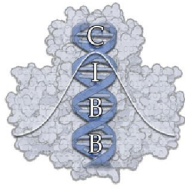


Carriere dei consumatori di droga, fra sistema sanitario e detenzione

a cura di
Roberto Ricci, Luca Di Censi,
Sandro Libianchi, Daria Piacentino, Carla Rossi

UniversItalia



PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA
© Copyright 2013 - UniversItalia – Roma
ISBN 978-88-6507-435-0

A norma della legge sul diritto d'autore e del codice civile è vietata la riproduzione di questo libro o parte di esso con qualsiasi mezzo, elettronico, meccanico, per mezzo di fotocopie, microfilm, registrazioni o altro.

Indice

Prefazione	7
-------------------------	---

PARTE 1

CARRIERE DI MARGINALITÀ DEGLI UTILIZZATORI DI SOSTANZE TRA DETENZIONE E PERCORSI DI RECUPERO

Capitolo 1: CARRIERA DI MARGINALITÀ NELLE PERSONE CHE USANO SOSTANZE	11
---	----

1.1 Introduzione	11
1.1.1 Le strutture	12
1.1.2 Gli intervistati	13
1.1.3 Lo strumento di ricerca	13
1.2 Influenza della situazione socio-ambientale all'età di primo uso ..	15
1.3 Analisi delle carriere di marginalità ed esclusione	24
1.4 Analisi per coorti d'età	26
1.4.1 Il primo contatto con la droga per coorti d'età	27
1.4.2 Condizione sociale al consumo per coorti d'età	33
1.4.3 La situazione dei consumatori a 25 anni	34
1.4.4 La situazione dei consumatori a 35 anni	35
1.4.5 Situazione dei consumatori allo stato attuale o prima dell'ingresso in comunità terapeutica	36
1.5 Rapporto con le sostanze	41
1.6 Riflessioni conclusive	45

Capitolo 2: TRA CONSUMO E SPACCIO	49
--	----

2.1 La compravendita di sostanze	49
2.2 Profilo degli spacciatori che emerge dalle indagini	54
2.3 Tra spaccio e repressione	59
2.4 Indagine pilota su detenuti per art. 73 d.p.r. 49/2006	70
2.5 Riflessioni conclusive	84

Capitolo 3: AREA CRIMINALE	87
---	----

3.1 Fonti di finanziamento – tra lavoro e attività criminale	87
3.2 Tra droga-marginalità-carcere	92
3.3 Fruizione pene alternative	98
3.4 Il caso Italia – repressione o cura?	103

3.5 Riflessioni conclusive.....	106
---------------------------------	-----

Riferimenti bibliografici

PARTE 2

ASPETTI SANITARI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI ITALIANI

Capitolo 1: LA RIFORMA DELLA SANITA' IN CARCERE IN ITALIA.....	118
---	------------

1.1 Introduzione.....	118
-----------------------	-----

1.2 I presupposti di una riforma.....	118
---------------------------------------	-----

1.2.1 Le specificità dell'intervento clinico in carcere.....	120
--	-----

1.2.2 Le aree critiche della salute in carcere.....	123
---	-----

1.3 Il personale.....	129
-----------------------	-----

1.4 L'evoluzione dei modelli organizzativi. la programmazione.....	130
--	-----

1.5 L'evoluzione della normativa nazionale.....	131
---	-----

1.6 Verso una nuova definizione di medicina penitenziaria.....	140
--	-----

Riferimenti bibliografici

**Capitolo 2: IPOTESI PER LINEE GUIDA NAZIONALI PER LA DIAGNOSI
E LA CERTIFICAZIONE MEDICO-LEGALE DEGLI STATI DI CONSUMO
DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI E/O ALCOLICHE IN AMBITO
GIUDIZIARIO E PENITENZIARIO CON PARTICOLARE RIGUARDO**

ALLE MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE.....	145
---	------------

2.1 Premessa e stato dell'arte.....	146
-------------------------------------	-----

2.2 Considerazioni giuridiche.....	147
------------------------------------	-----

2.3 Ulteriori considerazioni e informazioni.....	148
--	-----

2.4 Obiettivi principali e secondari.....	149
---	-----

2.5 Ipotesi per una metodologia opportuna.....	150
--	-----

2.6 Rilevanza del progetto per il sistema sanitario nazionale e regionale.....	152
---	-----

2.7 Implementazione delle linee guida o raccomandazioni.....	154
--	-----

2.8 Sintesi del metodo adottato dal pnlg per la produzione di lg.....	154
---	-----

2.9 Trasferibilità dei risultati e dei prodotti.....	156
--	-----

Riferimenti bibliografici

**Capitolo 3: COMORBILITÀ PSICHIATRICA IN CORSO DI PATOLOGIE DA
DIPENDENZA E DETENZIONE.....**

161	161
------------	------------

3.1 Introduzione.....	161
-----------------------	-----

3.2 Terminologia.....	163
-----------------------	-----

3.3 Sistemi diagnostici.....	167
------------------------------	-----

3.4 Modelli eziopatogenetici e substrati neuroanatomici.....	171
--	-----

3.5 Approcci terapeutici integrati entro e al di fuori della detenzione.....	176
---	-----

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

- Consumatori di droghe e giustizia: evidenti differenze fra Italia, Portogallo, Spagna e Repubblica Ceca.....	181
- Drug users and law enforcement, evident differences between Italy, Portugal, Spain and Czech Republic	191

PREFAZIONE



Nel momento in cui il progetto europeo “New methodological tools for policy and programme evaluation” si avvia alla conclusione dei due anni di lavoro, intensi e proficui, viene in mente cosa fare dopo, partendo dagli stessi risultati ottenuti. Questo libro è stato ideato, durante questa fase conclusiva, guardando ai risultati ottenuti con l’indagine sulle Comunità Terapeutiche e sui Servizi a Bassa Soglia e agli sviluppi possibili che questi risultati possono motivare.

I nostri intervistati hanno risposto su questioni delicate: dall’uso alla vendita di sostanze illegali, dei rapporti con la giustizia e con il carcere, fino agli argomenti riguardanti i contatti con le strutture sanitarie e la loro valutazione. Questa rilevante massa di dati disponibile per quattro Paesi europei, dove le politiche sulla droga, sulla sanità e sulla giustizia dovrebbero essere convergenti, fanno emergere significative differenze che lasciano intravedere questioni da risolvere ed anche possibili soluzioni.

Fra le varie questioni da risolvere è come deve essere il rapporto con la Giustizia e con la Sanità. Una evidente disparità di trattamento emerge dai dati fra Italia e gli altri Paesi considerati. In Italia è più alta la percentuale dei consumatori di droghe che, per finanziare i loro consumi, fanno attività di compravendita allargando la rete dei venditori e rendendo sempre più diffusa la disponibilità di sostanze sul territorio.

Per di più fra gli intervistati in Italia la percentuale di chi ha subito almeno un arresto, per spaccio o per altri reati contro la proprietà o contro le persone, quasi coincide con quella di chi ha avuto la condanna a scontare

una pena in carcere. Invece la percentuale di chi è stato in carcere è più bassa negli altri Paesi che sono stati oggetto di indagine.

Nella prima parte di questo libro viene riportato un lavoro incentrato sulla descrizione delle carriere dei consumatori, che emerge dall'esame dei dati della nostra indagine e che delinea anche un pericoloso cambiamento nelle abitudini della generazione più giovane rispetto ai quarantenni e cinquantenni. Cambiamento che probabilmente scatenerà nuovi problemi per la Giustizia e per la Sanità.

Nella seconda parte del libro sono stati raccolti importanti contributi di sanitari delle carceri italiane ed esterni alle carceri, che confermano la necessità di affrontare i problemi dal punto di vista medico con nuovi servizi medici più adeguati e misure alternative alla semplice detenzione.

Il quadro che emerge è di grande pericolosità per una situazione, già difficile, nelle carceri italiane e per l'intera collettività, soprattutto per la mancanza di prospettive per il consumatore intensivo che, anche alla fine della detenzione, non riesce ad avere altre alternative rispetto alla criminalità, spinto dal dover finanziare i suoi consumi giornalieri.

Le nostre indagini mettono in evidenza anche aspetti incoraggianti come il riscontro sulle buone pratiche rilevabili anche in alcune Regioni italiane. In Italia la spesa e le decisioni sulla sanità sono decentrate a livello regionale e molti dati convergono nell'indicare alcune Regioni più virtuose, che stanno ottenendo risultati migliori probabilmente grazie ad un migliore coordinamento fra gli interventi di assistenza sociale, sanitaria e giudiziaria.

Carla Rossi

PARTE 1

CARRIERE DI MARGINALITÀ DEGLI UTILIZZATORI DI SOSTANZE TRA DETENZIONE E PERCORSI DI RECUPERO

Luca Di Censi

Questo rapporto è stato redatto sulla base dei risultati di un lavoro svolto, per conto della Easy and Faster s.r.l., per approfondire dal punto di vista sociologico i dati raccolti attraverso l'indagine, più volte citata, svolta nell'ambito del Progetto Europeo " New methodological tools for policy and programme evaluation". La responsabilità di quanto riportato rimane a carico dell'autore, che ringrazia: Roberto Ricci, per aver contribuito a delineare i temi da affrontare in relazione alle tematiche economiche e per una sua revisione del rapporto, ed Elena Ventura, per le indicazioni e le integrazioni riguardanti l'analisi dei provvedimenti legislativi.

Luca Di Censi, Sociologo, si occupa di ricerca sociale, i suoi ambiti di studio riguardano le politiche del terzo settore, le dipendenze e la povertà. Consulente per diverse realtà del Terzo settore e per Enti di ricerca

CAPITOLO 1

CARRIERA DI MARGINALITÀ NELLE PERSONE CHE USANO SOSTANZE

Luca Di Censi

1.1 Introduzione

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di approfondire l'analisi degli stili di vita e il rapporto con le istituzioni penitenziarie delle persone che hanno risposto all'indagine condotta, nell'ambito del Progetto Europeo JUST/2010/DPIP/AG/1410 *New methodological tools for policy and programme evaluation*, nelle comunità terapeutiche e presso le unità che offrono servizi di prossimità e di bassa soglia nei quattro Stati (Italia, Portogallo, Spagna, Repubblica Ceca) che hanno partecipato all'indagine.

Tabella 1.1: il campione degli intervistati

	Italia	Rep. Ceca	Portogallo	Spagna	Totale
Casi validi	720	148	381	513	1762
Servizi di bassa soglia	189	114	83	98	484
Centri per il trattamento			174	319	493
Comunità terapeutiche	531	34	124	96	785

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

L'età media degli utenti varia nei quattro paesi da 30 anni a 40 anni. Nella Repubblica Ceca si sono riscontrate le medie più basse (Tab. 1.2).

Tabella 1.2: età media degli intervistati per paese e genere

Età	Italia		Rep. Ceca		Portogallo		Spagna	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Mean	36,18	35,36	30,47	27,21	40,54	40,52	37,93	37,57

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

La distribuzione degli intervistati per genere presenta una quota minoritaria femminile (Tab. 1.3) specialmente per l'Italia.

Tabella 1.3: distribuzione per genere e paese

	Italia	Rep. Ceca	Portogallo	Spagna
Femmine	14,8%	34,0%	19,2%	23,8%
Maschi	85,2%	66,0%	80,8%	76,2%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

1.1.1 Le strutture

La comunità terapeutica per tossicodipendenti è una struttura residenziale e/o semiresidenziale con compiti terapeutico-riabilitativi, finalizzata al reinserimento del paziente nella società e all'affrancamento dalla dipendenza. La fase di inserimento e il percorso riabilitativo vengono stabiliti dall'Ente che gestisce la comunità stessa, con approcci terapeutici differenziati.

In Spagna ed in Portogallo ci sono centri di disintossicazione che si collocano in una fase intermedia fra il primo contatto e l'ingresso (che può anche non avvenire) in Comunità Terapeutica.

I servizi di bassa soglia consistono in strutture di accoglienza e in interventi volti alla riduzione del danno (come i *drop-in*), caratterizzati dal massimo livello di accessibilità per i tossicodipendenti. Sono un osservatorio privilegiato sulla domanda di droga, dato che il bacino d'utenza è costituito da persone il più delle volte orientate all'interruzione dell'uso, ma ancora saldamente inserite nel circuito della vendita e nel particolare contesto sociale che caratterizza il consumatore problematico.

1.1.2 Gli intervistati

I pazienti delle comunità terapeutiche, che sono la maggioranza degli intervistati in Italia, possono entrare autonomamente nel circuito; si tratta di individui che hanno maturato la scelta di affrancarsi dalla dipendenza.

I pazienti dei servizi di bassa soglia in genere sono al limite tra l'uso e la consapevolezza di evitare un aggravamento della loro situazione. Si rivolgono a questi servizi quando percepiscono che le loro condizioni fisiche e/o sociali si sono aggravate.

L'utilità strategica di questi servizi sta nel consentire un primo passo verso una possibile uscita del ciclo vizioso di dipendenza.

Infine, i pazienti che entrano nelle strutture in alternativa al carcere hanno come motivazione maggiore il desiderio di uscire dalla prigione piuttosto che avviare un processo di riabilitazione.

1.1.3 Lo strumento di ricerca

Sono state utilizzate tecniche di ricerca proprie dell'approccio quantitativo (il questionario); l'indagine quantitativa si caratterizza con un disegno di ricerca chiuso, strutturato e standardizzato¹. Esse trovano impiego quando l'intento è quello di individuare regolarità empiriche tra il possesso di date caratteristiche ed il verificarsi di un evento. Il questionario è un'intervista strutturata basata su domande formalizzate e standardizzate che «normalmente [...] scontano la precedenza di determinate ipotesi»².

Inoltre un questionario strutturato, rispetto ad altri strumenti di indagine come ad esempio le interviste in profondità (*face to face*), permette analisi

¹ Corbetta P., *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna, 1999.

² Cipolla C., *Epistemologia della tolleranza*, 5 vol., Franco Angeli, Milano, 1997.

diacroniche per meglio comprendere le dinamiche temporali della popolazione. La standardizzazione fa riferimento alla tecnica dello stimolo-risposta nella somministrazione dello strumento in modo che la formulazione del quesito sia uniforme a tutti i rispondenti³.

Il questionario utilizzato nella presente indagine è stato in parte validato nel 2009 mediante uno studio pilota⁴, condotto presso Comunità Terapeutiche e realizzato dalla Commissione “Il mercato illegale delle sostanze stupefacenti e psicotrope e il suo indotto” del Consiglio italiano per le Scienze Sociali (CSS). Successivamente è stato utilizzato nel 2010⁵ per un progetto svolto nell’ambito dei programmi di studio del Dipartimento Politiche Antidroga. Nel 2012, infine, è stato esteso ed ampliato nei 4 paesi partecipanti al progetto europeo già citato.

Il questionario è composto da 38 domande, che riguardano:

- caratteristiche demografico-sociali;
- ricostruzione della carriera di consumatore (età di inizio, motivazioni, sostanze, ecc.);
- contiguità con area “criminale”;
- interazione con il mercato;
- finanziamento del consumo;
- misure alternative;
- valutazione/soddisfazione dei servizi delle strutture;
- carriera di marginalità.

La rilevazione è avvenuta da gennaio a luglio 2012. Il questionario è stato autosomministrato, presso i centri partecipanti.

³ Bailey K.D., *Metodi della ricerca sociale. Vol. II. L'inchiesta*, Il Mulino, Bologna, 2006.

