

STATI GENERALI DELL'ESECUZIONE PENALE TAVOLI TEMATICI

TAVOLO 4 – MINORITÀ SOCIALE, VULNERABILITÀ, DIPENDENZE

PARTECIPANTI/GRUPPO DI LAVORO

NOMINATIVO	QUALIFICA professionale/RUOLO	FUNZIONE
Emanuele Maria Bignamini	DIRETTORE Dipartimento dipendenze 1 Asl Torino 2	COORDINATORE
Fabrizio Siracusano	DOCENTE Diritto penitenziario dipartimento di giurisprudenza università di Catania	COMPONENTE
Carlo Renoldi	MAGISTRATO UFFICIO STUDI CSM	COMPONENTE
Virgilio Balducchi	ISPETTORE GENERALE Cappellani amministrazione penitenziaria	COMPONENTE
Fabio Bognanni	AVVOCATO	COMPONENTE
Alfio Lucchini	DIRETTORE Dipartimento dipendenze Asl Milano 2	COMPONENTE
Pietro Buffa	PROVVEDITORE Amministrazione penitenziaria Regione Emilia Romagna	COMPONENTE
Marcello Chianese	UFFICIO LEGALE Comunità "San Patrignano" <i>ha presentato una dichiarazione con cui si dissocia dal lavoro qui presentato (vedi allegato 2). Ha preso posizione con e-mail datata 19/11/2015 e non ha fornito proposte alternative.</i>	COMPONENTE
Massimo Pirovano	RESPONSABILE Comunità "Il Gabbiano" onlus	COMPONENTE
Achille Orsenigo	PSICOSOCIOLOGO Studio "Aps" Milano	COMPONENTE
Orazio Sorrentini	DIRETTORE Istituto penitenziario Busto Arsizio	COMPONENTE
Grazia Zuffa	Comitato nazionale bioetica	COMPONENTE

ABSTRACT

Il Tavolo concorda che le problematiche riferibili all'area tematica assegnata hanno una pregnanza di ordine generale e non solo tecnico specifico. Ritiene infatti che la gestione normativa e operativa di queste tematiche sia un ologramma della gestione che la Società è in grado di sviluppare sulla tematica delle vulnerabilità, delle dipendenze, della sofferenza distruttiva. Pertanto le proposte operative sottolineano in particolare la necessità di investire tempo e risorse per la costruzione di una visione sociale condivisa, attraverso processi culturali e formativi, compresa la ricerca e la sperimentazione.

Vengono proposti quindi luoghi e tempi di collegamento, di elaborazione e di coordinamento, interdisciplinari e interistituzionali, finalizzati allo scambio e alla permeabilità delle diverse prospettive di intervento. Si sottolinea soprattutto la necessità di elaborare, attraverso un processo di condivisione tra Giustizia, Sanità, Servizi Sociali, Volontariato e Terzo Settore, linee guida, protocolli, accordi che riformino la cultura degli Operatori e delle Istituzioni, base fondamentale per qualsiasi programma di riforma legislativa.

Viene proposta, coerentemente, la previsione di risorse comuni, anche finanziarie, interministeriali e tra Enti diversi, finalizzate alla gestione pratica dei casi multiproblematici da parte dei diversi attori di volta in volta coinvolti, laddove un approccio semplicemente interdisciplinare ma non integrato porta alla paralisi operativa con perdita di efficienza degli interventi, conseguenze negative per la salute individuale, aumento delle recidive sia della patologia sia degli atti criminali, peggioramento dei costi e degli sprechi sociali.

Vengono proposte misure per la prevenzione dei danni alla salute in carcere, in particolare per la riduzione dei rischi di overdose e di contagio per le patologie infettive e a trasmissione sessuale, recependo le indicazioni internazionali e riconoscendo pragmaticamente la realtà delle carceri italiani.

Vengono proposte azioni per la prevenzione del suicidio in carcere, per l'accompagnamento in fase di dimissione dei soggetti vulnerabili, per il reinserimento sociale degli internati.

Vengono proposte modifiche della normativa in tema di dipendenza, considerata comportamento penalmente rilevante in sé, e in tema di misure alternative per gli stati di dipendenza, che devono essere "automatiche" e non a richiesta del soggetto, in quanto tutelanti un diritto alla salute e interesse della collettività.

PERIMETRO TEMATICO

Il Tavolo si occuperà di esaminare le condizioni di detenzione e le modalità di gestione dei soggetti deboli all'interno degli istituti penitenziari, focalizzando l'attenzione sulla vulnerabilità dovuta sia alle condizioni personali e sociali sia alla specifica situazione detentiva.

L'analisi dovrà anche affrontare la diffusione del fenomeno dell'autolesionismo e dei suicidi, analizzando le modalità di prevenzione e la capacità di risposta a queste espressioni di grave disagio.

Il tavolo si farà carico di esaminare in modo compiuto il tema del rapporto tra lo stato di tossicodipendenza e la repressione penale. In particolare saranno esaminati tutti gli interventi finalizzati ad individuare i migliori percorsi riabilitativi all'interno degli istituti penitenziari e dell'esecuzione penale esterna.

Individuerà ogni processo utile al fine di costruire una responsabilità sociale condivisa, intesa come la responsabilità delle istituzioni pubbliche nel loro complesso in un contesto di impegni reciproci, assunti al fine di assicurare i percorsi di sostegno, di recupero e di reinserimento.

OBIETTIVI

1. Concordare e recepire i criteri diagnostici e il processo per certificare i casi di dipendenza e per discriminare il problema di salute dal comportamento deviante.
 2. Rivedere i dispositivi di Legge e di bilancio al fine di prevedere l'offerta "automatica" di cure al soggetto con patologie da dipendenza.
 3. Ridurre il volume degli ingressi in carcere in violazione della legislazione antidroga.
 4. Allineare le alternative terapeutiche agli interventi sul territorio, seguendo le innovazioni in corso nei Servizi dipendenze, che vanno nella direzione di uno sviluppo della riduzione del danno e di una sempre maggiore flessibilità e personalizzazione degli interventi.
 5. Incrementare la prevenzione in carcere, dando priorità alla prevenzione delle overdosi e dell'infezione da HIV, seguendo tutte le indicazioni internazionali.
 6. Elaborare un Piano Nazionale per la prevenzione del suicidio in carcere
 7. Predisporre procedure di dimissione atte a preparare la persona al rientro nella vita libera.
 8. Facilitare il reinserimento sociale degli internati imputabili.
-

PROPOSTE

Obiettivo 1: concordare e recepire i criteri diagnostici e il processo per certificare i casi di dipendenza e per discriminare il problema di salute dal comportamento deviante.

PROPOSTA 1 (avanzata unanimemente da tutto il Tavolo)

Istituire tavoli permanenti interistituzionali (Giustizia, Sanità, Sociale) sia di livello nazionale sia di livello regionale e locale, che realizzino:

- 1) La stesura di linee guida condivise per l'interpretazione e codificazione delle condizioni patologiche di dipendenza richiedenti interventi terapeutico-riabilitativi come misura prioritaria, promossa dalle istituzioni pubbliche e non lasciata alla iniziativa degli utenti, evidenziando i criteri di esclusione dall'offerta terapeutica;

- 2) Il monitoraggio anche attraverso l'analisi di "incidenti critici" della applicazione delle linee guida a livello locale
- 3) Un'omogeneità dell'approccio alla patologia da dipendenza come condizione prioritariamente di salute e come aspetto multiproblematico e complesso
- 4) Una valutazione della fattibilità economica, considerando costi e benefici di tipo finanziario e sociale delle diverse alternative

Obiettivo 2: rivedere i dispositivi di Legge e di bilancio al fine di prevedere l'offerta "automatica" di cure al soggetto con patologie da dipendenza.

PROPOSTA 2 (avanzata unanimemente da tutto il Tavolo)

Attualmente l'accesso a misure extra carcerarie di carattere terapeutico è rimesso alla iniziativa dell'interessato, il quale incontra notevolissime difficoltà sia di ordine socio-culturale ed economiche (anche connesse alla possibilità di una effettiva fruizione della difesa tecnica) sia legate agli endemici problemi operativi dei servizi territoriali, connessi alla penuria delle risorse disponibili.

La proposta operativa si articola dunque su un duplice piano:

- 1) innanzitutto è necessaria l'acquisizione di un'adeguata consapevolezza circa la strategicità dell'intervento terapeutico e di sostegno nei confronti dei soggetti che abbiano, allo stesso tempo, problematiche di dipendenza e di natura giudiziaria.
- 2) In secondo luogo è necessario che l'accesso a misure extra-penitenziarie non venga lasciato alla mera iniziativa dell'interessato e vi sia una forma di offerta istituzionale di ammissione alla misura, salva ovviamente l'acquisizione del consenso da parte del soggetto.

Obiettivo 3: Ridurre il volume degli ingressi in carcere in violazione della legislazione antidroga.

PROPOSTA 3 (avanzata unanimemente da tutto il Tavolo)

Procedere a una revisione complessiva della legislazione sulla droga secondo le seguenti linee:

- 1) depenalizzazione completa di tutte le condotte riferibili all'ambito del consumo (cessione gratuita e coltivazione a uso personale)
- 2) riduzione del carico sanzionatorio per le condotte riferite allo spaccio e al traffico
- 3) riduzione a casi eccezionali della custodia cautelare in carcere per i tossicodipendenti (v. proposta 2).
- 4) "riallineamento" dell'affidamento terapeutico a quello ordinario e integrazione dell'affidamento terapeutico con programmi speciali di reintegrazione sociale (v. proposta 2).
- 5) introduzione di un programma speciale di messa alla prova per soggetti con problemi di abuso/dipendenza da sostanze (v. proposta 2).
- 6) definizione del diritto certo degli stranieri alle alternative terapeutiche (per i detenuti stranieri, apolidi o senza fissa dimora deve prevedersi espressamente che essi fruiscono della assistenza relativa alla condizione di tossicodipendenza a carico del Servizio sanitario nazionale nel cui territorio hanno dimora ovvero nel quale comunque si trovano o, infine, nel territorio in cui ha sede l'istituto penitenziario di assegnazione).

Obiettivo 4: Allineare le alternative terapeutiche agli interventi sul territorio, seguendo le innovazioni in corso nei Servizi dipendenze, che vanno nella direzione di uno sviluppo della riduzione del danno e di una sempre maggiore flessibilità e personalizzazione degli interventi.

PROPOSTA 4 (avanzata unanimemente da tutto il Tavolo)

4.1: Promuovere programmi più articolati, con un ventaglio di obiettivi nelle diverse aree di vita e con più ampio ricorso a misure di sostegno/reinserimento sociale per soggetti con consumo problematico e/o dipendente.

Istituire tavoli di confronto fra operatori della giustizia, operatori sociali e delle dipendenze, per discutere le linee dei programmi, l'integrazione fra le diverse competenze, a partire da un confronto sui modelli culturali che stanno a monte dei programmi stessi. Definire accordi fra SerD e Magistratura di sorveglianza sull'esempio di Milano, in modo che siano riconosciuti due tipi di diagnosi: un modello A, che riguarda la tossicodipendenza diagnosticata al momento dell'ingresso in carcere, e un modello B, che tiene conto della storia della persona (esiti di percorsi terapeutici precedenti, analisi delle circostanze ambientali e degli eventi di vita che hanno portato in passato a cambiamenti in positivo etc.) e del quadro criminologico.

4.2: Intensificare l'affidamento ordinario per i soggetti con uso problematico/dipendente; promuovere una maggiore integrazione fra affidamento terapeutico e affidamento ordinario.

Promuovere protocolli sull'esempio di quello sottoscritto nel 2010 fra la Regione Emilia-Romagna e il Tribunale di sorveglianza di Bologna che, in merito all'esecuzione penale nei confronti di tossicodipendenti, prevede: "Considerati i limiti rigorosi di concedibilità dell'affidamento terapeutico e le diverse tipologie di problemi legati al consumo di stupefacenti, può essere ravvisata dalla Magistratura di sorveglianza, in base alle proprie fonti istruttorie, l'opportunità di concedere altre misure alternative o di disporre misure di sicurezza... inserendo nelle relative ordinanze prescrizioni che prevedano il contatto col Sert per accertamento ed eventuale monitoraggio/ cura/sostegno rispetto all'uso di sostanze o abuso di alcol." In caso che la frequenza al SerD sia prescritta dal Giudice, si noti la specifica che cerca di aprire agli obiettivi di riduzione del danno: "La presa in carico può... avere intenti di prevenzione secondaria".

Obiettivo 5: Incrementare la prevenzione in carcere, dando priorità alla prevenzione delle overdosi e dell'infezione da HIV, seguendo tutte le indicazioni internazionali.

PROPOSTA 5 (avanzata unanimemente da tutto il Tavolo)

5.1: **Predisporre linee guida per la prevenzione delle overdosi**, allineando la copertura di programmi metadonici in carcere a quella sul territorio, seguendo le indicazioni della letteratura internazionale.

5.2: **Dare indicazioni per l'applicazione del pacchetto di interventi di prevenzione HIV raccomandato a livello internazionale**, compresa l'indicazione di rendere disponibile in forma confidenziale il materiale sterile per iniezione ai consumatori di droghe (2).

Obiettivo 6: Elaborare un Piano Nazionale per la prevenzione del suicidio in carcere.

PROPOSTA 6 (avanzata unanimemente da tutto il Tavolo)

Il Protocollo richiesto dal Comitato Nazionale di Bioetica il 25 ottobre del 2010, anche a seguito delle linee guida per la prevenzione suicidi aria in carcere dell'O.M.S. pubblicate nel 2007, non ha trovato ancora compimento.

Si propone la redazione, diffusione ed implementazione di un Protocollo d'intervento a livello nazionale

Da anni il DAP ha costituito una unità di monitoraggio del fenomeno che ha analizzato l'andamento del fenomeno, producendo riflessioni di varia natura.

