle sanitarie in uso ai servizi pubblici potesse garantire un'intrinseca attendibilità e fornire, quindi, le indicazioni necessarie a ricostruire per intero i dati di partenza di ciascun soggetto eleggibile.

L'originale tendenza ad avvalersi di dati acquisiti a partire dall'anno 1998, che avrebbe consentito un possibile incrocio dei dati sanitari con i dati di rilevanza giuridica contenuti nell'archivio del Sistema informatico del Casellario Giudiziale, è stata, quindi, abbandonata al fine di favorire i Ser.T. convenzionati nella individuazione della popolazione arruolabile allo studio e per poter disporre di elementi di conoscenza aggiornati ed immediatamente utilizzabili.

Si sono selezionati, dunque, tutti i soggetti (nuovi utenti o già conosciuti dai servizi) di nazionalità italiana, di sesso maschile, con diagnosi riferibile ai criteri ICD10 e/o DSM IV di dipendenza o abuso di oppiacei o politossicodipendenza da sostanze, articolati in due diverse classi di età: da 25 a 34 anni e da 35 a 44 anni. Si è quindi operata una differenziazione dei soggetti sulla base delle concrete e diverse modalità di espiazione della pena e, di conseguenza, dei trattamenti terapeutici erogati.

Ne sono scaturite quattro differenti classificazioni: a) soggetti con trattamento realizzato in carcere secondo un regime ordinario; b) soggetti che hanno usufruito di un trattamento improntato alle metodiche utilizzate nei c.d. circuiti di custodia attenuata; c) soggetti che hanno usufruito di misure alternative al carcere nell'ambito di programmi terapeutici gestiti all'interno di strutture comunitarie di tipo residenziale; d) soggetti che, pur ammessi a misura alternativa esterna al carcere (affidamento al servizio sociale ovvero detenzione domiciliare), sono stati sottoposti a trattamenti terapeutici di tipo ambulatoriale e non residenziale.

Grande importanza ha assunto, al fine di una corretta individuazione della popolazione interessata allo studio ed alla successiva delimitazione dei soggetti eleggibili per la ricerca, l'analisi della documentazione reperibile presso i Ser.T., presso i Provveditorati regionali e presso i Centri di servizio sociale per adulti del Ministero della Giustizia. Le informazioni ivi contenute hanno costituito la premessa indispensabile per la successiva fase dell'arruolamento e per una corretta compilazione della scheda EuropASI, opportunamente ridotta ai fini del presente studio. Proprio in relazione alla compilazione della predetta scheda, si è ritenuto di dover richiedere agli Enti convenzionati (ASL di riferimento dei servizi per le tossicodipendenze) - definiti come Unità Operative dello studio

multicentrico - di procedere alla redazione della scheda utilizzando sia i dati riportati in cartella, integrati da eventuali elementi in possesso di soggetti "informanti" (colleghi o familiari), sia lo strumento dell'intervista retrospettiva.

Per ogni soggetto arruolato sono state, quindi, predisposte tre rilevazioni: all'inizio dell'esecuzione della pena, al termine della espiazione della pena, a dodici mesi dal fine pena.

I dati relativi all'incidenza di nuovi eventi, legali, sanitari e sociali, stabilita a 12 e 18 mesi dal termine della pena, sono stati acquisiti mediante diretta consultazione delle cartelle o attraverso il sistema dell'intervista. I dati stessi sono stati messi in relazione con la tipologia, la durata e le modalità di esecuzione della pena, utilizzando delle variabili di confondimento desumibili dall'età, dal tipo di sostanza assunta, dalla durata dell'esecuzione della pena e dal tipo di reato commesso.

Lo sviluppo della ricerca, nella direzione programmata di una verifica dell'incidenza di eventuali recidive penali, è stato al centro di un'attenta riflessione nell'ambito del gruppo degli esperti, sia a causa della mancata soluzione di alcune problematiche di carattere generale che investono il trattamento di dati protetti con particolare vigore dalla vigente normativa in tema di *privacy*, sia per la particolare architettura delle banche dati prese in esame. Invero, si è rilevato come un incrocio dei dati raccolti nella fase dell'arruolamento ed in quella successiva di *follow-up* con le notizie contenute nelle banche dati in uso alle Forze di Polizia non avrebbe consentito una valutazione completa in tema di condotte recidivanti della persona tossicodipendente in trattamento. L'annotazione di ogni evento collegato con le esigenze di sicurezza sociale - dalla mera segnalazione per un controllo stradale, alla informativa di reato, fino alla richiesta di notifica di un invito a comparire davanti alla Autorità Giudiziaria - non avrebbe potuto attribuire all'analisi dei dati quel carattere di specificità che la presente ricerca richiede.

Né d'altra parte, è sembrato significativo confrontare i dati ricavabili dall'analisi delle cartelle sanitarie e quelli sulle concrete modalità di esecuzione della pena dei soggetti arruolati allo studio con la risultante della banca dati dell'Amministrazione penitenziaria (sistema SIDET). La verifica non avrebbe permesso, infatti, di acquisire notizie in merito a ricadute nell'area penale non seguite da un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria di applicazione della custodia cautelare in carcere, attesa la particolare modalità di gestione del sistema informativo della predetta Amministrazione che si preoccupa, prevalentemente, di registrare le presenze e le uscite dal carcere con indicazione degli estremi (e, talvolta, del contenuto)

dei provvedimenti che tali movimenti dispongono.

Quanto al sistema informativo del Casellario Giudiziale del Ministero della Giustizia, che rappresentava nel disegno del presente progetto la banca dati di elezione per monitorare adeguatamente l'incidenza di fattori collegati ad una recidiva di carattere penale nei soggetti tossicodipendenti in trattamento, si è dovuto prendere atto che lo spostamento in avanti dell'anno di riferimento utilizzato per la ricerca (dall'anno 1998 al 2001) - reso necessario dalle già rilevate carenze documentali dei servizi pubblici - ha determinato un'oggettiva impossibilità di studiare il fenomeno rispetto ad esecuzioni penali terminate nel corso del 2001. Pur in presenza di una condotta recidivante - penalmente rilevante - adottata nel periodo immediatamente successivo alla integrale espiazione della pena (e, quindi, negli anni 2002-2003), il sistema giudiziario penale ben difficilmente avrebbe potuto garantire la gestione e la messa a disposizione dell'informazione relativa, dal momento che il sistema informativo del Casellario è impostato sulla iscrizione dei soli provvedimenti definitivi (condanne passate in giudicato). L'eventualità che la notizia fosse presente nel sistema per una tempestiva formazione del giudicato sul reato (si pensi ad un giudizio celebratosi per direttissima, senza presentazione di impugnazioni), avrebbe reso, comunque, il confronto dei dati assolutamente fuorviante a causa della notoria lunghezza dei tempi medi di celebrazione di un processo ed, in particolare, di quelli necessari per giungere ad una pronuncia definitiva.

Si è, inoltre, tenuta presente quella che è stata definita come una grave "crisi di attendibilità" del servizio del casellario giudiziale, che appare in tutta la sua ampiezza dall'esame delle statistiche concernenti il fenomeno della reiterazione della sospensione condizionale della pena (in alcuni casi, oltre dieci concessioni), pubblicate nell'anno 1998 dal Ministero della Giustizia.

Il grave fenomeno dell'arretrato nella compilazione delle schede cartacee più volte denunciato dalle stesse articolazioni ministeriali (ad una rilevazione effettuata alla data del 30/6/98, era stimato in un numero totale di schede da compilare pari ad oltre 340.000, la gran parte delle quali si riferivano a sentenze di condanna per delitti), ha prodotto, nella maggior parte dei casi, una dispersione delle informazioni, intesa come quel complesso di situazioni che ostacolano, ovvero impediscono a tutti coloro che operano nel settore giustizia un'effettiva conoscenza di situazioni già definitivamente accertate.

La qualità del servizio reso dal Casellario è stata definita quindi, in rapporto alle esigenze degli uffici che esercitano la giurisdizione

penale ma anche degli studiosi che vogliano utilizzare gli elementi ivi raccolti per elaborazioni ed analisi, certamente insoddisfacente. Ed invero, in un sistema giudiziario penale che si avvale delle informazioni sulla personalità degli imputati e dei condannati desumibili dalle annotazioni inserite nel casellario, al fine di consentire al giudice di compiere giudizi prognostici molto delicati - come accade nella fase di applicazione e di scelta di una misura cautelare personale, nella valutazione sulla concedibilità della sospensione condizionale della pena o dei benefici previsti dall'ordinamento penitenziario e, in definitiva, in tutte le ipotesi in cui l'autorità giudiziaria sia chiamata a valutare la sussistenza o meno di un concreto pericolo di recidiva - assume un rilievo centrale la qualità e la tempestività del dato.

Si è infatti osservato come il ritardo nella comunicazione al sistema informativo del Casellario delle notizie concernenti un numero sempre più rilevante di sentenze definitive di condanna abbia comportato, in maniera progressiva, una pericolosa caduta di efficienza dell'intero sistema, con particolare riferimento alla fase della irrogazione della pena e della sua concreta esecuzione, tanto più grave in relazione alle potenzialità del sistema, compiutamente automatizzato da oltre dieci anni.