⁴ IDM (2010), *Act upon the market to fight the drug industry*, Rome, May 2010, e-book http://www.illicitdrugmarket.net/act_upon_the_market.pdf

⁵ I risultati sono ampliamenti riportati in G.M. Rey, C. Rossi; A. Zuliani (a cura di), *Il mercato delle droghe. Dimensione, protagonisti, politiche*, Marsilio Editori, Venezia, 2011.

1.2 Influenza della situazione socio-ambientale all'età di primo uso

I dati che emergono dal quadro di riferimento circa le circostanze in cui è assunta per la prima volta una sostanza psicoattiva suggeriscono come le droghe siano sempre più presenti nei contesti della quotidianità, soprattutto delle fasce giovani della popolazione, e rientrano quasi nella "normalità" non essendo più considerate un fatto eccezionale. Questo determina una crescente probabilità che si entri in contatto con il mondo della droga, direttamente (contatto fisico o sperimentazione-assunzione) o indirettamente (vedere o conoscere qualcuno che la usa, sapere dove e come trovarla). Le probabilità di contatto aumentano, inoltre, anche in presenza di altri fattori di rischio, non ultimi quelli psicologici come il grado di soddisfazione nelle proprie relazioni (amici, famiglia, scuola, lavoro) e la capacità di contenere l'istintività e le pulsioni (ad esempio, il desiderio di provare droghe, la capacità di resistere all'offerta ed alla pressione dei pari) e non ultimo per importanza il contesto sociale e abitativo.

Potremmo forse ipotizzare che negli ambienti, dove è diffusa una scarsa legalità e una larga diffusione di sostanze psicotrope, rappresentino un fattore di esposizione più rischioso nel concretizzarne l'uso rispetto ad altre variabili sociali. Questa considerazione riporta alla mente quanto spesso ipotizzato e, per certi versi sostenuto con evidenze scientifiche, cioè il legame sempre più stretto tra disponibilità, "influenza sociale" e consumo⁶. È vero che il fenomeno droga ha assunto dimensioni enormi ed è sicuramente "spalmato" in tutta la società ma è anche vero che la maggioranza dei problematici che hanno partecipato alla rilevazione provengono da contesti all'apparenza non abienti ne culturalmente stimolanti dato che si registrano livelli di scolarità inferiori alle medie nazionali.

L'età di primo uso è per il 70% al di sotto dei 17 anni. Questo dato mostra un approccio sempre più precoce al mondo delle sostanze, confermato anche dalle indagini ESPAD degli ultimi anni.

Circa quattro intervistati su dieci hanno fatto la loro prima esperienza di consumo al di sotto dei 15 anni e due su tre dai 13 ai 16 anni. In sintesi, la

⁶ Botvin, G. J. (2000). *Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors*. *Addictive Behaviors*, 25, 887–897. Macchia, T., Mancinelli, R., Bartolomucci, G., Avico, U. (1990), *Cocaine misure in seletected areas: Rome, Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 26, 2, pp. 189-196.

prima esperienza, per coloro che maturano un consumo problematico, avviene in prevalenza prima del compimento dei 18 anni.

Tabella 1.4: età al primo uso di sostanze

	Italia	Rep. Ceca	Portogallo	Spagna
<11	1,7%	4,9%	2,9%	3,9%
11-12	7,2%	5,6%	14,5%	9,4%
13-14	35,8%	30,1%	25,3%	35,0%
15-16	30,2%	30,8%	29,6%	25,2%
17-18	13,5%	14,7%	16,4%	12,5%
19-20	5,7%	5,6%	4,0%	5,5%
>20	5,9%	8,4%	7,4%	8,6%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

Le sostanze utilizzate la prima volta sono le stesse per tutti i gruppi di intervistati e il risultato è in linea con tutte le rilevazioni effettuate negli ultimi anni a livello europeo. La sostanza di primo utilizzo nel 72% dei casi è la cannabis, per la facilità di reperimento, oltre che per l'estesa accettabilità sociale, solo la Repubblica Ceca ha una percentuale inferiore per il primo utilizzo di cannabis (63,7%) in quanto annovera tra le sostanze di primo utilizzo il pervitin per il 16%.

Sempre nei 4 paesi circa 6,4% (in Italia e Spagna si hanno percentuali superiori intorno al 10%) ha avuto il suo primo contatto con la cocaina e un 4,7% con l'eroina, il rimanente è spalmato su tutte le altre sostanze, non raggiungendo percentuali ragguardevoli per l'individuazione di qualche regolarità. Non si registrano importanti differenze di genere.

Tabella 1.5: Sostanza utilizzata la prima volta

	Italia	Rep. Ceca	Portogallo	Spagna
* Pervitin	0,0%	16,4%	0,0%	0,0%
Tranquilizers/sedatives (without medical prescription)	1,4%	0,7%	4,2%	1,4%
Amphetamines	0,3%	0,7%	2,4%	2,0%
Ecstasy (MDMA, XTC, etc...)	1,0%	5,5%	2,6%	3,0%
Cannabis (marijuana, hash, ganja)	73,3%	63,7%	77,2%	76,0%
Crack	0,3%	0,0%	0,5%	0,0%
Cocaine	11,6%	0,7%	3,1%	10,2%
Heroin	7,2%	1,4%	6,3%	3,9%
Steroids	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Inhalables volátiles	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
Psychedelic mushrooms	0,1%	0,7%	0,0%	0,0%
Ketamine	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
LSD	0,4%	1,4%	0,0%	0,8%
Kobret	0,1%	1,4%	0,0%	0,4%
Street methadone (without prescription)	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%
Other	4,0%	6,8%	3,7%	1,8%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

La motivazione che spinge a provare una sostanza per la prima volta è principalmente il divertimento (50% circa) e la curiosità (40% circa), a seguire vengono comportamenti emulativi (lo facevano alcuni miei amici/conoscenti 36%), con una percentuale del 23%, la capacità di potersi isolare dai propri disagi ed infine, la trasgressione (21%).

Le risposte “positive” e comunque non colpevolizzanti (curiosità, divertimento) prevalgono largamente su quelle “negative” che indicano

uno stato di malessere personale o di difficile inserimento nella società (disagi familiari, star bene con se stessi, per fare nuove amicizie).

Ciò fa supporre un primo approccio alle droghe avvenuto senza soppesare i rischi di un uso problematico o comunque i possibili effetti indesiderati. Infatti, circa la metà degli intervistati ha risposto di non aver valutato alcun rischio al momento della prima assunzione.

Tabella 1.6: motivazione al primo uso di sostanze

	Italia	Rep. Ceca	Portogallo	Spagna
Divertimento	57,8%	45,3%	50,9%	48,7%
Voglia di trasgredire	38,8%	25,7%	17,1%	5,7%
Autolesionismo	4,4%	4,1%	1,8%	0,6%
Lo facevano alcuni miei amici/ conoscenti	36,9%	30,4%	36,2%	40,9%
Lo faceva il mio/a compagno/a	6,5%	10,8%	10,8%	5,7%
Era molto diffusa a scuola	3,1%	5,4%	6,8%	2,3%
Era molto diffusa nel posto di lavoro	0,8%	0,7%	1,3%	1,0%
Volevo migliorare le mie prestazioni	4,7%	9,5%	3,7%	3,3%
Volevo rilassarmi/calmarmi	13,2%	15,5%	16,0%	8,0%
Volevo fare nuove amicizie	5,1%	4,1%	5,8%	3,3%
Volevo isolarmi dai disagi della mia vita	18,9%	31,8%	22,3%	21,8%
Curiosità	36,8%	45,3%	47,2%	43,5%
Altro motivo	6,2%	8,8%	7,1%	5,5%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 1.7: Domanda 15 Quando ha provato per la prima volta ha valutato i rischi a cui poteva andare incontro?

	Italia		Spagna		Portogallo		Rep. Ceca	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Momentanea perdita del controllo	10,6%	12,4%	10,7%	4,2%	11,5%	9,7%	16,7%	10,2%
Dipendenza ma non la ritenevo possibile	18,3%	18,1%	11,5%	6,7%	8,6%	12,5%	19,8%	30,6%
Benefici potevano essere maggiori dei rischi	8,8%	12,4%	2,6%	2,5%	6,3%	2,8%	22,9%	12,2%
Nessun rischio	62,2%	57,1%	75,3%	86,7%	73,7%	75,0%	40,6%	46,9%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Passando ora al luogo di consumo, collegato alla prima volta in cui è stata utilizzata una sostanza, si notano situazioni diverse tra loro: il 36% dichiara che il primo consumo è avvenuto in contesti outdoor come strada, piazza, parco; il 29% circa dichiara di avere consumato la sostanza a casa propria o di amici e le donne in misura maggiore degli uomini; circa il 13% presso locali (club, discoteche, etc) particolarmente rilevante nella Repubblica Ceca e in Spagna; solo un 6,5% parla della scuola come del primo luogo di consumo.

Tabella 1.8: Domanda 12 Dove ha fatto uso di droga per la prima volta?

	Italia		Spagna		Portogallo		Rep. Ceca	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Casa mia	9,5%	19,2%	9,5%	22,5%	18,7%	32,9%	12,4%	14,3%
Piazza/strada	45,3%	35,6%	46,3%	33,3%	55,5%	28,6%	30,9%	12,2%
Centri Sociali	0,7%	0%	0,5%	2,5%	1,3%	2,9%	3,1%	0%
Carcere	0,2%	1,0%	0,5%	,0%	0%	0%	2,1%	0%
Discoteca/ Bar/Pub	6,8%	10,6%	14,7%	19,2%	4,7%	2,9%	17,5%	26,5%
Rave	0,2%	1,0%	1,1%	,0%	,7%	1,4%	2,1%	2,0%
Scuola	7,5%	6,7%	4,7%	3,3%	8,0%	12,9%	4,1%	6,1%
Lavoro	2,3%	,0%	,5%	,8%	,7%	1,4%	1,0%	2,0%
Casa di amici	13,3%	12,5%	7,6%	11,7%	8,4%	12,9%	9,3%	24,5%
Palestra	0,2%	,0%	,5%	0%	0%	0%	1,0%	2,0%
Parco	6,6%	6,7%	6,6%	3,3%	1,7%	2,9%	12,4%	6,1%
Parrocchia	0,3%	0%	0%	0%	0%	1,4%	0%	2,0%
Stadio	0,8%	0%	0,3%	0%	0%	0%	0%	0%
Altro	6,3%	6,7%	7,1%	3,3%	,3%	0%	4,1%	2,0%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

L'occasione che ha prodotto il primo consumo è identificata 7 volte su 10 in un giorno qualsiasi (solo nel 10% dei casi si parla di situazioni particolari, ad impatto diretto con il gruppo dei pari, come una festa privata).

Tabella 1.9: Domanda 13 In quale occasione?

	ITALIA		SPAGNA		PORTOGALLO		REP. CECA	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Un giorno qualunque	78,2%	81,1%	75,1%	70,8%	77,5%	80,2%	59,8%	51,0%
Festa privata	7,1%	6,6%	8,1%	10,0%	11,3%	11,2%	18,6%	10,2%
Durante le vacanze	5,3%	6,6%	4,7%	7,5%	5,6%	4,3%	8,2%	12,2%
Evento pubblico (concerto, manifestazione, etc)	5,5%	4,7%	4,9%	5,0%	5,6%	4,3%	8,2%	24,5%
Altro	4,0%	,9%	7,3%	6,7%	0%	0%	5,2%	2,0%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100%	100,0%	100,0%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Il primo uso è avvenuto in contesti di socializzazione, dato che più della metà degli intervistati ha riferito che stava con amici. È da registrare una differenza di genere; le donne hanno iniziato in minor misura con amici e, molto di più rispetto ai maschi, in coppia; una piccola percentuale (4,7%) riferisce di aver iniziato l'uso con parenti, specialmente per l'uso di farmaci senza prescrizione medica.

Tabella 1.10: Domanda 14 Con chi?

	ITALIA		SPAGNA		PORTOGALLO		REP. CECA	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Da solo	9,3%	13,2%	3,6%	6,7%	5,2%	6,8%	6,2%	2,0%
Con amici	70,1%	58,5%	77,1%	65,8%	73,9%	58,9%	68,0%	46,9%
Compagni di classe	7,8%	8,5%	5,7%	5,0%	8,8%	8,2%	7,2%	10,2%
Partner	1,5%	11,3%	2,3%	12,5%	1,3%	17,8%	3,1%	22,4%
Conoscenti	7,1%	5,7%	6,0%	1,7%	6,5%	4,1%	7,2%	8,2%
Parenti	3,3%	2,8%	3,6%	6,7%	4,2%	4,1%	5,2%	8,2%
Altro	1,0%	,0%	1,6%	1,7%	0%	0%	3,1%	2,0%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100%	100,0%	100,0%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Rimane il gruppo dei pari (amici che raccolgono più del 70% delle risposte) l'ambito di utilizzo iniziale privilegiato.

Per quanto, sia da approfondire la tendenza che riguarda il 6,5% degli intervistati che dichiarano di avere utilizzato la prima volta una sostanza da soli. Individui che sono fortemente destinati alla dipendenza proprio per un approccio più "solipsistico" ed individualizzato al consumo. Si potrebbe riportare al centro dell'attenzione un fenomeno ormai evidente quando parliamo delle ultime generazioni, che è quello dell'uso più frequente degli spazi privati e personali (la casa, la propria stanza). Il consumo per la prima volta in casa potrebbe non riguardare solo il singolo adolescente, ma anche in parte il piccolo gruppo di pari (2 o 3 amici) con cui ci si relaziona all'interno del proprio spazio privato vissuto come spazio ludico e socializzante (a partire dall'uso comune di vettori come il web o i videogames).

Se pensiamo alle motivazioni collegate al consumo, sembrano prevalere scelte individuali non specifiche su motivi emulativi. Infatti, quasi la metà dei soggetti dichiara che il primo consumo è stato determinato principalmente da curiosità, oppure dovuto a voglia di divertimento. Solo

per una piccola parte degli intervistati i motivi non sono né indifferenziati né emulativi, ma riguardano condizioni specifiche collegate all'uso "medicale" di una sostanza: uno stato d'animo particolare quale la necessità di stare meglio con se stessi (13%), il desiderio di favorire il contatto con gli altri (4,5%).

In sintesi il primo consumo è avvenuto per lo più all'aperto o in casa propria e di amici, per la maggioranza dei casi in un giorno qualunque, a conferma di un approccio avvenuto per lo più con leggerezza.

Tabella 1.11: Domanda 17 Come era l'atmosfera con gli amici quando ha cominciato a usare delle droghe?

	ITALIA		SPAGNA		PORTOGALLO		REP. CECA	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Ostile di conflitto	3,60%	5,70%	4,20%	2,50%	3,30%	2,80%	4,10%	2,00%
Non avevo molti amici	8,80%	21,90%	7,30%	20,70%	11,80%	18,10%	13,40%	18,40%
Ne buona ne cattiva	18,40%	22,90%	19,80%	19,80%	18,70%	15,30%	20,60%	22,40%
Molto buona e uscivo spesso	39,80%	34,30%	64,30%	51,20%	37,70%	33,30%	45,40%	36,70%
Avevo un buon dialogo con i miei amici	29,40%	15,20%	4,40%	5,80%	28,50%	30,60%	16,50%	20,40%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

Per quanto riguarda l'atmosfera familiare al momento del primo uso più della metà degli intervistati, e per l'Italia due intervistati su tre, dichiarano un pessimo clima familiare.

