Laboratorio Droghe e Carcere (coordinamento: Grazia Zuffa e Maria Stagnitta)

Il lavoro del laboratorio si è svolto attraverso due incontri: il 28 novembre 2018, all'interno della giornata preparatoria del convegno "Carcere e Giustizia, ripartire dalla Costituzione", quando sono stati varati tutti i laboratori; e l'11 gennaio 2019, quando si sono precisati gli ambiti di interesse all'interno della vasta tematica "droghe e carcere" e si sono approfondite alcune tematiche specifiche (come le alternative terapeutiche alla detenzione, vedi oltre).

All'incontro dell'11 gennaio hanno partecipato, oltre alle coordinatrici, Daniela Brotini, Franco Corleone, Neva D'Odorico, Michela Guercia, Massimo Urzi, Luca Maggiora, Patrizia Meringolo, Elisabetta Giannelli, Gino Paolini.

In più, sono stati prodotti e messi in circolazione alcuni contributi scritti (di Henri Margaron, Neva D'Odorico, Maria Stagnitta e Grazia Zuffa), che vengono allegati in appendice.

Finalità e confini tematici e temporali del laboratorio

In premessa, è stata precisata la finalità del laboratorio, di scelta e di approfondimento di alcune questioni relative al problema "droghe e carcere", mantenendo il collegamento col filone del convegno, centrato sulla crisi del sistema penale e carcerario rispetto al dettato costituzionale; e col pensiero di Alessandro Margara sullo specifico della politica penale delle droghe. Lo strumento "laboratorio" ha permesso a nostro avviso di raccogliere la pluralità dei punti di vista e di valorizzare le varie competenze.

Per queste ragioni, si è previsto che il laboratorio continui anche dopo il convegno e si sono indicati alcuni argomenti da approfondire (in particolare, l'impostazione dei programmi terapeutici alternativi al carcere, in relazione ai nuovi trend dei consumi e al nuovo modo di "leggere" il consumo di droga e la dipendenza).

I temi: la normativa penale e la sua applicazione

Seguendo il filo del pensiero di Alessandro Margara, abbiamo incontrato il tema della normativa penale e della sua applicazione quali ambiti principali della sua elaborazione.

Nel dibattito pubblico, si osserva una persistente mancanza di attenzione al "nocciolo duro" della questione droga, nel suo inquadramento penale con i vasti risvolti di criminalizzazione (il 30% degli ingressi in carcere riguarda persone incriminate per reati di droga). Il focus principale è sempre concentrato sulla farmacologia delle sostanze, la loro nocività, la capacità di indurre dipendenza. L'idea di una correlazione diretta fra droghe e crimine (la dipendenza spingerebbe a commettere reati), pur non essendo suffragata sul piano scientifico, è tuttavia molto diffusa (si vedano oltre alcuni approfondimenti).

Tutto ciò è coerente con l'approccio punitivo-proibizionista, che giustifica la proibizione sulla base della farmacologia di alcune sostanze, ritenute totalmente dannose e non "controllabili" (a differenza dell'alcol, che infatti è regolato socialmente, non penalmente).

Solo nel pieno del dibattito sul sovraffollamento carcerario dopo la sentenza CEDU di condanna dell'Italia, si è imposto nell'opinione pubblica e nei media il collegamento fra le norme proibizioniste della Fini Giovanardi e lo stato delle prigioni sovraffollate. Ciò ha portato all'abrogazione delle norme più punitive della legge antidroga da parte della Corte Costituzionale e ad alcune modifiche di alleggerimento penale (come l'inserimento di una fattispecie specifica dell'art.73/309 di "fatti di lieve entità", con diminuzione delle pene).

Tuttavia, rimane un limite di fondo: la riduzione dell'impatto carcerario delle droghe è perlopiù rappresentata in termini di "alternative terapeutiche", non di riduzione delle pene e di eliminazione della pena carceraria per i reati minori.

Come già ricordato in precedenza, i "danni collaterali" della legge antidroga, in termini di criminalizzazione dei consumatori e di impatto punitivo eccessivo sui piccoli spacciatori, sono stati in molti scritti denunciati da Margara, al quale peraltro si deve anche una acuta analisi delle Convenzioni Internazionali e della loro involuzione in senso proibizionista (distaccandosi dall'intento iniziale di controllare il traffico, non di punire i consumatori).

Si veda il volume a cura di Franco Corleone e Alessandro Margara (2010), *Lotta alla droga. I danni collaterali*.

Monitoraggio e valutazione delle politiche penali

Il monitoraggio dell'impatto penale e carcerario della normativa antidroga ha costituito parte importante dell'attività di *advocacy* di alcune ONG italiane attraverso i Libri Bianchi (promossi da Società della Ragione e Forum Droghe col coinvolgimento di CNCA, CGIL, Antigone, Lila e altri). E' un lavoro di valutazione della normativa antidroga che va avanti da oltre dieci anni. Si vedano gli ultimi dati 2017 nel Nono Libro Bianco sulle droghe (edizione 2018 https://www.societadellaragione.it/2018/06/27/nono-libro-bianco-sulle-droghe/).