Si tratterebbe di prevedere **con decreto ministeriale** che il DAP incardini al proprio interno un settore specifico che abbia cura di espletare i seguenti compiti:

- elaborazione di un Piano Nazionale per la prevenzione del suicidio
- costituzione e monitoraggio di una rete regionale e locale che sia in grado di trasformare operativamente le indicazioni nazionali
- raccolta, elaborazione e pubblicazione dei dati sul fenomeno e sulle esperienze condotte.

Obiettivo 7: Predisporre procedure di dimissione atte a preparare la persona al rientro nella vita libera.

PROPOSTA 7 (avanzata unanimemente da tutto il Tavolo)

7.1 Redazione, diffusione ed implementazione di un Protocollo d'intervento a livello nazionale

7.2 Predisposizione di norme ordinamentali e regolamentari che prevedano la strutturazione di specifiche procedure di dimissione atte a preparare la persona al rientro nella vita libera

La predisposizione di un protocollo di dimissione che sia in grado di raccogliere dati utili per tracciare i punti di forza e quelli di debolezza delle biografie di ognuno dei detenuti in dimissione e l'applicazione sistematica nel periodo precedente alla scarcerazione consentirebbe di programmare le misure utili per attenuare l'impatto dell'uscita sin dall'applicazione del protocollo a livello nazionale.

Il Protocollo dimittendi può essere applicato stabilmente amministrativamente o attraverso una previsione normativa specifica che integri, coordini e rinforzi le attuali norme.

Obiettivo 8: Facilitare il reinserimento sociale degli internati imputabili.

PROPOSTA 8 (avanzata unanimemente da tutto il Tavolo)

8.1 Costituzione di un Tavolo di coordinamento presso la Conferenza Unificata Stato, Regioni e Provincie Autonome di Trento e Bolzano al fine di stabilire con certezza il c.d. "domicilio di soccorso" utile per la progettazione e l'inserimento nel corso della misura di sicurezza.

8.2 Ridistribuzione geografica degli istituti e delle sezioni destinate ad accogliere gli internati

ALLEGATI

Allegato 1: Lettera Marcello Chianese

Allegato 2: Relazione Associazione Il Gabbiano

RELAZIONE DI ACCOMPAGNAMENTO

(condivisa da tutti i Componenti escluso Marcello Chianese)

Indice

1. **La complessità dell'oggetto di lavoro**
2. **Premesse**
3. **Introduzione**
4. **Considerazioni sulla detenzione e sui meccanismi giuridici per la sua riduzione**
5. **Il suicidio in carcere**
6. **Le misure alternative, l'affidamento, le pene riparative alternative.**
7. **Il rientro nella vita libera**
8. **La questione degli Internati**
9. **Tossicodipendenza e carcere**
10. **La questione della certificazione di tossico/alcol dipendenza negli Istituti di Pena**
11. **Consumo di sostanze e addiction**
12. **Incrementare la prevenzione in carcere**

1. La complessità dell'oggetto di lavoro

Al fine di motivare l'enfasi posta sui processi culturali e di integrazione, va riconosciuto e ricordato che il tema di cui si tratta è, per definizione, un oggetto "complesso".

Gli oggetti complessi hanno proprie caratteristiche, due delle quali è bene esplicitare in questa sede per le loro implicazioni.

1) un oggetto complesso non è mai s-piegabile (se fosse s-piegabile, sarebbe un oggetto *cum plica*, con pieghe, cioè complicato e non complesso) in tutte le sue parti con un solo punto di vista. I punti di vista devono essere necessariamente molteplici, ognuno di essi è necessariamente parziale e l'oggetto complesso non può essere ricostruito sommando i diversi punti di vista. I punti di vista, infatti, sono o possono essere contraddittori tra di loro (come suggestione, si vedano i disegni di Escher). In un certo senso, l'oggetto complesso non è dominabile, ma solo interpretabile attraverso semplificazioni che rendono possibile operare (ad esempio: le missioni spaziali sono possibili grazie alla fisica classica, che ora sappiamo essere una semplificazione della realtà, più appropriatamente descritta dalla fisica quantistica. Tuttavia la fisica classica consente di effettuare le missioni spaziali "come se" la realtà corrispondesse alle classiche Leggi di Galileo, Newton, Faraday, Maxwell, Hertz, etc. La complessità della realtà e i suoi diversi paradigmi emergono solo ogni tanto, a fronte di problemi "impossibili" o di incidenti "imprevedibili". Ovviamente, le missioni spaziali sono molto meno difficili da gestire di un sistema penitenziario). Tuttavia, l'operatività deve tenere sempre conto che agisce solo su una rappresentazione parziale dell'oggetto e che l'oggetto non è diventato in sé corrispondente alla semplificazione (questa operazione, far corrispondere la semplificazione alla realtà, è prodotta da e produce l'ideologia repressiva).

a. Questa caratteristica dell'oggetto complesso implica che il prodotto che segue, nella diversità dei suoi contributi, nelle sue contraddittorietà e nelle sue incongruenze è il livello possibile di articolazione dei diversi punti di vista emersi nel gruppo di lavoro, nessuno dei quali può essere cassato e nessuno dei quali può affermarsi come dominante.

b. Senza approfondire, che non è questa la sede, si afferma che anche i numeri e le "evidenze scientifiche" sottostanno alla complessità, fungendo da utili spunti per la riflessione e per l'operatività fino a che si è in grado di utilizzarli su semplificazioni funzionali, ma non offrono vantaggi per la gestione complessiva e specifica del sistema complesso.

2) I sistemi complessi non seguono la legge deterministica causa-effetto (Laplace). Il reticolo di retroazioni senza un hub dominante tipico dei sistemi complessi rende certo, ma imprevedibile, l'effetto di una qualsiasi azione specifica esercitata sul sistema. Noto è l'effetto farfalla, così come molto si parla ultimamente di resilienza (distinta, impropriamente, dal concetto di resistenza). Una azione può produrre apparentemente nulla come effetto finale (in realtà richiede al sistema l'aggiustamento del proprio equilibrio. L'azione perturbante può essere assorbita grazie alle proprietà della ridondanza e dell'adattamento) per cui grandi investimenti di energia possono non dare risultati; può produrre un effetto sproporzionato alla sua energia di partenza (piccole cose possono produrre grandi effetti e viceversa); può produrre effetti significativi ma del tutto imprevisi o addirittura contrari alle finalità per cui si è compiuta l'azione.

a. L'implicazione di questo aspetto riguarda essenzialmente la gestione dei cambiamenti, di cui si è trattato nella premessa precedente. Qui si ribadisce che qualsiasi cambiamento ci si proponga in questo ambito, deve essere pensato come un cambiamento culturale, cioè un cambiamento di stato di un sistema complesso.

b. L'effetto più probabile di investimenti di energia consistenti su un sistema molto stabile (resiliente: cioè con capacità di adattamento e ridondanza dei circuiti omeostatici) è che l'energia venga assorbita dal sistema senza produrre alcun cambiamento di equilibrio. Nel nostro caso, se il sistema penitenziario (e soprattutto le istanze culturali che lo definiscono) non è reso instabile (o, in modo più rassicurante, dinamico grazie ad una radicale messa in discussione culturale e al confronto con altre Istituzioni), sarà ben difficile che si creino le condizioni per cui un investimento produca gli effetti desiderati (si veda Prigogine e la teoria delle biforcazioni assistite).

Va osservato che la precarietà, di cui è intrisa la nostra esperienza sociale, non è la stessa cosa della instabilità, che presuppone, invece, un aspetto dinamico ben lontano dalla stagnazione e dalla ridondanza del sistema attuale (come esempio di ridondanza, si veda la sostanziale ripetitività delle politiche di "destra" e di "sinistra": la base culturale è talmente stabile, radicata e condivisa che entrambe le culture politiche perseguono gli stessi obiettivi con le stesse modalità – come esempio specifico, si veda la politica sanitaria verso le Dipendenze, disorientata a destra come a sinistra rispetto al senso e alla funzione dei Servizi).

Sulla base di questa premessa si insiste con particolare convinzione sulla necessità di costituire tempi e luoghi di confronto e di scambio tra Istituzioni e Enti, di investire in formazione sulle organizzazioni, sui gruppi di lavoro e sulle persone, di rendere permeabili e dinamici i budget abitualmente gestiti in modo rigidamente separato: le problematiche complesse non rientrano nelle tipologie schematiche definite dalle istituzioni, così come il risparmio di un settore può spostare la spesa su un altro generando una diseconomia complessiva.

2. Premesse

a) Il prendersi cura di minorità sociale, vulnerabilità e dipendenze, che sono parte della nostra società e che insistono sugli Istituti di Pena, non è sostenuto solo da ragioni etiche o normative e non è solo a beneficio dei soggetti detenuti o condannati. È qui visto come un complesso di azioni, non effimere, volte a tutelare una convivenza civile per tutti i cittadini, un diverso, più evoluto ed efficace investimento sociale, anche economico.

- b) La definizione e l'accordo sui cambiamenti necessari sono una premessa indispensabile alla loro realizzazione. L'annuncio o la prescrizione di questi mutamenti, anche con interventi legislativi, non sono condizioni sufficienti alla loro realizzazione. L'eventuale assunzione dei suggerimenti qui di seguito proposti richiedono l'avvio di un processo evolutivo che non è realistico pensare avvenga solo per decreto, come se questo fosse una formula magica capace di cambiare la realtà, ma richiedono investimenti organizzativi e culturali in termini di miglioramento dei sistemi di collaborazione tra Magistratura, Istituti di Pena, Servizi Socio Sanitari, Volontariato e Terzo Settore e specifici progetti di accompagnamento formativo, con un attento prendersi cura delle organizzazioni lavorative e delle persone.
- c) Il "carcere", come realtà fattuale, ha effetti negativi sui soggetti con "minorità sociale" o con organizzazioni patologiche come le dipendenze. Vanno quindi implementate e valorizzate alternative ad esso.
- d) Sempre sul piano fattuale e in riferimento alle "minorità sociali", il carcere rende un servizio alla Società che non riesce ad essere sempre quello della riabilitazione. Deve dunque essere differenziato il percorso protettivo della salute e riabilitativo, che assume carattere di priorità e di prevalenza nei casi considerati, da quello carcerario.
- e) Si considera realistico il rischio che, a fronte di un auspicato differente trattamento dei problemi oggetto di questo Tavolo, da una parte si riduca l'investimento sugli Istituti di Pena, ma dall'altra non s'investa in Servizi esterni adeguati, attualmente oggetto di importanti tagli. In diversi casi, la presa in carico istituzionale di soggetti vulnerabili e sofferenti avviene in prima istanza attraverso il sistema giudiziario e/o attraverso interventi all'interno del carcere. In una diffusa situazione di smobilitazione generalizzata dei Servizi territoriali e di riduzione delle risorse, l'alternativa al carcere può essere, sul piano reale, poco o nulla significativa. Nel proporre e sostenere normativamente i trattamenti alternativi al carcere si dovrebbe badare alla loro effettiva praticabilità, spesso vanificata più che dalla mancanza di risorse, dalla loro gestione particolare (impermeabilità dei budget, obiettivi di bilancio parcellizzati).
- f) La legislazione attuale sul consumo di sostanze è inadeguata sia per la tutela della salute individuale sia per la tutela della salute pubblica. Si rende necessario un ripensamento del sistema di norme, anche al fine di gestire in modo più coerente con obiettivi di salute l'insieme delle condizioni di dipendenza, anche comportamentali, che oggi si esprimono in modo adattativo.
- g) Tutto quanto sopra si struttura a partire da una questione culturale fondante che può essere affrontata con investimenti sulla costruzione di tavoli di confronto e di canali di comunicazione e collaborazione tra Istituzioni pubbliche e tra di esse e il Privato sociale. Lo sviluppo della rete di scambi è da considerare una priorità.
- h) Va infine riconosciuto che non pochi soggetti che accedono al carcere, pur in condizione di vulnerabilità o portatori di patologie, si trovano in una situazione di elevata integrazione in culture, famiglie, gruppi che hanno stili di vita e modelli di riferimento "altri", devianti o patologici. Il reato per alcuni è il segno di una situazione di integrazione "diversa". In tal caso una questione critica è la riduzione dell'integrazione con quei sistemi sociali e il supporto alla costruzione di altri legami. Il carcere, nell'attuale situazione, può essere l'occasione perché intervenga un contenitore potenzialmente in grado di prendersi in cura il soggetto.

3. Introduzione

La denominazione attribuita al Tavolo IV degli Stati generali - "Minorità sociale, vulnerabilità e dipendenze" - rimanda ad una condizione soggettiva che, convenzionalmente, è possibile definire in termini di "deficit" (o deprivazione) dal punto socio-personale, la quale

spesso connota una quota considerevole (ancorché non esclusiva) di coloro che entrano nel circuito penale. Per converso tale condizione, nella comune esperienza, è comunque destinata a prodursi e/o accentuarsi nel corso della detenzione, la quale costituisce un (ulteriore) elemento di disgregazione del patrimonio personale e sociale del ristretto. In altri termini "minorità sociale, vulnerabilità e dipendenze" in moltissimi casi costituiscono "causa" del comportamento che conduce al carcere (e, in generale, alla condanna penale) e, allo stesso tempo, "effetto" dell'impatto che il carcere (o la pena) producono sull'esistenza dell'individuo.