È importante quindi guardare al sistema familiare con un nuovo atteggiamento scientifico ed operativo: i concetti di famiglia spezzata, disgregata, vanno rivisitati criticamente. Attualmente si parla piuttosto di

“famiglia multiproblematica”, in cui più membri manifestano sintomi di disagio psicosociale oppure si fa riferimento a configurazioni particolari di famiglia rigida, disfunzionale, che consente e sostiene comportamenti sintomatici in funzione di esigenze di stabilizzazione propria. Possiamo supporre che il sistema familiare, il modo di funzionare della famiglia influenzi notevolmente, interattivamente il comportamento deviante, soprattutto nell’adolescenza, in stretto collegamento con le problematiche del sé, della costruzione dell’identità.

Oltre alla famiglia, non vi è praticamente alcun fattore sociale così fortemente correlato al comportamento delinquenziale quanto il fallimento a scuola; questo, a sua volta, è in stretta correlazione con la frequenza delle assenze ingiustificate, con l’impiego negativo del tempo libero. Proprio coloro che falliscono a scuola ed hanno, pertanto, scarse prospettive per il futuro ruolo nella società e coloro che sono disoccupati hanno una maggiore probabilità di inserirsi in una subcultura delinquenziale. Premesso ciò, il nostro tentativo è di porre l’accento di quanto un clima familiare “burrascoso” sia uno dei fattori di rischio rispetto a comportamenti devianti e a una scarsa resilienza psicologica.

Tabella 1.12: Domanda 16 Può dirci come era l’atmosfera familiare quando ha provato droghe per la prima volta?

	ITALIA		SPAGNA		PORTOGALLO		REP. CECA	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Era impossibile avere un dialogo	20,9%	25,7%	9,4%	11,7%	13,5%	6,9%	14,0%	8,3%
C'erano liti frequenti	25,8%	30,5%	25,8%	31,7%	28,7%	33,3%	18,3%	29,2%
C'era indifferenza	19,9%	22,9%	19,3%	20,8%	14,2%	25,0%	19,4%	14,6%
C'era più dialogo	4,8%	1,0%	2,9%	1,7%	3,3%	2,8%	6,5%	12,5%
La situazione era calma e amichevole	28,7%	20,0%	42,7%	34,2%	40,3%	31,9%	41,9%	35,4%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

1.3 Analisi delle carriere di marginalità ed esclusione

Oltre il 70% degli intervistati ha dichiarato di aver provato ad interrompere l'uso più di una volta, tentativi fatti prevalentemente in comunità ad esclusione della Repubblica Ceca dove solo il 18% dichiara di esservi già stato prima della rilevazione a differenza dei due intervistati su tre che si registrano per gli altri paesi, questo dato è giustificato dal fatto che in Repubblica Ceca troviamo una maggioranza, assortita, di servizi non residenziali che prendono in carico l'utente per tutto il percorso terapeutico dalla disintossicazione al reinserimento sociale.

Questa alta recidività, per chi termina o abbandona il programma terapeutico, è un indicatore indiretto del fallimento del percorso di recupero e della grande difficoltà a uscire dalla dipendenza.

Tabella 1.13: Domanda 30 Quante volte ha tentato di smettere di fare uso di droghe?

Quante volte ha tentato di smettere di fare uso di droghe?				
	Italia	Rep. Ceca	Portogallo	Spagna
Più di una volta	78,8	62,7	84,7	84,1
Una volta	10,1	16,9	11,1	11,9
Mai	11,1	20,4	4,2	4,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

La recidiva può essere spiegata anche dal comportamento assunto dagli utenti durante la prima esperienza di comunità, che reiterano il gioco di "guardie e ladri" interiorizzato negli anni di consumo e di vita ai margini⁷. Palesando, talvolta, una scarsa fiducia nei confronti degli operatori percepiti come controllori anziché come alleati e insufficienti motivazioni a seguire il percorso terapeutico. Questo dato è supportato dal fatto che la valutazione dei servizi migliora con l'aumentare della fruizione nel tempo, riconoscendo la validità e l'utilità dei servizi di cui si è fruito.

⁷ A. Addazi, R. Marini, N. Rago a cura di. *Metodo e risultati di una comunità per tossicodipendenti - L'esperienza di Città della Pieve.* Franco Angeli Milano, 2009.

Tabella 1.14: Domanda 33 Quante volte ha cominciato un ciclo di cure in una comunità terapeutica?

	Quante volte ha cominciato un ciclo di cure in una comunità terapeutica?			
	Italia	Spagna	Portogallo	Rep. Ceca
Nessuna	29,7	49,4	33,9	82,4
1 volte	33,2	25,5	33,9	13,5
Più di 1 volta	37,1	25,1	32,3	4,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tre intervistati su quattro hanno una debolezza strutturale nell'inserimento occupazionale dovuta a un percorso professionale assente o al più transitorio, associato a carriere scolastiche spesso abbandonate precocemente. Considerando le distribuzioni dell'età al primo uso e del titolo di studio si evince che la dispersione scolastica è avvenuta nel periodo che precede l'uso di droghe quali cocaina ed eroina (droghe ad alto rischio di danno fisico e di dipendenza). Probabilmente le motivazioni di tale interruzione vanno cercate all'interno delle dinamiche socioculturali (disagio sociale connesso al contesto familiare, economico, culturale) e relazionali^{8,9}. La dispersione scolastica o le esperienze comunque negative sono spesso riconducibili a percorsi di disagio o di devianza giovanile, soprattutto quando ciò avviene in concomitanza con situazioni familiari problematiche. Un aspetto che s'intende sottolineare è la funzione importante che l'istruzione potrebbe svolgere nella fase che precede l'uso delle droghe pesanti. Il livello d'istruzione raggiunto da un individuo è incisivo sia per la sua formazione sia come strumento pedagogico per la crescita personale¹⁰.

A completare il quadro di marginalità ci sono le esperienze detentive, successive all'uso di droga, che hanno avuto circa la metà degli intervistati, di cui uno su quattro per spaccio, gli altri per altra tipologia di reato. Il dato

⁸ A. Pozzi a cura di, *Giovani tra scuola e lavoro. Dispersione scolastica, formazione e inserimento professionale nella provincia di Pescara*. Franco Angeli Milano, 2005.

⁹ L. Cancrini. *L'intervento psicologico nella scuola* - Collab. e Guida Nuova Italia Scientifica. 1986.

¹⁰ M. Pollo. *Educazione come animazione. Voci per un dizionario / Il metodo*, Elledici, Torino. 1994.

va a confermare l'associazione esistente tra consumo e criminalità aggiungendo al consumatore un ulteriore stigma di esclusione sociale.

1.4 Analisi per coorti d'età

Ci apprestiamo ora ad analizzare i percorsi biografici degli intervistati all'inizio e durante il loro percorso di dipendenza. La letteratura dei decenni scorsi psicologica^{11,12} e sociologica¹³ si è lungamente occupata della droga tentando di individuare i fattori di rischio alla dipendenza, mettendo in luce sia le difficoltà relazionali e familiari all'origine del consumo di sostanze sia il ruolo svolto dall'ambientazione del contesto sociale.

Negli ultimi anni gli studi sulla droga sono però significativamente cambiati insieme al cambiamento del loro oggetto di studio. La differenziazione tra e l'allargamento delle modalità di consumo delle diverse sostanze così come il consumo di più sostanze contemporaneamente ha fatto sì che cambiassero significativamente i paradigmi di lettura. All'origine la ricerca dei fattori causali legati al contesto sociale era prevalente, in seguito l'allargamento della platea dei consumatori, la trasversalità della provenienza sociale e l'importanza dei fattori di costume hanno portato a spiegare il consumo di sostanze in base all'appartenenza di gruppo piuttosto che all'estrazione sociale. In questa maniera il consumo di sostanze psicoattive diviene parte della costruzione dell'identità sociale, ed il riferimento è al senso conferito al consumo¹⁴. La trasversalità delle pratiche di consumo e di policonsumo sono identificate come tratto distintivo di una nuova era nell'utilizzo di sostanze e specialmente delle nuove sostanze. Se da un lato questo elemento estende il discorso sul consumo di sostanze psicoattive oltre la connessione meccanica tra marginalità sociale ed esposizione all'uso di sostanze che creano dipendenza, dall'altro espone figure e settori sociali finora al di fuori dei circuiti di consumo e spaccio al contatto con problemi e conseguenze simili

¹¹ Glantz MD, Pickens R (eds) (1992): *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington, DC: American Psychological Association.

¹² L. Cancrini et al. (1973): *Esperienze di una ricerca sulle tossicomanie giovanili in Italia*, Mondadori, Milano.

¹³ Ferrarotti F. (1977), *Giovani e droga*, Liguori, Napoli.

¹⁴ Mori L. (2004), Dalla classe al gruppo i contributi della sociologia italiana sulla tossicodipendenza in *Salute e Società Vol. 3*.

a quella che è stata etichettata come tossicodipendenza. Questo passaggio è molto importante perché implica che sempre di più non tutti i consumatori sono esclusi e – ovviamente - non tutti gli esclusi sono consumatori. Ovviamente oltre a tenere in considerazione l'ambiente affettivo-psicologico, questa considerazione ci può portare ad invertire i circuiti causali, se cioè supponiamo che non sia meccanicamente l'esclusione sociale a generare la tossicodipendenza sicuramente la tossicodipendenza può generare esclusione sociale. Per verificare come questo aspetto sia cambiato nel tempo seguirà l'analisi attraverso i dati dei questionari di come le diverse coorti d'età¹⁵ abbiano affrontato fasi diverse dei cicli biografici. Innanzi tutto verificheremo come e quando vi è stato il primo contatto con la droga, e se e quanto siano variati i periodi di latenza, successivamente verificheremo la situazione familiare abitativa e lavorativa ai 25 ed ai 35 anni e allo stato attuale o prima dell'ingresso in comunità terapeutica dichiarata nel questionario (dom. 38).

1.4.1 Il primo contatto con la droga per coorti d'età

Oggi il consumo è caratterizzato da una drastica anticipazione dell'età al primo uso e di riduzione del periodo intercorrente fra uso di droghe leggere e pesanti.

Nel nostro campione di intervistati in media il primo contatto con la sostanza scende vertiginosamente di circa cinque anni tra la prima e l'ultima coorte d'età. In Italia la coorte di coloro che hanno più di 38 anni ha avuto in media il primo contatto con le sostanze poco più di due anni dopo la coorte più giovane; invece nella Repubblica Ceca la differenza fra le stesse coorti di età è di almeno sette anni.

Eguale in Spagna la coorte "più di 38 anni" ha consumato sostanze per la prima volta circa tre anni dopo di quelli di 28 anni; in Portogallo la differenza riscontrata fra le stesse coorti è di quasi tre anni.

Inoltre mentre la varianza nella coorte più vecchia è dovunque abbastanza ampia, nella coorte più giovane si restringe. Lo scarto medio nell'età del primo consumo è tra i più giovani di 2,2 anni per l'Italia, 2,3 per la Repubblica Ceca, 2,1 per la Spagna, 1,8 per il Portogallo. Queste cifre inducono a pensare che i percorsi di consumo individuali si stiano progressivamente standardizzando.

¹⁵ Le coorti analizzate sono tre: fino ai 28 anni; da 29 ai 38 anni; oltre i 38 anni.

Sono stati effettuati dei test ANOVA (Fig. 1.1, 1.2, 1.3, 1.4) sulla differenza nell'età media tra le varie coorti risultati tutti positivi.

Figura 1.1: differenza nell'età media tra le varie coorti d'età nel primo uso droghe leggere e nel primo uso droghe pesanti ITALIA

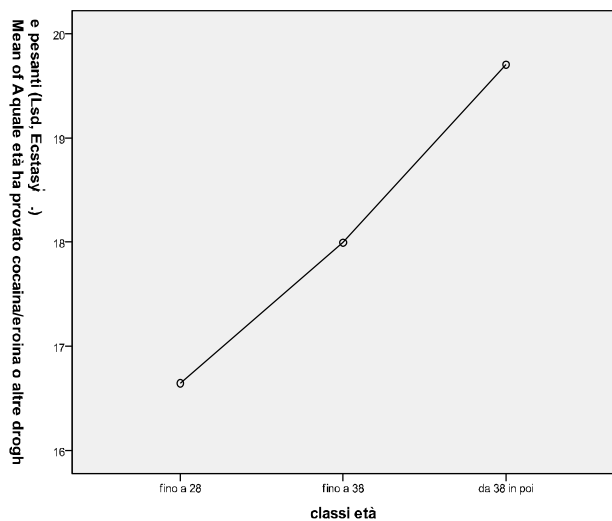
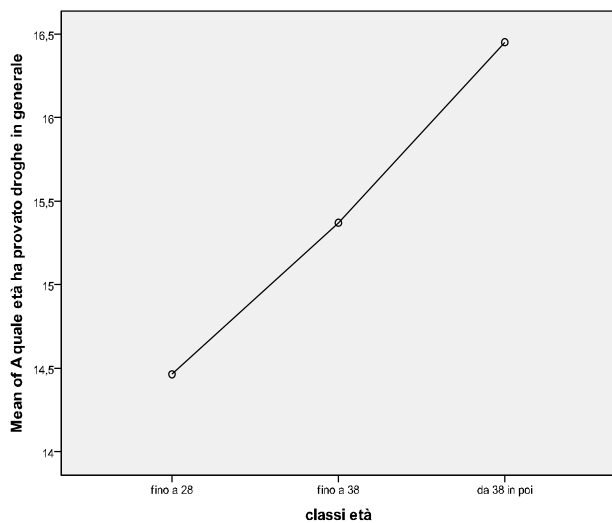


Figura 1.2: differenza nell'età media tra le varie coorti d'età nel primo uso droghe leggere e nel primo uso droghe pesanti SPAGNA

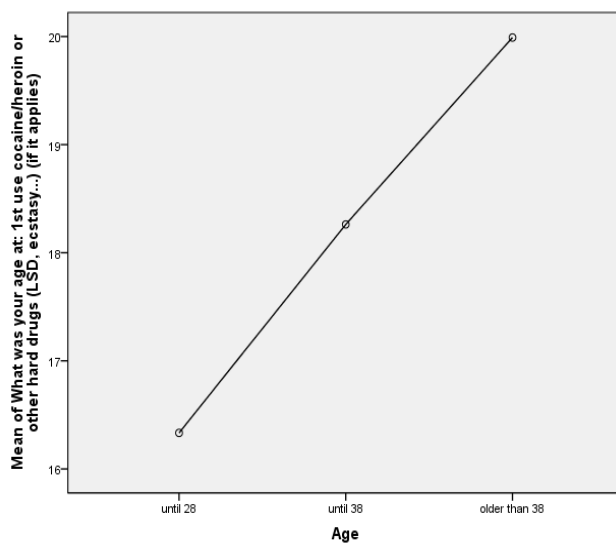
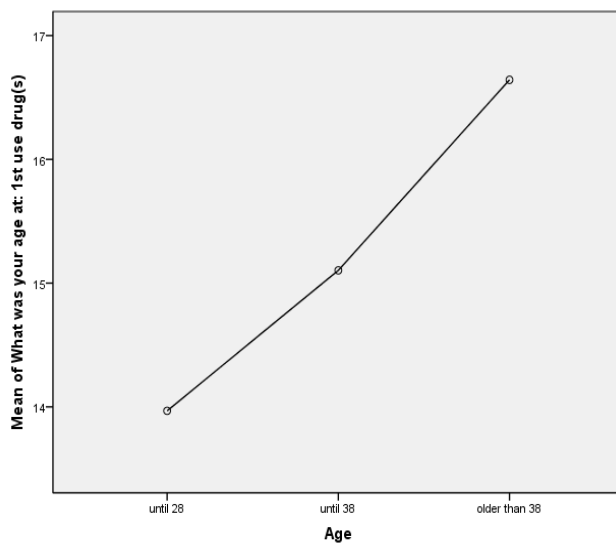