L'abrogazione delle parti più importanti della legge Fini Giovanardi a opera della Consulta nel 2014 ha portato a una diminuzione dell'impatto penale (essendo stata reintrodotta la distinzione fra droghe leggere e pesanti). Nella stessa direzione è andata l'introduzione dell'ipotesi di "lieve entità" come fattispecie autonoma (e non più come semplice attenuante). Infatti, nel 2014 e 2015 si è registrato un calo della percentuale di ingressi in carcere per reati di droga. Tuttavia, dal 2016/2017 risale la percentuale di ingressi in carcere per violazione art.73 (il 29,4 nel 2017) e si conferma la tendenza a concentrarsi sui "pesci piccoli"; crescono anche gli ingressi di detenuti tossicodipendenti (ora al 34,05% del totale); le persone coinvolte in procedimenti penali pendenti per art.73 e 74 sono oltre 200.000, in aumento per il 73 del 2,7%. Infine, *le persone denunciate per reati di droga subiscono per la gran parte la custodia cautelare (71%)*.

Ciò suggerisce una pista di lavoro: verificare com'è utilizzata la nuova fattispecie di ipotesi di "lieve entità" in relazione alla carcerazione; verificare il peso delle politiche repressive generali.

La ricerca sull'impatto della legge antidroga sul carcere

E' di grande rilievo l'attività di ricerca sui reati di droga, iniziata nel 2009 (per iniziativa di Forum Droghe e Fondazione Michelucci) tesa a verificare l'ipotesi che la gran parte delle incarcerazioni per droga riguardi infrazioni minori (riportata nel volume sopracitato "*Lotta alla droga. I danni collaterali*". Questo tipo di ricerca è proseguita nel 2013, allargando l'indagine alle più importanti carceri toscane https://www.fuoriluogo.it/ricerca/progetto-carcere-e-droghe-un-modello-formativo-per-buone-pratiche-di-accoglienza-2012-2015/#.XD4UrC-h0_M.

E' in fase finale un ulteriore step di ricerca (condotta dalla Fondazione Michelucci su commissione dell'Ufficio del Garante dei detenuti della Toscana). I risultati dovrebbero essere oggetto di discussione nel convegno.

Nell'insieme, gli studi sopracitati hanno non solo mostrato il peso preponderante dei reati minori nel volume della carcerazione, ma anche la difficoltà a reperire i dati per poter effettuare questo tipo di valutazione.

Da un punto di vista politico, le ricerche fin qui condotte svelano il carattere retorico mistificatorio del discorso pubblico intorno alla droga. Si dice infatti che la legislazione antidroga non ha nel mirino i pesci "piccoli" (né tantomeno i consumatori), ma i trafficanti; che i tossicodipendenti non devono stare in carcere, ma in trattamento; che bisogna superare il "carcere dei poveracci". Si dimostra invece che la repressione "punta al basso".

I reati di droga di "lieve entità": il dibattito internazionale

Valutare quanto i reati minori di droga incidano sul volume dell'incarcerazione è cruciale anche nello scenario internazionale. Il movimento internazionale riformista ha infatti fra i suoi obiettivi la "de-carcerizzazione" dei reati minori di droga, sulla base del rispetto del principio di

proporzionalità delle pene con l'entità del reato. Ciò è in conseguenza della nuova attenzione ai diritti umani, sulla base della denuncia che le politiche internazionali di "guerra alla droga" non hanno tenuto nella dovuta considerazione la tutela dei diritti umani, che rimane la *mission* primaria delle Nazioni Unite. L'analisi di Margara già ricordata sull'interpretazione delle Convenzioni internazionali e sul loro impatto sulla legislazione italiana, può fornire una traccia di lavoro importante.

Riforme legislative

Si rimanda alla proposta di legge a suo tempo elaborata da un gruppo di lavoro promosso dalla Società della Ragione "Modifiche al testo unico 309/90 in materia di depenalizzazione del consumo di sostanze stupefacenti, di misure alternative alla detenzione, di programmi di riduzione del danno", in gran parte ispirate da Margara stesso: imperniate sul superamento dell'illiceità del consumo e sulla riduzione delle pene per lo spaccio; e sulla revisione delle alternative al carcere per tossicodipendenti. Il nuovo impianto dell'art.73 del 309 esclude dalla penalità la detenzione di droga se non a finalità di spaccio e traffico, permettendo così una reale depenalizzazione dell'uso personale. Inoltre risulta depenalizzata tanto la coltivazione di cannabis a uso personale individuale, quanto la coltivazione di cannabis in forma associata per uso personale (art.73 ter).

Il testo delle proposte è presente nel Nono Libro Bianco 2018, pp.93 sgg. https://www.societadellaragione.it/2018/06/27/nono-libro-bianco-sulle-droghe/).

Le alternative al carcere per consumatori e dipendenti: gli ostacoli allo sviluppo

Come si può vedere anche dai contributi allegati, la discussione del laboratorio si è in larga parte dispiegata sul problema delle alternative al carcere per tossicodipendenti.