Benché l'esperienza continuamente riporti casi (si pensi ai *white collars*, alla criminalità organizzata o a quella occasionale, come nel caso dei reati d'impeto ecc.) in cui il soggetto che viola la norma penale non versa (almeno apparentemente) in una condizione di autentica privazione, è tuttavia indubbio che l'assenza di adeguati fattori protettivi (ovvero di coefficienti di integrazione) in capo ad un determinato soggetto (si pensi al caso in cui egli abbia scarse competenze socio-culturali e/o abilità lavorative, sia dipendente da sostanze; o si pensi, ancora, alla povertà economica, alla condizione di irregolarità del soggiorno per i migranti, alla presenza di situazioni disfunzionali all'interno del nucleo familiare ecc.) possono favorire comportamenti penalmente rilevanti. Ciò in conseguenza, in alcuni casi, della inconsapevolezza dell'esistenza stessa di determinate norme giuridiche (si pensi al diritto penale ambientale, urbanistico, tributario, alimentare ecc.), il cui valore precettivo è appannaggio esclusivo di determinate *elite* sociali (detentori del potere economico, professionisti ecc.); o ancora a causa della mancata introiezione del significato etico-sociale che il rispetto delle norme giuridiche, in specie di quelle penali, assume all'interno di un gruppo sociale. Altre volte, pur in un contesto di consapevolezza del disvalore del comportamento giuridicamente illecito, è la stessa condizione di privazione a fungere da potente spinta verso la inosservanza della norma (si pensi, ad es., al caso in cui chi delinque sia consapevole dell'illiceità delle condotte di spaccio di stupefacenti e tuttavia le ponga ugualmente in essere per procurarsi la droga da cui sia dipendente; o al caso in cui chi delinque sia consapevole che l'azione del rubare esprime un disvalore sociale e che è finanche penalmente illecita, ma nondimeno la commetta per bisogno economico, essendo di fatto escluso da circuiti di protezione sociale ecc.). La "minorità sociale", dunque, da condizione che impone, secondo la previsione dell'art. 3 della Costituzione, interventi "promozionali" da parte delle istituzioni pubbliche diretti a rimuovere le disuguaglianze, diventa una sorta di indice selettivo di meccanismi di controllo penale che realizzano una ulteriore esclusione sociale.

Questo possibile rapporto di causa-effetto tra privazione e devianza si ribalta nel contesto (se non penale *tout court* quantomeno in quello) carcerario. Il carcere, infatti, rompe o comunque allenta legami sociali e familiari, produce spesso la perdita del lavoro, marchia le persone con stigmi difficilmente cancellabili, modifica la percezione della propria identità (che è spesso plasmata anche sulla immagine sociale che ciascun soggetto assume); è, a volte, "causa" di vere e proprie patologie, sia fisiche che psichiche ecc.. E questo effetto "vulnerante", stavolta, si estende, anche qui in termini generali, anche nei confronti di chi, prima della detenzione, non era (apparentemente) "deprivato": si pensi, appunto, al colletto bianco, al criminale professionale ecc.. Il carcere in sé, dunque, rende vulnerabili.

Muovendo dalle premesse fin qui enunciate, la riflessione su "Minorità sociale, vulnerabilità e dipendenze" deve indirizzarsi, sul primo versante (quello della condizione di minorità che costituisce fattore causale concorrente delle condotte di violazione della norma penale o comunque "sfondo" rispetto ad esse), in una duplice direzione: da un lato immaginare un intervento, da parte dei vari attori sociali, sotto il profilo della "prevenzione", rafforzando tutti quei fattori protettivi (famiglia, scuola, lavoro, salute ecc.) che possono favorire processi di integrazione o, in negativo, che possono contrastare i meccanismi di esclusione: si pensi alle norme in materia di soggiorno degli stranieri, il cui regime giuridico, allo stato, ne favorisce l'esclusione sociale, con evidenti riflessi rispetto a condotte di violazione della norma penale (e quindi all'applicazione della pena, detentiva o non); dall'altro lato ipotizzare un intervento sui dispositivi giuridici che individuando la pena - e in particolare il carcere - come (unica) risposta al comportamento illecito possono favorire il descritto processo di desocializzazione. A sua volta quest'ultimo obiettivo può essere perseguito da un lato attraverso la riduzione dell'area dell'intervento penale, individuando

meccanismi di natura meramente amministrativa per sanzionare comportamenti lesivi di determinati interessi ritenuti meritevoli di tutela o addirittura rinunciando all'applicazione di misure punitive; dall'altro lato prevedendo una generale riduzione del ricorso al carcere, sia attraverso la ridefinizione del catalogo sanzionatorio e con un più vasto impiego di sanzioni diverse da quella carceraria, sia attraverso l'ulteriore ampliamento della possibilità di accesso alle misure alternative.

Le considerazioni da ultimo svolte sono ovviamente rilevanti anche con riferimento alla questione relativa agli effetti "deprivanti" indotti dalla pena e dal carcere sulla situazione personale e sociale del condannato/recluso.

Se per un verso non tutti coloro i quali entrano nel circuito giudiziario/penitenziario versano, fin dal principio, in una condizione di vulnerabilità, è indubbio che il fatto stesso dell'impatto con la pena e in particolare con il carcere, produca effetti negativi sulla persona. Fuori dai casi, invero assai rari, in cui il carcere riesce a produrre effetti positivi sull'esistenza della persona (attraverso l'acquisizione di competenze scolastiche o universitarie, di abilità professionali, il superamento o comunque la gestione proficua di una pregressa situazione di dipendenza; o si pensi ai casi in cui il carcere addirittura rappresenti la prima occasione di contatto e/o di presa in carico da parte di realtà istituzionali ecc.), esso generalmente produce effetti "patogeni" (v. *supra*), assumendo oggi la detenzione il significato sociale della "eliminazione" del soggetto dal contesto sociale in quanto riconosciuto portatore di un disvalore. E questo vale, stavolta, non soltanto per coloro i quali, fin dal principio, versavano in una condizione di minorità/vulnerabilità, ma anche, e talvolta in misura ancora maggiore, per i soggetti socialmente integrati (o addirittura per quelli iperintegrati), per i quali la detenzione può produrre effetti deflagranti. Talvolta il trauma della carcerazione e della perdita di senso che essa determina può costituire un primario fattore causale finanche di condotte suicidarie (v. *infra*).

Peraltro, la riflessione sulla detenzione carceraria va condotta su un binario differente dall'analisi degli effetti sul vissuto dei reclusi, ancorché al primo correlato. La pena ed il carcere, negli ordinamenti moderni, assolvono una funzione di prevenzione generale, orientata alla protezione di determinati interessi che la società politica ritiene meritevoli di tutela; ma anche, in specie nel momento della sua inflizione e concreta esecuzione, all'obiettivo di prevenzione speciale consistente nella riduzione della (probabilità) di recidiva: obiettivo, quest'ultimo, perseguito attraverso interventi trattamentali volti al reinserimento sociale (si preferisce questa locuzione a quelle, di significato più controverso, di rieducazione e di riabilitazione).

La riflessione sugli scopi della pena e del carcere deve quindi necessariamente includere una verifica della efficacia di tali tecniche di orientamento della condotta collettiva ed individuale rispetto agli obiettivi dichiarati. Una prospettiva, questa, che la visione comune, che considera la detenzione essenzialmente come una punizione, sembra rifiutare.

4. Considerazioni sulla detenzione e sui meccanismi giuridici per la sua riduzione

Nell'ambito di una riflessione sui possibili interventi diretti a superare quei fattori individuali e/o sociali (tra questi ultimi rientrando anche quelli istituzionali) che possono fare da sfondo alla realizzazione di comportamenti penalmente rilevanti, non può ovviamente prescindere da un cenno, ovviamente sintetico, agli effetti prodotti dalla crisi economica e dalla contrazione dei sistemi di protezione sociale (in genere sotto forma di tagli ai servizi): fattori che ovviamente concorrono a indebolire le reti sociali e istituzionali in grado di sostenere quei processi inclusivi che in genere rappresentano potenti antidoti al manifestarsi di condotte antiggiuridiche. Così come è evidente che il

permanere di politiche che, si pensi alla legislazione sugli stranieri, rendono estremamente difficile la realizzazione di una piena integrazione (è il caso della disciplina del soggiorno che non prevede ordinari meccanismi di sanatoria della condizione di originaria irregolarità della permanenza dello straniero nel territorio Statale), di fatto favorisce una condizione di vulnerabilità sociale che rende più facile il reclutamento all'interno di contesti criminali o comunque la realizzazione di condotte, anche sporadiche, di rilevanza penale.

Volendo nondimeno circoscrivere lo sguardo alle sole politiche penali, è possibile ipotizzare, come anticipato, un intervento di contrazione del ricorso allo strumento carcerario in una duplice direzione.

Se per un verso l'esperienza quotidiana descrive una sorta di ontologica "disumanità" del carcere, sempre connotato da un surplus di afflittività rispetto alla mera restrizione della libertà personale, per altro verso deve riconoscersi che il carcere, che pure è un fenomeno storicamente dato e non una costante antropologica, rappresenta ancora una necessità sociale. E tuttavia, in un'ottica che comunque non rinuncia alla prospettiva della "umanizzazione" della pena detentiva, appare necessario quantomeno attuare un ridimensionamento dell'ipertrofica estensione del sistema penale, attraverso l'espulsione da questo ambito di una serie di condotte non meritevoli del ricorso alla cd. pena criminale. Emblematica, in questa prospettiva, è la legislazione in materia di stupefacenti, caratterizzata da una disciplina che favorisce, di fatto, la penalizzazione di condotte che sono in realtà riferibili all'ambito del semplice consumo (si pensi alla coltivazione per uso esclusivamente personale, ad alcune condotte di uso di gruppo, alla cessione gratuita ecc.); senza dimenticare che l'attuale intreccio tra normativa diretta a sanzionare, sul piano amministrativo, il consumatore e disposizioni penali volte a rinforzarne la capacità precettiva finisce talvolta per attrarre nel vortice del sistema penale il semplice consumatore (cfr. art. 75-bis T.U. 9 ottobre 1990, n. 309). Né va sottaciuto che, nella stessa materia, il legislatore ha generalmente previsto un carico sanzionatorio elevatissimo, del tutto sproporzionato, che spesso conduce nella pratica alla concreta applicazione di pene draconiane; sicché un intervento normativo volto a ridimensionare il ricorso alla sanzione penale (in specie carceraria) non può prescindere da una complessiva ridefinizione del regime edittale delle pene previste per le violazioni della legge in materia di stupefacenti.

In secondo luogo si evidenzia la necessità di considerare la pena detentiva come *extrema ratio* anche sotto un diverso aspetto: quello di una diversificazione del catalogo sanzionatorio, oggi ancora fondato sul paradigma carcerocentrico, attraverso la previsione della possibilità di un maggiore ricorso, già da parte del giudice della cognizione, a sanzioni alternative al carcere.

Le considerazioni che precedono sono riferibili all'ambito degli interventi necessari sia a ridurre l'area della minorità che può favorire condotte di rilevanza penale, sia a ridurre l'area della penalità che rischia di attingere ad ambiti segnati da minorità. Ma esse sono ovviamente valide anche con riferimento agli interventi che l'esperienza reclama come indispensabili per impedire che la pena (in specie carceraria), già inflitta, possa in concreto produrre (o accentuare) la condizione di vulnerabilità delle persone che vi sono sottoposte.

In questo ambito, vanno salutati positivamente gli interventi legislativi attuati nel corso del 2013 e 2014 nell'ambito del programma di adeguamento del nostro sistema penale-penitenziario ai dettami della sentenza pilota Torreggiani vs Italia, pronunciata dalla Corte europea dei diritti dell'Uomo in data 8 gennaio 2013¹; interventi che hanno determinato, da un lato, una drastica diminuzione del numero dei detenuti

¹ Si pensi al decreto legge 1 luglio 2013, n. 78, convertito con legge 9 agosto 2013, n. 94 (concernente "Disposizioni urgenti in materia di esecuzione della pena") e al decreto legge 23 dicembre 2013, n. 146, convertito con legge 21 febbraio 2014, n. 10 (riguardante le "Misure urgenti in tema di tutela dei diritti fondamentali dei detenuti e di riduzione controllata della popolazione carceraria"), con cui sono state introdotte una pluralità di misure, destinate ad affiancarsi agli interventi di edilizia penitenziaria, volte ad incidere, per un verso, sul numero degli ingressi in carcere e, per un altro verso, a favorire le uscite dagli istituti penitenziari: dalle corpose modifiche in materia di custodia cautelare, all'ampliamento delle possibilità applicative per le misure

(ivi compresi quelli in custodia cautelare) e, dall'altro lato, in un significativo aumento delle persone sottoposte a misure alternative al carcere².

E tuttavia va certamente riconosciuta la possibilità di ulteriori interventi ampliativi del ricorso ai benefici penitenziari, attraverso in particolare la eliminazione di automatismi e preclusioni introdotti dalla legislazione della metà degli anni Novanta, che ha segnato l'inserimento, nel corpo dell'ordinamento penitenziario, di meccanismi automatici che non consentivano l'accesso ai benefici penitenziari a favore dei soggetti recidivi e di quanti fossero incorsi nella violazione delle prescrizioni inerenti alle misure cautelari o alternative³. O si pensi all'eliminazione delle ipotesi di c.d. ergastolo "ostativo" che oggi obiettivamente pone, secondo le posizioni della più attenta dottrina, oggettivi problemi di compatibilità costituzionale, sancendo l'impossibilità di accesso a qualunque beneficio per coloro i quali, pur potendo a suo tempo collaborare con la giustizia, non lo abbiano volontariamente fatto⁴.

alternative; dall'introduzione della cd. liberazione anticipata speciale alla stabilizzazione della disposizione che consente di scontare presso il domicilio la pena detentiva non superiore a 18 mesi, anche se parte residua di maggior pena; fino ad arrivare all'estensione dell'ambito applicativo dell'espulsione come sanzione alternativa alla detenzione, prevista dal t.u. 286/98, finalizzata al rimpatrio di buona parte dei circa 29.000 detenuti stranieri, presenti al marzo 2014. E si pensi, ancora, al d.l. 26 giugno 2014, n. 92, convertito in legge 11 agosto 2014, n. 117 («Rimedi risarcitori conseguenti alla violazione dell'articolo 3 della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali nei confronti di soggetti detenuti o internati»), che ha introdotto l'art. 35-*bis* ord. penit. con cui il legislatore ha inteso dare specifica attuazione alle richieste della Corte europea, avanzate con la ricordata sentenza Torreggiani, di introdurre rimedi preventivi e compensativi alla lesione di diritti dei detenuti.