Figura 1.3: differenza nell'età media tra le varie coorti d'età nel primo uso droghe leggere e nel primo uso droghe pesanti PORTOGALLO

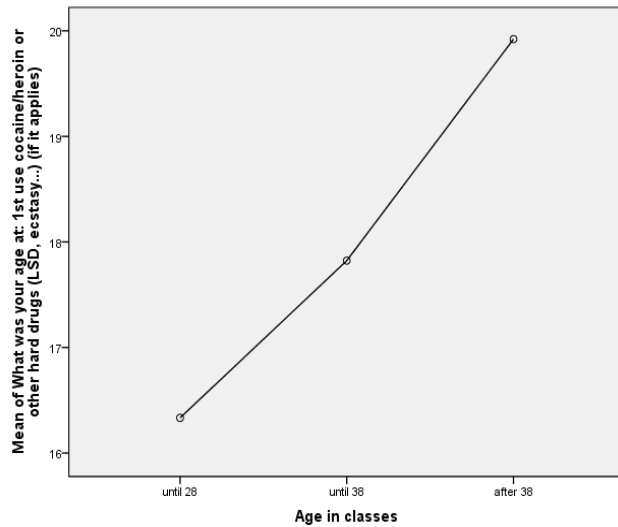
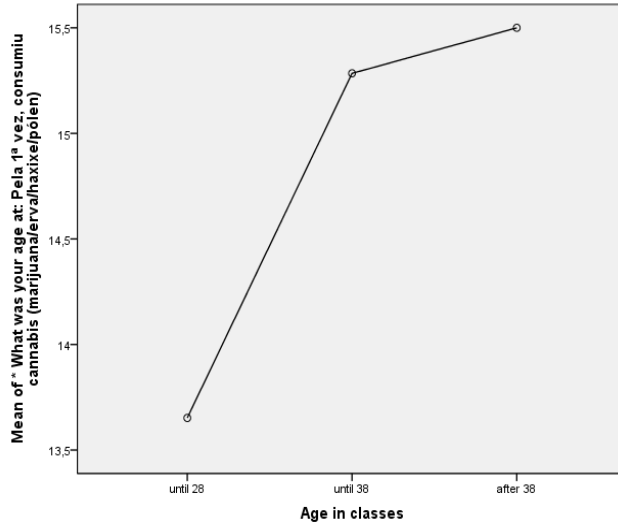
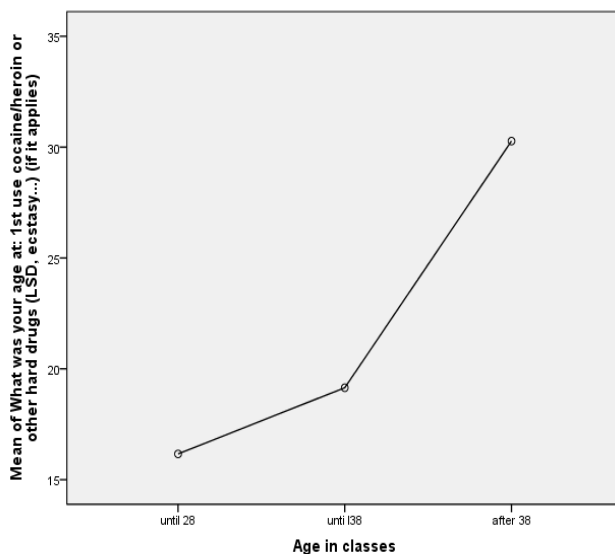
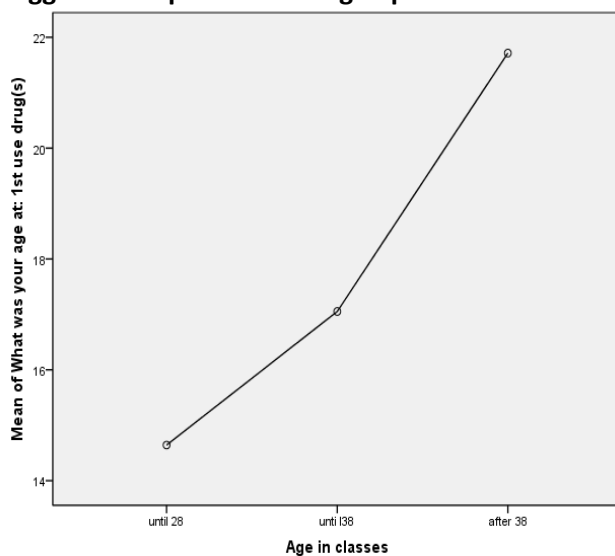


Figura 1.4: differenza nell'età media tra le varie coorti d'età nel primo uso droghe leggere e nel primo uso droghe pesanti REPUBBLICA CECA



Fonte: *Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

Un processo simile può essere descritto con ancora più intensità per l'approccio alle droghe pesanti. In Repubblica Ceca la differenza nell'età media di primo consumo di droghe pesanti tra i più giovani (28enni) e i più anziani (più che 38enni) si abbassa addirittura di 14 anni, con un'alta variabilità interna alla classe dei più anziani che ha vissuto gli ultimi anni del regime socialista. Anche nell'Europa meridionale vi è però, in modo più attenuato, lo stesso processo. In Italia l'età media al consumo di droghe pesanti si abbassa di 3 anni, in Spagna e in Portogallo di tre anni e mezzo. Visto che l'abbassamento dell'età media al consumo è stato maggiore per le droghe pesanti che per quelle leggere vuol dire che si è anche abbassato frequentemente il periodo di latenza.

Come mai esiste questo trend comune? A quali cambiamenti nel consumo di sostanze corrisponde? Per rispondere a questi interrogativi, è opportuno analizzare come sono cambiate le condizioni ambientali di primo consumo. Si abbassa drasticamente un consumo casalingo e solitario, mentre aumenta significativamente un consumo sociale e urbano. Resta minoritario - pur aumentando significativamente - il primo consumo all'interno di occasioni ricreative pubbliche. Nella Repubblica Ceca il 53% dei quarantenni ha consumato per la prima volta a casa, contro solo l'8% dei ventottenni. Il consumo di strada e/o al parco - al contrario è salito dal 6,7% al 27% (ma già tra coloro tra i 28 e i 38 era al 23%). Differente la dimensione del processo in Italia. Anche qui crolla il consumo a casa dal 14% dei 38enni al 5% dei 28enni, ma non ha favore del consumo di strada che era già e resta alto (intorno al 40%). Aumenta piuttosto il consumo a scuola dal 5 al 10%. Cifre identiche per la Spagna, lievemente differenti per il Portogallo dove il primo consumo in strada era e si mantiene più alto (attorno al 50%), e aumenta in misura maggiore quello a scuola (al 16%).

Ovviamente il luogo corrisponde anche ad una ambientazione in qualche maniera sociale/collettiva. Come prima in Repubblica Ceca questo processo è più spiccato e raddoppia o quasi l'incidenza delle persone che hanno consumato con amici (dal 33% dei quarantenni al 62% dei ventottenni) mentre prima si consumava da soli. In Italia il consumo collettivo con amici era già diffuso e aumenta solo di 4 punti percentuali fino ad arrivare al 70%, ma aumenta significativamente il consumo con i compagni di scuola fino ad arrivare al 12%. In Spagna identico processo con un aumento lievemente maggiore del consumo con i compagni di scuola.

Con le nuove generazioni è aumentato quindi un consumo sociale e collettivo. Evidentemente questa situazione tende naturalmente ad incentivare la trasversalità del contatto con le sostanze visto che strade e parchi e tanto più scuole sono luoghi obbligatoriamente frequentati da

persone con retroterra anche molto diversi fra loro. Proviamo a scorgere l'ampiezza di queste differenze esaminando la condizione sociale al primo consumo.

1.4.2 Condizione sociale al consumo per coorti d'età

Sullo stato civile all'atto dell'inizio del consumo influisce ovviamente l'età media, ma anche lo stile di vita più "normale" presente nei vari paesi. La coorte più anziana presenta tassi di nuzialità in linea o relativamente più alti rispetto alle rispettive medie nazionali, tenuto conto che l'età media del consumo anche dove è più alta è comunque intorno ai venti anni.

Al di fuori della norma sembrano verificarsi una più alta percentuale di separazioni e divorzi significativamente precoci. Nella Repubblica Ceca erano single al primo consumo di droga poco più dei due terzi sul totale, i rimanenti erano prevalentemente già divorziati.

Nella coorte di mezzo (tra i 28 e i 38 anni) il 91% è single, nel rimanente 9% prevalgono i coniugati.

Nella coorte più giovane sono tutti single. In Spagna e in Italia vi è la stessa situazione ma con una più lieve attitudine al matrimonio o al divorzio precoce nelle coorti più anziane. In Italia, tra i quarantenni e oltre all'inizio del consumo i single sono l'85%, in Spagna l'83%; i divorziati in Italia sono il 5,7%, in Spagna il 4,3%. Nella coorte più giovane invece in Italia sono tutti single e in Spagna vi è un numero minimo di sposati (4,3%). Il Portogallo si distingue per dei rapporti invertiti tra le coorti. I più vecchi hanno un basso tasso di nuzialità precoce e nullo di divorzio precoce. I più giovani invece sono sposati per ben l'11%.

La situazione della genitorialità è simile ma la genitorialità precoce tende ad annullarsi solo con l'ultima generazione. In Italia tra i 28 e i 38enni ben il 12% hanno avuto un figlio con l'inizio dell'utilizzo delle droghe (in età quindi molto giovane), e la stessa percentuale si riduce solo con l'ultima coorte.

Analizziamo ora la situazione abitativa. La condizione abitativa cambia drasticamente tra la coorte più vecchia e le due generazioni più giovani. In Repubblica Ceca ben un terzo dei rispondenti quarantenni viveva già da solo e il 20% viveva ancora con i genitori. Chi vive ancora nel nido genitoriale rappresenta invece una percentuale ben più significativa (più del 60%) per le coorti più giovani. In Italia tra chi ha più di 28 anni il 7/8% dei rispondenti viveva in comunità oppure ospite, ma nessuno ha fatto la stessa esperienza tra chi ha meno di 28 anni. In Spagna sale molto tra i

giovani la percentuale di chi vive in casa con i propri genitori all'inizio dell'esperienza di consumo anche perché è pari a zero quella di chi vive con partner/coniuge o per conto proprio. In controtendenza il Portogallo dove invece la proporzione di chi inizia in una situazione di autonomia abitativa sale.

La situazione occupazionale mostra un ulteriore tassello. Nella Repubblica Ceca tra la coorte più anziana la metà era occupato con un contratto regolare a tempo pieno mentre un quarto era disoccupato. Tra i più giovani i disoccupati salgono al 36% mentre i lavoratori precari raddoppiano.

Anche in Italia gli occupati stabili calano drasticamente nelle generazioni più giovani. Erano il 29% tra i quarantenni mentre diventano il 17% tra i ventottenni. Aumentano sia i precari sia i disoccupati, questi indicatori tuttavia non segnalano direttamente un aumento del consumo marginale tra le generazioni più giovani quanto un cambiamento del mercato del lavoro che sfavorisce tutte le generazioni più giovani.

1.4.3 La situazione dei consumatori a 25 anni

Vediamo ora come prosegue il percorso biografico di chi continua a drogarsi quando compie i 25 anni. Nella Repubblica Ceca c'è un aumento di persone sposate di circa il 20% rispetto all'inizio del percorso di dipendenza. Questo aumento della percentuale degli sposati è omogeneo tra tutte le generazioni. In Italia c'è un aumento molto più ridotto (9%) nella coorte più giovane, consistente quanto quello della Repubblica Ceca nella più anziana, e nella coorte di mezzo. Sia la Spagna sia il Portogallo presentano percentuali di divorzi trascurabili.

Il paese in cui vi è un aumento minore della formazione autonoma di una famiglia è quindi sicuramente l'Italia, vediamo che conseguenze ha questo dato sulla situazione abitativa. Nella Repubblica Ceca praticamente tutti lasciano il nido genitoriale, anche se questo corrisponde ad un aumento significativo di coloro che vanno a vivere con la nuova famiglia creata, nella coorte più giovane si registra anche un 12,5% che finisce a vivere in ostello, mentre la stessa quota nella generazione più vecchia era del 7%.

In Italia la percentuale di chi vive in comunità, o ospite di amici aumenta fino al 15% per cento soprattutto nella coorte giovanile, mentre era un po' più bassa nelle coorti più anziani che essendo passate in maniera più consistente al matrimonio vivono nella propria casa.

Infine la condizione occupazionale. È significativo che in Spagna, dove nella coorte più giovane il 70% studiava quando ha iniziato a consumare, solo il

4,8% rimanga studente dieci anni dopo con il crollo percentuale più consistente rispetto alle stesse coorti degli altri paesi.

Per di più solo una minima parte va ad ingrossare le fila del lavoro full time a tempo indeterminato con uno stacco netto rispetto alle generazioni precedenti che invece per la metà erano impiegate a tempo indeterminato (e per un altro 20% in modo precario o part-time). Anche in Italia non aumenta (e addirittura diminuisce di due punti fino a toccare il 15%) la percentuale di persone impiegate a tempo indeterminato, ma si ingrossano le cifre delle altre forme di lavoro precario, e soprattutto di lavoro autonomo che è quello che relativamente cresce di più. Le due coorti più anziane (fino a 38 anni e oltre i 38 anni) avevano tassi di disoccupazione della metà e soprattutto in diminuzione rispetto all'inizio della loro esperienza di tossicodipendenza. L'impatto negativo sull'inserimento lavorativo è quindi differenziato per coorti ed è amplificato dai cambiamenti del mercato del lavoro.

In Portogallo vi è un inserimento dei più giovani nel lavoro a tempo indeterminato per quanto limitato al 18%, mentre il lavoro part-time aumenta di alcuni punti percentuali, e del ben 10% tra coloro che hanno avuto qualche forma di lavoro occasionale e l'hanno persa.

1.4.4 La situazione dei consumatori a 35 anni

Al compimento dei 35 anni possiamo prendere in considerazione solo due coorti.

Riguardo allo stato civile, nella Repubblica Ceca quelli con più di 38 anni hanno divorziato nel 30% dei casi e quelli con meno di 38 anni nel 23% (il che può far pensare che si arrivi al medesimo tasso di divorzio) e sono rimasti single rispettivamente nel 30% e nel 41% dei casi. Il che vuol dire che poco meno della metà dei matrimoni sono stati interrotti.

In Italia sono rimasti single sotto i 38 ben l'80% dei casi mentre sopra i 38 anni sono solo il 54%. Tra coloro che si sono sposati sotto i 38 anni ha divorziato un terzo, sopra i 38 anni poco meno di un terzo. Praticamente per la coorte italiana tra i 28 e i 38 anni non ci sono stati matrimoni negli ultimi quindici anni di vita, mentre solo un dieci per cento in più della coorte anziana si è sposato.

Il fallimento nei paesi del Mediterraneo sembra essere collegato più al mancato matrimonio che al divorzio. In Spagna vi è una situazione intermedia, circa la metà è ancora single sotto i 38 anni, il 37% sopra i 38 anni ma più di un terzo ha già divorziato. In Portogallo rispettivamente il

60% e il 53% delle nostre due coorti non si è ancora sposato a 35 anni e i tassi di divorzio sono ininfluenti.