E' stato osservato un trend in discesa per le alternative, nonostante le norme siano sulla carta molto ampie (al di sotto dei sei anni, con notevole discostamento dai quattro anni per l'affidamento ordinario). Le ragioni della difficoltà di applicazione sono molteplici: il primo problema riguarda la diagnosi di dipendenza. La disciplina dell'affidamento terapeutico è stata costruita sull'idea del tossicodipendente da eroina, già in carico ai servizi (questa è ancora la tipologia di utenza prevalente nei SerD), la cui dipendenza è facilmente riconfermabile dai test urinari. Ma i modelli di consumo sono molto cambiati, così come le droghe usate sono oggi più varie. Inoltre la classificazione fra "dipendenti" e "consumatori", invalsa seguendo le direttive di Serpelloni, ha reso più difficile la diagnosi e irrigidito l'accesso (oltre a creare vistose incongruenze fra carcere e carcere nella suddivisione delle due categorie). In più, i tanti consumatori/dipendenti che non sono in carico ai servizi devono pagare i test, il che costituisce un disincentivo.

Un secondo disincentivo è costituito dalla scelta pressoché esclusiva dei magistrati per i programmi in comunità. Il percorso di "rigenerazione" legato all'astinenza, e la filosofia di rieducazione in chiave comunitaria, sono oggi elementi difficili da comprendere. Così come sono difficili da accettare le tante regole della comunità, alcune delle quali, come la limitazione delle visite dei familiari, sono in contrasto con le linee riabilitative del trattamento carcerario. A ciò si aggiunga che l'utenza delle comunità è oggi in gran parte costituita da detenuti in alternativa, il che rischia di cambiare i caratteri della comunità, col trasferimento al suo interno di dinamiche "carcerarie", quali le dinamiche di potere fra gli utenti.

Esiste dunque un problema di indirizzo della Magistratura, che sceglie quasi sempre l'alternativa terapeutica (art.94) e non quella ordinaria (art.47), seguendo la cultura dominante che vede il reato del tossicodipendente in relazione causale con lo stato di tossicodipendenza.

Si è anche detto che lo stigma del "tossico" agisce in tutte le fasi del procedimento penale: si veda l'accusa di "uso strumentale" del certificato di tossicodipendenza; oppure la tendenza a non considerare come fattori incidenti sulla dipendenza gli elementi di "normalità" e di "stabilità" sociale della persona dipendente, con l'idea che solo la guarigione dalla "malattia" della dipendenza

possa dare garanzie per il futuro. Per la stessa ragione, è spesso comminata la misura cautelare anche per l'ipotesi di lieve entità, seppure nella forma meno afflittiva degli arresti domiciliari.

Programmi terapeutici per dipendenti da sostanze: quanto sono adeguati?

Si è detto che i giudici si orientano quasi sempre per programmi di comunità, e spesso respingono programmi territoriali presso i SerD. Si è anche osservato che molti programmi predisposti dai SerD sono banali e ripetitivi, poco personalizzati: perlopiù consistenti in controlli urinari e colloqui al SerD. Questa osservazione apre un terreno di lavoro in larga parte da dissodare, spostando l'attenzione alla qualità delle terapie proposte (oltre le norme penali che regolano le alternative). In altre parole, i programmi per la dipendenza chiamano in causa l'interpretazione dell'uso di droga come "malattia", su cui sono costruiti.

Non solo è cambiata la tipologia di consumatori che finiscono in carcere, molto più variegata rispetto al "tossico" da eroina, come già detto; è anche cambiato il paradigma di interpretazione dell'uso di droga e vacilla il concetto stesso di "dipendenza" (si veda il DSMV che ha abbandonato la vecchia classificazione di abuso e dipendenza, per scegliere la dizione "disordine da uso di sostanza"). Seguendo il paradigma dell'apprendimento sociale, il consumo va letto all'interno della "struttura di vita" della persona ed è soggetto a oscillazioni (verso l'uso intensivo, ma anche verso una maggiore moderazione), seguendo i mutamenti ambientali. Ad esempio, la ricerca dimostra l'importanza degli "eventi di vita" e della "struttura di vita" della persona nel modellare e modulare i consumi. In questa direzione, sono fondamentali gli studi sul "recupero naturale" (natural recovery) dei consumatori intensivi, senza ricorso ai servizi, alla ricerca delle componenti che hanno influito positivamente: poiché offrono una chiave per migliorare la qualità dei programmi terapeutici (si veda ad esempio Jim Orford (2001), Excessive Appetites. A Psychological View of Addictions, e, a cura di Grazia Zuffa e Susanna Ronconi (2017), Droghe e autoregolazione. Note per consumatori e operatori. In breve, la nuova prospettiva prevede programmi molto più flessibili e brevi, non più indirizzati unicamente all'astinenza, ma con un arco di obiettivi ampio, che spazia in tutta l'esperienza di vita della persona, in ambito relazionale e in ambito sociale: sulla base dell'indicazione che la qualità e la stabilità della struttura di vita funzionano come fattori di "moderazione" nell'ambito dei consumi.

Nell'ambito delle alternative al carcere, tutto ciò ipotizza un avvicinamento delle alternative terapeutiche all'affidamento ordinario. Peraltro, questa era stata anche l'intuizione di Alessandro Margara, che aveva elaborato un articolo intitolato "Programma di reintegrazione sociale nell'ambito del programma terapeutico riabilitativo" (vedi la citata proposta di riforma in appendice al Nono Libro Bianco). Rispetto alla legge attuale, va ricordata l'opposizione di Margara all'innalzamento del tetto dei sei anni per le alternative dei tossicodipendenti, per molte ragioni, fra cui la critica al "paternalismo autoritario" che le ispirava. Dovremmo dunque sostenere con forza l'orientamento a privilegiare l'affidamento ordinario, con programmi di reintegrazione sociale, centrati su offerta di lavoro, di abitazione e di reddito di sussistenza. Si è anche osservato che questa tendenza implicherebbe un cambiamento del ruolo del SerD dentro il carcere.