² Infatti, mentre al 31 dicembre 2009 (subito dopo l'importante sentenza Sulejmanovič della Corte EDU), i detenuti erano 64.791, arrivando nel primo semestre del 2010 a poco meno di 70.000 unità (ed ancora al 30 giugno 2013 a 66.008 presenze), le persone presenti negli istituti penitenziari italiani (compresi i detenuti in regime semilibertà e gli internati per misura di sicurezza), alla data del 30 giugno 2015, erano 52.754. Assai rilevante, in particolare, è la riduzione dei ristretti in custodia cautelare che il 30 giugno 2015 erano 18.478, mentre al 31 dicembre 2009 erano 29.809 (con un calo corrispondente a 11 punti in percentuale: dal 46% al 35%). Parallelamente, per le misure alternative alla detenzione si è registrato un aumento di circa 11.500 soggetti rispetto al dato del 31 dicembre 2009 (pari a 12.455 unità), atteso che alla data del 30 giugno 2015 le misure alternative in esecuzione avevano raggiunto il numero di 23.377 (di cui 12.717 affidati al servizio sociale, 747 in semilibertà e 9.913 in detenzione domiciliare).

³ Tra le possibili novità è auspicabile il definitivo superamento della preclusione alla concessione della detenzione domiciliare di cui all'art. 47-*ter*, comma 1-*bis* ord. penit. ai condannati per i reati di cui all'art. 4-*bis* ord. penit. (con l'ovvia esclusione di quelli di cui al comma 1, per i quali già vige il divieto di concessione dei benefici ove non abbiano collaborato con la giustizia), considerato che ad essi è, invece, concedibile l'affidamento in prova, misura che presenta, sul piano degli spazi di libertà, una maggiore ampiezza ed estensione.

Sullo stesso versante può ipotizzarsi l'eliminazione del divieto di concessione della detenzione domiciliare per gli ultrasettantenni recidivi (art. 47-*ter*, comma 01, ord. penit.), la soppressione dell'art. 30-*quater* ord. penit. e dell'art. 47-*ter*, comma 9-*bis*, ord. penit. (secondo gli auspici della Commissione ministeriale presieduta dal prof. Giostra, istituita nel 2013 presso l'Ufficio legislativo del Ministero della giustizia), nonché dell'art. 30-*ter* comma 5, ord. penit..

⁴ E' noto, infatti, che la Corte costituzionale ha "salvato" l'istituto dell'ergastolo, sospettato di incompatibilità con i principi del finalismo rieducativo di cui all'art. 27, comma 3 Cost., proprio in quanto il sistema conosce la astratta possibilità che il condannato alla pena perpetua possa comunque accedere, alla fine di un articolato percorso, a misure di carattere extramurario (cfr. Corte Costituzionale, sent. n. 264 del 1974). Viene ricordata anche la possibilità dell'istituto della liberazione condizionale, secondo quanto stabilito dalla Corte Costituzionale anche con sentenza n.68/1995.

5. Il suicidio in carcere

Autolesionismo e suicidio in carcere sono da considerare come un universo di comportamenti dai valori e significati molteplici, la cui lettura non può ridursi alle componenti individuali e soggettive, che spingerebbe a categorizzare soggetti a rischio a prescindere dalle condizioni di sistema.

In questa prospettiva la prevenzione del suicidio non può essere limitata alle misure di sorveglianza, ma richiede un riconoscimento lucido della qualità organizzativa, gestionale, ambientale degli Istituti di detenzione in cui soggetti più o meno vulnerabili vengono costretti a vivere.

La perdita di senso dell'esserci (o la ricerca di un senso "estremo") che può intervenire durante la detenzione si collega anche alla logica della "utilità" sociale della pena: il detenuto condivide la stessa matrice culturale della società di cui è figlio considerando la carcerazione solo una punizione da cui non ci si aspetta nulla.

Vanno individuati e previsti uno strumento di analisi della qualità degli Istituti che sia in grado di rilevare aspetti critici nei confronti dei bisogni di salute, un protocollo di intervento, una adeguata formazione per gli operatori penitenziari, un settore di specifico di ricerca-intervento nel DAP. La letteratura internazionale ha evidenziato che la predisposizione di protocolli d'intervento, generali e specifici, affiancato ad una specifica e coerente formazione degli operatori incide notevolmente in termini positivi sul fenomeno riducendolo.

Il protocollo di intervento dovrebbe essere configurato come un Piano Nazionale, come richiesto dal Comitato Nazionale di Bioetica il 25 ottobre del 2010, anche a seguito delle linee guida per la prevenzione suicidaria in carcere dell'O.M.S. pubblicate nel 2007. Al momento si è preferito demandare la questione alla stesura di Protocolli a livello regionale e, in una parte dei casi, anche a livello locale. Il risultato viene valutato criticamente in quanto si rileva:

- una grande eterogeneità dei contenuti
- una frequente difformità rispetto alle linee guida OMS
- una parziale copertura sul territorio nazionale
- un difficile recepimento operativo dei contenuti protocollari
- l'assenza di programmi formativi del personale e dei peer supporter

Per la parte di elaborazione del Piano Nazionale e dei Protocolli regionali e locali, così come per il monitoraggio dell'andamento dell'operatività e tenuta dei suddetti protocolli le risorse da prevedersi possono sostanzialmente rientrare in quelle ordinariamente impiegate.

Per la parte operativa molto dipende dalle scelte che nei suddetti protocolli verranno effettuarsi, nel senso che la tipologia di operatori e l'aliquota organica prevista può implicare, o meno, l'impiego di risorse. Anche in questo caso, tuttavia, tali opzioni dipendono dalle scelte istituzionali che verrebbero adottate in sede di progettazione.

Per la parte formativa necessita risorse specifiche e dedicate da recepire nelle pieghe dei capitoli dei bilanci istituzionali ma anche dalle risorse europee.

Da anni il DAP ha costituito una unità di monitoraggio del fenomeno che ha analizzato l'andamento del fenomeno, producendo riflessioni di varia natura. Si tratterebbe di consolidare prevedendo per norma che il DAP incardini al proprio interno un settore specifico che abbia cura di espletare i seguenti compiti:

- elaborazione di un Piano Nazionale per la prevenzione del suicidio
- costituzione e monitoraggio di una rete regionale e locale che sia in grado di trasformare operativamente le indicazioni nazionali
- raccolta, elaborazione e pubblicazione dei dati sul fenomeno e sulle esperienze condotte

Va considerata l'utilità di un ampliamento dell'accesso agli Istituti dei Volontari per la loro funzione di sostegno; potrebbe essere vantaggioso offrire ai Volontari percorsi formativi che consentano l'assunzione di un ruolo maggiormente integrato.

Inoltre, è necessario verificare la capacità del sistema sociale e penitenziario ad affrontare, sostenere e dare senso alle fatiche e alle sofferenze che non possono essere azzerate, anche in una condizione come l'istituzionalizzazione carceraria. Di particolare evidenza la criticità della formazione culturale del personale penitenziario in proposito.

La contraddizione della detenzione appare ancora più radicale quando si tratta di soggetti fortemente caratterizzati da condizioni di vulnerabilità, di discriminazione, di preconcezzo sociale o culturale o da altre condizioni riconosciute come patologie (dipendenza). Qui si aprono altre linee di lavoro.

6. Le misure alternative, l'affidamento, le pene riparative alternative.

Gli intenti riabilitativi, interessanti non solo sul piano valoriale ma anche gestionale e dell'efficienza del sistema, suggeriscono lo sviluppo di forme di reazione al crimine sul piano culturale, con l'offerta creativa di alternativa alla detenzione. Il ricorso alle misure alternative tradizionali (ad esempio, le comunità terapeutiche) non può essere stressato ulteriormente in una condizione di riduzione generale delle risorse finanziarie in sanità e nel sociale. Il cambiamento culturale è necessario innanzitutto a livello istituzionale e gestionale, ad esempio nella integrazione tra Enti e nella dinamicità delle risorse economiche, oggi rigidamente separate tra giustizia, sanità e sociale.

È poi necessario un cambiamento a livello sociale, aspetto che coinvolge anche la Scuola. Va realisticamente valutata la capacità/possibilità per soggetti collettivi, istituzioni, organizzazioni pubbliche e private a svolgere una funzione alternativa alla detenzione di contenimento, controllo e rieducazione/riabilitazione.

Infine, sul piano giuridico devono essere valorizzati e innovati i meccanismi idonei. Nella valutazione della appropriatezza della misura alternativa, l'analisi della situazione non può limitarsi al reato, ma si deve estendere a considerare il soggetto, il suo contesto e le sue problematiche generali.

Si pone la questione della solidità del tessuto sociale nel contenere, controllare e svolgere una funzione rieducativa. Non va dimenticato che, forse paradossalmente, il carcere svolge oggi una funzione di presa in carico, di protezione e di cura dei soggetti fragili più valida ed efficace del tessuto sociale.

7. Il rientro nella vita libera

È strategicamente importante individuare ipotesi di interventi normativi ed organizzativi finalizzati ad una integrazione di un sistema del welfare che si rivolga globalmente ai soggetti vulnerabili

L'uscita dal carcere, in una parte dei casi, è un momento non meno critico dell'ingresso, in particolar modo per tutte quelle persone caratterizzate da profili di fragilità personale e sociale che al momento della scarcerazione devono riaffrontare le difficoltà proprie di una vita marginale. Da anni ormai l'esperienza operativa e la riflessione dottrinale ha evidenziato l'uso sociale della detenzione e la paradossale funzione asilare del carcere.

L'art. 46 ord. penit. vigente già prevede che nei confronti del dimittendo debba essere previsto un *particolare aiuto* nel periodo di tempo che immediatamente precede la dimissione del detenuto e dell'internato e che questo debba proseguire per un congruo periodo a questa successivo. Il regolamento di esecuzione, agli articoli 88 e 89, integra questa previsione stabilendo che possibilmente a partire da sei mesi prima della scarcerazione le persone beneficino di un *particolare programma di trattamento* orientato alla soluzione dei problemi specifici connesse alle condizioni di vita familiare, di lavoro e di ambiente a cui dovranno andare incontro. A tal fine è previsto che sia adottata particolare cura per discutere con gli interessati le varie questioni prospettano e le possibilità che si offrono per il loro superamento.

La prassi, tuttavia, fa sì che generalmente questo momento sia fatto coincidere con la possibilità concreta di una misura alternativa e venga trascurato il fatto che anche nei confronti di coloro i quali non è prevedibile per motivi giuridici o sostanziali la possibilità concreta di fruire di una di tali misure debbano essere adottate le attenzioni previste dalle norme citate.

Per quanto riguarda i contenuti e le possibilità che possono essere adottati nei confronti delle persone prossime alla dimissione il richiamo alla famiglia si connette con molte altre indicazioni normative quali, ad esempio, l'articolo 45 dell'ordinamento che sottolinea la necessità di un'assistenza alla famiglia rivolta a conservare e migliorare le relazioni tra i soggetti in carcere e i loro familiari e a rimuovere le difficoltà che possono ostacolare il reinserimento sociale in collaborazione degli enti pubblici e privati. Più nello specifico l'articolo 61, 2° comma del regolamento di esecuzione prevede l'obbligo di preparare la famiglia, gli ambienti prossimi di vita e il soggetto stesso al rientro nel contesto sociale. A tal fine, secondo le specifiche indicazioni del gruppo di osservazione può concedere colloqui oltre quelli previsti dall'articolo 37 del regolamento.

L'articolo 94, 2° comma dello stesso regolamento prevede che particolare cura debba essere adottata per aiutare le famiglie dei detenuti e degli internati nel periodo che precede il loro ritorno.

Altro la norma ordinamentale o regolamentare non prevede.

Amministrativamente la questione è stata affrontata negli ultimi anni con direttive specifiche che hanno previsto l'istituzione di apposite sezioni che accogliessero i dimittendi in coerenza con quanto previsto dagli articoli 14 dell'ordinamento e 31 del regolamento che stabiliscono la necessità di raggruppare le persone detenute per permettere un trattamento rieducativo comune.

Mancano tuttavia indicazioni atte a delineare in maniera cogente le procedure da adottare in vista delle dimissioni prevedendo, ad esempio, l'obbligatorietà di istituire reparti destinati ad accogliere condannati ed internati in via di dimissione, di stilare un programma di trattamento specifico, di attivare percorsi interni ed esterni che consentano di sperimentare gradualmente il ritorno alla vita libera entro i quali rinsaldare i legami familiari e sociali limitati dalla vita detentiva.

La predisposizione di un protocollo di dimissione che sia in grado di raccogliere dati utili per tracciare i punti di forza e quelli di debolezza delle biografie di ognuno dei detenuti in dimissione e l'applicazione sistematica nel periodo precedente alla scarcerazione consentirebbe di programmare le misure utili per attenuare l'impatto dell'uscita sin dall'applicazione del protocollo a livello nazionale.

8. La questione degli Internati

Si è preso in esame l'internato imputabile sottoposto alla misura di sicurezza detentiva, (colonia agricola, casa di lavoro) e la difficoltà della progettazione di programmi di reinserimento nel corso dei 6 mesi antecedenti al riesame di pericolosità sociale nella quale dovrebbero essere sottoposti alla licenza finale d' esperimento.

Il tema centrale da introdurre è il concetto di **domicilio di soccorso** (tema già esistente ma ampiamente controverso e dibattuto a livello comunale).

L' internato imputabile è normalmente persona che ha perso da anni la residenza in un luogo esterno, vivendo di piccole carcerazioni ha come residenza il carcere , ma terminato il periodo di detenzione nessun comune riconosce il diritto all' assistenza sociale per le persone che non hanno una vera residenza e si considerano come tali solo quelle poste al di fuori del carcere , l' essere stato residente in carcere non abilita ad alcun tipo di assistenza continuativa (abitazione e lavoro o comunque qualsiasi tipo di intervento riabilitativo) esterna, questa è la scelta adottata in prevalenza dai comuni italiani.