Passando alla situazione abitativa. Nella Repubblica Ceca nella generazione più anziana la maggior parte delle persone passa dalla vita da soli o con gli amici a vivere con il/la partner, ma coloro che vivevano in Ostello e altre situazioni simili raddoppiano fino ad arrivare al 15%. In Italia a 35 anni il 20% della generazione più anziana vive in comunità o ospite e la situazione sembra essersi addirittura aggravata con la nuova generazione dove si registra un 30%. In Spagna un 80% della generazione più vecchia vive in casa con la famiglia d'origine (20%), da soli (20%), o con il/la partner (40%). Un altro 20% si divide però tra varie situazioni precarie, dove spicca un 8% di carcerazione. Anche in Portogallo la situazione della generazione sotto i 38 è peggiore perché risiede in comunità per il 3,6% contro l'1% della generazione precedente.

La situazione lavorativa esprime forse più di altre il suo deterioramento. In Italia la situazione è più differenziata perché per quanto la generazione oltre i 38 anni abbia perso nei dieci anni che la separano un altro 5% di occupazione stabile resta pur sempre un terzo di occupazione a tempo indeterminato contro un sedici per cento di disoccupati puri e un 25% di lavoro occasionale. La generazione successiva che ha invece già incontrato la regolazione flessibile del mercato del lavoro ha solo un 23% di occupazione stabile e un 36% di disoccupati. Cifre simili di occupati permanenti si trovano in Spagna, mentre in Portogallo la situazione sembra essere molto più polarizzata tra addirittura un 42% di quarantenni che hanno un lavoro stabile (che comunque è in discesa di fronte ad un ragguardevole 57%) e un 31% di disoccupazione, senza la camera di compensazione del lavoro precario e occasionale.

Nella Repubblica Ceca, non vi è invece nessuna differenza generazionale tra i trentenni e i quarantenni ed entrambi sperimentano tassi di disoccupazione intorno al quaranta per cento, addirittura tripli rispetto a quelli di dieci anni prima.

1.4.5 Situazione dei consumatori allo stato attuale o prima dell'ingresso in comunità terapeutica

Dai risultati delle indagini è evidente che la scena del consumo di sostanze è molto cambiata dagli anni '90: sono cambiati gli stili di consumo, la percezione dei rischi da parte dei consumatori, i luoghi di spaccio e

consumo, è aumentata l'offerta delle sostanze (per varietà, entità e qualità), sono diminuiti i prezzi. Da un consumo basato su una sostanza "d'elezione", si è passati ad un mix di sostanze più adatto a garantire l'effetto che si vuole raggiungere. Il tratto dominante della scena attuale è il "policonsumo", cioè l'assunzione contemporanea o sequenziale di più sostanze: farmaci, sostanze legali (in particolare, alcol) e sostanze illegali (in particolare, cocaina ed altri psicostimolanti) e la ricerca del piacere e del divertimento (in luoghi particolari e con ritualità specifiche) come finalità legata all'uso di sostanze.

Non esiste più la droga nella sua accezione di monouso legato ad un contesto di sballo mirato, ma ci si trova davanti ad assuntori diversificati, che cercano emozioni e demandano alla sostanza l'esigenza di provarle, affidando a più sostanze la loro serata chimica¹⁶.

Tabella 1.15: Policonsumo, percentuale sugli intervistati

	Italia	Rep. Ceca	Portogallo	Spagna
No drugs	4,6%	0,7%	1,1%	5,1%
Cannabis	3,1%	5,6%	4,8%	9,3%
Cocaine	13,2%	0,0%	10,3%	13,4%
Heroin	9,3%	1,4%	14,9%	4,7%
Other drugs *	8,7%	32,2%	4,5%	4,3%
Cannabis and cocaine	4,8%	0,0%	1,6%	10,6%
Cannabis and heroin	2,3%	0,0%	5,3%	4,1%
Cannabis and other drugs *	2,3%	50,3%	4,8%	3,3%
Cocaine and heroin	9,3%	0,0%	16,4%	3,5%
Cocaine and other drugs	4,7%	0,7%	2,1%	7,7%
Heroin and other drugs *	2,5%	1,4%	3,7%	2,0%
Cannabis, cocaine and heroin	4,3%	0,0%	8,0%	2,8%
Cannabis, cocaine and other drugs *	6,5%	3,5%	2,7%	13,6%
Cocaine, heroin and other drugs	5,9%	0,0%	3,2%	4,7%
Cannabis, heroin and other drugs *	3,4%	2,8%	5,8%	2,4%
All together *	15,3%	1,4%	10,9%	8,5%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*Pervitin included.

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

¹⁶ A. Caringi, *Giovani e droga: un'analisi sul fenomeno delle dipendenze da sostanze psicotrope* in <http://www.agoramagazine.it>

Tabella 1.16: frequenza del consumo

	Italia	Rep. Ceca	Portogallo	Spagna
Ex utenti (mesi precedenti)	4,6%	0,7%	0,3%	5,1%
Occasionale	9,1%	4,9%	11,9%	8,9%
Regolare	46,3%	46,2%	48,8%	35,6%
Intensivo	40,1%	48,3%	39,0%	50,4%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 1.17: frequenza del consumo - femmine

	Italia	Rep. Ceca	Portogallo	Spagna
Ex utenti (mesi precedenti)	5,8%	-	-	3,3%
Occasionale	9,7%	10,4%	11,1%	11,6%
Regolare	36,9%	43,8%	47,2%	38,8%
Intensivo	47,6%	45,8%	41,7%	46,3%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 1.18: frequenza del consumo - maschi

	Italia	Rep. Ceca	Portogallo	Spagna
Ex utenti (mesi precedenti)	4,3%	1,1%	,3%	5,5%
Occasionale	9,0%	2,1%	11,8%	8,1%
Regolare	48,0%	47,9%	49,3%	34,5%
Intensivo	38,6%	48,9%	38,5%	52,0%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Dopo aver analizzato i percorsi biografici proviamo a dare una fotografia della situazione sociale del nostro campione. Il primo dato generale che salta agli occhi è il basso livello educativo raggiunto in tutti i Paesi. In Spagna solo il 19% ha un titolo di studio secondario superiore (con un'incidenza di appena il 9% rispetto al padre) in Portogallo è il 25% (con un avanzamento più consistente intorno al 15% rispetto al titolo di studio riscontrato nel padre), in Repubblica Ceca solo il 15% (addirittura con un peggioramento rispetto al titolo di studio detenuto dal padre), in Italia il

33% raggiunge il titolo secondario superiore (con un miglioramento del 14% rispetto alla generazione del padre).

Come si vede oltre ad esserci un capitale umano al di sotto della media vi è un miglioramento rispetto alla generazione precedente solo in Portogallo ed in Italia.

Date le competenze acquisite è abbastanza ovvio che la situazione occupazionale presa nel suo complesso sia disastrosa: in Spagna solo il 16% è occupato con un contratto precario o a tempo indeterminato mentre il 55% è disoccupato. Cifre identiche per l'Italia e addirittura peggiori per il Portogallo dove non c'è una quota consistente di impiego nel lavoro autonomo e la disoccupazione schizza al 74%.

Tabella 1.19: Progressione nel percorso di integrazione abitativa*

		Inizio/25	25/35	35/Current
Italia	Fino a 28	(-11,9)		
	Dai 29 ai 38	(-6,7)	(-20,8%)	
	Oltre i 38	(-8,6)	(-7,2%)	(-23%)
Portogallo	Fino a 28	=		
	Dai 29 ai 38	(-8,5%)	(-11,6%)	
	Oltre i 38	(-2,3%)	(-3,4%)	(-9,6%)
Spagna	Fino a 28	(-49,2)		
	Dai 29 ai 38	(-9,8)	(-40,7)	
	Oltre i 38	(-13,7)	=	(-12,7)
Repubblica Ceca	Fino a 28	(-44,3)		
	Dai 29 ai 38	(-4,4)	(-8,3)	
	Oltre i 38	(-22,9)	(12,1)	(-30,7)

*Le cifre fra parentesi si riferiscono alla variazione dell'incidenza tra i rispondenti di coloro che vivevano nella propria casa come tipologia abitativa adeguata.

Fonte: *Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

Tabella 1.20: Progressione nel percorso di integrazione lavorativa

		Inizio/25	25/35	35/Current
Italia	Fino a 28	(-14%)		
	Dai 29 ai 38	(-74%)	(-13%)	
	Oltre i 38	(+8,2%)	(-5,2%)	(-12,68%)
Portogallo	Fino a 28	(+18,2%)		
	Dai 29 ai 38	(+2,9%)	(-17,7%)	
	Oltre i 38	(+15,2%)	(-15,3%)	(-25,4%)
Spagna	Fino a 28	(+3,2%)		
	Dai 29 ai 38	(+23,8%)	(-38,2%)	
	Oltre i 38	(+20%)	(-12,3%)	ND
Repubblica Ceca	Fino a 28	(+5,2)		
	Dai 29 ai 38	(+2,4%)	(-17,1%)	
	Oltre i 38	=	(-23,1)	(-5,1%)

*Le cifre fra parentesi si riferiscono alla variazione dell'incidenza tra i rispondenti di coloro che dichiarano di avere un lavoro stabile.

Fonte: *Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

Ugualmente la situazione familiare vede solo una piccola quota (prevalentemente presente in Portogallo) di persone inserite in un nucleo familiare proprio. In tutti i paesi tra il 70 e l'80% è single in seguito a separazioni o divorzi. L'assenza del doppio asse di integrazione familiare e lavorativo porta evidentemente a quella che i sociologi definiscono *disaffiliazione*, un processo di sostegno reciproco tra l'assenza di un reddito e l'impossibilità di mantenere la famiglia, che viene quindi meno come possibile fonte di ruolo sociale. Questo porta come unica soluzione per il recupero all'ingresso nei circuiti di comunità come approdo consistente soprattutto lì dove sono istituzionalmente diffusi.

1.5 Rapporto con le sostanze

I fattori che favoriscono la stabilizzazione del consumo differiscono solo in parte da quelli riscontrabili nell'iniziazione o in una prima fase di consumo. In questa fase ciò che conta è soprattutto il tipo di rapporto che si crea tra il soggetto e la sostanza: dopo le prime esperienze egli può valutare concretamente la qualità e la funzione degli effetti sperimentati ed elaborare quindi credenze che non si fondano più sull'esperienza riportata da altri ma su quella personale. Si continua a far uso di droga quanto più si percepiscono gli effetti rinforzanti della sostanza, sia positivi, sia negativi; quanto più si ottengono gli effetti cognitivi, affettivi e farmacologici che si attendono: quanto più ci si convince che attraverso la droga si può esercitare maggior controllo sugli eventi della vita quotidiana. Il continuare, quindi il passaggio da un uso occasionale ad un uso frequente, è dunque da porre in relazione soprattutto con i bisogni a cui la droga si dimostra in grado di rispondere. Anche il non aver ottenuto gli effetti desiderati può spingere il soggetto a riprovare, così come la sottovalutazione dei rischi e un'estrema fiducia nelle proprie capacità di controllo, possono favorire l'innescarsi della dipendenza¹⁷.

La letteratura indica che il rischio di diventare tossicodipendente è tanto maggiore tanto più precocemente il soggetto ha strutturato stili di consumo regolari. Questa strutturazione della dipendenza problematica si concretizza nella fase successiva all'iniziazione di droghe pesanti, e nei successivi cinque anni si associano comportamenti devianti e un consistente coinvolgimento nell'ambiente del consumo.

In questa fase da un lato si apprendono norme di autoregolazione, dall'altro emergono situazioni di disagio per lo più durature e difficilmente risolvibili disponendo di un repertorio limitato o inadeguato di competenze sociali per affrontare diversamente i problemi.

A questo declino si associano e palesano disturbi della personalità strutturati (depressione, ansia, disforia, ecc.), che si cerca di superare tramite l'uso della droga reputato il mezzo più efficace per diminuire il disagio, sottovalutando i rischi connessi al consumo, e sopravvalutando le proprie capacità di controllo.

È in questa rapida sequenza di fase che l'assunzione delle sostanze acquisisce un maggior peso nella vita dei consumatori, avendo una forte probabilità di ricadute negli ambiti lavorativi e/o di studio e relazionali,

¹⁷ Marcella Ravenna, *Psicologia delle tossicodipendenze*, Il Mulino, Bologna, 1997.

dovuto alla difficoltà di concentrazione conseguente a un forte consumo di sostanze che assumono una centralità rilevante nella vita del tossicodipendente.

I nuovi fenomeni di consumo (poli-consumo) pongono l'esigenza di ridisegnare il sistema dei servizi al fine di creare una rete collaborativa e sinergica, in grado di intercettare la complessa articolazione dei bisogni e dei problemi legati al poli-consumo ed agli stili di vita connessi. Tale rete deve consentire di conoscere i comportamenti legati al consumo di sostanze tra i giovani e non, in particolare nei luoghi di divertimento, di condividere e diffondere, attraverso il confronto attivo tra operatori, buone pratiche di prevenzione dei rischi connessi ai fenomeni di consumo/abuso e metodologie di rete che supportino la collaborazione tra servizi e progetti.

A fronte di un fenomeno che va di pari passo con i mutamenti culturali e sociali che coinvolgono tutti, giovani e vecchi consumatori, all'operatore sociale e sanitario sono chiesti l'elasticità mentale, la competenza necessaria e il coraggio di riconoscere l'inefficacia di alcune categorie interpretative del passato, rinunciando alla lettura ideologica della tossicodipendenza legata, solo e sempre, al disagio individuale.

Non sono nuove le sostanze ma sono nuovi:

- i contesti, non solitari ma ricreazionali;
- le modalità del consumo;
- l'abbassamento dell'età dei consumatori;
- la trasversalità dei consumi per cui diventa impossibile tracciarne un identikit;
- la trasversalità maschile e femminile per cui non esiste differenza di genere;
- la trasversalità dei tempi e degli spazi del consumo: si usa il giorno e si usa la notte, si usa a scuola e si usa in discoteca, si usa dentro i locali e anche fuori;
- la facile reperibilità delle sostanze;
- la facilità della loro produzione - nel caso specifico delle sostanze chimiche - e la conseguente mancanza di identificazione.

Risulta da quest'indagine e da altre condotte a livello europeo sulla popolazione studentesca (ESPAD) che il primo uso di sostanze avviene in età adolescenziale (sotto i 16 anni) con una tendenza, negli ultimi anni, ad anticipare sempre più la prima esperienza.

Al fine di prevenire il primo uso è opportuno, pertanto, attivare programmi di *educazione alla salute* nelle fasce d'età preadolescenziali attuabili nelle scuole primarie.

Si riscontra, inoltre, dai risultati dei tempi di gateway, che in media il periodo tra primo uso di droghe leggere e primo uso di sostanze maggiormente pericolose è di 2,9 anni (l'intervallo più lungo è registrato in Portogallo, e quello più breve in Repubblica Ceca), che corrisponde al periodo che va dai 16 ai 19 anni, dove, molto spesso, si registra un alto tasso di abbandono scolastico. Inoltre il passaggio all'uso di droghe pesanti corrisponde mediamente anche con l'attività di spaccio, probabilmente per far fronte ai costi del consumo di sostanze pesanti. In questa fase temporale dai 16 ai 19 anni è strategico improntare interventi di *peer education* per prevenire un inconsapevole e sperimentale approccio alle sostanze indotto prevalentemente da un approccio ludico-ricreativo e dalla curiosità, e per attivare azioni di sostegno al supporto tra pari, alla progettazione e messa in opera di strumenti atti ad accompagnare il potenziamento di conoscenze per via orizzontale tra coetanei.