Prospettive di lavoro

1) Come si è detto, i partecipanti al laboratorio si propongono di continuare il lavoro dopo il convegno approfondendo la questione dei contenuti e dell'orientamento dei programmi terapeutici alternativi, in relazione al nuovo modo di leggere l'uso intensivo/dipendenza da droghe. Affrontando da questo punto di vista anche il nodo dell'utilizzo quasi esclusivo dell'art.94 (invece del l'art.47). Si può pensare *a una giornata seminariale*. Nell'intento di ragionare sulle pratiche (oltre le norme), si potrebbe partire dalla discussione di casi significativi che i partecipanti al laboratorio dovrebbero selezionare, prima di affrontare i nodi teorici relativi.

- 2) Sempre nell'ambito del laboratorio si propone di discutere la nuova ricerca della Fondazione Michelucci (su Commissione dell'Ufficio del garante) nelle principali carceri toscane circa l'impatto dei reati di droga.
- 3) La questione dell'offerta sanitaria dentro il carcere andrebbe dibattuta, specie riguardo la riduzione del danno (misure di prevenzione HIV con disponibilità di siringhe pulite e preservativi, misure di prevenzione overdose con disponibilità di naloxone, programmi di prevenzione overdose in vista del rilascio), ancora largamente disattesa in carcere.

APPENDICE: i contributi dei partecipanti

Alternative terapeutiche alla detenzione. Il dibattito internazionale (di Grazia Zuffa)

In Italia, i dati del Nono Libro Bianco e della Relazione al Parlamento 2018 confermano l'irrilevanza dell'affidamento terapeutico (3.146 sono i condannati ammessi all'affidamento terapeutico al 31/12/2017, a fronte di un totale di 14.535 affidamenti al 31/12/2017). Il rapporto droga-carcere ha subito diverse declinazioni nel corso del tempo, a seconda delle diverse culture. Nelle culture anglosassoni, l'attenzione è sul rapporto droga-crimine. Il crimine sarebbe l'inevitabile risultato dell'uso di droga, dunque eliminando o riducendo il consumo, si ridurrebbe il crimine e l'incarcerazione. Questo teorema si basa in larga parte su un'interpretazione dell'uso di droga e della addiction, centrato sull'interazione fra l'organismo e le proprietà farmacologiche della sostanza (aumento dell'aggressività, costrizione a delinquere dallo stato di dipendenza) (Goldstein, 1985). Nonostante questo paradigma abbia offerto il fianco a numerose critiche in ambito criminologico, è sopravvissuto fino a oggi e ha ampiamente influenzato le politiche antidroga. In particolare, ha promosso l'idea del trattamento come strumento per ridurre il crimine. Il Regno Unito è uno dei paesi che più ha lavorato su questa falsariga. Nel 2003 sono stati introdotti i *Drug* Rehabilitation Requirements. Le persone sono "precettate" a passare un certo numero di ore presso i servizi, per un periodo da sei mesi a tre anni, sottoposte a test antidroga, a supervisione e verifica delle Disposizioni (Orders). Se commettono un crimine, o non adempiono alle disposizioni "terapeutiche" della sentenza, tornano in tribunale: "Il giudice può decidere di emettere una nuova sentenza, spesso di invio in carcere, oppure può rinnovare le Disposizioni aggiungendo altri obblighi" (Stevens, 2011, 88sgg.). L'idea di trattare i "tossici" per combattere il crimine è figlia del "paradigma attuariale", teso alla pura "gestione del rischio" criminalità, avendo abbandonato ogni ambizione di lettura sociale dei fenomeni criminali e rinunciato ad ogni azione tesa alla trasformazione sociale (De Giorgi, 2000). Nell'ottica di gestione del rischio, l'attenzione è dunque rivolta al controllo, il più efficace ed efficiente possibile, dei soggetti devianti. Da questo punto di vista, l'imputazione alla droga dell'agire criminale (come effetto bio chimico e come fattore "strutturante" la personalità criminale), è perfetta per "gettare il biasimo" sull'individuo, oscurando le responsabilità collettive. Quanto alle forme di controllo, la commistione fra trattamento e sistema penale permette di offrire a quest'ultimo una nuova legittimazione, basata sull'oggettività della lettura (sedicente) "scientifica" della dipendenza. Al tempo stesso, l'enfasi sulla "riabilitazione" (al di fuori del carcere) del (piccolo) criminale asseconda gli appelli umanitari. Due aspetti che costituiscono uno scudo efficace contro i richiami alle ineguaglianze sociali, e al loro ruolo nella questione droga: a iniziare dal fatto che "le pene, deliberatamente inflitte, del

controllo antidroga si sono di solito riversate molto più pesantemente sui poveri e sulle minoranze" (Stevens, 2011, 95). Anche in Italia ha avuto fortuna lo slogan bipartisan "i tossicodipendenti non devono stare in carcere" e su questa linea il tetto di pena per l'affidamento terapeutico è stato progressivamente innalzato fino agli attuali 6 anni, con un crescente divario fra il tetto per l'affidamento "ordinario" (3 anni) e l'affidamento speciale "terapeutico" (6 anni).