La criticità rappresentata dal Sistema che gestisce tutte le informazioni relative ai fatti di interesse per la giustizia penale nel nostro Paese ed alle persone che degli stessi siano autori deve, dunque, essere tenuta presente in eventuali futuri approfondimenti su temi oggetto del presente studio che potranno, tuttavia, giovare dell'entrata in vigore del nuovo Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di casellario giudiziale adottato con D.P.R. 14 novembre 2002, n. 313 (entrato in vigore il 31 marzo 2003) che sancisce il definitivo tramonto della scheda cartacea. Ora la fase di redazione della scheda e quella di iscrizione del contenuto della stessa nel sistema sono riunite attraverso la creazione di un unico centro di implementazione del *data base*, responsabile sia della completezza del dato, sia della corretta iscrizione dello stesso nel sistema.

La conoscenza dell'esito dei trattamenti erogati nell'ambito del regime detentivo, sia esso intramurario ovvero in area penale esterna - con particolare riferimento alla eventuale ricaduta del soggetto nel reato - continua, comunque, a costituire un primario interesse dell'Amministrazione che potrebbe, attraverso l'acquisizione delle relative informazioni, valutare l'effettiva valenza risocializzante delle diverse forme di espiazione della pena e dei trattamenti terapeutici erogati nei confronti di persone tossicodipendenti che si trovino

ad espiare una pena detentiva.

Gli elementi acquisiti potrebbero, infatti, essere utilizzati dall'Amministrazione anche per arricchire il contenuto della cartella personale di ogni detenuto, prevista dall'art. 26 del regolamento penitenziario (D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230), ovvero per orientare in maniera più efficace l'attività di osservazione scientifica della personalità che costituisce fase necessariamente preliminare alla formulazione del programma individualizzato di trattamento.

5. L'analisi dei dati

Gli studi di *follow-up* sono definiti come studi in cui l'incidenza di un evento o l'insorgere di una condizione patologica viene osservata e confrontata prendendo in considerazione gruppi di soggetti con differenti livelli di esposizione al fattore supposto causale degli eventi o dell'insorgere della condizione patologica. La combinazione tra popolazione e tempo in cui si osservano i casi definisce la base dello studio di *follow-up*.

Può essere di aiuto, per una migliore lettura dei dati, mettere in evidenza alcune delle caratteristiche che hanno portato a definire il presente studio di *follow-up*.

Per prima cosa si è definito se lavorare su una popolazione aperta (dinamica) o chiusa (coorte). In questo caso, seguendo le indicazioni di molti autori che restringono la definizione di "studio di coorte" alle ricerche che prendono in considerazione una popolazione chiusa, il modello dello studio scelto è stato quello di "coorte". In generale le persone possono entrare ed uscire dalla popolazione studiata durante il tempo di osservazione dello studio anche se la popolazione è fissa all'inizio del *follow-up*. Uno studio in cui la base di popolazione è rappresentata dalle persone che vivono in un'area geografica, per un determinato periodo, è un esempio di studio su una popolazione aperta, mentre un gruppo di persone all'interno in una specifica istituzione, in un dato momento del tempo, è un esempio di popolazione chiusa.

Gli studi di *follow-up* si differenziano anche in funzione del tipo di gruppi che si intende confrontare. È preferibile non usare il termine "gruppo di controllo" in questo caso in quanto il termine è usato negli studi caso-controllo ed è importante capire la differenza che esiste tra "gruppo di confronto" negli studi di *follow-up* e "gruppo di controllo" negli studi caso-controllo. Esistono tre principali modalità, anche se non completamente esclusive tra loro, per individuare

il gruppo o i gruppi di confronto:

a) la prima è quella di considerare un altro gruppo senza esposizione: le persone all'interno di un'istituzione possono servire da gruppo di confronto nel caso che le persone all'interno di un'altra istituzione siano considerati esposti;

b) la seconda è quella di considerare un sottogruppo all'interno della popolazione in studio: in questo caso il sottogruppo, utilizzando alcuni criteri di classificazione, può essere definito come gruppo di confronto, mentre i soggetti che, all'interno della stessa popolazione, rispondono ad altri criteri di classificazione sono considerati come il gruppo degli esposti. Un esempio di questo metodo, nel definire il gruppo di confronto e il gruppo degli esposti, è lo studio di Frammingham sull'incidenza delle malattie cardiovascolari dove è stato considerato un campione della popolazione generale e la distinzione tra popolazione esposta e popolazione di confronto è stata fatta classificando i soggetti in base ad alcune variabili come il livello ematico del colesterolo;

c) la terza modalità è quella di considerare come "gruppo di controllo" la popolazione generale o alcuni soggetti della popolazione generale: questo avviene quando la numerosità dei casi incidenti osservata nella popolazione degli esposti viene messa a confronto con la numerosità calcolata applicando, alla popolazione esposta, i valori dei tassi di incidenza della popolazione nazionale o regionale per l'evento in studio.

Nel presente studio, ai fini di individuare il gruppo degli esposti e i gruppi di confronto, si è scelto di utilizzare il secondo metodo, dove il gruppo degli esposti è stato individuato nei soggetti con trattamento realizzato in carcere secondo un regime ordinario e i gruppi di confronto sono rappresentati dai soggetti che hanno usufruito di altre tipologie di trattamento (custodia attenuata; misure alternative al carcere nell'ambito di programmi terapeutici gestiti all'interno di strutture comunitarie di tipo residenziale; affidamento al servizio sociale ovvero detenzione domiciliare e, quindi, sottoposti a trattamenti terapeutici di tipo ambulatoriale e non residenziale).

Da ultimo è stato considerato il problema del tempo di osservazione e della possibilità di combinare uno studio di *follow-up* retrospettivo con uno studio prospettico. Gli studi retrospettivi sono basati sulla disponibilità di informazioni preesistenti in merito all'esposizione dei soggetti e all'incidenza degli eventi, mentre gli studi prospettici si basano sull'individuazione dell'esposizione e dell'incidenza degli eventi quando si manifestano. Il disegno sperimentale scelto prevede la classificazione dei soggetti all'interno

dei gruppi ed il reperimento delle informazioni all'arruolamento in modo retrospettivo. La raccolta delle informazioni all'inizio e alla fine del *follow-up* e l'osservazione dell'incidenza degli eventi è fatta, invece, prospetticamente.

Lo studio ha permesso di raccogliere, seguendo le indicazioni del protocollo di rilevamento delle informazioni sulla vita dei soggetti che fanno uso di alcool o di sostanze psicoattive messo a punto da Fureman B., Parikh G., Bragg A. e McLellan T. (Addiction Severity Index: a guide to training and supervising ASI interviews), una notevole quantità di dati in relazione allo stato di salute e agli stili di vita dei 237 soggetti arruolati nella coorte.

Il presente studio include solo soggetti di sesso maschile con un'età compresa tra i 20 e i 44 anni. Tra i 237 casi eleggibili identificati tramite la lista dei soggetti sottoposti ad esecuzione penale nel periodo compreso tra il 1.1.2001 ed il 31.12.2001 ed i soggetti in trattamento presso le strutture di servizio nello stesso periodo o nell'anno precedente la misura di esecuzione penale sono stati inclusi nello studio 237 casi. Per tutti è stata fatta l'intervista EuropASI al momento dell'inizio e alla fine dell'esecuzione pena. 18 soggetti (7,6% del totale), sono usciti dallo studio nel corso dei 12 mesi di *follow-up* per interruzione del trattamento con le strutture ambulatoriali e 3 (1,3 % del totale) perché deceduti. Per questi 21 soggetti non è stato possibile effettuare l'intervista EuropASI a 12 mesi. L'analisi principale è stata quindi fatta su 216 soggetti rispondenti.

La tipologia dell'intervento terapeutico e la sua durata, insieme alla durata dell'esecuzione della pena, sono state considerate come covariate nel modello di analisi statistica che ha preso in considerazione la modalità di esecuzione della pena (in carcere in regime ordinario, in carcere in regime attenuato, fuori del carcere in misura alternativa alla detenzione presso una struttura comunitaria e fuori dal carcere in misura alternativa in regime di arresti domiciliari) come variabile di studio da mettere in relazione con gli esiti del *follow-up*.

A tale proposito, e con l'obiettivo di valutare il possibile carico di lavoro che la popolazione oggetto di studio potrebbe generare nel futuro, sono stati proiettati sui casi studiati i dati di prevalenza dei disturbi mentali e dei relativi trattamenti, così come rilevati da un *follow-up* a 20 mesi realizzato - nello stesso periodo della ricerca - su un campione di 990 reclusi residenti in una delle case circondariali considerate nel campione oggetto della ricerca. Il *record-link* delle diagnosi è stato realizzato grazie alla disponibilità degli operatori dell'Unità Operativa della ricerca - quella di Pavia (autore,

peraltro, di un lavoro su Epidemiologia e Psichiatria Sociale; Carrà G. et al., 2003) - mediante l'utilizzo delle caratteristiche individuali di età, sostanza utilizzata, stato civile, scolarità e condizione lavorativa abituale precedente l'incarcerazione.

I dati disponibili da quello studio indicano che se i casi arruolati nel *follow-up* avessero permesso anche una valutazione diagnostica clinica secondo i criteri classificatori del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) si sarebbero potute ottenere interessanti informazioni in grado di delineare alcuni possibili fattori di rischio eventualmente correlabili all'andamento in *follow-up* e alle risposte alle diverse tipologie di intervento.