I residenti delle comunità terapeutiche e della bassa soglia hanno livelli di scolarizzazione inferiori alla media della popolazione, se consideriamo i gruppi con istruzione secondaria superiore e diploma universitario. Invece, la loro scolarizzazione, è superiore al livello medio della popolazione se consideriamo i gruppi fermi alla scuola primaria. Questo essere in mezzo suggerisce che, pur appartenendo a gruppi sociali orientati ad un uno stile di vita e di istruzione superiore, hanno perso terreno rispetto al resto della popolazione a partire dalla scuola secondaria superiore. Questo fenomeno deve essere contrastato dando loro una seconda possibilità, appunto di reinserimento e di riqualificazione professionale.

La distanza tra mondo esterno e comunità è una peculiarità del fenomeno. Questo divario è caratterizzato dalla distanza delle strutture dai centri abitati, dall'inserimento lavorativo in cooperative integrate prolungando il legame con la comunità e posticipando sempre più un reale confronto con il mondo esterno conosciuto prima del percorso di disintossicazione. Se a questo si aggiunge la posizione di passività in cui il tossicomane si riconosce come "oggetto" anziché "soggetto" della cura, e riesce a delegare ad altri la responsabilità delle scelte o la gestione dei problemi, soprattutto nelle comunità che più rigidamente si assumono l'onere di amministrare ogni aspetto della sua vita, non stupisce che la remissione del sintomo a seguito del trattamento, sia di gran lunga più improbabile della sua ricomparsa. La sfida è di riuscire nella presa in carico non di un "servizio-comunità", ma dei processi di crescita degli individui all'interno di una struttura

residenziale, combinando i vantaggi del lavoro di psicoterapia e quelli dell'esperienza sociale, e utilizzando l'intreccio di queste due dimensioni nella convinzione che la significatività dell'una potenzia e rinforza la significatività dell'altra. Bisognerebbe approfondire questa dimensione per valutare proposte metodologiche e normative per il reinserimento integrale dei soggetti che hanno fatto uso di sostanze psicotrope.

Tabella 1.21: intervistati per livello d'istruzione

	Italia	Rep. Ceca	Portogallo	Spagna
Nessun titolo di studio	0,6%	2,7%	1,6%	4,4%
Scuola elementare	5,8%	44,9%	10,9%	25,5%
Scuola media	49,3%	29,3%	21,1%	37,7%
Scuola secondaria	33,2%	15,6%	33,6%	19,0%
Scuola secondaria superiore	0,0%	0,0%	26,1%	0,0%
Università	3,2%	4,1%	5,9%	6,0%
Altro	7,9%	3,4%	0,8%	7,4%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 1.22: intervistati per livello d'istruzione per presenza o meno presso una comunità terapeutica

	Italia		Rep. Ceca		Portogallo		Spagna	
	Si	Mai	Si	Mai	Si	Mai	Si	Mai
Nessun titolo di studio	0,6%	0,0%	0,0%	3,7%	1,2%	4,5%	6,2%	2,7%
Scuola elementare	6,1%	3,8%	39,5%	46,8%	9,7%	20,5%	25,3%	25,8%
Scuola media	48,9%	52,6%	36,8%	26,6%	21,8%	15,9%	38,6%	36,9%
Scuola secondaria	32,9%	35,9%	13,2%	16,5%	33,8%	31,8%	17,4%	20,4%
Scuola secondaria superiore	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	26,6%	22,7%	0,0%	0,0%
Università	3,0%	5,1%	2,6%	4,6%	6,0%	4,5%	6,2%	5,8%
Altro	8,6%	2,6%	7,9%	1,8%	0,9%	0,0%	6,2%	8,5%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

1.6 Riflessioni conclusive

Abbiamo esaminato la situazione sociale delle generazioni di utenti per i diversi Paesi per riuscire ad inquadrare il cambiamento dei percorsi di dipendenza. Alla base della nostra disamina vi è l'ipotesi che l'utilizzo di sostanze distorca ed impedisca un regolare svolgimento del profilo biografico. Ovviamente dato che il profilo biografico varia a seconda della generazione e della società di riferimento esiste una ampia variabilità nel campione dei nostri 4 paesi che non è direttamente dipendente dal mercato delle sostanze.

Iniziando dallo stato civile abbiamo quattro modelli abbastanza differenziati. Nella Repubblica Ceca, prevale la creazione autonoma di una nuova famiglia, e il consumo di sostanze non sembra influenzare molto la creazione di nuovi nuclei familiari neanche tra le generazioni più giovani. Il ciclo matrimoniale è però piuttosto breve e presso la generazione più anziana, che è anche quella che ha vissuto pienamente la fase del consumo più privato e nascosto.

In Italia, dove tradizionalmente l'uscita dal nucleo familiare di origine è più ritardata, vi è soprattutto nelle generazioni più giovani un tasso di celibato particolarmente alto che non si abbassa negli anni, visto che all'età di contrarre il matrimonio i giovani sono già in pieno consumo di sostanze da anni. Quando il nucleo si crea è fragile ed esposto a rottura.

Questo aspetto è particolarmente presente in Spagna, dove una identica incapacità di creazione di un autonomo nucleo familiare si accompagna una minore fragilità del nucleo familiare.

In Portogallo invece i percorsi di dipendenza non sembrano intaccare una certa regolarità del nucleo familiare.

Dalla situazione familiare dipende anche la situazione abitativa. In tutti i paesi l'essere dipendenti ha un effetto abbastanza chiaro sull'aver avuto una carriera abitativa regolare, ma la misura e i tempi in cui si è interrotto questo percorso dipendono oltre che dalla situazione sociale dall'offerta istituzionale di residenze protette. L'Italia è l'esempio più chiaro di questo percorso dove progressivamente fino al 50% della coorte più anziana arriva a vivere in comunità.

Il Portogallo ha un percorso abbastanza simile ma con tassi di istituzionalizzazione della dipendenza assai più bassi e con la coorte più giovane, che ai 25 anni ancora non risente di un influsso negativo. Ad avere un percorso abitativo particolarmente complicato sin dai primi passi è in Spagna la generazione più anziana, che ha alti tassi di permanenza in

comunità sin dall'inizio del suo percorso e verso i 35 anni incontra anche il carcere. In Repubblica Ceca al contrario dove, come abbiamo detto, la dissoluzione del nucleo familiare originario è più veloce si hanno problemi soprattutto all'inizio della carriera abitativa, mentre l'aumento della mancanza di un'abitazione propria fissa cessa ai 25 anni per la generazione di mezzo ed ai 35 anni per quella più anziana.

L'impatto sull'integrazione lavorativa è dappertutto identico. Varia l'incidenza del lavoro autonomo più alta in Italia ed in Spagna, mercati del lavoro dove classicamente il lavoro autonomo è una scelta che consente un'alternativa alla disoccupazione. Dai 25 anni in poi l'aumento della disoccupazione è unidirezionale, anche se con velocità diverse. Vi è una incapacità di mantenere l'occupazione, anche visto l'alto tasso di inserimento in occupazioni in nero e a tempo determinato.

Per attuare una strategia occupazionale inclusiva, la collettività dovrebbe aumentare la solidarietà verso tali persone, consentendo l'istituzione di più ampi sostegni finanziari e superando l'immagine che si ha dei consumatori di droga, spinti ad una maggiore violenza, perché sotto effetto di droga o spinti a compiere attività illegali e degradanti perché non riescono a superare da soli i loro problemi.

Specialmente guardando al caso italiano si palesa una totale assenza, rispetto agli altri paesi, di una presa in carico delle persone dipendenti da sostanze da parte dei servizi sociali. Questo dato è giustificato da come ancora l'Italia tratti la tossicodipendenza come a un fenomeno esclusivamente sanitario e quindi non di competenza dei servizi sociali (se non marginalmente).

Tabella 1.23: distribuzione degli intervistati che beneficiano di contributi economici da parte dei servizi sociali

	Italia	Rep. Ceca	Portogallo	Spagna
Sola dai servizi sociali	0,3%	1,4%	0,6%	1,2%
Dai servizi sociali e da alter fonti	3,9%	45,0%	10,8%	35,9%
Nessun contributo da parte dei servizi sociali	95,8%	53,6%	88,6%	63,0%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Specialmente guardando al caso italiano si palesa una totale assenza, rispetto agli altri paesi, di una presa in carico delle persone dipendenti da sostanze da parte dei servizi sociali. Questo dato rileva che c'è ancora molta strada da fare prima di arrivare a un'integrazione reale tra sociale e sanitario dal momento che la tossicodipendenza è ancora considerato un fenomeno esclusivamente in carico al sistema sanitario e quindi non di competenza dei servizi sociali (se non marginalmente).

Bisogna evidenziare l'estrema importanza della sinergia tra sociale e sanitario per dare risposte complete per il reintegro del tossicodipendente come paziente e come cittadino.

L'inserimento lavorativo è tra le fasi più delicate, contrassegnando la conclusione del ciclo terapeutico, e in alcuni paesi europei come parte stessa del ciclo, comunque segna il relativo distacco dalla *protezione* della comunità e rende effettivo il percorso di riabilitazione sociale¹⁸. Nel percorso di recupero alcuni programmi adoperano il bilancio delle competenze per valorizzare al meglio le capacità dei singoli e corsi professionali per favorire una futura occupazione. La difficoltà in ogni modo di collocarsi nel mercato occupazionale per chi termina il programma ha indotto molte comunità, specialmente nell'area mediterranea a costituire cooperative integrate che, pur usufruendo di bandi dedicati, non risultano essere sufficienti a sostenere la totalità degli ingressi nel mondo del lavoro.

¹⁸ G.M. Pirone, G.M. Napolitano, A. Marino, S. Costantini. Il reinserimento dei riabilitati della tossicodipendenza nel mondo del lavoro: indagine conoscitiva mirata a interventi nel sociale-sanitario. *Difesa Sociale* n. 3/92, Roma, 1992.

CAPITOLO 2

Tra consumo e spaccio

Luca Di Censi

2.1 La compravendita di sostanze

Gli utilizzatori problematici di droghe sono la minoranza dei consumatori, ma il loro peso sul mercato della droga è molto più alto, tutti insieme raggiungono infatti quasi la metà del consumo. Sono inoltre utili allo sviluppo del mercato della droga, perché il modo più semplice per loro di guadagnare è quello di vendere droga e così permettono di espandere la rete di vendita e di acquisire nuovi clienti per l'industria della droga.

Gli intervistati per circa il 30% dei casi, hanno finanziato e finanziano, nel caso della bassa soglia, il loro consumo con attività lecite siano esse il lavoro o soldi provenienti dalla famiglia, la più alta percentuale di finanziamento da fonti legali si registra in Portogallo, la più bassa in Italia. Comunque come descritto nel capitolo precedente chi usa sostanze ha un'alta probabilità di incorrere in una dimensione criminale, in media il 60% è stato arrestato. Il consumatore si finanzia in larga parte, attraverso attività illecite, micro-criminalità, spaccio o entrambi. Solo una percentuale esigua - ad eccezione del Portogallo e della Spagna - si prostituisce; le donne molto più degli uomini.

Il comportamento del consumatore sei volte su dieci diventa così "antisociale" e dannoso. Un consumatore che agisce contro la legge, prima di essere problematico dal punto di vista della diagnosi sanitaria, diventa problematico per la società e viene per questo emarginato e criminalizzato. Per uscire da questo circolo vizioso

l'ambiente sociale è importantissimo. Quest'ultimo, però, si riduce spesso al solo ambiente familiare, dove il consumatore problematico cerca aiuto prima che all'esterno. Le risorse economiche delle famiglie vengono intaccate non solo per il consumo di droga, ma anche per i costi connessi all'emarginazione sociale. Il consumo problematico comporta una serie di problemi che si estendono anche ai nuclei familiari dei dipendenti. Sarebbe quindi opportuno fornire un sostegno alle famiglie per affrontare un problema che diventa anche di origine economica, oltreché sociale e culturale. I ritorni per la collettività riguardano i costi evitati nell'ambito di giustizia, sanità, ordine pubblico e di perdita del capitale umano¹⁹.

Tabella 2.1: fonti di finanziamento per l'acquisto di droga

	Italia	Rep. Ceca	Portogallo	Spagna
Nessuna attività illegali	26,0%	27,3%	42,8%	37,0%
Spaccio	21,2%	9,4%	16,7%	15,2%
Prostituzione	0,9%	2,2%	2,8%	2,0%
Furto	18,9%	26,6%	13,6%	17,3%
Spaccio e prostituzione	1,0%	1,4%	0,6%	0,6%
Spaccio e furto	23,6%	26,6%	15,3%	22,4%
Prostituzione e furto	0,7%	0,7%	1,4%	2,0%
Spaccio, prostituzione e furto	2,3%	3,6%	3,1%	0,8%
Altre attività illegali	5,3%	2,2%	3,9%	2,8%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

¹⁹ Si vedano i risultati di una recente ricerca condotta nel Regno Unito: UKDPC (2009), *Supporting the Supporters: Families of drug misuses*, November, (<http://www.ukdpc.org.uk/reports.shtml>)

Tabella 2.2: fonti di finanziamento per l'acquisto di droga - femmine

	Italia	Rep. Ceca	Portogallo	Spagna
Nessuna attività illegali	20,6%	33,3%	43,3%	47,1%
Spaccio	25,5%	11,1%	14,9%	9,1%
Prostituzione	4,9%	2,2%	13,4%	8,3%
Furto	9,8%	17,8%	11,9%	11,6%
Spaccio e prostituzione	4,9%	2,2%	1,5%	2,5%
Spaccio e furto	12,7%	24,4%	4,5%	9,9%
Prostituzione e furto	4,9%	-	3,0%	7,4%
Spaccio, prostituzione e furto	8,8%	6,7%	6,0%	2,5%
Altre attività illegali	7,8%	2,2%	1,5%	1,7%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 2.3: fonti di finanziamento per l'acquisto di droga - maschi

	Italia	Rep. Ceca	Portogallo	Spagna
Nessuna attività illegali	26,9%	24,5%	42,7%	33,9%
Spaccio	20,5%	8,5%	17,1%	17,1%
Prostituzione	0,2%	2,1%	0,3%	-
Furto	20,5%	30,9%	14,0%	19,1%
Spaccio e prostituzione	0,3%	1,1%	0,3%	-
Spaccio e furto	25,4%	27,7%	17,7%	26,4%
Prostituzione e furto	-	1,1%	1,0%	0,3%
Spaccio, prostituzione e furto	1,2%	2,1%	2,4%	0,3%
Altre attività illegali	4,9%	2,1%	4,4%	3,1%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

L'offerta gratuita delle sostanze è marginale nel mercato: gli intervistati in prevalenza comprano, soprattutto da uno spacciatore abituale, difficilmente a credito. Come vedremo più giù sebbene la distribuzione delle sostanze sia affidata all'esistenza stessa di una comunità di consumatori, lo scambio delle sostanze avviene secondo

modalità di vera e propria compravendita (non quindi di regalo) che coinvolgono i singoli consumatori con finalità di autofinanziamento.