A livello internazionale, il movimento di riforma della politica delle droghe vede con favore i programmi terapeutici alternativi al carcere, pur avendo presenti le criticità, la più importante delle quali riguarda il fatto che le alternative alla detenzione non hanno mai storicamente ridotto il volume della carcerazione per reati di droga né il numero di assuntori detenuti. Per un approfondimento del dibattito sulle alternative terapeutiche si veda anche http://scienceandethics.fondazioneveronesi.it/wp-content/uploads/2017/07/FSE-2-1-ZUFFA.pdf.

Devianza e trattamento delle dipendenze

(di Neva D'Odorico)

Fino a questo momento è mancata un'attenta ed approfondita analisi dei dati relativi al **trattamento delle dipendenze**, in cui sentirei il bisogno di far rientrare tutte le fattispecie di dipendenza, non solamente quelle da sostanze stupefacenti ma anche da alcool, farmaci ecc., che qui vengono escluse, quando rappresentano un aspetto molto peculiare che accompagna molta utenza sia penitenziaria che non ed è elemento scatenante in molte tipologie di reato. L'acool è una sostanza molto più subdola delle altre, e la relativa diagnosi di dipendenza e relativo trattamento terapeutico sono abbastanza complessi.

Nella mia ormai trentennale esperienza presso gli UEPE, e pertanto in stretta collaborazione sia con gli istituti di pena che con i Ser.D. (che appunto hanno cambiato denominazione proprio per non contrassegnarsi unicamente come servizi per le tossicodipendenze), mi sono dovuta misurare con un crescente senso si frustrazione e spesso di sconfitta di fronte alle carenze ormai croniche di tali servizi, in particolare sul piano terapeutico, a fronte di un crescente aumento dell'utenza, che purtroppo spesso diventa utenza cronica, a vita. Utenti che nonostante siano in carico a tali servizi da decenni (spesso 20/30 anni), non riescono minimamente ad affrancarsi dalla dipendenza, che spesso passa da una sostanza a un'altra, dall'eroina alla cocaina o all'alcool. Tale fallimento sociale e professionale meriterebbe una maggior attenzione da parte in primis degli operatori coinvolti nel trattamento, e necessariamente da parte dalle istituzioni che dovrebbero investire maggiormente anziché in trattamento prettamente farmacologico (metadone), nella cura e nella ricerca di ipotesi di trattamento maggiormente efficaci ed incisive.

Vorrei sottolineare che i numerosi casi di detenuti con problematiche annose di dipendenza non finiscono in carcere unicamente per le carenze della relativa legislazione, ma spesso tornano in carcere per i plurimi fallimenti dei programmi terapeutici sperimentati, spesso anche con le misure alternative. O per le ricadute negli abusi avvenute anche dopo un positivo completamento dei percorsi terapeutici effettuati. Andrebbe inoltre distinto caso per caso, in quanto diverso è parlare di violazione ex art.73 per un detenuto, TD dichiarato e certificato, rispetto ad altro detenuto che ha violato l'art.73 non perché "costretto" dalla dipendenza, ma unicamente per fini di lucro (spaccio puro). Inoltre spesso i detenuti TD e alcool dipendenti non finiscono in carcere solo per violazione DPR 390 ma anche per reati contro il patrimonio o altro.

Sarebbe doveroso da parte dei servizi territoriali aprire tavoli di studio per un'analisi sull'efficacia dei piani terapeutici posti in essere, che nel caso delle misure alternative ai sensi dell'art.94 DPR 309/90 si esauriscono unicamente in:

controlli urine (che non ha alcuna valenza terapeutica ma di mero controllo)

colloqui periodici (spesso a cadenza quindicinale se non addirittura mensile) con gli operatori di riferimento

Di fronte alla complessità del fenomeno della dipendenza e delle sue implicazioni con la devianza, la trasgressione delle norme e la violazione della legge, appare riduttivo perpetrare programmi standardizzati, stantii e privi di efficacia.

Gli stessi utenti dei Ser.D. lamentano spesso il non senso di tali progetti, che vengono richiesti unicamente per evitare il carcere. Ma che vengono spesso seguiti senza impegno e coinvolgimento per la mancanza di una vera reale motivazione e per i limiti dei fallimenti lasciati alle spalle.

Le radici della dipendenza spesso affondano in storie socio-familiari complesse e problematiche, in eventi traumatici che non sempre vengono adeguatamente attenzionati dagli operatori stessi. Gli stessi strumenti trattamentali appaiono obsoleti e non adeguati per la loro dimostrata inefficacia, visto il perdurare delle problematiche per anni e decenni. Nonostante i plurimi programmi tentati, e il loro reiterato fallimento.

Per questo spesso il rientro in carcere di un soggetto dipendente non va analizzato unicamente come fallimento normativo, ma anche come fallimento trattamentale e terapeutico.