Il 67% dei 237 soggetti studiati, ovvero 159 soggetti si sarebbero suddivisi in 6 categorie diagnostiche principali: 7% con diagnosi di schizofrenia e altri disturbi psicotici, il 31% con disturbi dell'umore, il 13% con disturbi d'ansia, il 16% con disturbi dell'adattamento, il 26% con disturbi di personalità e il 2% con ritardo mentale. Tali dati, *in primis*, offrono interessanti correlazioni epidemiologiche con i tassi di prevalenza internazionale per quanto riguarda la distribuzione dei disturbi mentali nelle popolazioni carcerarie reperibili in letteratura. Secondariamente, indicano con rilevante certezza come il carico assistenziale derivante dall'assetto psicopatologico dei soggetti sottoposti a privazione delle libertà diventa un fattore additivo di grande importanza per la selezione dei trattamenti e, soprattutto, per l'incremento delle difficoltà di compliance e/o di scelta terapeutica nel tempo, soprattutto nelle condizioni di maggiore gravità (Disturbi di personalità, Disturbi psicotici).

La presente ricerca finisce così per collegarsi, e non solo idealmente, a precedenti sperimentazioni, curate dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, sul tema dei detenuti tossicodipendenti con "doppia diagnosi" che hanno svelato come la popolazione che negli Istituti carcerari viene qualificata come tossicodipendente sia costituita, in realtà, per circa due terzi da soggetti che, oltre ai comportamenti d'abuso o di dipendenza da sostanze stupefacenti, presentano una diagnosi psichiatrica e, dunque, fanno parte a tutti gli effetti della categoria diagnostica "doppia diagnosi". Nello studio commissionato ad un gruppo di esperti coordinati dal prof. Vittorio Andreoli, pubblicato dal D.A.P. nel 2004, si è efficacemente messa in luce la relazione tra disturbi psichiatrici e disturbi da uso di sostanze offrendone una lettura che non si limita a liquidare in maniera sbrigativa il disturbo psichiatrico del tossicodipendente come mero sintomo e conseguenza dell'assunzione di sostanze psicoattive, ma che sottolinea, viceversa, come il disturbo psichiatrico possa precedere, associarsi o conseguire all'uso di sostanze

costituendosi tra le due condizioni rapporti che possono essere, di volta in volta, di automedicazione, di causalità o di semplice associazione.

Si è anche osservato, utilizzando il contributo di precedenti ricerche svolte in campo internazionale, come il confronto tra tossicodipendenti ristretti in carcere e quelli approdati ai servizi sanitari esterni agli Istituti di pena, dimostri percentuali di diagnosi psichiatriche qualitativamente differenti, con un prevalere dell'antisocialità tra i detenuti ed una maggiore frequenza di disordini affettivi ed ansia all'esterno del carcere.

Tra le conclusioni più significative di quella ricerca merita di essere segnalata, in estrema sintesi, l'affermazione ormai condivisa secondo la quale la popolazione detenuta con "doppia diagnosi" abbia bisogno di interventi terapeutici che sono del tutto particolari rispetto al solo consumo di sostanze e necessità di una contemporanea presa in carico di tipo psichiatrico. Un intervento terapeutico che si limiti ad affrontare parzialmente la complessa patologia che caratterizza i soggetti in esame sembra destinato all'insuccesso e contribuisce a spiegare le difficoltà di recupero di tale popolazione che tende ad essere affidata solo alle cure degli esperti e dei terapeuti della dipendenza.

Per quanto riguarda, invece, le variabili EuropASI, è stata approfondita l'analisi dei dati relativi all'intervista in oggetto utilizzando due modelli di analisi logistica multipla in cui, come variabili dipendenti, fossero considerate - nel primo - le variabili che identificano le sette aree problematiche (area 1 - condizione medica, area 2 - condizione lavorativa/di sostentamento, area 3 - uso di alcool, area 4 - uso di sostanze psicotrope, area 5 - condizione legale, area 6 - relazioni familiari/sociali, area 7 - condizione psichica), ricodificandone i valori in solo due categorie; la prima con valore uguale a 0 che include tutti i valori originali del punteggio composito $\leq$ di 59, la seconda con valore uguale a 1 che include i valori del punteggio composito $\geq$ a 60. In tal modo si sono create due categorie di soggetti: quelli che non presentano o presentano problemi rilevanti in ciascuna delle aree problematiche dell'EuropASI.

In questo primo modello, come variabili indipendenti sono state considerate le modalità di esecuzione della pena nell'ipotesi che queste potessero determinare la risoluzione o meno dei problemi attivi e, quindi, il passaggio da una condizione all'altra dal tempo t_0 (inizio detenzione), al tempo t_1 (fine detenzione) al tempo t_2 (fine follow-up).

Il secondo modello analizzato è simile al primo in quanto

cambiano solo le variabili indipendenti che, in questo caso, diventano quelle relative alle tipologie di eventi che si sono verificati nel *follow-up*. In questo caso l'ipotesi è che il verificarsi di eventi, sia positivi (assenza di eventi o reinserimenti) sia negativi (tutti gli altri), possa essere associata alla probabilità di passare da una condizione non problematica ad una condizione problematica nelle diverse aree dell'EuropASI.

6. Discussione

La **tabella 1** mostra i mesi persona di esposizione articolati secondo le modalità di esecuzione della pena (i valori sono arrotondati al numero intero) e il relativo numero degli eventi che si sono verificati nel periodo di *follow-up* di 12 mesi successivo alla conclusione della pena. Il 48,2% del tempo persona di esposizione è relativo a soggetti che precedentemente ai 12 mesi di *follow-up* avevano passato il periodo di pena in carcere in regime ordinario; una piccola percentuale - 4,3% - è relativa ai soggetti che avevano invece usufruito di misure alternative domiciliari. La quota restante si ripartisce per il 20,4% nei soggetti in regime ordinario attenuato e per il 27,1% per soggetti in misura alternativa comunitaria.

Ai fini del presente elaborato sono stati considerati, per calcolare la fine dell'esposizione, i soli eventi di interruzione del trattamento e del decesso. Nel periodo considerato si sono avute 60 ricadute nell'uso della droga di cui 10 (17%) ripetute, 34 recidive penali di cui 7 (21%) ripetute, 42 reinserimenti di cui 8 (19%) dopo una ricaduta e 6 (14%) dopo una recidiva penale, 18 interruzioni del trattamento effettuato dal Ser.T. di cui 2 (11%) dopo una ricaduta e 1 (5,6%) dopo una recidiva penale e 3 decessi.

Il 48,5% dei 237 soggetti entrati nella coorte è stato sottoposto all'esecuzione della pena in regime ordinario, il 20,3% in regime ordinario attenuato, il 27% in misura alternativa comunitaria e il 4,2% in misura alternativa domiciliare. Non si registrano passaggi da una tipologia all'altra durante il periodo di esecuzione della pena.

Nella **tabella 2** e nel **grafico 1** sono riportati i tassi di incidenza degli eventi, calcolati per mille soggetti esposti per anno. Nel periodo di 12 mesi di *follow-up* la mortalità è stata di 1,1 per mille e riferibile a due soggetti deceduti per patologie concomitanti la situazione AIDS correlata (i due soggetti che durante l'esecuzione della pena sono stati sottoposti a misure alternative in comunità terapeutica) e a un soggetto deceduto per incidente stradale. L'incidenza dell'interruzione del trattamento presso il Ser.T. nei dodici

mesi successivi alla fine pena è del 6,5 per mille. Ricadute nell'uso delle droghe e recidive penali mostrano rispettivamente un'incidenza del 21,6 e del 12,3 per mille.

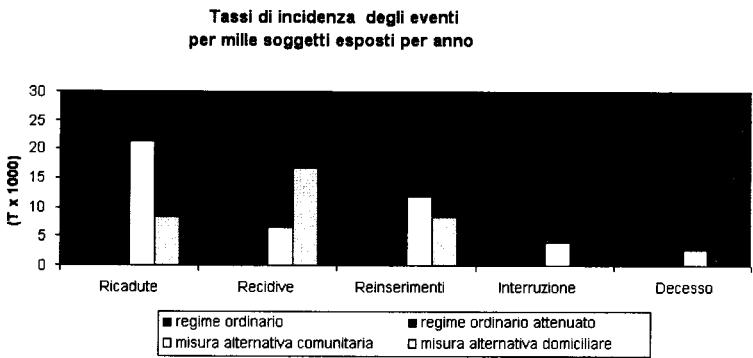
Tabella 1: Mesi persona di esposizione e follow-up degli eventi

		Numerosità degli eventi				
Modalità di esecuzione pena	Mesi-persona	Ricadute	Recidive	Reinserimenti	Interruzione	Decesso
regime ordinario	1338	29	23	24	11	1
regime ordinario attenuato	565	14	4	8	4	-
misura alternativa comunitaria	751	16	5	9	3	2
misura alternativa domiciliare	120	1	2	1	-	-
Totale	2774	60	34	42	18	3

Tabella 2: Mesi persona di esposizione e follow-up degli eventi

		Tassi di incidenza degli eventi x 1000 soggetti esposti per anno				
Modalità di esecuzione pena	Mesi-persona	Ricadute	Recidive	Reinserimenti	Interruzione	Decesso
regime ordinario	1338	21,7	17,2	17,9	8,2	0,7
regime ordinario attenuato	565	24,8	7,1	14,2	7,1	-
misura alternativa comunitaria	751	21,3	6,7	12,0	4,0	2,7
misura alternativa domiciliare	120	8,3	16,7	8,3	-	-
Totale	2774	21,6	12,3	15,1	6,5	1,1