Tabella 2.4: distribuzione percentuale di intervistati che contraggono un debito per l'acquisto di droga - maschi

	Italia	Rep. Ceca	Portogallo	Spagna
Nessun debito	61,3%	38,1%	57,5%	33,7%
Prestito	6,4%	19,4%	18,1%	3,5%
Prestito da spacciatore	10,5%	12,2%	5,8%	25,2%
Prestito da spacciatore e altri	21,8%	30,2%	18,6%	37,6%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 2.5: distribuzione percentuale di intervistati che contraggono un debito per l'acquisto di droga - femmine

	Italia	Rep. Ceca	Portogallo	Spagna
Nessun debito	57,8%	42,2%	59,7%	38,0%
Prestito	5,9%	13,3%	20,9%	5,0%
Prestito da spacciatore	14,7%	20,0%	4,5%	22,3%
Prestito da spacciatore e altri	21,6%	24,4%	14,9%	34,7%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

I prezzi delle droghe indicati dagli intervistati sono eterogenei per i quattro paesi, in particolare nella Rep. Ceca si registrano prezzi più bassi per le amfetamine e la Ketamina e prezzi più alti per la cocaina e l'eroina. I prezzi più bassi per l'eroina e la cocaina si registrano in Portogallo forse per le politiche di depenalizzazione messe in atto dal 2001. Confrontando i prezzi indicati dagli intervistati nei quattro paesi si evince che sia i consumatori problematici che occasionali hanno una conoscenza simile del mercato. Quindi, sembrerebbe che, sul mercato, vengano offerte sostanze con prezzo simile sia per i consumatori problematici che per quelli occasionali. Rispetto al

prezzo delle droghe, osservando la distribuzione sulle altre modalità dei prezzi, si riscontra comunque una tendenza a registrare prezzi più alti per il collettivo degli occasionali. Ovviamente si ritengono più attendibili i prezzi dichiarati dal collettivo dei forti consumatori che è certamente più informato sui costi delle droghe rispetto ad un consumatore di modiche quantità.

Tabella 2.6: prezzi delle droghe dichiarati dagli intervistati

	Italia		Rep. Ceca		Portogallo		Spagna	
	Mean	Median	Mean	Median	Mean	Median	Mean	Median
Ecstasy (MDMA)	9€	15,0€	8,2€	8,1€	11,4€	8,5€	9,4€	6,0€
Ecstasy powder/ crystals	-	-	10,0€	10,2€	30,6€	30,0€	42,8€	50,0€
Amphetamine	13,5€	10,0€	8,3€	8,1€	16,2€	10,0€	8,9€	5,0€
Ketamine	22,6€	20,0€	7,8€	8,1€	23,2€	20,0€	33,9€	30,0€
Marijuana	9,6€	10,0€	8,3€	8,1€	9,5€	5,0€	4,9€	5,0€
Hashish	9,1€	10,0€	11,6€	10,2€	6,6€	5,0€	4,3€	4,0€
Crack	61,2€	60,0€	38,3€	32,5€	37,1€	40,0€	49,8€	50,0€
Cocaine top-quality	82,9€	80,0€	97,4€	101,6€	45,2€	50,0€	59,1€	60,0€
Cocaine poor quality	59,0€	60,0€	70,4€	65,1€	34,8€	35,0€	49,0€	50,0€
Heroin top-quality	51,0€	50,0€	92,3€	74,2€	40,8€	40,0€	56,7€	50,0€
Heroin poor quality	35,2€	30,0€	50,8€	40,7€	31,9€	30,0€	44,7€	50,0€
Kobret	30,6€	25,0€	36,0€	40,7€	-	-	-	-
Pervitin	-	-	45,3€	40,7€	-	-	-	-
Espid	-	-	-	-	-	-	20,8€	20,0€
Setas alucinógen	-	-	-	-	-	-	56,8€	60,0€
LSD	-	-	-	-	-	-	9,7€	10,0€
GHB	-	-	-	-	-	-	16,0€	15,0€
Methadone	-	-	-	-	-	-	5,0€	5,0€
Liquid Methadone	-	-	-	-	-	-	5,9€	5,0€

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 2.7: ti è mai stato proposto di vendere droghe

	Italia	Spagna	Portogallo	Rep. Ceca
Si, spesso	25,0%	24,6%	23,2%	15,7%
Si, qualche volta	31,9%	41,7%	46,0%	44,0%
No	43,2%	33,7%	30,8%	40,3%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

La compravendita di stupefacenti si svolge all'interno dei limiti disegnati dalle condizioni di produzione delle sostanze. Queste condizioni creano la disponibilità stessa delle sostanze e ne modificano pesantemente la quantità e la qualità che arriva sul mercato. Anche i circuiti di distribuzione delle sostanze, sono però importanti. Mentre la produzione delle sostanze dipende da molteplici fattori internazionali di natura economica e geopolitica, la loro distribuzione al minuto dipende dalla costruzione di una rete di spacciatori più o meno attivi sul mercato. È pertanto importante tentare di costruire un profilo di chi ha avuto esperienze di spaccio, per capire come funziona la rete di spaccio che consente alle sostanze di arrivare a destinazione.

2.2 Profilo degli spacciatori che emerge dalle indagini

Innanzitutto l'incidenza di spacciatori sul complesso del campione varia dal 34% della Repubblica Ceca al 61% dell'Italia, il Portogallo e la Spagna con un'incidenza rispettivamente del 38% e del 55%. Sono cifre che ci dicono che il fenomeno dello spaccio non è un fenomeno residuale ma rappresenta una quota importante all'interno della comunità dei consumatori. La prevalenza di genere è maschile - anche se in misura non preponderante - in Portogallo e Spagna; vi è parità di genere in Repubblica Ceca e addirittura vi è una maggiore incidenza delle attività di spaccio tra le donne in Italia. Questo demolisce un po' l'immagine della figura dello spacciatore maschio

dedito ad una branca dell'economia criminale considerata attività tipicamente maschile. L'allargamento del consumo, e la trasformazione dello spaccio in attività di autofinanziamento può avere evidentemente questa ricaduta di genere.

In secondo luogo l'età media di inizio delle attività di spaccio è abbastanza bassa. Coerentemente con il veloce abbassamento dell'età media del primo consumo e dell'accorciamento dei periodi di latenza, anche l'esperienza dello spaccio avviene a ridosso del primo contatto con le sostanze stupefacenti pesanti che avviene in tutti i paesi intorno ai 18 anni. Il primo tentativo di spaccio avviene tra i 18 anni dell'Italia e i 20 del Portogallo. L'Italia non è solo il paese con l'età stimata di accesso allo spaccio più bassa, è anche quello con le curve di sopravvivenza più schiacciate il che vuol dire che coloro che spacceranno lo faranno all'età media, e solo una quota residuale inizia in più tarda età (Fig. 2.1, 2.2, 2.3, 2.4). Questo ingresso descrive in qualche maniera una certa facilità dell'attività. In realtà non tutti coloro che distribuiranno droga scambiandola per denaro e/o un altro equivalente proseguiranno questa attività con continuità, o si considerano veri e propri spacciatori. Viceversa chi dichiara di procurarsi abitualmente i soldi per la droga tramite lo spaccio non dichiara di aver mai iniziato a spacciare. In particolare, la percentuale di persone che dice di non aver mai iniziato a spacciare, ma dichiara di finanziare il proprio consumo di sostanze tramite lo spaccio, varia molto e va dal 14% dell'Italia al 16% della Repubblica Ceca mentre è del 18% in Portogallo e solo del 3% in Spagna dove evidentemente la compravendita è una pratica consolidata e auto-riconosciuta. Continuando ad analizzare il profilo dello spacciatore, c'è da dire che si può notare come ci siano anche attitudini molto differenziate verso tutte quelle fonti di finanziamento che non sono di spaccio. In tutti quanti i paesi mediterranei coloro che si dichiarano spacciatori tendono molto meno della media a servirsi sempre dei canali legali di denaro (genitori e lavoro), ma tendono più della media a servirsene spesso, il che evidenzia come lo spaccio sia un'attività di arrotondamento, rispetto ad altre fonti "naturali" di approvvigionamento che comunque esistono. Lo stesso acquisto di droga avviene - almeno per il caso italiano - in una parte consistente

(circa il 25%) tramite persone definite “amiche” e non pusher. La compravendita delle sostanze coinvolge quindi una rete ampia e non classificabile come “professionale”. Non sappiamo precisamente attraverso quali reti avvenga il coinvolgimento, quello che possiamo dire è che in Italia quasi la metà di quelli a cui non è mai stato offerto di spacciare, hanno finito per farlo comunque, mentre negli altri tre paesi questa quota si assesta intorno al 25%. È difficile dare una motivazione alla scelta di iniziare in proprio la distribuzione di sostanze, anche perché non sembra esserci una correlazione di nessun tipo con il capitale umano disponibile, testimoniando che un po’ tutti - in tutti i paesi - la pratica diviene trasversale, è però significativo che nei quattro paesi tutti coloro che spacciano tendano ad essere disoccupati all’inizio della loro carriera di consumo in misura maggiore di quelli che non spacciano. Le minori disponibilità economiche immediate possono quindi spingere ad acquisire maggiori quantitativi da rivendere.

Figura 2.1: Portogallo

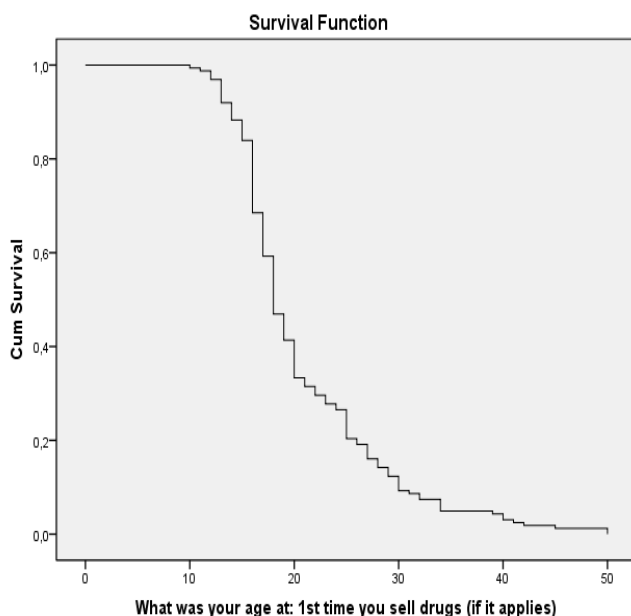


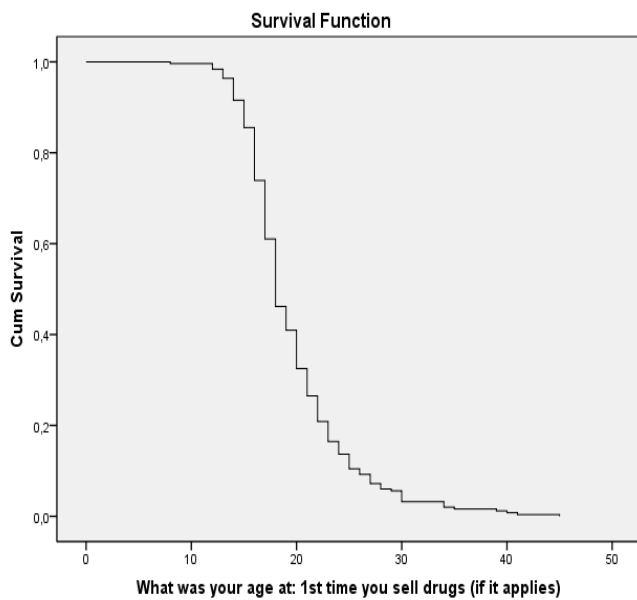
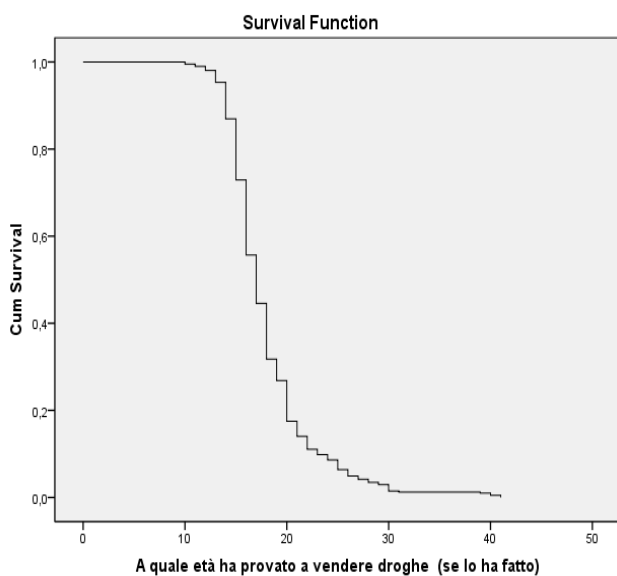
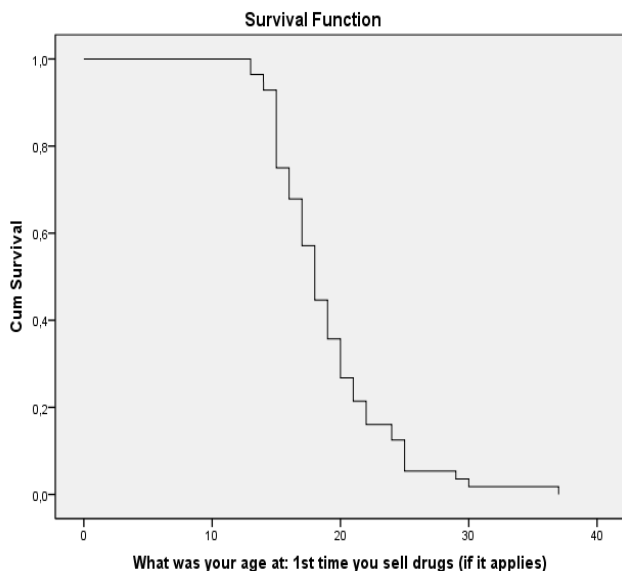
Figura 2.2: Spagna**Figura 2.3: Italia**

Figura 2.4: Repubblica Ceca

Fonte: *Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

Tabella 2.8: percentuale di persone che hanno dichiarato di aver spacciato per genere e paese

	Portogallo	Spagna	Italia	Repubblica Ceca
Femmine	25	49	65	19
	34,2%	40,5	63,1%	38,7%
Maschi	137	197	340	36
	44,9%	50,9	57,5%	38,7%
Tot.	162	246	405	55
	42,7%	48,4	58,1%	38,4%

Fonte: *Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

Tabella 2.9: persone a cui è stato proposto di vendere droghe e attività di spaccio per paese

			Italia		Rep. Ceca		Portogallo		Spagna	
			Non ha mai spacciato	Si ha spacciato	Non ha mai spacciato	Si ha spacciato	Non ha mai spacciato	Si ha spacciato	Non ha mai spacciato	Si ha spacciato
Le è mai stato proposto di vendere droghe dal suo spacciatore abituale?	Sì, spesso	V.A.	47	123	10	11	30	55	39	85
		% riga	27,60 %	72,40 %	47,60 %	52,40 %	35,30 %	64,70 %	31,50 %	68,50 %
	Sì, qualche volta	V.A.	77	140	30	29	92	77	99	111
		% riga	35,50 %	64,50 %	50,80 %	49,20 %	54,40 %	45,60 %	47,10 %	52,90 %
	No	V.A.	161	133	41	13	88	25	121	49
		% riga	54,80 %	45,20 %	75,90 %	24,10 %	77,90 %	22,10 %	71,20 %	28,80 %
Total e	V.A.	285	396	81	53	210	157	259	245	
	% riga	41,90 %	58,10 %	60,40 %	39,60 %	57,20 %	42,80 %	51,40 %	48,60 %	

Fonte: *Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

2.3 Tra spaccio e repressione

Il circuito dello spaccio non è però influente sulla carriera di marginalità, in particolar modo -come è ovvio - nei sistemi repressivi come quello italiano la possibilità di subire provvedimenti penali dall'arresto alla carcerazione è estremamente innalzata dall'attività di spaccio - seppur piccola - accanto a quella di consumo. La possibilità di essere arrestati dipende evidentemente dal livello di criminalizzazione del consumo dell'ordinamento penale e da quanto questo venga trasformato in spaccio. I livelli più alti sono registrati sicuramente in Italia dove il 33% (percentuale che negli altri paesi è più alta il 37/38%) non è stato mai arrestato. La differenza nel livello repressivo però non si deduce solo da questo dato quanto dalla differenza sulla classe di reati per cui si viene arrestati. L'arresto per i

reati di vario tipo (presumibilmente droga-connessi) riguarda in Italia il 38% per spaccio, più o meno la stessa percentuale del Portogallo ma la maggiore differenza la si riscontra con la Spagna dove il 49%, viene arrestato per altri reati e soprattutto con la Repubblica Ceca dove addirittura il 55% viene arrestato per reati non di spaccio. Eppure in questi ultimi due paesi l'incidenza di coloro che sono stati arrestati per reati di spaccio è molto più bassa (7,5 in Repubblica Ceca 13% in Spagna) che in Italia dove si assiste ad un ragguardevole 27,5% che subisce l'arresto solo per spaccio. Di questo 27,5% del campione il 22,4% non dichiara di aver mai iniziato a spacciare. Questo dato è particolarmente interessante e degno del confronto con gli altri paesi. In Spagna dove il sistema penale è come abbiamo visto meno colpevolizzante nei confronti del consumo. Tra le 70 persone che vengono arrestate per spaccio solo 10 non si dichiarano spacciatori. È come se l'alto livello di stigmatizzazione del consumo di sostanze da parte del sistema penale coinvolgesse quell'area grigia tra consumo, autofinanziamento e vero e proprio spaccio, che abbiamo appena visto essere la caratteristica fondante delle attività di compravendita.