Programmi terapeutici alternativi, le ragioni della crisi

(di Maria Stagnitta)

Carcere e droga

Il carcere continua a essere il contenitore/luogo presente nelle biografie delle persone tossicodipendenti e/o consumatori di sostanze:

- lo era negli anni 60/70 in cui l'unica alternativa consisteva nell'ospedale psichiatrico
- lo era negli anni 80 nonostante la legge 685
- lo era negli anni 90 la Jervolino Vassalli introdusse fra le varie modifiche la detenzione per uso personale di cui si limitarono i danni con il referendum abrogativo
- ha continuato ad esserlo negli anni 2000 con la Fini Giovannardi che, secondo il presupposto che occorreva innalzare la pena per favorire i percorsi di cura, ha da una parte, aggravato le pene per i reati droga correlati e, dall'altra, ha ampliato la possibilità, per le persone alcoldipendenti e tossicodipendenti disponibili a intraprendere trattamento di cura di beneficiare di opportunità alternative allo stato di detenzione (fino a un cumulo di pena di sei anni di condanna).
- continua ad esserlo oggi....

Sul piano normativo, ci sono diverse possibilità per le persone tossicodipendenti e alcoldipendenti che si trovano in carcere, in attesa di giudizio o condannate in via definitiva, per poter beneficiare di opportunità alternative allo stato di detenzione.

In pratica, la situazione è molto più complessa.

Molti detenuti non escono dal carcere anche se ne avrebbero diritto! I motivi della parziale applicazione del dispositivo legislativo sono molteplici: scarsa informazione tra i detenuti (in particolare stranieri); la parziale assenza di assistenza giuridica da parte degli avvocati difensori; l'esiguità temporale di molte condanne; il debole investimento dei servizi; la scarsa dotazione di risorse umane e finanziarie economiche e di altri strumenti (quali alloggi sociali, borse lavoro, ect); l'orientamento della Magistratura, teso a privilegiare la comunità terapeutica, il budget, sempre più ridotto, a disposizione dei SerD, per l'inserimento di detenuti nelle C.T.; la fatica di molte comunità ad accogliere persone provenienti dal carcere.

Pene alternative le criticità

<u>La diagnosi di dipendenza</u>: Le Linee d'indirizzo 2011 del Dipartimento nazionale Politiche Antidroga hanno irrigidito i criteri: sbilanciati sul versante biomedico (ICD IX CM);

classificazione fra "consumatori" e "dipendenti". Tuttavia il ricorso a "prove oggettive", oltre a non essere in grado di rilevare la complessità del fenomeno dipendenza, necessita di test clinici molto costosi a spese del detenuto gli effetti discriminatori di queste procedure sono evidenti.

Le difficoltà di diagnosi sono accentuate dal cambiamento degli stili di consumo generali e della popolazione di tossicodipendenti presenti in carcere, con il passaggio da una forte (e quasi esclusiva) presenza di eroinomani ad una maggioranza di poliassuntori o consumatori di cocaina o di cannabis. Per queste categorie la diagnosi di dipendenza è più complessa .

E inoltre, grazie alle recenti ricerche, si sta sempre più affermando un nuovo modello interpretativo. La presenza di nuove droghe e l'evoluzione degli stili di consumo spinge a dare sempre meno peso alla "perdita di controllo" (componente della diagnosi di dipendenza) e sempre di più ad altri tipi di parametri. Ciò significa che a livello diagnostico avremo sempre meno dipendenti nel senso classico del termine e sempre più consumatori.

Nelle carceri toscane si registra una diminuzione delle "diagnosi di dipendenza" (21,1% nel 2014 - 14, 5% nel 2017). Questa diminuzione potrebbe essere data dalle criticità di cui sopra?.

Inoltre da segnalare che: il 28,3% delle donne detenute ha una diagnosi di dipendenza da sostanze (13,9% gli uomini); il 18,5% della popolazione detenuta over 60 ha una diagnosi di dipendenza da sostanze.

La distinzione tra "consumatori" e "dipendenti" inoltre rischia di riportare in auge, nella percezione degli operatori carcerari, l'immagine del consumatore di droga come deviante/criminale.

<u>L'idoneità del programma:</u> il programma terapeutico deve essere redatto dal Servizio Pubblico la cui idoneità deve essere valutata dal Magistrato di Sorveglianza che ne decide l'ammissibilità Generalmente, il magistrato, più attento alle esigenze di sicurezza, tende a privilegiare il programma che prevede l'inserimento in una C.T. residenziale. Poiché, come si è detto, il budget a

programma che prevede l'inserimento in una C.T. residenziale. Poiché, come si è detto, il budget a disposizione dei SerD è spesso limitato, molte volte i detenuti tossicodipendenti rimangono in carcere.

Lo stesso si può dire per i soggetti in custodia cautelare in regime di arresti domiciliari (art 89). Inoltre, i provvedimenti del giudice spesso contengono prescrizioni e obblighi che condizionano la vita quotidiana della struttura comunitaria e la relazione operatore – utente con ripercussioni negative anche sull'identità professionale degli operatori. Peraltro, le modifiche normative del 2006 hanno accentuato la commistione fra penale e terapeutico, dando esplicitamente agli operatori sociali il compito scomodo di controllori

Vale la pena di riflettere più a fondo sulla dialettica di competenze fra agenzie penali e terapeutiche. Nel contesto delle alternative alla pena il mandato custodiale spesso prevale su quello terapeutico. Ma ciò non spiega del tutto lo sconfinamento giudiziario in ambito terapeutico.