Grafico 1: Tassi di incidenza degli eventi durante il follow-up



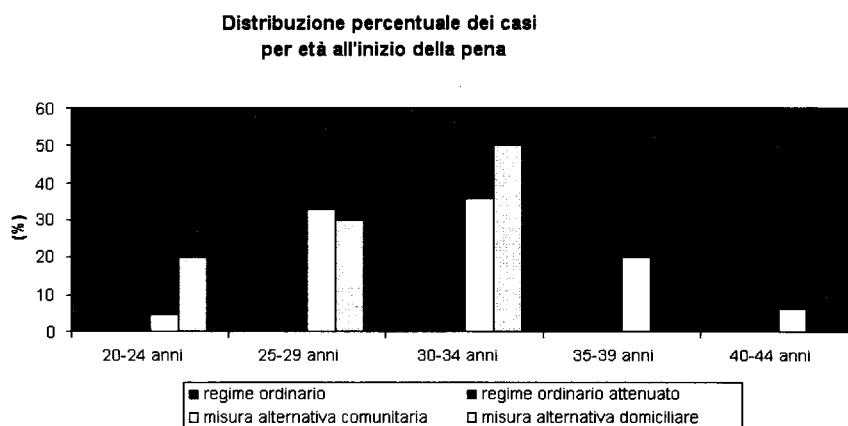
Nella **tabella 3** e nel **grafico 2**, la modalità di esecuzione della pena viene confrontata con l'età al momento dell'inizio della pena. Il 65% dei soggetti sottoposti a regime ordinario aveva meno di 35 anni di età, mentre per le altre modalità di esecuzione pena - regime attenuato, regime comunitario e arresti domiciliari - i soggetti con meno di 35 anni erano rispettivamente l'85%, il 73% e il 100%.

Tabella 3: Modalità di esecuzione pena e distribuzione % dei soggetti per classi di età all'inizio pena

Classi di età all'inizio pena (valori %)						
Modalità di esecuzione pena	20-24 anni	25-29 anni	30-34 anni	35-39 anni	40-44 anni	Totale
regime ordinario	0,9	26,1	38,2	25,2	9,6	115 (100 %)
regime ordinario attenuato	18,7	27,1	39,6	12,5	2,1	48 (100 %)
misura alternativa comunitaria	4,7	32,8	35,9	20,3	6,3	64 (100 %)
misura alternativa domiciliare	20,0	30,0	50,0	-	-	10 (100 %)
Totale	6,3	28,3	38,4	20,3	6,7	237 (100 %)

Test di Pearson ChiSquare=29,953 p ≤ 0,0028

Grafico 2: Distribuzione percentuale dei casi per età all'inizio pena e per regime della pena



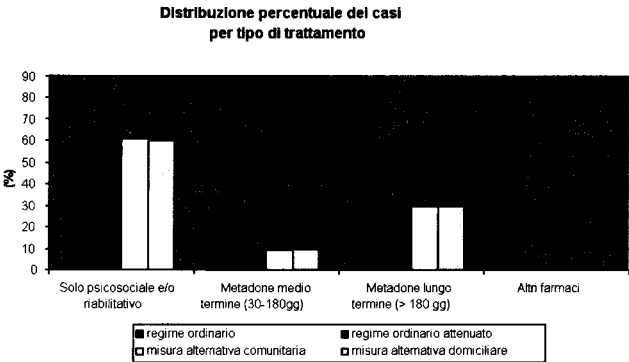
La **tabella 4 ed il grafico 3** riportano il confronto tra i valori medi della durata della pena, della durata media del trattamento da parte del Ser.T. alla fine del periodo di follow-up e il tipo di trattamento prevalente (quello di più lunga durata) durante tutto il periodo considerato, ripartiti secondo le modalità di esecuzione penale. I soggetti sottoposti a regime ordinario attenuato mostrano una durata media della pena 2,4 volte più lunga dei soggetti in regime ordinario. Per quanto riguarda la durata media dei trattamenti e la loro tipologia non si evidenziano correlazioni significative con la modalità di esecuzione pena.

Tabella 4: Modalità di esecuzione pena tipo di trattamento, durata media della pena e dei trattamenti

Modalità di esecuzione pena	Durata media pena ± E.S.	Durata media trattamenti ± E.S.	Tipo di trattamento (valori % sul totale di riga)			
			Solo psicosociale e/o riabilitativo	Metadone medio termine (30-180gg)	Metadone lungo termine (> 180 gg)	Altri farmaci
regime ordinario	222 gg ± 23 gg	819 gg ± 101 gg	55	15	29	1
regime ordinario attenuato	524 gg ± 36 gg	586 gg ± 156 gg	83	6	11	-
misura alternativa comunitaria	260 gg ± 31 gg	1041 gg ± 135 gg	61	9	30	-
misura alternativa domiciliare	149 gg ± 78 gg	780 gg ± 342 gg	60	10	30	-
Totale	290 gg ± 42 gg	830 gg ± 184 gg	62	11	25	2

Analisi della varianza: Durate medie della pena ($F=18,5428$; $p \leq 0,0000$); Durate medie del trattamento alla fine della pena ($F=1,6431$; $p \leq 0,1802$)
Test di Pearson sulla tabella di contingenza modalità di esecuzione pena e tipo di trattamento (ChiSquare = 14,407; $p \leq 0,2755$)

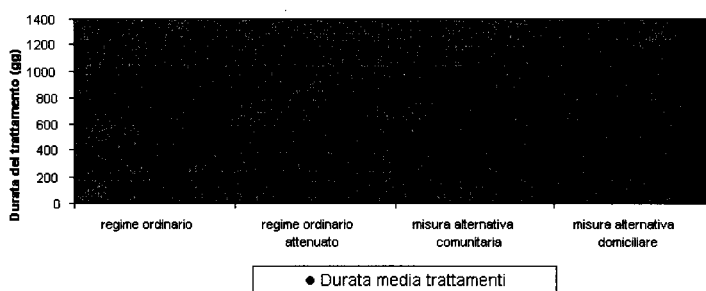
Grafico 3: Durata media della pena, durata media del trattamento e tipo di trattamento per regime di esecuzione pena



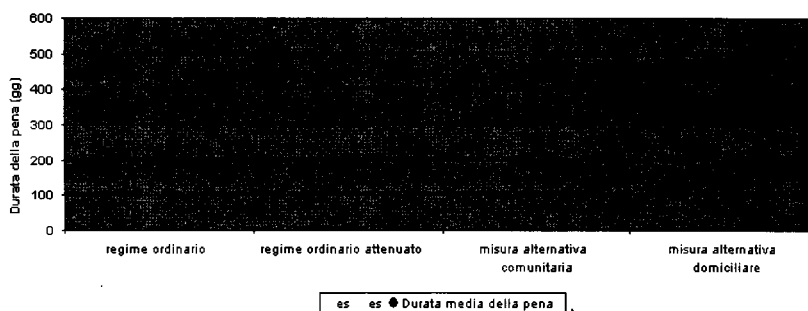
Nella **tabella 5** sono riportati i risultati dell'applicazione del modello di regressione di Cox utilizzato per la stima dei rapporti di rischio aggiustati per gli effetti principali e per le interazioni relative alle variabili età all'inizio dell'esecuzione della pena, durata della pena e durata e tipo del trattamento effettuato dal Ser.T.

Come categoria di riferimento è stata considerata la modalità di esecuzione della pena in regime ordinario. L'incidenza delle ricadute nei 12 mesi successivi la fine pena, pur evidenziando rapporti di rischio più bassi nei soggetti sottoposti a misure alternative (domiciliare 0,4 e comunitaria 0,7), non raggiungono la significatività statistica. Stessa evidenza si manifesta per le recidive penali che mostrano un'incidenza 2,3 volte più elevata nei soggetti sottoposti a misure alternative domiciliari rispetto ai soggetti in regime ordinario e non raggiungono comunque la significatività statistica.

**Distribuzione della durata media dei trattamenti
per modalità di esecuzione della pena**



**Distribuzione della durata media dei trattamenti
per modalità di esecuzione della pena**



L'incidenza dei reinserimenti nei 12 mesi successivi l'esecuzione pena risulta significativamente meno elevata nel gruppo dei soggetti sottoposti a misure alternative comunitarie. L'incidenza delle interruzioni e dei decessi, molto bassa nel periodo considerato, non ne permette una valutazione. La ricaduta nell'uso delle droghe, la recidiva penale e l'interruzione del trattamento sono state raggruppate nell'indicatore "eventi negativi" che mostra come l'incidenza di questi eventi sia, nell'insieme, minore nei soggetti sottoposti precedentemente al follow-up a modalità di esecuzione della pena diversa dal regime ordinario.