Quando l' internato imputabile viene sottoposto alla misura di sicurezza detentiva è frequentemente in questa condizione; l' operatore penitenziario ha un lasso temporale molto breve per costruire un progetto di reinserimento (nel caso di internato sottoposto ad un anno di misura di sicurezza ha solo sei mesi perché poi andrebbe ammesso all' esterno con la licenza finale d' esperimento) , queste gravi difficoltà legate alla non facile realizzazione di progetti esterni comporta in maniera non infrequente il prolungamento della misura, che ricade sulla persona in attesa.

Infine bisogna tener presente che negli ultimi anni anche alcuni extracomunitari privi di permesso di soggiorno sono stati sottoposti alla misura di sicurezza ed è completamente inutile perché il presupposto della misura di sicurezza è il riadattamento sociale e non si riesce in alcun modo ad attuare nei confronti delle persone prive di permesso di soggiorno perché si accentuano le problematiche sopra ricordate che in questo caso non trovano soluzione : la mancanza di servizi di riferimento crea impossibilità di costruire un progetto di reinserimento.

La questione va affrontata nella conferenza stato regioni. Le regioni a loro volta dovrebbero censire lavorando in sinergia con gli uffici dipartimentali le persone sottoposte alla misura di sicurezza individuando il comune competente ad effettuare gli interventi risocializzativi ,

si eliminerebbe in maniera totale la condizione di apolide all' interno dello stato di appartenenza , perché gli internati privi di fissa dimora che non sono meno del 40% dell' attuale popolazione internata , vengono difficilmente presi in carico dal comune , continuando ad essere rimandati da un comune all' altro , con l' impotenza dell' operatore che non ha titolo per richiedere azioni.

Per dare continuità all' azione **va costituita unità permanente di monitoraggio** presso gli uffici centrali che sia in grado di sapere il numero degli internati in tale situazione, coinvolgendo anche la magistratura di sorveglianza competente per territorio e nel momento in cui compie il riesame di pericolosità sociale.

E' necessario attenzionare regioni e comuni sul problema, solo la forza di un organismo a livello centrale può sollevare e risolvere un problema che vissuto nelle poche case lavoro rimaste sul territorio italiano da un numero irrisorio di operatori del settore si è acuito nel corso del tempo.

Ridistribuzione geografica degli istituti e delle sezioni destinate ad accogliere gli internati.

Un aspetto che crea forti criticità è l'attuale dislocazione delle case di lavoro, sparse in maniera non omogenea sul territorio italiano. Di fatto sono quattro, una in Emilia Romagna, una in Sardegna, una in Sicilia, e una sezione a Vasto. Le persone che vengono sottoposte alla misura di sicurezza provengono da tutte le parti d'Italia, prevalentemente dal territorio campano. La misura ha come elemento connotante l'istituto della licenza che non riveste alcun carattere premiale ma ha carattere tratta mentale. Avere case di lavoro dislocate in modo così eterogeneo sul territorio crea gravi difficoltà di costo quando l'internato deve uscire in licenza ed anche gli stessi familiari qualora vi siano costretti a viaggi dispendiosi per raggiungere il familiare. Sarebbe pertanto opportuno creare sezioni di case di lavoro in ogni regione in modo da meglio distribuire i vari internati secondo il principio della territorializzazione.

9. Tossicodipendenza e carcere

Tossicodipendenza e carcere non si coniugano. È dato inconfutabile, infatti, che il carcere acquisca in modo esponenziale le problematiche dell'individuo: incide, ancor di più, su un'interiorità e un'esistenza già provate; accentua il tasso di recidiva di coloro che ivi scontano la pena (al contrario di coloro che usufruiscono delle misure alternative). Quest'ultimo dato, soprattutto, è idoneo a smentire l'ipotesi che il carcere possa avere un qualche effetto deterrente per chi è abitualmente dedito ad assumere sostanze stupefacenti. Questa ipotesi è contraddetta anche dagli studi neurobiologici, che dimostrano che il "premio" (il piacere/sollievo procurato dalle droghe) ha sempre un potere motivante sull'individuo superiore alla "punizione", anche quando certa. Questo meccanismo è comune a molti reati (si veda ad esempio quello di corruzione o di concussione) ed è uno dei fondamenti, quello biologico, della recidiva.

Benché il carcere non sia il luogo adeguato per curare la tossicodipendenza il nostro sistema è, però, congegnato in modo tale che il "transito" dal circuito penitenziario costituisca un passaggio saliente del trattamento riservato a tale categoria di rei. Paradossalmente il carcere intercetta un numero rilevante di persone tossicodipendenti che non hanno mai avuto accesso ai Servizi.

La difficile gestione del fenomeno consegna la sensazione che il carcere rappresenti la modalità con cui il nostro Paese intenda rispondere al problema della tossicodipendenza (o, comunque, affrontarlo "in prima battuta") approcciandolo non in un'ottica di ricerca dell'inclusione di chi (con la dipendenza) manifesta un disagio, ma di "carcerizzazione" del problema; segno del declino dell'ideale riabilitativo.

La popolazione tossicodipendente in carcere comprende le fasce particolarmente marginali e problematiche: persone che vivono uno stato di svantaggio, disagio o marginalità (compresa l'appartenenza a culture *diverse*, non solo in quanto provenienti da altri Paesi, ma soprattutto in quanto formati a valori in contrasto – almeno apparente – a quelli sociali dichiarati) e per le quali, più che una risposta carceraria, sarebbero opportune politiche sociali.

Proprio la massiccia presenza di tossicodipendenti in carcere ha inciso su quello che Alessandro Margara (2005) ha definito il processo di trasformazione della detenzione penale in "detenzione sociale": il reo ha accesso al circuito penitenziario non perché abbia coscientemente scelto la strada del crimine, ma solo perché non ha possibilità di accedere a quelle risorse d'inserimento sociale e lavorativo che in un *welfare* funzionante dovrebbero essere garantite a tutti i cittadini.

Questo problema assume dimensioni ancor più eclatanti con riferimento agli stranieri senza permesso di soggiorno, per i quali spesso la dipendenza da alcool o stupefacenti risulta essere il reale approdo del fallimento del loro progetto migratorio, acuendone l'emarginazione e la vulnerabilità. Tale "fetta" consistente della popolazione carceraria gode, fra l'altro, di minor benefici rispetto al detenuto "indigeno". Nella stragrande maggioranza, infatti, i detenuti "dipendenti" stranieri non riescono ad accedere ai benefici connessi al loro *status* di dipendenza, anche quando ne hanno diritto, per il semplice fatto che non sono nelle condizioni di proporre una progettualità terapeutica e di reperire all'esterno quella residenzialità in grado di fornire sufficienti garanzie alla magistratura di sorveglianza.

Muovendo da questa premessa, innanzitutto, occorre ricondurre la tematica della gestione della dipendenza da stupefacenti o da alcool del condannato/imputato nell'alveo a essa più congeniale: quello della tutela della salute; nell'ambito, quindi, di un diritto ascrivibile al catalogo di quelli costituzionalmente tutelati e rispetto al quale le istanze repressive e securitarie, saldate alla pretesa coercitiva dello Stato, dovrebbero gradualmente cedere il passo o, comunque, trovare un punto di tollerabile bilanciamento muovendo dall'assoluta residualità (*extrema ratio*) della risposta carceraria (intesa, comunque, nelle forme della terapia inframuraria). Questo rapporto, infatti, non sembra oggi adeguatamente calibrato; sbilanciato in favore di preminenti istanze securitarie e specialpreventive e saldato a una visione di presunta correlazione fra scelta criminale e dipendenza.

È fondamentale, invece, che la persona affetta da dipendenza (da alcool o da stupefacente) non entri nel circuito penitenziario, ma acceda immediatamente a percorsi di cura. Questo itinerario presenta plurimi effetti positivi: evita l'impatto con la realtà carceraria; trasforma un evento negativo (la commissione del reato) in opportunità di cura; riduce, come detto, la probabilità di recidiva.

L'accesso alle "misure alternative alla detenzione", che dovrebbero essere invece "misure di tutela della salute", avviene ora su richiesta del singolo, come se la salute non fosse un bene pubblico ma un interesse individuale, e l'esito della richiesta è difforme e spesso incerto. Pur non potendosi prescindere dal consenso dell'interessato attuandosi, attraverso la misura, interventi di tipo sanitario, l'iniziativa della proposta terapeutica-riabilitativa deve invece avviarsi su iniziativa e per interesse istituzionale.

Vi è naturalmente la necessità di discriminare i soggetti che, pur essendo venuti all'osservazione per i reati commessi, presentano una condizione prevalentemente di patologia da dipendenza, dai soggetti che, pur consumatori di sostanze, presentano problematiche prevalenti

di devianza e integrazione con culture e stili di vita criminogeni, ai quali vanno offerti eventualmente percorsi tratta mentali e riabilitativi altri che non la cura per una patologia che non esprimono. La valutazione non è semplice né semplificabile e non può che essere multidisciplinare (ad esempio, anche sulla natura e sulle caratteristiche del reato) e considerare diverse prospettive interpretative (si veda proposta 1, in particolare rispetto alle strutture comunitarie di primo livello per la conferma diagnostico-terapeutica).

La separazione rigida dei finanziamenti tra i Ministeri e tra gli Enti territoriali impedisce una dinamica e virtuosa gestione delle misure più economiche e vantaggiose, sia sul piano finanziario sia sul piano sociale. La misura alternativa, quando avviene, comporta uno "scarico" del costo dalla gestione del soggetto dalla Giustizia alla Sanità, provocando "resistenze", anche se questo rappresenta per lo Stato nel suo complesso un effettivo minor costo. Nella pratica, il costo delle misure alternative a carico della Sanità sul fondo sanitario indistinto (rette per le strutture comunitarie o costi per strumenti e personale per l'assistenza territoriale) impedisce di fatto l'esecuzione delle stesse per la presenza di liste d'attesa o, quando ordinate dal Tribunale e da eseguirsi immediatamente, bloccano la lista d'attesa per analoghe prestazioni da fruire da parte dei liberi. Infatti, i costi per lo stesso tipo di prestazioni incidono sullo stesso bilancio indistinto sia per i liberi sia per i condannati in misura alternativa. Andrebbero quindi previste quote di budget comuni che evitino contrasti tra l'interesse limitato di una parte istituzionale e l'interesse generale. Il meccanismo potrebbe essere quello del finanziamento vincolato dallo Stato alla Sanità regionalizzata per le misure alternative. I vantaggi della esecuzione delle misure alternative, residenziali o territoriali, deriverebbero da: minore affollamento degli Istituti di pena; riduzione dei costi variabili per gli Istituti di pena; gestione più appropriata del problema di salute dell'individuo; distacco dalla cultura deviante, con possibile riduzione di recidive e migliore reinserimento sociale.

Per evitare una deriva analoga a quella dei superandi OPG, e cioè la creazione di luoghi di pena alternativi, sì, agli Istituti penitenziari, ma in fondo essi stessi istituti di detenzione con il rischio di perdere la progettualità evolutiva, è necessario che il percorso terapeutico sia gestito, sia nella fase progettuale sia in quella di supervisione della realizzazione, dai Servizi sanitari pubblici territoriali.

La proposta operativa si articola dunque su un duplice piano:

- 1) Innanzitutto è necessaria l'acquisizione di un'adeguata consapevolezza circa la strategicità dell'intervento terapeutico e di sostegno nei confronti dei soggetti che abbiano, allo stesso tempo, problematiche di dipendenza e di natura giudiziaria.

E' quindi indispensabile destinare le risorse necessarie ad assolvere a questa fondamentale missione istituzionale, anche prevedendo un maggiore impegno dello Stato, che si giova, economicamente, dei cospicui risparmi derivanti dalla de-carcerizzazione dei soggetti tossicodipendenti. Fermo restando che, onde evitare le ricordate resistenze delle Regioni, appare opportuno prevedere una forma di finanziamento vincolato dello Stato alle Regioni.

- 2) In secondo luogo è necessario che l'accesso a misure extra-penitenziarie non venga lasciato alla mera iniziativa dell'interessato e vi sia una forma di offerta istituzionale di ammissione alla misura, salva ovviamente l'acquisizione del consenso da parte del soggetto.

In questa prospettiva sembra utile riproporre, anche sul piano nazionale, una positiva esperienza di integrazione tra uffici giudiziari e servizi socio-sanitari sperimentata in alcune realtà giudiziarie.

Si tratta della istituzione, presso ogni tribunale, di una unità operativa dei servizi pubblici per le dipendenze, costituita da un nucleo di operatori distaccati presso lo stesso tribunale, i quali segnalano, su richiesta degli interessati o di ufficio, al giudice procedente lo

svolgimento del programma terapeutico in corso o, comunque, si rendono disponibili con urgenza, su richiesta degli interessati o di ufficio, per la definizione del programma e lo trasmettono all'organo giudiziario procedente per l'udienza stabilita o per altra a tal fine fissata. Allo stesso fine deve prevedersi che i servizi pubblici per le dipendenze operanti in carcere, effettivo, all'inizio della custodia cautelare, la presa in carico delle persone tossicodipendenti o alcooldipendenti, segnalando immediatamente i singoli casi al nucleo operativo presso i tribunali. Nei casi in cui sia richiesto l'inserimento in una struttura residenziale, i servizi pubblici la individuano, esprimendo anche il loro parere sulla opportunità e la idoneità di tale inserimento.

Ovviamente i tribunali devono mettere a disposizione dei servizi pubblici per le dipendenze i locali necessari per il funzionamento dei nuclei operativi.

Analogo meccanismo potrebbe essere previsto anche per la fase dell'esecuzione, stabilendosi forme di integrazione funzionale più strette tra magistratura di sorveglianza, Uepe e servizi socio-sanitari territoriali.

Altro ambito di intervento riguarda i presupposti oggettivi e soggettivi per l'accesso a misure extra-carcerarie.