L'affidamento in prova per persone con problemi di tossicodipendenza o di alcooldipendenza era stato introdotto nell'ordinamento penitenziario nel 1985, assumendo la sua forma definitiva nel 1986, come articolo 47 bis (l'articolo 47 determina le condizioni per l'applicazione dell'affidamento in prova negli altri casi). A questa normativa si era sovrapposta, nel 1990, l'introduzione dell'articolo 94 della legge n. 309, conosciuta come Jervolino-Vassalli.

Per alcuni anni il riferimento è stato quindi a due norme apparentemente identiche. Poi la legge n. 165 del 1998 ha cancellato l'articolo 47 bis tenendo in vigore soltanto l'articolo 94 della legge Jervolino-Vassalli.

Potrebbe sembrare una pura questione tecnica e di buon senso: in realtà, non è solo così. L'inserimento di questa misura esclusivamente nell'ambito del "testo unico in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" ha cambiato la cornice, favorendo l'interpretazione dell'affidamento terapeutico come misura prevalentemente curativa rispetto alla dimensione penale.

Negli anni il trattamento per eccellenza rappresentato dalla comunità terapeutica ha perso il proprio appeal, in quanto le comunità sono oggi percepite come luoghi di separazione e privazione. I trattamenti territoriali hanno acquistato sempre più spazio e popolarità fra i consumatori.

Ma come si adattano alla vita in comunità le persone che escono dal carcere? Va detto in premessa che l'opzione del programma terapeutico in CT non è scontata, proprio perché percepite come luoghi di separazione e privazione. Per le stesse ragioni, una minoranza di detenuti ha sempre rifiutato il passaggio ai carceri "a custodia attenuata", anche in presenza dei requisiti per accedervi. Ma la gran parte dei detenuti accoglie come una liberazione l'uscita dai reparti carcerari affollati e indecenti. Il problema sta proprio in questa aspettativa di "liberazione". Paradossalmente, ma non tanto, adeguarsi alle regole di vita comunitaria sembra più difficoltoso per gli ex detenuti che nutrono la fantasia di "aver voltato pagina". L'insofferenza si traduce spesso nel ritorno alle strategie relazionali tipiche della vita carceraria, iniziando dal "braccio di ferro" con chi detiene il "potere", in questo caso gli operatori della comunità.

Viene a galla l'equivoco di fondo circa la peculiare "malattia" della dipendenza e del rimedio rappresentato dalla "cura in luogo della pena". Se il disturbo da curare è il consumo di droga, la guarigione s'identifica nell'astinenza, che peraltro molte di queste persone hanno già raggiunto in carcere e conservano in comunità. Ai loro occhi, il percorso terapeutico è già finito, dunque la regolamentazione della vita comunitaria è vissuta come una sorta di afflizione aggiuntiva. Anche l'orizzonte di riabilitazione e di reintegrazione sociale è visto a portata di mano, poiché il crimine è visto in sequenza causale della tossicodipendenza. Risolta la quale, l'individuo si sente pronto a reinserirsi nella società. In parole povere, la potente fantasia salvifica guida i passi dei consumatori di droga, alla pari di quelli degli operatori. Anche se spesso per sentieri diversi.

Droga e crimine, contro luoghi comuni scientificamente infondati

(di Henri Margaron)

Intervengo sui motivi che spingono una parte della comunità scientifica ad avvalorare l'idea che le droghe possano portare il consumatore a delinquere e sul perché questa idea nonostante sia molto diffusa, è scientificamente sbagliata.

Su quale idea si basa il timore di molti scienziati? Sulla convinzione che le droghe alterino alcune delle strutture cerebrali o delle organizzazioni mentali deputate a guidarci nella vita. Per loro, la dipendenza così come la tendenza a delinquere rappresentano due delle conseguenze possibili di queste alterazioni. Sebbene si sia declinato in modo diverso, a seconda delle ipotesi scientifiche sulla natura delle strutture cerebrali o delle organizzazioni mentali alterate, questo modello è comunque la giustificazione della politica di proibizione che si è fatta sempre più dura nel corso del secolo scorso.

Da alcuni decenni le neuroscienze attraversano un periodo fruttuoso grazie alla tecnologia che permette di osservare l'attività del cervello centimetro per centimetro, addirittura cellula per cellula in casi particolari. I neuroscienziati hanno così dovuto ammettere che non esistono "strutture cerebrali particolari" e che il mistero delle nostre capacità o della coscienza si nasconde semmai in qualche algoritmo che regolerebbe il modo in cui si connettono i neuroni tra di loro. Per farvi una idea della complessità di questo sistema, chiamato anche connettoma, dovete sapere che nella sola corteccia abbiamo migliaia di miliardi di neuroni ognuno dei quali intrattiene diecine di migliaia di connessioni o sinapsi. Sappiamo anche che il cervello è composto esclusivamente di neuroni e che non esistono dei neuroni "intelligenti" poiché queste cellule non fanno altro che trasmettersi l'uno all'altro una piccola corrente elettrica per attivarsi o inibirsi reciprocamente. Nonostante questo, i sostenitori della politica della proibizione e della tolleranza zero continuano a sbandierare l'idea che le droghe alterino delle ipotetiche strutture della memoria, della conoscenza e della fruizione del piacere. Assumono, a sostegno di questa ipotesi, l'osservazione di zone con minore densità cellulare in alcuni tossicodipendenti, le quali però hanno un significato completamente diverso.