Tabella 5: Rapporti di rischio (Intervallo di confidenza al 95 %) aggiustati per tutti i fattori confondenti

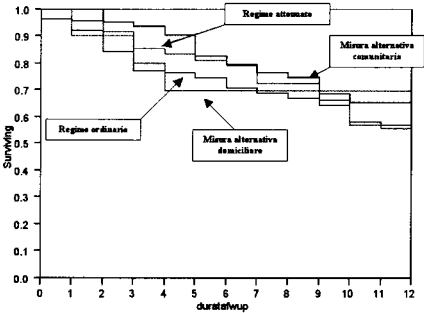
Rapporti di rischio						
Modalità di esecuzione pena	Ricadute	Recidive	Reinserimenti	Interruzione	Decesso	Eventi negativi
regime ordinario	1,0	1,0	1,0	1,0	non valutabile	1,0
regime ordinario attenuato	1,1 (0,5-2,4)	0,4 (0,1-1,5)	1,2 (0,4-3,9)	2,3 (0,4-12,6)		0,9 (0,5-1,6)
misura alternativa comunitaria	0,7 (0,3-1,4)	0,5 (0,2-1,3)	0,1 (0,0-0,6)*	0,5 (0,1-2,2)		0,6 (0,4-1,0)*
misura alternativa domiciliare	0,4 (0,0-1,9)	2,3 (0,3-11,2)	non valutabile	non valutabile		0,6 (0,1-1,6)

*=Incidenza dei reinserimenti lavorativi (ChiSquare 9,49; $p \leq 0,0021$) e degli eventi negativi (ChiSquare 3,25; $p \leq 0,07$) nei soggetti che hanno fruito di misure alternative comunitarie

Il **grafico 4** mostra la curva di sopravvivenza calcolata con il metodo di Kaplan-Meier sull'indicatore "eventi negativi".

Per ogni modalità di esecuzione della pena, prima del follow-up, sono stati calcolati nel follow-up i soggetti che rimanevano indenni da eventi negativi (sopravvissuti agli eventi). I soggetti sottoposti a misura alternativa comunitaria mostrano costantemente, in tutto il periodo di follow-up considerato, una minore incidenza degli eventi negativi.

Grafico 4: Rapporti di rischio (Intervallo di confidenza al 95 %) aggiustati per tutti i fattori confondenti



Nella **tabella 6** sono riportate le medie dei punteggi composti dell'EuropASI per ciascuna are problematica studiata all'inizio e alla fine dell'esecuzione della pena e ai 12 mesi successivi.

Tabella 6: Distribuzione delle medie dei punteggi composti per area e per modalità di esecuzione pena.

Modalità esecuzione pena	Punteggio composto per area*																				
	Area 1			Area 2			Area 3			Area 4			Area 5			Area 6			Area 7		
	t ₀	t ₁	t ₂	t ₀	t ₁	t ₂	t ₀	t ₁	t ₂	t ₀	t ₁	t ₂	t ₀	t ₁	t ₂	t ₀	t ₁	t ₂	t ₀	t ₁	t ₂
regime ordinario	48	23	21	45	41	52	40	57	49	42	21	28	45	53	54	39	57	24	17	38	11
regime attenuato	43	25	24	43	38	43	47	55	41	49	22	25	38	51	52	34	53	14	28	50	19
misura comunitaria	41	42	41	45	27	21	46	24	42	54	11	16	49	55	57	38	33	16	44	42	22
misura domiciliare	46	49	35	49	46	41	40	47	38	47	13	14	32	41	43	25	27	11	31	28	15
Media generale	45	35	30	46	38	39	43	46	43	48	17	21	41	50	52	34	43	16	30	40	17

*=Il punteggio composto (0-19= nessun problema reale; 20-39 lievi problemi; 40-59 problemi moderati; 60-79 problemi notevoli; 80-99 problemi estremamente gravi) rappresenta la media dei punteggi standardizzati dei singoli soggetti al momento dell'intervista eseguita all'inizio (t₀) e alla fine dell'esecuzione della pena (t₁) e a 12 mesi di follow-up (t₂) nelle aree di seguito specificate

Area 1 – condizione medica

Area 2 - condizione lavorativa/di sostentamento

Area 3 – uso di alcool

Area 4 – uso di sostanze psicotrope

Area 5 – condizione legale

Area 6 – relazioni familiari/sociali

Area 7 – condizione psichica

La varianza all'interno delle are problematiche tra le tre somministrazioni del protocollo EuropASI, la varianza tra modalità di esecuzione della pena e la varianza d'interazione tra modalità e tempi di somministrazione sono state testate mediante il modello lineare generalizzato per misure ripetute. Nella tabella 6 sono riportate le medie dei punteggi composti dell'EuropASI per ciascuna are problematica studiata all'inizio e alla fine dell'esecuzione della pena e ai 12 mesi successivi.

Nei **grafici 5 e 6** sono riportate le medie dei punteggi composti dell'EuropASI per ciascuna are problematica studiata al l'inizio e alla fine dell'esecuzione della pena e ai 12 mesi successivi. Le variazioni nel tempo e tra le modalità di esecuzione pena risultano in tal modo visibili oltre il contenuto numerico del dato già riportato nella tabella 6.

Grafico 5: Valori medi dei punteggi composti per area di problema e per modalità di esecuzione pena

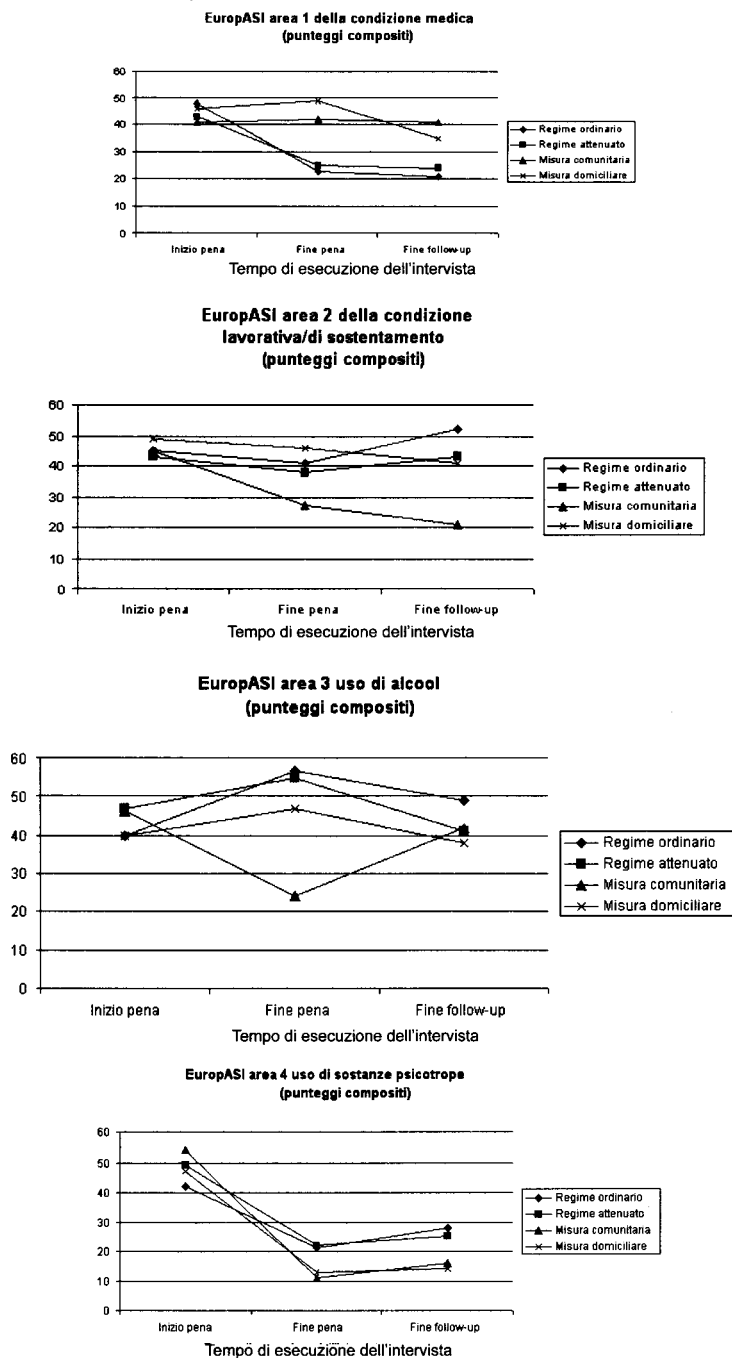
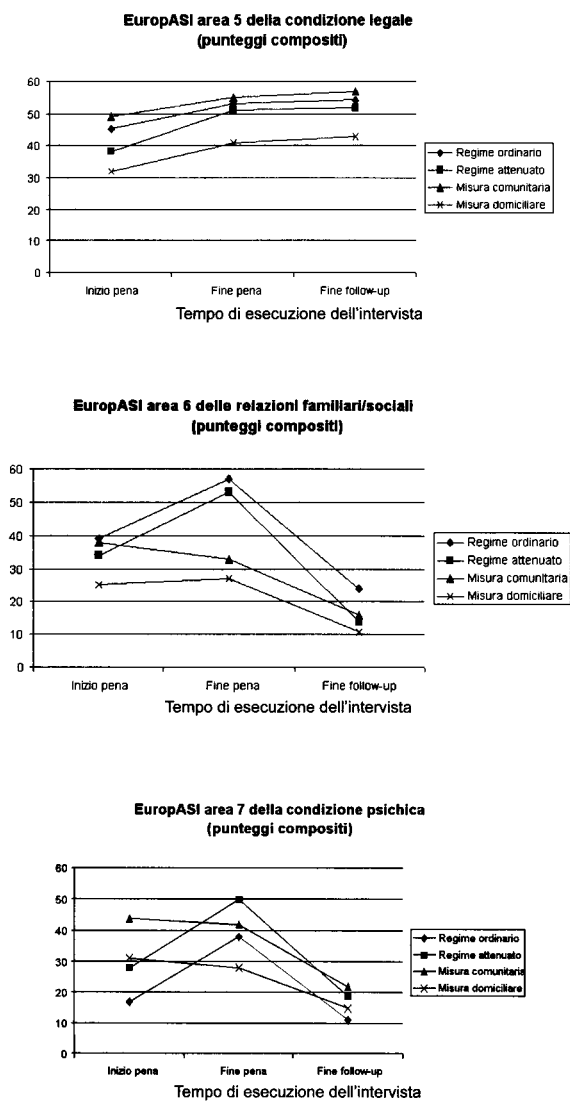


Grafico 6: Valori medi dei punteggi composti per area di problema e per modalità di esecuzione



Nella **tabella 7** Il rapporto di rischio è calcolato ricodificando il punteggio dell'ASI con valori 0-59 = 0 (problemi non rilevanti) e valori $\geq 60 = 1$ (problemi rilevanti).