Per la fase cautelare, occorre superare la preclusione "assoluta" - prevista dall'art. 89 d.p.r. 309/90 - all'adozione della misura degli arresti domiciliari "terapeutici" in sostituzione della custodia cautelare, per il solo fatto di essere indagati/imputati per uno dei delitti previsti dall'art. 4-bis ord. penit., apparendo sufficiente "riassegnare" al giudice il compito di vagliare, caso per caso, la concretezza del pericolo connessa alla concessione di una misura extramuraria, rimodulando il catalogo dei reati caratterizzati da una presunzione, relativa, di pericolosità ai sensi del "nuovo" art. 275 comma 3 c.p.p.

Con riferimento alla fase esecutiva, può ipotizzarsi che l'accesso all'affidamento terapeutico, quantomeno nei casi di stretta connessione tra dipendenza e reato commesso, non sia correlato ad alcuna soglia di pena da scontare né sia differenziato, come oggi avviene, per tipologia di delitti, considerato che secondo l'esperienza applicativa, frequentemente al titolo di reato astrattamente grave non corrisponde un'effettiva offensività delle fattispecie concrete.

In alternativa si può pensare ad introdurre il nuovo istituto del "Programma di reintegrazione sociale nell'ambito del programma terapeutico e riabilitativo", da affiancare al vigente affidamento terapeutico, secondo un rapporto di complementarità, nel senso che dovrebbe essere previsto un limite di pena detentiva, fino a otto anni, destinato a consentirne l'applicazione fuori dai casi di operatività dell'affidamento terapeutico. La nuova misura avrebbe una particolare ampiezza in quanto sarebbe previsto, in prima battuta, un programma terapeutico-riabilitativo, al quale si affiancherebbe un "programma di reintegrazione sociale per lo svolgimento di attività socialmente utili".

Al fine di implementare l'offerta di opzioni alternative non solo al carcere ma anche al processo, potrebbe poi essere introdotta una ulteriore ipotesi di sospensione con messa alla prova per i tossicodipendenti che abbiano in corso o intendano intraprendere un programma di recupero. Rispetto all'ipotesi generale di cui all'articolo 168-bis del codice penale, potrebbero essere previsti un più elevato limite massimo edittale di pena, la necessaria connessione tra il reato e la condizione di tossicodipendenza, il divieto di concessione della sospensione per più di due volte.

L'attuale struttura complessiva della disciplina riguardante l'incrocio fra dipendenza ed esecuzione penale sembra scontare, inoltre, un difetto di origine: essa è stata congegnata - e sviluppata nel tempo - muovendo da un'idea della dipendenza quale fattore di rischio per la collettività e, comunque, elemento idoneo a porre in una posizione di subvalenza l'esigenza di tutela della salute del dipendente da sostanze

alcoliche o stupefacenti. Il dato, di tipo statistico, relativo all'elevato numero di presenze nelle carceri di tossicodipendenti condannati (o imputati) per reati di cui al d.p.r. 309/90 ha indotto, fra l'altro, negli anni il legislatore a calibrare gli interventi *in subiecta materia* agganciandoli alla fenomenologia delittuosa in materia di stupefacenti. Prova di questa concezione è la costante opera di dosimetria dei limiti di accesso del tossicodipendente alle misure alternative al carcere al progressivo innalzamento delle soglie sanzionatorie edittali previste per i reati di cui agli artt. 73 e 74 d.p.r. 309/90; quasi a voler siglare un'inadeguata presunzione che il tossicodipendente sia, quantomeno, uno spacciatore.

Esiste un divario fra astratta percezione del problema e concreta traduzione normativa dei percorsi gestionali della *quaestio* dipendenza-detenzione. Il nostro sistema penale, sotto il profilo dell'intervento nei confronti di soggetti affetti da tossicodipendenza o alcool-dipendenza, è strutturato in termini di differenziazione rispetto al modello ordinario. Il modello coniato dal legislatore è, però, solo "astrattamente" declinato nei sensi di un'assoluta residualità dell'intervento carcerario; costellato da una serie di limiti, preclusioni e oneri di allegazione gravanti sul soggetto dipendente che si traducono in una "concreta" inaccessibilità o marginalità dell'offerta terapeutica extracarceraria.

Questa differenziazione si snoda lungo la fase procedimentale che approda al giudicato e prosegue nel segmento dell'esecuzione penale. Essa è percorsa da un *fil rouge* che lega i due momenti: l'istanza terapeutica quale viatico del recupero; sia dalla dipendenza, sia dalla scelta deviante. Questa aspirazione - che vede coniugata l'esigenza curativa con quella trattamentale siglando un connubio fra reato e dipendenza - si traduce in un significativo ampliamento delle possibilità di evitare la misura carceraria (sia quella *ante iudicium*/cautelare, sia quella *post iudicatum*/pena) pur in presenza dei presupposti che ne legittimerebbero in astratto l'irrogazione.

È bene evidenziare, quindi, come questo *favor libertatis* non costituisce il riflesso di un mero privilegio e beneficio nei confronti di un soggetto che, in ragione della propria dipendenza, è già "vulnerabile" e nei confronti del quale la mera detenzione potrebbe rappresentare un elemento di amplificazione di tale "vulnerabilità" in ragione dell'asserita incompatibilità fra detenzione e cura dalla dipendenza; esso è, invece, la logica conseguenza della consapevolezza di dover trattare un condannato la cui devianza e capacità di recidiva si asserisce essere strettamente legate a un fattore di tipo patologico. Il modello differenziato attuale è siglato dall'idea dell'esistenza di un *trait d'union* fra dipendenza e reato ed è, pertanto, calibrato in un'ottica marcatamente specialpreventiva; il trattamento, da continuare o avviare anche attraverso percorsi extra carcerari, è inteso quale strumento volto a rimuovere l'eziopatogenesi del reato inibendone la recidiva. Senza l'eliminazione del fattore esterno di tipo patologico (la dipendenza) la prospettiva specialpreventiva della sanzione "finirebbe per costituire una pia illusione".

La differenziazione trattamentale nei confronti del tossicodipendente non costituisce, così, una deroga indulgenziale alla funzione rieducativa della pena, ma ne costituisce un profilo della sua essenza individualizzante; un modello in cui la prospettiva rieducativa sembra, comunque, prevalere su quella di tutela della salute del tossicodipendente. S'innesta, cioè, nell'ottica trattamentale funzionale alla risocializzazione in cui l'opzione terapeutica espressa dal condannato costituisce la manifestazione di questa volontà.

L'espressione di questo "accordo" fra Stato e tossicodipendente si fonda sulla struttura del modello sinallagmatico mutuato dal *probation* di cui all'art. 47 ord. penit. (declinato nel modello "speciale" terapeutico di cui all'art. 94 del d.p.r. 309/90): lo Stato rinuncia, in parte, all'esercizio della sua pretesa coercitiva (sia essa cautelare o punitiva) in cambio della disponibilità del soggetto ad assumere e attuare, per un periodo determinato, degli impegni comportamentali antitetici alla scelta deviante fino a quel momento intrapresa; questi impegni, nel caso del tossicodipendente - ed è questo l'elemento di chiara diversificazione rispetto al modello ordinario disciplinato dall'art. 47 ord. penit. -, devono assumere una connotazione prevalentemente terapeutica.

Di fronte al tossicodipendente in esecuzione pena o in custodia cautelare si aprono diverse strade tutte connotate da un forte contenuto terapeutico, tutte disciplinate dal d.p.r. 309/90: nella fase antecedente al giudicato, se ha in corso o propone un programma terapeutico di recupero, può accedere agli arresti domiciliari (art. 89); nella fase dell'esecuzione pena, se ha in corso, o accetta di sottoporsi a un programma terapeutico può accedere alla misura alternativa dell'affidamento "terapeutico" (art. 94), se lo ha in corso o lo ha già terminato può giovare della sospensione dell'esecuzione della pena (art. 90) o nella peggiore delle ipotesi – qualora gli sia inibito l'accesso a questi istituti alternativi, per mancanza dei relativi requisiti oggettivi o soggettivi – il tossicodipendente sconterà la detenzione (cautelare o *sub specie pena*) in una struttura o sezione specializzata (artt. 95 e 96). Il legislatore si è, così, preoccupato di predisporre anche alcune garanzie minime del diritto alla salute di quei soggetti che scontano la pena in carcere, non potendo o volendo usufruire di questi istituti. Questo percorso - e questo appare il primo momento di criticità del modello attuale - è perentoriamente affidato alla verifica, innanzitutto, dello *status* di dipendenza e, inoltre, di una concreta disponibilità del reo a intraprendere o proseguire un percorso terapeutico finalizzato alla rimozione della cause psicofisiche che lo rendono dipendente dalle sostanze tossiche o alcoliche.

Per avere accesso alle misure alternative è necessaria, *in primis*, **la diagnosi di tossicodipendenza** (si veda oltre); una verifica che oggi è assai più complessa che in passato. La legge 49/2006 ha spostato il *focus* della diagnosi dall'aspetto psicosociale e psicologico a quello prettamente bio-medico (positività al test delle urine o del capello), sicché la magistratura di sorveglianza può decidere di non concedere la misura alternativa a chi non risulta positivo a tali accertamenti. Questo itinerario diagnostico costituisce un evidente *vulnus* al diritto alla cura del detenuto e, al contempo, un forte vincolo all'azione dei sanitari: esso, infatti, non tiene conto che la tossicodipendenza è una malattia cronica recidivante e, dunque, può riproporsi nel corso del tempo. Ciò significa che la dichiarazione di dipendenza da sostanze stupefacenti - che, come previsto dall'ord. penit., può intervenire in qualunque momento della carcerazione - potrebbe non essere diagnosticata attraverso il mero ricorso ai test ma dovrebbe essere affidata al solo strumento della valutazione anamnestica che, però, la legge non consente.

L'idea della sostanziale "incompatibilità tra carcere e tossicodipendenza" non pare costituire la reale base concettuale che anima queste modalità "alternative" di esecuzione penale; il legislatore sembra, infatti, convinto che la terapia sarà intrapresa dal tossicodipendente solo se costretto. In forza di questa convinzione il perno della normativa è la saldatura tra il momento sanzionatorio e il momento del recupero. Solo la sincronizzazione tra terapia e difesa sociale è ritenuta capace di predisporre i mezzi per recuperare il tossicodipendente, eliminando così i rischi per lui e per la società. Al rigore sanzionatorio che colpisce il tossicodipendente si associa una forte pressione, perché l'esecuzione penale s'impenni sulla "terapia" che emerge come il denominatore comune di tutte le modalità di trattamento del detenuto tossicodipendente.

L'idea di un accesso alla misura alternativa veicolato dall'esistenza di un programma di recupero già in atto o dalla volontà concretamente espressa dal condannato/imputato di intraprenderlo, sigla i connotati di un vero e proprio "patto terapeutico" in cui la sola manifestazione della volontà di intraprenderlo o l'avvenuto avvio di un programma di recupero - accertata l'effettività della dipendenza - spiana la strada al venir meno della pretesa coercitiva dello Stato (sia nella fase cautelare, sia in quella dell'esecuzione penale). Il modello attuale appare intriso di una concezione carcerocentrica in cui la primazia dell'intervento punitivo dello Stato non riesce ad abdicare rispetto a un preminente interesse alla tutela della salute del condannato/imputato se questo interesse non viene preventivamente "sponsorizzato" dallo stesso interessato. Nell'impianto normativo odierno, cioè, la tutela della salute degli assuntori di droghe viene in evidenza in primo luogo attraverso una serie di meccanismi sanzionatori predisposti per spingere i soggetti a sottoporsi a programmi di disintossicazione: è la minaccia del carcere - o la prospettiva di prolungarne la permanenza al suo interno, anche dopo aver raggiunto la "soglia" di pena per poter accedere alla misura ex art. 94 d.p.r. 309/90 - a spingere il tossicodipendente a intraprendere un percorso di recupero; la scelta terapeutica non costituisce la strada per uscire dalla dipendenza, bensì la via per evitare il carcere. Una scelta, quindi, indotta dall'esigenza di "salvarsi"

dal carcere e in cui la "volontà" di epurazione dalla dipendenza assume valenza del tutto secondaria; a dispetto dell'estrema rilevanza della volontarietà per la buona riuscita del trattamento terapeutico.

L'idea è, quindi, quella di uscire dalla logica del "patto terapeutico" tra Stato e condannato/imputato tossico o alcool dipendente, veicolato dall'esistenza di un programma di recupero già in corso o di un "nuovo" programma cui intende sottoporsi (con annesso onere di allegazione dello stesso). La "strada" del recupero extramurario dalla dipendenza del condannato/imputato - attraverso un affidamento terapeutico sganciato dai rigidi presupposti oggettivi oggi imposti dall'art. 94 d.p.r. 309/90 - dovrebbe costituire, invece, l'oggetto di **un'offerta dello Stato e non già la controprestazione rispetto a un impegno trattamentale assunto dal detenuto**. Un'offerta da calibrare sulla scorta di un'accertata dipendenza e da modulare compatibilmente a concomitanti istanze di sicurezza.

Questo approccio impone, pertanto, una rivisitazione dell'attuale disciplina.

Dai dati del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, sappiamo che nel 2014 13.972 persone sono entrate in carcere per violazione dell'art.73 DPR 309/90, su un totale di 50.217. Quanto alle presenze, al 31 dicembre 2014, erano 17.995 i detenuti ristretti in violazione dell'art.73, su un totale di 53.623; mentre i detenuti tossicodipendenti, al 31 dicembre 2014 risultavano 13.205, pari al 24,6% del totale dei presenti a quella data. Nonostante il calo degli ingressi per violazione dell'art.73 rispetto agli anni precedenti (in coincidenza con l'abolizione per opera della Corte Costituzionale della normativa introdotta nel 2006) la sola legge antidroga contribuisce al 28,3% degli ingressi in carcere, e al 33,5% delle presenze. Si tratta di numeri imponenti, che chiamano a un intervento sulla legge antidroga come priorità.