Perché allora si perpetua questa convinzione, nonostante non sia scientificamente ricevibile? Per un peccato d'orgoglio che ci coinvolge tutti: nonostante Darwin, siamo convinti di essere degli esseri particolari, addirittura creati per rispondere ad una missione particolare. Questa autogratificazione del nostro narcisismo però ci obbliga ad una dicotomia tra l'organismo e l'organizzazione mentale o la struttura cerebrale che dovrebbe guidarlo. Dicotomia che varia a seconda del modo di declinarla (corpo/cervello, mente/corpo, cervello/corpo) e che diventa fonte di molte confusioni e numerose polemica tra i loro sostenitori.

In realtà siamo semplicemente degli organismi biologici composti dallo stesso materiale biologico degli altri abitanti della terra (piante e animali), poiché discendiamo tutti dallo stesso antenato apparso casualmente sulla terra più di tre miliardi di anni fa. E la nostra comparsa come quella degli altri organismi non è dovuta a una volontà superiore, ma alla pura casualità che ha prodotto delle modifiche sul DNA di organismi esistenti. Gli organismi biologici hanno tutti una sola e medesima grande missione: stabilire in ogni momento il migliore equilibrio possibile con il contesto in funzione delle proprie condizioni per potere sopravvivere, crescere e riprodursi. Per riuscire a portarla a termine un organismo complesso come il nostro deve coordinare le varie parti che lo compongono in modo da renderlo unitario poiché dalla sopravvivenza di una parte dipende quella dell'insieme, ma deve anche coordinare l'insieme per consentirgli di attivare le interazioni necessarie con il contesto per ottenere ciò di cui ha bisogno ognuno delle sue parti.

Quindi la domanda che dovremmo porci non è cos'è la nostra coscienza, la nostra intelligenza, la nostra mente e via discorrendo ma come riusciamo a trasformare gli schemi comportamentali di cui disponiamo alla nascita (deglutizione, prensione, succione, gridi, tosse...) in comportamenti intelligenti, previdenti, avveduti, riflessivi, morali...

Contrariamente a quanto ha sempre pensato l'umanità, la risposta non è grazie a delle strutture o organizzazioni ad hoc, ma grazie semplicemente ad un principio che conoscono bene biologici e genetisti: si rinforzano le sinapsi che vengono attivate contemporaneamente nel corso delle esperienze più gratificanti per l'organismo. Poiché ogni organismo tende a ripetere le esperienze più gratificanti, i geni che sono al servizio della storia e della abitudini di ogni organismo aumentano la produzione di mediatori all'interno delle sinapsi per renderle più sensibili e più reattive ad ogni nuova stimolazione. Si modellano così le connessioni all'interno del cervello sulle abitudini dell'organismo. L'aumento di volume così prodotto è il responsabile della quadruplicazione del cervello tra il neonato e l'adulto. Grazie a questo meccanismo l'organismo sviluppa le capacità percettive, motorie e cognitive che gli servono maggiormente in funzione del contesto e delle sue esperienze nonché delle fonti di maggiori soddisfazioni. Una tale dinamica non dovrebbe sorprendere genitori, insegnanti ed educatori che la osservano quotidianamente.

Senza andare oltre, questo modello che permette alle scienze di potere finalmente dialogare tra di loro ed in particolare di proporre una spiegazione alle osservazioni della psicologia, conferma ciò che sappiamo: se una parte delle nostre capacità è determinata dai nostri geni, un'altra (l'unica sulla quale possiamo intervenire) è dovuta alle nostre esperienze legate al contesto in cui viviamo. Naturalmente questa conclusione obbliga a tutti quelli che hanno da lontano o vicino un ruolo sull'educazione a una maggiore assunzione di responsabilità ed in primis la società tutta.

La dipendenza (la quale non è assolutamente una conseguenza esclusiva delle droghe), è la condizione in cui si trova una persona la quale ripetendo l'unica esperienza in grado di garantirgli qualche gratificazione, ha modellato il suo cervello in modo tale da renderlo più abile per attivare i comportamenti che gli permettono di riviverla ma anche da perdere contemporaneamente la capacità di viverne altre. A condurre alla dipendenza dalle droghe o dal gioco per esempio, non sono solamente le sensazioni che le esperienze consentono di provare, ma anche l'impossibilità di vivere esperienze alternative gratificanti, che si aggrava mano a mano che aumenta la spinta versa l'abitudine additiva. In queste condizioni, stigmatizzare, emarginare ed incarcerare, come fa la politica di proibizione, è come togliere l'ossigeno ad un paziente che soffre di insufficienza respiratoria. Atteggiamento tanto più crudele e arrogante in quanto non fa niente per prevenire ciò che alimenta il problema che pretende combattere.

Quindi ben vengano tutte le opportunità di accompagnare il tossicodipendente detenuto a vivere esperienze gratificanti per aiutarlo a sviluppare le capacità di progettare un futuro alternativo. Dobbiamo sostenerle con forza, purtroppo finché perdura la politica di proibizione, gli effetti di tutte queste iniziative vengono severamente contrastati da quelli negativi prodotti dallo stigma e dalla condizione di detenuto.

_