Tabella 7: Rapporti di rischio per area, per periodo di valutazione e per modalità di esecuzione pena.

Modalità esecuzione pena	Rapporti di rischio													
	Area 1		Area 2		Area 3		Area 4		Area 5		Area 6		Area 7	
	t ₁	t ₂	t ₁	t ₂	t ₁	t ₂	t ₁	t ₂	t ₁	t ₂	t ₁	t ₂	t ₁	t ₂
regime ordinario	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
regime attenuato	1,1	0,9	3,0*	1,9	3,2*	1,9	1,0	1,0	0,7	1,1	3,4*	1,2	1,0	0,6
misura comunitaria	0,5	0,5	2,6*	1,8	1,6	2,2	1,0	1,0	1,3	0,9	3,8*	1,0	0,8	0,8
misura domiciliare	0,1*	0,5	0,9	1,5	1,8	1,7	0,8	1,0	1,0	0,9	3,6*	1,0	1,3	0,6

Il rapporto di rischio è calcolato ricodificando il punteggio dell'ASI con valori 0-59 = 0 (problemi non rilevanti) e valori $\geq 60 = 1$ (problemi rilevanti) e rappresenta il rapporto tra la probabilità che i soggetti, di una specifica modalità di esecuzione della pena, hanno al momento dell'intervista eseguita alla fine dell'esecuzione della pena (t₁) e a 12 mesi di follow-up (t₂) rispetto all'inizio (t₀), nelle aree specificate, di passare da una condizione di problemi rilevanti ad una condizione di problemi non rilevanti e la probabilità che ha di fare lo stesso passaggio i soggetti che appartengono al gruppo di esecuzione pena in regime ordinario presi come riferimento.

* = $p \leq 0,05$; ** = $p \leq 0,001$

Area 1 – condizione medica

Area 2 - condizione lavorativa/di sostentamento

Area 3 – uso di alcool

Area 4 – uso di sostanze psicotrope

Area 5 – condizione legale

Area 6 – relazioni familiari/sociali

Area 7 – condizione psichica

I valori riportati nella tabella indicano, nelle aree dell'EuropASI, l'entità del rapporto tra la probabilità che i soggetti - di una specifica modalità di esecuzione pena - hanno al momento dell'intervista eseguita alla fine dell'esecuzione della pena (t₁) e a 12 mesi di follow-up (t₂) rispetto all'inizio (t₀) di passare da una condizione di problemi rilevanti ad una condizione di problemi non rilevanti e la probabilità che hanno di fare lo stesso passaggio i soggetti che appartengono al gruppo di esecuzione pena in regime ordinario presi come riferimento.

Si evidenzia come i soggetti in regime ordinario e/o attenuato

abbiano la più elevata probabilità di passare dal tempo t_0 al tempo t_1 da una situazione problematica a una situazione non problematica rispetto ai soggetti in regime comunitario o domiciliare, ad eccezione delle aree relative alla condizione lavorativa, all'uso di alcool e a quella delle relazioni familiari/sociali dove la situazione è invertita.

Nella **tabella 8** Il rapporto di rischio è calcolato come in precedenza e le variabili indipendenti sono, in questo caso, gli eventi e la tipologia degli eventi considerati nel periodo di *follow-up*.

Tabella 8: Rapporti di rischio per area problematica ed eventi nel corso del follow-up.

Eventi nel corso del follow-up	Area 1			Area 2			Rapporti di rischio Area 3			Area 4			Area 5			Area 6			Area 7		
	t_0			t_0			t_0			t_0			t_0			t_0			T_0		
	t_0	t_1	t_2	t_0	t_1	t_2	t_0	t_1	t_2	t_0	t_1	t_2	t_0	t_1	t_2	t_0	T_1	t_2	T_0	t_1	t_2
nessun evento	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	n.a.	n.a.	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
ricadute	1,4	0,3	0,6	1,4	1,0	1,3	0,7	0,8	1,8	0,8	n.a.	n.a.	1,0	0,6	0,6	1,1	1,0	0,6	0,8	0,6	1,6
recidive	0,6	0,4	0,2	0,6	0,9	0,2	0,2	0,6	0,1	1,0	n.a.	n.a.	1,1	0,9	0,5	0,4	0,9	0,1	0,2	0,1	0,1
reinserimenti	1,3	0,5	0,8	1,3	1,9	1,0	0,8	1,3	1,6	1,5	n.a.	n.a.	1,9	1,4	1,3	2,0	1,7	1,7	0,7	0,3	1,5
interruzione	0,5	0,7	0,8	0,5	0,2	1,2	0,7	1,5	0,8	0,3	n.a.	n.a.	0,1	0,3	1,5	1,0	0,8	1,6	0,9	0,6	0,1
decesso	1,6	8,6	2,3	1,6	1,6	2,3	2,2	1,3	2,3	0,9	n.a.	n.a.	0,7	0,5	7,4	7,0	1,0	4,8	11,0	14,7	0,1

Il rapporto di rischio è calcolato ricodificando il punteggio dell'ASI con valori 0-59 = 0 (problemi non rilevanti) e valori $\geq 60 = 1$ (problemi rilevanti) e rappresenta il rapporto tra la probabilità che i soggetti, con specifici eventi, hanno al momento dell'intervista eseguita all'inizio dell'esecuzione pena (t_0), alla fine dell'esecuzione della pena (t_1) e a 12 mesi di follow-up (t_2) e la probabilità dei soggetti che non presentano eventi, nelle aree specificate di passare da una condizione di problemi non rilevanti ad una condizione di problemi rilevanti.

* = $p \leq 0,05$; ** = $p \leq ,001$

Area 1 – condizione medica

Area 2 - condizione lavorativa/di sostentamento

Area 3 – uso di alcool

Area 4 – uso di sostanze psicotrope

Sembra evidente, alla lettura dei dati disponibili, come i programmi basati sul regime ordinario e/o attenuato siano in grado di mantenere un "controllo" più efficace sui fattori di rischio rispetto a quelli effettuati in regime comunitario o domiciliare, anche se tali risposte dovrebbero essere rilette alla luce di altre caratteristiche del campione quali, *in primis*, i già citati profili di personalità o meglio la comorbidità psichiatrica, o anche le storie di disturbo da uso di sostanze precedenti all'esecuzione pena.

Tali aspetti infatti, anche alla luce della letteratura a disposizione sui *follow-up* dei trattamenti in corso di tossicodipendenza, sembrano profondamente condizionare - da un lato - l'esito, in senso assoluto, del trattamento e dall'altro, in particolare, le possibilità di *compliance* ai trattamenti offerti o di *matching* alle tipologie tera-

peutiche più idonee rispetto alle caratteristiche dell'utente in quella fase della storia naturale del disturbo o del trattamento.

7. Osservazioni

Gli elementi di conoscenza acquisiti nell'ambito della ricerca, pur limitati nella loro rilevanza statistica a causa delle già ricordate difficoltà di arruolamento dei soggetti eleggibili, offrono spunti di grande rilievo, in quanto indicano delle linee di tendenza suscettibili di ulteriori e successivi momenti di verifica.

L'obiettivo della ricerca può dirsi, invero, raggiunto nella misura in cui si è riusciti a descrivere l'incidenza di particolari eventi - condotte recidivanti o avvio di percorsi di reinserimento sociale - nei confronti di persone riconosciute come tossicodipendenti sottoposte alla espiazione di una pena detentiva, in relazione alla tipologia ed alla durata degli interventi terapeutici attuati, anche con riguardo alle diverse modalità di esecuzione della pena. Se è vero che ogni programma terapeutico deve porsi l'obiettivo, sulla base delle condizioni personali e sociali date, di consentire alla persona tossicodipendente di superare la propria dipendenza dalle sostanze con la cessazione di ogni pratica di abuso, la raccolta e l'analisi delle informazioni che la riguardano, con particolare riferimento ai dati di rilevanza sanitaria e legale, risulta di grande utilità, soprattutto nel *follow-up* a dodici mesi dal termine di espiazione della pena, per valutare l'efficacia riabilitativa degli interventi intrapresi.