Ciò è tanto più urgente, considerando che fino dagli anni novanta il legislatore ha seguito un preciso indirizzo di politica penale sulle droghe (rafforzato nella revisione del 2006): ha scelto di enfatizzare il valore simbolico del diritto penale, come segnale di disapprovazione sociale del comportamento di assunzione di droghe. Ciò è stato conseguito sia attraverso la penalizzazione di condotte riferibili all'ambito del consumo, sia attraverso l'adozione di pene elevatissime e sproporzionate per i reati di droga, sia (nel 2006) attraverso l'equiparazione di droghe leggere e pesanti (con conseguente ulteriore inasprimento penale).

Tale legislazione "ad alta penalità" ha previsto come unico contrappeso la possibilità per i soggetti tossicodipendenti di accedere alle alternative terapeutiche (disponibili, in teoria, con soglie di pena più favorevoli rispetto all'affidamento ordinario).

A distanza di decenni, sulla base dei dati ufficiali disponibili, la linea seguita dal legislatore italiano si è dimostrata incapace di limitare quelle che a livello degli organismi internazionali sono chiamate le "unwanted consequences" dell'approccio penale: l'affollamento in carcere di tossicodipendenti e di autori di infrazioni alla normativa antidroga.

Un settore d'intervento, tanto nell'ambito cautelare quanto in quello punitivo, potrebbe essere quello volto a rendere fluido un sistema oggi bloccato - anche in relazione alla particolare posizione del tossico/alcool dipendente - da un'eccessiva rigidità saldata alla tipologia del reato per il quale si procede o si è proceduti. Opportuno appare, quindi, una definitiva erosione del modello fondato sulle preclusioni (in ambito cautelare) e sul più ostico ambito di accesso alle misure alternative agganciato alla riconduzione del reato al catalogo previsto dall'art. 4-*bis* ord. penit.

Sul versante cautelare, l'operazione andrebbe condotta attraverso l'eliminazione della preclusione "assoluta" - prevista dall'art. 89 d.p.r. 309/90 - all'adozione della misura degli arresti domiciliari "terapeutici" in sostituzione della custodia cautelare, per il solo fatto di essere indagati/imputati per uno dei delitti previsti dall'art. 4-*bis* ord. penit. Appare sufficiente, onde garantire un maggior controllo nei

confronti di coloro che si assumono essere portatori di una maggiore carica di pericolosità connessa al reato per il quale si procede, "riassegnare" al giudice procedente il compito di vagliare, caso per caso, la concretezza del pericolo connessa alla concessione di una misura extramuraria funzionale al trattamento della dipendenza e convogliare tale esigenza nella previsione degli arresti domiciliari in una struttura residenziale. Occorrerebbe, inoltre, ridisegnare l'area della particolare pericolosità dell'imputato/indagato non attingendo al catalogo "generalistico" dell'art. 4-*bis* ord. penit. (riservato, tra l'altro, al diverso ambito d'intervento nella fase esecutiva quale argine all'accesso del condannato a misure extramurarie) bensì rimodulandolo ai sensi del "nuovo" art. 275 comma 3 c.p.p.

Analogo approccio dovrebbe caratterizzare anche l'aspirazione terapeutico/trattamentale nei confronti del condannato tossico/alcool dipendente. Il qui auspicato superamento della logica che presiede al rapporto sinallagmatico fra rinuncia alla pretesa coercitiva e adesione al progetto trattamentale-terapeutico – attraverso la definitiva erosione del patto fra Stato e condannato, siglato in forza dell'accertata incompatibilità fra carcere e dipendenza (in una prospettiva che pone, cioè, in risalto l'esigenza curativa rispetto a quella trattamentale) - non può essere, di certo, affidato a un modello che fissa perentori limiti di tipo oggettivo (*quantum* di pena ancora da scontare prima di accedere alla misura alternativa terapeutica), così come oggi configurati dall'art. 94 d.p.r. 309/90. L'offerta extramuraria dovrebbe essere l'automatica conseguenza dell'accertata dipendenza dagli stupefacenti o dall'alcool del condannato (attraverso modelli diagnostici idonei a scongiurare comportamenti opportunistici); l'accesso all'affidamento in prova terapeutico non dovrebbe essere coordinato ad alcuna soglia di pena da scontare né, a maggior ragione, differenziata per tipologia di delitti (oggi, invece, graduata fra i sei e i quattro anni a seconda che si tratti di reati "comuni" ovvero delitti indicati nell'art. 4-*bis* ord. penit.). L'esperienza applicativa, fra l'altro, ha dimostrato come assai di frequente al titolo di reato astrattamente grave non corrisponde un'effettiva offensività delle fattispecie concrete; sicché il *discrimen* appare del tutto ingiustificato. D'altronde il particolare interesse che l'Ordinamento già manifesta nei confronti del tossicodipendente, per le sue forme di sostegno terapeutico e d'inclusione sociale, non possono assumere diversa valenza in relazione del disvalore del suo agito.

10. La questione della certificazione di tossico/alcol dipendenza negli Istituti di Pena

Per avere accesso alle misure alternative, è necessaria la diagnosi di "dipendenza" (sul concetto di dipendenza si veda oltre). A differenza di un tempo in cui i tossicodipendenti erano quasi esclusivamente assuntori di eroina, oggi fare la diagnosi è più complesso. La legge del 2006 ha reso più intricata la questione poiché, come già detto sopra, ha spostato il focus della diagnosi dall'aspetto psicosociale a quello prettamente bio-medico (positività al test delle urine o del capello). L'enfasi sulla "obiettività" dell'accertamento ha accentuato il potere del magistrato a scapito degli operatori delle dipendenze. Per di più, il Dipartimento Antidroga aveva dettato un procedimento diagnostico più rigido, che restringe di fatto la diagnosi di dipendenza, creando squilibri fra carcere e carcere.

Dal 2011 in poi, la rilevazione non è più in carico all'Amministrazione Penitenziaria ma avviene attraverso le Regioni, tramite i SERD presenti in carcere.

Non si tratta però di una mera questione di riorganizzazione dei flussi informativi, bensì di un cambiamento dei criteri di classificazione dei detenuti tossicodipendenti. Infatti, seguendo le linee di indirizzo del Dipartimento Politiche Antidroga, la classificazione dovrebbe avvenire utilizzando un unico strumento diagnostico (ICD IX): per "uniformare" le procedure –si è detto- ed avere maggiore "omogeneità".

In realtà, le indicazioni del passato DPA non hanno convinto i SERD, per cui sono rimaste in uso prassi diversificate. Leggendo ad esempio i dati degli istituti toscani per il 2012, i risultati sono sorprendenti: si passa dagli istituti in cui quasi tutti gli assuntori sono diagnosticati dipendenti (come Firenze Sollicciano, con 192 dipendenti su un totale di 209; e Lucca, con 59 dipendenti su 68); alla casa di reclusione di San Gimignano, dove solo la metà sono dipendenti (70 dipendenti su 135); al carcere di Prato, dove le persone dipendenti sono una minoranza rispetto agli "assuntori senza dipendenza" (98 dipendenti su 243). La nuova rilevazione per il 2014 riconferma le incongruenze.

Poiché le caratteristiche della popolazione carceraria sono sostanzialmente le stesse negli istituti della stessa regione (così come i modelli di consumo non cambiano certo da città a città della stessa regione), una tale consistente disomogeneità non può che farsi risalire ai differenti criteri diagnostici utilizzati, sviluppati localmente in mancanza di convincenti linee guida e accordi nazionali.

È invece indispensabile aprire tavoli di confronto fra operatori delle dipendenze e la Magistratura di Sorveglianza per concordare le modalità e la modulazione della competenza sulla diagnosi, che deve potersi basare anche su un'analisi di tipo psicologico e su una valutazione anamnestica.

Si ricorda che le certificazioni rilasciate dai SER.D. nell'area penale sono numerose. Ad esempio le certificazioni legate ad un programma, e in particolare:

- Programmi terapeutici in regime di arresti domiciliari ai sensi dell'art.89 del DPR 309/90;
- Programmi terapeutici in regime di detenzione domiciliare ai sensi dell'47 ter della legge 354/75;
- Programmi terapeutici in regime di sospensione della pena ai sensi dell'ex art, 90 del DPR 309/90;
- Programmi in regime di affidamento terapeutico ai sensi ex art. 94 DPR 309/90.

La questione della certificazione di tossico/alcol dipendenza negli Istituti di Pena assume un ruolo primario sia per l'accesso alle cure che per le misure alternative alla detenzione previste per i detenuti portatori della problematica.

La disomogeneità, non solo a livello nazionale, nei parametri seguiti per l'elaborazione della certificazione comporta la conseguenza, inaccettabile, che il percorso detentivo e riabilitativo di un soggetto detenuto vada ad essere condizionato dal luogo in cui è detenuto.

Si propone un esempio di certificazione che evidenzia la varietà degli elementi valutabili a tal fine. Il DSM - 5 viene utilizzato sfruttando la sua modularità senza limitare le prospettive di osservazione multidisciplinare.

ESEMPIO di CERTIFICAZIONE
Dipartimento Dipendenze / SERD della ASL_____
(ai sensi del D.M. 186/90 ed ai sensi del DPR 309/90 e s.m.i.)

Si certifica che il Sig _____
nato a _____ (Prov) _____ il _____
e residente a _____ in via _____ n. _____ cap. _____

è risultato positivo ai seguenti accertamenti:
Riscontro di pregressa documentazione clinica
Valutazione anamnestica
Esame obiettivo
Esami ematochimici

Esami tossicologici su matrice:

- **Urinaria**
- **Pilifera**
- **Altro_____**

ed è risultato positivo ai seguenti criteri secondo il DSM-5 :

- La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi superiori a quanto previsto.
- Desiderio persistente o incapacità di ridurre o di controllare l'uso della sostanza.
- Una grande quantità di tempo è spesa in attività necessarie per ottenere la sostanza, utilizzarla o riprendersi dagli effetti.
- Presenza di craving, o di un forte desiderio o la brama di assumere la sostanza.
- L'uso della sostanza ripetuto comporta un'incapacità di assolvere pienamente i maggiori ruoli sul lavoro, a scuola o a casa.
- Uso continuo nonostante la persistenza, o ricorrente comparsa, di problemi sociali o interpersonali, causati o aggravati dall'uso della sostanza.
- Importanti attività sociali, occupazionali o ricreative sono interrotte, o significativamente ridotte, a causa dell'uso della sostanza.
- Uso della sostanza ricorrente in situazioni fisicamente rischiose.
- L'uso della sostanza è continuato nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente causato, o aggravato, dalla sostanza stessa.

- Tolleranza definita da uno dei criteri seguenti:
 - Bisogno di aumentare la quantità della sostanza assunta per raggiungere lo stato d'intossicazione o l'effetto desiderato.
 - Riduzione dell'effetto percepito con il continuo uso della stessa quantità di sostanza.

- Astinenza, manifestata da uno dei seguenti criteri:
 - La caratteristica sindrome di astinenza dalla sostanza in questione
 - La sostanza, o una sostanza strettamente correlata, è assunta per ridurre o evitare i sintomi d'astinenza

I sintomi segnalati si verificano all'interno di un periodo di 12 mesi

Si conclude che il paziente:

- **è affetto da _____** [tossicodipendente/alcolodipendente]
- **non risulta essere tossicodipendente o alcolodipendente**

Luogo _____ data _____

Il medico
(timbro e firma)

L'invito alla omogeneità nelle certificazioni si aggiunge a quella necessaria da parte dei Tribunali di Sorveglianza, nella valutazione delle istanze di affidamento per tossico/alcol dipendenti, che all'attualità disegna un quadro variegato.

Il D.P.R. 309/90, modificato dalla Legge 49 del 2006, negli artt. 89, 90 e 94 indica le modalità con le quali la certificazione a corredo dell'istanza per l'ottenimento della misura alternativa, debba essere redatta: *"...Alla domanda è allegata, a pena di inammissibilità, certificazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da una struttura privata accreditata per l'attività di diagnosi prevista dal [comma 2, lettera d\), dell'articolo 116](#) attestante lo stato di tossicodipendenza o di alcolodipendenza, la procedura con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche,..."*.

Come evidente ed ormai da molti riconosciuto, il Testo Unico sugli stupefacenti è nato nell'ambito di un contesto (anni Ottanta) caratterizzato dalla massiccia diffusione di eroina e mantiene quindi un approccio anacronistico a fronte delle caratteristiche del quadro attuale.

Un'interpretazione letterale e restrittiva della norma sopra citata porterebbe inevitabilmente a restringere alquanto l'erogazione delle certificazioni.

Nella Regione Lombardia da anni si è fatto fronte a questa illogicità attraverso il lavoro congiunto di Magistratura di Sorveglianza, UEPE, ASL e Direzioni degli Istituti Penitenziari che si sono confrontati su questo tema.

In particolare vi è stata una generale concordanza rispetto ai seguenti concetti:

- a) le caratteristiche del "tossicodipendente" da cocaina, da sostanze stimolanti o da alcol, si discostano notevolmente da quelle del consumatore di oppiacei;
- b) la permanenza in carcere, anche per periodi significativi, non risolve la tossicodipendenza ed è quindi possibile considerare tossicodipendente un soggetto astinente anche da lungo tempo, che si trova in condizioni detentive;
- c) per addivenire alla certificazione di cui in oggetto occorre un contributo multidisciplinare di competenze, al di là della prevista titolarità medica.

Sarebbe auspicabile la stesura di un protocollo a livello nazionale per uniformare le modalità di certificazione.

La difformità nel riconoscimento sul piano clinico delle condizioni di patologia da dipendenza è notevole, così come è notevole la disparità di decisioni e di trattamento sul piano giuridico rispetto alle misure alternative.

L'equivoco "tossicodipendente = delinquente" deve essere culturalmente e giuridicamente superato (vedi oltre) anche in ordine al differenziarsi dei comportamenti di addiction e del loro emergente valore adattativo al contesto sociale.