Invero, anche nel campo delle scienze psicosociali non sembra si possa prescindere da un'attenta analisi dei risultati ottenuti con un'attività di sostegno terapeutico, per di più se rivolta ad un soggetto afflitto da problematiche di tossicodipendenza che si trova, nello stesso tempo, alle prese con un sistema giudiziario penale che, nel panorama degli interventi sanzionatori di sua competenza, non riesce a fare a meno del carcere come luogo di esclusione dalla vita sociale in funzione di prevenzione e tutela delle esigenze di difesa sociale.

Non si tratta, quindi, di operare un controllo, di tipo più o meno formalistico, sulla correttezza o meno della decisione assunta dai competenti organi giurisdizionali quanto, piuttosto, di verificare - in concreto - l'idoneità della misura adottata a raggiungere le finalità di reinserimento sociale e di prevenzione della recidiva avute di mira dall'ordinamento penitenziario.

Il risultato di un trattamento terapeutico, sia esso svolto in ambiente intramurario, sia incentrato sull'attività specificamente

assegnata ai servizi pubblici per le tossicodipendenze operanti sul territorio, costituisce - in tale prospettiva - il punto di maggior forza o di debolezza del sistema nella parte in cui può funzionare, se positivo, come moltiplicatore di investimenti di risorse umane e materiali e, più in generale, anche a livello normativo, come stimolo a proseguire sulla strada di una sempre più convinta adesione a modelli riabilitativi imperniati su momenti di supporto terapeutico. Né va trascurato l'effetto che una verifica di funzionalità del sistema che fa leva su misure di tipo terapeutico in favore di detenuti tossicodipendenti può avere sulla motivazione degli operatori sociali e penitenziari e sul contributo che gli stessi possono offrire per progetti di reinserimento sempre più adeguati alle esigenze individuali di ciascuno.

La valutazione degli esiti di misure terapeutiche applicate in favore di condannati tossicodipendenti costituisce, così, un efficace banco di prova per verificare la realizzazione delle finalità di prevenzione generale e speciale che il legislatore costituzionale ha assegnato alla pena.

Particolare importanza, non soltanto teorica, assume, al riguardo, una riflessione volta all'individuazione degli indici rivelatori del buon esito del trattamento che consenta di sciogliere il seguente dilemma. La misura alternativa di tipo terapeutico o, comunque il trattamento penitenziario intramurario, in regime ordinario o attenuato, deve tendere a realizzare l'obiettivo (minimo) del "tempo senza delitto" - da valutare come esito positivo del trattamento - ovvero indicare se il risultato atteso dagli interventi terapeutici possa dirsi raggiunto solo quando si sia verificata, in concreto, l'assenza di ricadute nell'uso delle sostanze accompagnata da positivi elementi di reinserimento sociale che attestino un definitivo superamento della devianza e l'adesione convinta alle regole del vivere sociale.

Seguendo tale prospettiva, si può sostenere come l'obiettivo di un sistema sanzionatorio, che voglia richiamarsi ai principi della Carta costituzionale, debba coerentemente perseguire ogni possibile tentativo di realizzare, per il condannato, un progetto di recupero possibile, tenuto conto del modello personale e sociale di riferimento, senza inseguire percorsi velleitari alla ricerca di un tipo ideale di condannato che, emendato dalle sofferenze inflittele con la pena, diventi protagonista di un ruolo sociale di rilievo.

Tale riflessione non può dirsi completa se non collegata al tema del contenimento della recidiva che rappresenta, per il condannato tossicodipendente, un obiettivo tutt'altro che secondario, ove si considerino le difficoltà di coinvolgere una persona con problemi

di dipendenza da sostanze in un percorso autocritico che valorizzi la positiva adesione ad una scelta di tipo terapeutico rispetto alla mera strumentalità espressa da chi utilizza gli interventi terapeutici al solo fine di ottenere un provvedimento di scarcerazione.

Deve ritenersi, quindi, che il superamento di forme più o meno gravi di recidiva rappresenti un obiettivo di alto livello rispetto alla situazione di partenza di chi abbia, insieme alla tossicodipendenza, intrapreso un percorso deviante di media o lunga durata.

La ricerca che qui si commenta sembra, dunque, poter aprire scenari nuovi per valutare l'efficacia degli interventi terapeutici volti alla cura ed alla riabilitazione di soggetti tossicodipendenti, perché, per la prima volta, si propone di acquisire dati di conoscenza sullo sviluppo di processi riabilitativi non solo durante l'esecuzione della pena (campo tradizionale dell'osservazione intramuraria), ma anche dopo che il condannato abbia già integralmente espiato il proprio debito con la giustizia.

Il decorso di un tempo significativo (anche se il *follow-up* dovrebbe essere portato a 5/10 anni) senza la commissione di reati, ovvero senza che si verifichino ricadute nell'abuso di sostanze, può dunque servire a riconoscere validità agli interventi terapeutici predisposti dall'ordinamento e, nello stesso tempo, a restituire alla pena detentiva, almeno per quanto riguarda le persone con problematiche di devianza collegate ad una pregressa tossicodipendenza, un'efficace valenza risocializzante.

Per quanto riguarda, più specificamente, le **aree problematiche espresse dagli indicatori EuropASI**, le risultanze della ricerca esprimono una tendenza allo spostamento nel tempo (To, T1 e T2) di **difficile interpretazione**.

La complessità delle variabili in gioco (età di esordio del disturbo correlato a sostanze, età di esordio della "carriera" penale, durata dell'esposizione all'espiazione della pena nelle sue diverse modalità e, soprattutto, comorbidità psicopatologica) indica l'importanza di **fattori di interferenza** dal peso spesso non misurabile ma certamente non indifferente sulle popolazioni in oggetto e limita, evidentemente, la generalizzabilità dei dati espressi nelle singole aree a una valutazione globale.

Rispetto ai diversi regimi di espiazione della pena, appaiono, comunque, rilevanti le seguenti osservazioni:

a) In relazione alla **condizione medica**, la "protezione" esercitata dal **regime ordinario e attenuato** sembra indicare una maggiore propensione al miglioramento complessivo dello status di paziente il cui probabile monitoraggio, esercitato dai Servizi in un contesto di osservazione contenitiva costante, sembra avan-

taggiarsi della presenza di diagnosti, di curanti e, presumibilmente, della disponibilità di farmaci. La condizione inerente la misura comunitaria non offre invece modificazioni apparenti nel tempo, ma potrebbe risentire di un *bias* conseguente alla selezione di casi più gravi che finiscono per ottenere, proprio a seguito delle peggiori condizioni organiche, più facili possibilità di avvio a tali misure di espiatione pena. A sua volta, la misura domiciliare - nello scarso decremento del punteggio al *follow-up* - indica la frequente incoerenza del soggetto tossicodipendente, se non incentivato a livello ambientale, al monitoraggio della propria condizione fisica e del più generale stato di salute.

b) L'area della **condizione lavorativa** e di sostentamento dichiara, al contrario, una sostanziale stabilità - in negativo - dei soggetti al fine pena e al *follow-up* qualora collocati in regime carcerario (ordinario o attenuato) o in misura domiciliare. Particolarmente giovevole sembra risultare invece, da questo punto di vista, la collocazione nella **misura comunitaria** che, presumibilmente, è in grado di incentivare il soggetto - grazie al percorso riabilitativo - alla ricerca e alla sperimentazione di nuove abilità o, quanto meno, lo sostiene attivamente nella rete delle opportunità sociali anche di fronte ad un mercato del lavoro particolarmente difficile e penalizzante per chi già vive la stigmatizzazione del contatto con la giustizia.

c) L'area **dell'uso di alcool e quella delle sostanze psicotrope** non si "modificano" in modo omogeneo: questo è un primo dato che risulta particolarmente importante ad una osservazione globale e che identifica un valore differenziale della modalità autocurativa dell'uso di sostanze tale da identificare pattern di impiego delle sostanze stesse particolarmente originali e sostanzialmente differenziati. A questo proposito, non si può non considerare come in regime ordinario, attenuato e in misura domiciliare la fase di fine pena sembri corrispondere ad una sostanziale crisi nell'incontro con il "fuori" e, conseguentemente, ad un peggioramento nella condizione di abuso/dipendenza, condizione che tende a protrarsi - anche se con minore intensità e forse con modalità compensatoria rispetto al rischio di contatto con le sostanze illegali - anche al *follow-up* ad un anno.

Solo il **percorso comunitario** sembra proporre una radicale modificazione del rapporto con la sostanza alcool, sfruttando probabilmente la forte assertività dell'indicazione terapeutica "alcool=sostanze" o "alcool=più facile reingresso verso le sostanze (ricaduta)", indicazione che risulta però fragile in quanto non in grado di mantenere, a distanza di 12 mesi, le sue promettenti

prospettive. La risultanza ad un anno è infatti connotata da una rilevante recrudescenza nel rapporto con l'alcool anche nella misura comunitaria.

Il rapporto con le sostanze psicotrope è invece connotato da più confortanti indicazioni. Sia nel regime ordinario che in quello attenuato e, soprattutto, **nelle misure comunitarie e domiciliari il freno alla ricaduta tossicomana è rilevante**. Non potendo trascurare le differenze percentuali che indirizzano ad un miglioramento nel rapporto 1/3 o 1/4, rispettivamente per le misure domiciliare e comunitaria, rispetto al rapporto 1/2 nel regime ordinario e attenuato, si deve considerare come la presa in carico intensiva effettuata da tutte le tipologie di esecuzione pena influisca decisamente nel migliorare le strategie di *coping* al rischio di ricaduta tossicomana.

a) **L'area legale** sembra, in prospettiva, quella meno intaccata dalle diverse opzioni di pena: in tutte si considera un peggioramento della condizione globale con picchi di gravità sostanzialmente omogenei e più consistenti soprattutto alla fine dell'esecuzione, piuttosto che al *follow-up*. Ciò starebbe a confermare che la **fase del fine pena** è quella più drammaticamente interessata alla **re-ridiva penale** e richiede il maggior supporto e il più consistente reperimento di risorse finalizzate al contenimento della deriva delinquenziale.

b) Infine, le aree delle **relazioni familiari/sociali e della condizione psichica** possono essere "lette" insieme, pur facendo sempre riferimento ai limiti di una osservazione che non prevede la rilevazione preliminare e la tipizzazione delle popolazioni in oggetto, o tanto più delle sottopopolazioni, secondo fattori di rischio familiare e psicopatologico. Fatte salve tali considerazioni metodologiche, si può considerare come la fase di fine pena veda inevitabilmente un costante peggioramento sia delle relazioni familiari/sociali che della condizione psichica negli ambiti di esecuzione ordinaria ed attenuata, mentre **le misure comunitarie e domiciliari** sembrano mantenere una sostanziale stabilizzazione nel tempo e accelerare il **miglioramento di tali parametri** al *follow-up*. Nei fatti, anche se con maggiore lentezza, tale miglioramento appare evidente al *follow-up* longitudinale anche per quanto riguarda la condizione di esecuzione ordinaria e attenuata.

Si è già osservato, in altra parte del presente studio, come i dati rilevati sulla documentazione esistente presso i Servizi pubblici per le tossicodipendenze non abbiano potuto fornire informazioni più significative sui processi di reinserimento sociale delle persone tossicodipendenti sottoposte ad esecuzione penale, con fine pena

nel corso del 2001, a causa del limitato periodo di *follow-up* (durata massima 12 mesi) e della impossibilità di disporre di ulteriori dati, dotati di intrinseca attendibilità, acquisendoli direttamente da altre banche dati.

In tale prospettiva, limitando il discorso alle persone sottoposte ad esecuzione penale esterna e, quindi, ai detenuti tossicodipendenti ammessi alla misura alternativa dell'affidamento terapeutico previsto dall'art. 94 del D.P.R. n. 309/1990, il gruppo degli esperti ha condiviso una valutazione di possibile *sviluppo della presente indagine*, attraverso una evoluzione della stessa che coinvolga direttamente i Tribunali di sorveglianza ed i Centri di Servizio sociale per adulti dell'Amministrazione penitenziaria, al fine di poter confrontare gli elementi in possesso delle diverse Istituzioni coinvolte e portare a compimento un efficace monitoraggio sull'andamento delle misure alternative alla detenzione disposte nei confronti di condannati tossicodipendenti, con particolare riguardo all'eventuale insorgenza - al termine del trattamento o alla fine dell'espiazione della pena - di eventi recidivanti, sia da un punto di vista sanitario (ricadute nell'abuso di sostanze stupefacenti o alcoliche), sia da un punto di vista più strettamente penale.

La riflessione, originata dall'analisi di precedenti elaborazioni sul tema del reingresso penitenziario (Sistema di giustizia penale e reingresso in carcere, coordinata dal prof. Ernesto Savona per conto dell'EURIST e pubblicata dall'Ufficio Studi del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria nel 1989), può risultare - se tradotta in ambito operativo - di grande utilità proprio in relazione a quella particolare categoria di condannati costituita dalle persone affette da problemi di tossicodipendenza.

Si è osservato infatti, in quella ricerca, come - nell'analisi della funzione del carcere come sanzione penale - il regresso, per i suoi alti costi e per i suoi scarsi benefici, possa essere considerato come indicatore dell'*inefficienza della stessa sanzione carceraria* e, quindi, come presupposto della inutilità della pena detentiva se non utilizzata selettivamente.

L'implementazione di un progetto di ricerca che voglia porsi l'obiettivo di una visione globale del trattamento penitenziario e terapeutico del condannato tossicodipendente, in rapporto alle diverse tipologie di espiazione della pena già esaminate nel presente studio, non può, invero, prescindere dall'analisi dei dati prodotti ed acquisibili presso i Tribunali di sorveglianza ed i Centri di servizio sociale, in una prospettiva che può costituire un'utile anticipazione di ricerche che si propongano di valutare l'efficacia di tutto il sistema penitenziario e delle misure alternative alla detenzione,

particolarmente in relazione all'obiettivo risocializzante che la Costituzione assegna alla sanzione penale.

Si consideri, infatti, che una recentissima indagine statistica condotta, senza alcuna pretesa di scientificità, su dati in possesso del Tribunale di sorveglianza di Roma ha evidenziato, proprio in tema di condannati tossicodipendenti, risultati di sicuro interesse per l'Amministrazione penitenziaria. Nell'esaminare l'andamento delle misure alternative concesse dal Tribunale a persone - libere o detenute - condannate che abbiano chiesto di espiare la pena detentiva utilizzando la misura dell'affidamento in prova al servizio sociale di tipo terapeutico (art. 94 D.P.R. n. 309/1990), si è potuto accertare che, a fronte di *420 misure concesse* nel corso degli anni 2001 - 2002, il fenomeno della successiva *revoca del beneficio*, per violazione delle prescrizioni, per ricaduta nell'uso di sostanze, per abbandono spontaneo del programma terapeutico o per la commissione di successivi reati, ha interessato *36 condannati* che, a seguito della revoca della misura, hanno fatto ritorno in carcere.

Il dato riportato, estrapolato da un serie di provvedimenti giurisdizionali, appare, già di per sé, significativo. Il confronto dello stesso con gli elementi in possesso dei Centri di servizio sociale e dei servizi pubblici per le tossicodipendenze - responsabili direttamente o indirettamente della esecuzione del programma terapeutico alternativo al carcere - sarebbe, in tale prospettiva, di grande utilità per l'intero sistema della giustizia penale.

8. Conclusioni

Il quadro complessivo della ricerca, che si è cercato di delineare nel presente articolo, autorizza il gruppo degli esperti a svolgere le seguenti considerazioni conclusive.

I dati selezionati ed analizzati nell'ambito della ricerca rappresentano, invero, una fotografia estremamente attendibile dei processi di recupero terapeutico socio-riabilitativo di soggetti tossicodipendenti coinvolti nell'esecuzione penale, anche con riferimento alla diversa tipologia e durata degli interventi terapeutici attivati ed alle modalità di esecuzione della pena. La ricchezza delle informazioni acquisite e la loro messa a disposizione di quanti vogliano continuare a riflettere sul tema, giustifica ampiamente l'impegno profuso dagli operatori e dai Servizi coinvolti.

E, tuttavia, i limiti metodologici del campionamento, inevitabili nell'approssimazione della ricerca in questi ambiti, anche a livello internazionale, e la scarsità di indicazioni prospettiche che solo

una valutazione a 3 - 5 - 10 anni può offrire, suggeriscono una decisa **indicazione operativa** verso una necessaria rielaborazione dei dati oggi raccolti con successive stratificazioni nel tempo, che tenda ad una riproposizione, a distanza di un congruo numero di anni, degli strumenti di indagine per verificarne l'assestamento longitudinale.

Il presente studio sembra offrire, in definitiva, l'occasione per riflettere sull'estrema utilità di proseguire, non solo nel campo della tossicodipendenza, lo svolgimento di indagini di *follow-up* con l'obiettivo di delineare dei percorsi tipo che possano risultare validi *predictor* della maggiore o minore risposta individuale e collettiva, in vista della individuazione e selezione di protocolli terapeutico-riabilitativi e di espiazione della pena tali da ottimizzare e migliorare le scelte del personale sanitario, socio-assistenziale e penitenziario.

I risultati della ricerca orientano, dunque, per un'ancora più decisa valorizzazione dei progetti di studio che, tenuto conto delle particolari caratteristiche dell'utenza oggetto di esecuzione pena nella realtà italiana, specie se connotata da problemi di tossicodipendenza, si conformino alle affermazioni generali di settore secondo le quali solo la valutazione multidimensionale dei soggetti coinvolti nell'esecuzione penale può offrire indicazioni attendibili - retrospettivamente - sui loro percorsi di malattia e, prospetticamente, sulle loro possibilità di evoluzione nel tempo. Più in particolare, le conclusioni della presente ricerca - limitata ai soggetti tossicodipendenti - indirizzano verso una replica della stessa, attraverso una sua estensione su popolazioni più ampie, tanto da poter essere tipizzate con indicatori sempre più accurati e specifici. In tale prospettiva, potrà essere utile coinvolgere in successivi progetti di ricerca altri enti ed organismi istituzionali (Tribunali di sorveglianza, Centri di servizio sociale per adulti, Uffici centrali che gestiscono le banche dati del sistema giustizia) in grado di fornire autonomi contributi di conoscenza e di esperienza per l'adozione di strumenti di riscontro e di verifica dell'evoluzione dei percorsi di risocializzazione di persone condannate al termine di trattamenti riabilitativi svolti in ambito penitenziario o nella comunità.