La valutazione deve essere multidisciplinare, data la natura di "problema complesso" della organizzazione patologica della dipendenza. Specialista clinico e criminologo devono collaborare con il Tribunale che deve decidere in merito alla misura alternativa per ri-costruire in modo integrato il quadro specifico del singolo soggetto. Questa costruzione complessa del quadro d'insieme, che può richiedere tempo, si può realizzare in tappe successive, consentendo, in base ad un primo screening, la "messa in sicurezza" in senso terapeutico del soggetto probabile portatore di un problema di salute, avviandolo immediatamente alla misura alternativa alla detenzione, salvo approfondimento diagnostico successivo. La prima misura, quindi potrebbe avvenire in strutture comunitarie di primo livello, orientate alla valutazione diagnostica e alla conferma del progetto di cura e riabilitazione.

I problemi sottostanti sono prioritariamente di tipo culturale per cui un investimento significativo sul piano formativo, anche congiunto, per clinici e giuristi, pare una premessa ineludibile.

L'investimento deve essere capillare e continuativo, quindi diventare strutturale come sistema di gestione dei problemi interdisciplinari e multiproblematici. Questo può essere realizzato a costi contenuti con l'organizzazione di luoghi e tempi di confronto ("tavoli") che abbiano il compito di sviluppare il confronto locale e collegare i risultati al livello sovraordinato (regionale, nazionale).

11. Consumo di sostanze e addiction

L'automatismo "assunzione di droghe = drogato" è del tutto irrazionale.

Tralasciando questioni più lontane (ad esempio, l'uso di oppiacei nella terapia del dolore) e limitandosi all'ambito che qui interessa, si deve riconoscere che:

- le cosiddette "droghe" (ma il discorso si può estendere a tutti i comportamenti che danno dipendenza) sono una merce che ha un proprio mercato, legale e illegale:

- o con il mercato legale di sostanze che inducono dipendenza e gravi danni alla salute, come il tabacco e gli alcolici, si evidenzia come possano convivere a livello sociale, politico e normativo applicazioni diverse degli stessi principi, che sono anche in contraddizione e che quindi si relativizzano reciprocamente (la protezione della "salute" fino a che punto e in quali condizioni è o non è un valore prioritario?);

- o i principi una volta relativizzati, per definizione rimangono tali e non possono ridiventare "assoluti" in altri scenari. Ad esempio: se si considera che una persona, adeguatamente informata, possa legittimamente mettere a rischio la propria (e altrui) salute fumando sigarette, non è possibile sostenere con argomentazioni di principio che invece non possa farlo in altre circostanze o in altre modalità; nel caso, andranno utilizzati altri tipi di argomentazione, certamente meno cogenti;

- l'uso di sostanze in quanto fruizione di merce è un comportamento sostanzialmente coerente con la prassi sociale desiderata, che è fortemente orientata al consumo come chiave del "benessere" "collettivo"...

- o a scapito del "benessere" individuale. Si consideri la "impossibilità" culturalmente determinata di consumare divertimento senza consumare sostanze (per tutte, l'alcol), o di sostenere livelli di stress elevati o di perseguire "ideali" estetici senza additivi anche stupefacenti. Spendere individualmente più soldi aiuta un sistema che è fonte del malessere degli individui (Bartolini: oltre un livello di base, correlato con la soddisfazione dei bisogni primari, l'aumento del PIL di una nazione produce una riduzione del livello di felicità percepita dei cittadini: aumentano stress, ansia, povertà relazionale, diffidenza e competizione, tempo assorbito da lavoro alienante, etc.);

- o il benessere "collettivo" non è definito tale in modo collettivo: per guardare lontano, si vedano i milioni di morti per fame in Cina durante il Grande Balzo in Avanti, in cui il Leader carismatico proiettava la nazione verso mete grandiose a scapito della analisi della realtà e dei feedback sui disastri per intere popolazioni. Nei sistemi occidentali "democratici" il meccanismo è diverso da quello cinese, ma ha le stesse dinamiche oligarchiche ("qualcuno deve pur decidere...");

- ... e che considera il successo personale in ordine al risultato monetario raggiunto

- o esempio: il giocatore d'azzardo non diventerebbe "patologico" qualora vincessesse, anche se dedicasse tutto il suo tempo e il suo denaro al gioco (se vince, è un "investimento"). Guadagnare molto, rapidamente, senza fatica e senza avere nessuna qualità è il progetto di vita ideale proposto dalla cultura sociale dominante (questo va ricordato particolarmente in tema di riabilitazione);

- i meccanismi neurobiologici di azione delle droghe sull'organismo (modificazione funzionale e microstrutturale dei circuiti cerebrali della memoria, della gratificazione, della motivazione e della volizione) sono gli stessi che le strategie di marketing sfruttano per fidelizzare il cliente e orientarne i bisogni:

- o in un ambito contiguo a quello delle dipendenze, è dimostrativa la produzione di cibi inutili e dannosi, ma fortemente compulsivizzanti;

- e dimostrative sono molte campagne pubblicitarie. Esempio, quella della Crociera Costa degli anni 2002-2004;
- gli effetti delle sostanze sono adattativi rispetto ai miti sociali del piacere istantaneo (o del sollievo nell'oblio) a scapito della ricerca di senso e dell'investimento per la costruzione della felicità (Galimberti, Natoli, Sissa,...), che invece richiede tempo, scarso consumo di beni e forte investimento sulle relazioni umane.

Tutti questi elementi complessificano il comportamento "introduzione nell'organismo di sostanze psicoattive", che può quindi avere molti altri significati, anche paradossalmente adattativi, oltre a quello della patologia.

In particolare, l'utilizzo della perifrasi "consumo di sostanze" rende evidente come sia percepibile la differenziazione e la non necessaria patologizzazione della "introduzione nell'organismo di sostanze psicoattive". Si può affermare che, oggi, la "introduzione nell'organismo di sostanze psicoattive" non sia, quantitativamente rispetto alla sua diffusione, un comportamento essenzialmente patologico, ma anzi un adattamento a costumi sociali diffusi e alla disponibilità di merce.

È quindi opportuno, nel caso delle dipendenze, non parlare di patologia ma di organizzazione patologica, nel senso di Waddington: una parte di un organismo è comprensibile solo attraverso le sue relazioni con le altre parti. Ciò significa che l'"introduzione nell'organismo di sostanze psicoattive" è un frammento comportamentale il cui senso emerge solo per le relazioni che ha con le altre parti della persona.

È un discernimento non facile: proprio per questo ci vuole una formazione professionale approfondita e la "diagnosi" non può che essere un processo diacronico, che si protrae nel tempo, e che dà un risultato articolato.

In carcere la situazione non è diversa. Per quanto la necessità del Giudice sia di dare un valore binario, sì/no, all'oggetto che esamina, la realtà fattuale è ben diversa. Qui vi è una radice di incompatibilità che non può che essere risolta convenzionalmente (si veda sopra la già citata necessità di accordi transdisciplinari).

Convenzionalmente, in ambito penitenziario, si possono differenziare in modo dimensionale soggetti con patologia da dipendenza e soggetti consumatori di droghe, non in un continuum lineare e progressivo con numerose condizioni intermedie, ma piuttosto come una dispersione di casi in una "nebulosa" (ciò significa che non è possibile categorizzare o fornire check-list da spuntare per assegnare meccanicamente una persona ad una tipologia, ma che è necessario sia un elevato livello di discernimento del clinico sia una organizzazione evoluta che ne validi la prassi).

La differenziazione avviene attraverso il processo diagnostico sopra descritto, integrato da ulteriori elementi di storia personale e familiare e dalla storia criminale, che consentano di comprendere la cultura del soggetto e il suo funzionamento psico(pato)logico. Ovviamente, come detto sopra, si tratta di un processo di discernimento per clinici ben formati sul piano tecnico e personale e costantemente supervisionati.

Queste due condizioni tipo possono avere, logicamente, percorsi trattamentali differenziati: in un caso si tratta di gestire una condizione patologica, nell'altro si tratta di procedere con i percorsi riabilitativi propri del trattamento penitenziario a prescindere dal consumo di sostanze. Questa distinzione è fondata sul fatto che la condizione di patologia da dipendenza, che riguarda un numero minore del totale dei consumatori di sostanze, modifica il funzionamento bio-psico-sociale del soggetto, attraverso trasformazioni del suo SNC (Volkow, Sellman, Koob,) e quindi pone la necessità di strumenti e tecniche specifiche di intervento che per i consumatori non dipendenti non sono indicati.

Una corretta comprensione del problema, la confidenza con la complessità della realtà, la possibilità di negoziare una convenzione interdisciplinare appaiono elementi indispensabili per impostare in modo adeguato un approccio pragmatico alla questione delle dipendenze in ambito giuridico.

Storicamente, le innovazioni nel campo delle dipendenze sono recepite nei programmi in carcere e nei programmi terapeutici alternativi con diversi anni di ritardo⁵. Attualmente i modelli operativi più recenti (in specie il modello di self management) si collocano nell'area della riduzione del danno, ipotizzando una visione più articolata del cambiamento. Da un lato, sono valorizzati diversi obiettivi invece della sola astinenza e sono apprezzati vari livelli di cambiamento, in tutte le aree di vita, non solo del consumo di droga. Dall'altro, emerge dalla ricerca un ruolo sempre più ampio dei fattori sociali e ambientali nell'aumentare/diminuire il "controllo" dei soggetti sui consumi. Inoltre, in contrasto con le recenti disposizioni che tendono a classificare i detenuti in due distinte categorie (assuntori e dipendenti), la ricerca nei setting naturali mostra piuttosto un continuum nei modelli di consumo e nella capacità di controllo delle persone, in gran parte in relazione a variabili ambientali e a eventi di vita favorevoli/sfavorevoli. La riproposizione dei modelli "dicotomici" ("consumatore" versus "dipendente") in ambito penale rischia di tradursi o in ingiustificata discriminazione, quando si scelga di escludere alcuni soggetti dalle alternative in seguito all'esito della diagnosi; oppure nella predisposizione di programmi poco flessibili, che non riescono a seguire la dinamicità dei percorsi "naturali" di recovery. Sulla linea dell'adeguamento a queste innovazioni, le proposte operative tenderanno a introdurre un più ampio ventaglio di opportunità di alternative al carcere, una maggiore flessibilità nei programmi terapeutici, una maggiore integrazione fra affidamento terapeutico e affidamento ordinario. Occorre superare la visione dell'affidamento ordinario in chiave residuale/integrativa rispetto all'affidamento terapeutico per i consumatori intensivi: infatti, gli affidamenti ordinari sono orientati a rafforzare la "struttura di vita" della persona, aumentando per questa via le probabilità che possa diminuire/moderare i consumi (step down) e ridurre i danni.

12.Incrementare la prevenzione in carcere

Rimane alto il fenomeno delle overdosi, spesso a esito fatale, per le persone dipendenti da eroina dimesse dal carcere. Questo grave problema è legato anche all'insufficiente copertura metadonica e alla difficoltà di mantenere la continuità della cura "dentro-fuori" il carcere. Per ciò che riguarda la prevenzione dell'HIV, è stato di recente elaborato un pacchetto di interventi a livello delle principali agenzie delle Nazioni Unite, non ancora applicati in Italia.

Una revisione del 2012 su 21 studi condotti sui programmi con metadone a mantenimento in carcere riporta benefici simili a quelli riscontrati per i programmi sul territorio, quali: la capacità di attrarre le persone in trattamento, la riduzione dell'uso di oppiacei illegali, la riduzione di comportamenti a rischio (specie l'utilizzo promiscuo di materiale per iniezione). Soprattutto, si riduce il rischio (elevato) di overdose nel periodo immediatamente successivo alla liberazione (Hedrich et al., 2012)⁶.

Il "pacchetto prevenzione"⁷ comprende 15 interventi chiave:

- 1) informazione e educazione su HIV, epatite e malattie sessualmente trasmissibili
- 2) disponibilità di preservativi ai detenuti (in forma discreta)

⁵ Si vedano i trattamenti con metadone, che registrano oltre 8/9 anni di ritardo nella loro introduzione rispetto a quelli territoriali, con un persistente divario nell'implementazione (EMCDDA (2012), *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses*, Selected Issue, p.22 sgg.)

⁶ Hedrich, D. et al. (2012), The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review, in *Addiction*, 107 (3), p.501 e segg

⁷ United Nations Office on Drugs and Crime, International Labour Organization, United Nations Development Programme, World Health Organization, UNAIDS (2012), HIV prevention, treatment and care in prisons and in other closed settings: a comprehensive package of interventions

- 3) Prevenzione della violenza sessuale (in particolare proteggendo i soggetti vulnerabili come le persone con differente orientamento sessuale e i giovani)
- 4) Trattamento della dipendenza da droghe compresa la terapia con oppiacei sostitutivi
- 5) Disponibilità in forma confidenziale di materiale sterile per iniezione ai consumatori di droghe
- 6) Prevenzione della trasmissione che può avvenire attraverso forniture mediche e dentali infette
- 7) Prevenzione della trasmissione che può avvenire tramite tatuaggi
- 8) Profilassi post esposizione a situazioni di possibile contagio
- 9) Facile accesso al test HIV volontario e al counselling
- 10) Trattamento per HIV, compresa la terapia antiretrovirale
- 11) Prevenzione, diagnosi e trattamento della tubercolosi (considerati l'alta percentuale di co-morbilità HIV-TBC)
- 12) Prevenzione della trasmissione madre-bambino
- 13) Prevenzione e trattamento delle infezioni sessualmente trasmissibili
- 14) Vaccinazione, diagnosi e trattamento dell'epatite virale (compresa la vaccinazione per l'epatite B per tutti, per l'epatite A per i soggetti a rischio, e prevenzione/trattamento per epatite B e C)
- 15) Protezione del personale (che dovrebbe ricevere informazione, educazione e training da parte di sanitari, per svolgere i propri compiti di lavoro in sicurezza).