Le cifre di chi oltrepassa la soglia del carcere ricalcano quelle di chi è arrestato, con il Portogallo (che ha depenalizzato il consumo nel 2001) che sta in mezzo tra gli alti tassi di carcerazione per spaccio italiani (24%) e i tassi tutto sommato residuali di Spagna e Repubblica Ceca dove sono stati in carcere per spaccio rispettivamente l'8% e il 5%. Bisogna precisare che per quanto riguarda gli arresti, i bassi tassi di stigmatizzazione del consumo dei sistemi spagnoli e ceco riguardano solamente i reati di spaccio. In Repubblica Ceca più della metà del campione è stato arrestato per gli altri reati, ed in Spagna quasi il 50%. Se invece ci riferiamo alla detenzione e guardiamo ai tassi di carcerazione per i reati droga connessi, quelli spagnoli non sono superiori a quelli italiani (33% contro 38%) e - soprattutto - in Italia è molto più alta la quota di coloro che sono stati incarcerati sia per spaccio che per reati droga connessi. Abbiamo detto sopra che l'unica caratteristica sociale rinvenibile presso chi si dichiara spacciatore era la rilevazione di tassi di disoccupazione maggiori della media in età giovanile (il che

potrebbe aver contribuito ad avvicinare allo spaccio data l'indisponibilità di un reddito fisso). Se confrontiamo, invece, il tasso di reclusione con il titolo di studio si trovano indubbiamente i segni di una correlazione positiva, in Italia più del 50% dei reclusi per spaccio e di quelli per altri reati ha un titolo inferiore al diploma di scuola media superiore.

Tabella 2.10: proposto di vendere droghe dal suo spacciatore abituale per genere e paese

	ITALIA		SPAGNA		PORTOGALLO		REP. CECA	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Spesso	23,6%	33,7%	17,2%	13,0%	24,7%	15,7%	26,5%	17,5%
Qualche volta	31,8%	32,7%	49,4%	32,6%	47,6%	40,0%	42,3%	40,0%
Mai	44,6%	33,7%	33,3%	54,3%	27,7%	44,3%	31,2%	42,5%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 2.11: è stato mai arrestato? per genere e paese

	ITALIA		SPAGNA		PORTOGALLO		REP. CECA	
	M	F	M	F	M	F	M	F
No	31,98%	51,79%	33,74%	52,80%	35,49%	54,05%	28,57%	55,32%
Si per spaccio	27,64%	23,21%	12,96%	12,00%	23,46%	12,16%	8,16%	4,26%
Si per altri crimini	40,38%	25,00%	53,30%	35,20%	41,05%	33,78%	63,27%	40,43%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 2.12: è stato mai detenuto? e genere e paese

	ITALIA		SPAGNA		PORTOGALLO		REP. CECA	
	M	F	M	F	M	F	M	F
No	34,51%	60,00%	54,55%	69,67%	52,88%	71,23%	54,74%	82,98%
Si per spaccio	25,07%	18,18%	8,84%	6,56%	16,99%	10,96%	7,37%	0,00%
Si per altri crimini	40,41%	21,82%	36,62%	23,77%	30,13%	17,81%	37,89%	17,02%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

Tabella 2.13: arrestati e detenuti per paese (%).

		Italia	Rep. Ceca	Portogallo	Spagna
Arrestati	Mai	38,6%	38,0%	40,9%	39,5%
	Per spaccio	17,1%	4,9%	17,2%	8,6%
	Per altri crimini	30,0%	54,2%	36,7%	47,0%
	Per spaccio e altri crimini	14,3%	2,8%	5,3%	4,9%
	Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Detenuti	Mai	42,9%	64,8%	57,2%	59,2%
	Per spaccio	13,8%	4,2%	14,1%	6,1%
	Per altri crimini	29,5%	30,3%	26,6%	32,3%
	Per spaccio e altri crimini	13,8%	0,7%	2,1%	2,4%
	Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

Passando ad un'analisi in dettaglio di chi ha dichiarato - per singola sostanza e dosi²⁰ di spacciare individuamo che la Rep. Ceca si distingue prevalentemente per spacciatori di modiche quantità, il Portogallo, invece, registra circa la metà di spacciatori rilevanti - coloro che dovrebbero avere anche dei cospicui margini di guadagno - per le tre sostanze prese in considerazione. La Spagna e l'Italia presentano percentuali simili e la distribuzione degli spacciatori è ripartita in modo equivalente per tutte e tre le tipologie ad eccezione della cannabis, dove lo spaccio rilevante è prevalente (Tab. 2.14, 2.15, 2.16).

²⁰ La classificazione presente nelle tabelle è stata costruita tenendo conto delle dosi vendute settimanalmente.

Tabella 2.14: tipologia di spaccio di cannabis per paese

Spaccio cannabis				
	Italia	Spagna	Portogallo	Rep. Ceca
Piccolo Spaccio (< 50)	29,7	25,0	32,6	80,0
Spaccio di medie dimensioni (51-150)	23,6	19,4	17,4	14,3
Spaccio rilevante (> 150)	46,7	55,6	50,0	5,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
V.A.	182	124	46	35

Fonte: Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 2.15: tipologia di spaccio di cocaina per paese

Spaccio cocaina				
	Italia	Spagna	Portogallo	Rep. Ceca
Piccolo Spaccio (< 30)	33,2	55,3	32,2	-
Spaccio di medie dimensioni (31-100)	35,7	22,4	15,3	-
Spaccio rilevante (> 100)	31,1	22,4	52,5	-
Totale	100,0	100,0	100,0	-
V.A.	196	152	59	-

Fonte: Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 2.16: tipologia di spaccio di eroina per paese

Spaccio eroina				
	Italia	Spagna	Portogallo	Rep. Ceca*
Piccolo Spaccio (< 30)	33,0	61,6	28,2	76,6
Spaccio di medie dimensioni (31-100)	36,7	16,4	28,2	19,1
Spaccio rilevante (> 100)	30,3	21,9	43,5	4,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
V.A.	188	73	85	47
*pervitin				

Fonte: Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 2.17 tipologia di spaccio per paese

Spaccio				
	Italia	Spagna	Portogallo	Rep. Ceca
Spaccio singola sostanza	41,1	42,7	38,5	37,0
Polispaccio	58,9	57,3	61,5	63,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
V.A.	355	234	380	54

Fonte: *Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

Osservando le percentuali dello spaccio per singola sostanza rapportate al numero totale di coloro che hanno spacciato e al numero totale degli intervistati notiamo che il Portogallo che ha, come detto, l'incidenza maggiore di spacciatori esperti è anche quello che in proporzione ha la metà di spacciatori degli altri paesi. L'Italia e la Spagna si distinguono per uno spaccio prevalente di cocaina, mentre il Portogallo e la Rep. Ceca rispettivamente per l'eroina e il pervitin.

Tabella 2.18: incidenza percentuale per spaccio di singola sostanza sul totale degli spacciatori e sul totale degli intervistati per paese

	Italia	Spagna	Portogallo	Rep. Ceca*
% spacciatori di cannabis sul totale spacciatori	51,3	53,0	39,3	64,8
% spacciatori di cannabis sul totale intervistati	25,3	24,2	12,1	23,6
% spacciatori di cocaina sul totale spacciatori	55,2	65,0	50,4	-
% spacciatori di cocaina sul totale intervistati	27,2	29,6	15,5	-
% spacciatori di eroina sul totale spacciatori	53,0	31,2	72,6	87,0
% spacciatori di eroina sul totale intervistati	26,1	14,2	22,3	31,8
* le percentuali dell'eroina si riferiscono al pervitin				

Fonte: *Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

Osservando le persone arrestate per paese, notiamo che gli spacciatori rilevanti sono maggiormente intercettati rispetto a chi spaccia modiche quantità.

Da evidenziare una peculiarità italiana, rispetto agli altri paesi, che gli spacciatori esperti sono arrestati in prevalenza per spaccio connesso ad altri reati. Si potrebbe ipotizzare che questa modalità di spaccio sia la più prossima a reti criminali e che i soggetti in questione si posizionino in una marginalità estrema come vedremo nel paragrafo “Tra droga-marginalità-carcere”.

Tabelle spaccio e carcere ITALIA

Tabella 2.19: è stato mai arrestato? e modalità di spaccio di cannabis

	Piccolo Spaccio	Spaccio di medie dimensioni	Spaccio rilevante
No mai	48,1%	30,2%	29,4%
Si per spaccio	24,1%	27,9%	24,7%
Si per altri reati	14,8%	16,3%	18,8%
Si per spaccio ed altri reati	13,0%	25,6%	27,1%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 2.20: è stato mai arrestato? e modalità di spaccio di cocaina

	Piccolo Spaccio	Spaccio di medie dimensioni	Spaccio rilevante
No mai	38,5%	28,6%	19,7%
Si per spaccio	26,2%	24,3%	24,6%
Si per altri reati	23,1%	20,0%	18,0%
Si per spaccio ed altri reati	12,3%	27,1%	37,7%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 2.21: è stato mai arrestato? e modalità di spaccio di eroina

	Piccolo Spaccio	Spaccio di medie dimensioni	Spaccio rilevante
No mai	35,5%	32,4%	12,3%
Si per spaccio	25,8%	22,1%	28,1%
Si per altri reati	22,6%	17,6%	22,8%
Si per spaccio ed altri reati	16,1%	27,9%	36,8%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: *Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

Tabella 2.22: è stato mai arrestato? e se ha spacciato

	Dichiara di non avere spacciato	Spaccio singola sostanza	Polispaccio
No mai	45,3%	37,2%	28,4%
Si per spaccio	9,0%	23,4%	26,0%
Si per altri reati	39,2%	19,3%	22,1%
Si per spaccio ed altri reati	6,4%	20,0%	23,6%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: *Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

Tablelle spaccio e carcere SPAGNA

Tabella 2.23: è stato mai arrestato? e modalità di spaccio di cannabis

	Piccolo Spaccio	Spaccio di medie dimensioni	Spaccio rilevante
No mai	36,7%	25,0%	24,6%
Si per spaccio	13,3%	12,5%	13,0%
Si per altri reati	50,0%	50,0%	50,7%
Si per spaccio ed altri reati	0,0%	12,5%	11,6%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: *Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

Tabella 2.24: è stato mai arrestato? e modalità di spaccio di cocaina

	Piccolo Spaccio	Spaccio di medie dimensioni	Spaccio rilevante
No mai	35,7%	18,2%	20,6%
Si per spaccio	10,7%	15,2%	32,4%
Si per altri reati	50,0%	45,5%	32,4%
Si per spaccio ed altri reati	3,6%	21,2%	14,7%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 2.25: è stato mai arrestato? e modalità di spaccio di eroina

	Piccolo Spaccio	Spaccio di medie dimensioni	Spaccio rilevante
No mai	13,6%	0,0%	0,0%
Si per spaccio	18,2%	16,7%	56,3%
Si per altri reati	52,3%	58,3%	25,0%
Si per spaccio ed altri reati	15,9%	25,0%	18,8%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 2.26: è stato mai arrestato? e se ha spacciato

	Dichiara di non avere spacciato	Spaccio singola sostanza	Polispaccio
No mai	48,7%	34,0%	24,2%
Si per spaccio	3,2%	12,0%	17,4%
Si per altri reati	47,3%	48,0%	45,5%
Si per spaccio ed altri reati	0,7%	6,0%	12,9%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabelle spaccio e carcere PORTOGALLO

Tabella 2.27: è stato mai arrestato? e modalità di spaccio di cannabis

	Piccolo Spaccio	Spaccio di medie dimensioni	Spaccio rilevante
No mai	33,3%	25,0%	8,7%
Si per spaccio	20,0%	50,0%	43,5%
Si per altri reati	26,7%	25,0%	39,1%
Si per spaccio ed altri reati	20,0%	0,0%	8,7%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: *Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

Tabella 2.28 è stato mai arrestato? e modalità di spaccio di cocaina

	Piccolo Spaccio	Spaccio di medie dimensioni	Spaccio rilevante
No mai	21,1%	11,1%	16,1%
Si per spaccio	47,4%	55,6%	41,9%
Si per altri reati	21,1%	22,2%	29,0%
Si per spaccio ed altri reati	10,5%	11,1%	12,9%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: *Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

Tabella 2.29 è stato mai arrestato? e modalità di spaccio di eroina

	Piccolo Spaccio	Spaccio di medie dimensioni	Spaccio rilevante
No mai	25,0%	12,5%	16,2%
Si per spaccio	29,2%	50,0%	43,2%
Si per altri reati	37,5%	20,8%	32,4%
Si per spaccio ed altri reati	8,3%	16,7%	8,1%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: *Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

Tabella 2.30: è stato mai arrestato? e se ha spacciato

	Dichiara di non avere spacciato	Spaccio singola sostanza	Polispaccio
No mai	50,2%	24,4%	18,1%
Si per spaccio	8,0%	24,4%	45,8%
Si per altri reati	39,1%	40,0%	25,0%
Si per spaccio ed altri reati	2,7%	11,1%	11,1%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tablelle spaccio e carcere REPUBBLICA CECA

Tabella 2.31: è stato mai arrestato? e modalità di spaccio di cannabis

	Piccolo Spaccio	Spaccio di medie dimensioni	Spaccio rilevante
No mai	28,6%	20,0%	0,0%
Si per spaccio	14,3%	0,0%	0,0%
Si per altri reati	53,6%	80,0%	100,0%
Si per spaccio ed altri reati	3,6%	0,0%	0,0%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 2.32: è stato mai arrestato? e modalità di spaccio di pervitin

	Piccolo Spaccio	Spaccio di medie dimensioni	Spaccio rilevante
No mai	33,3%	25,0%	50,0%
Si per spaccio	11,1%	0,0%	0,0%
Si per altri reati	52,8%	75,0%	0,0%
Si per spaccio ed altri reati	2,8%	0,0%	50,0%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 2.33: è stato mai arrestato? e se ha spacciato

	Dichiara di non avere spacciato	Spaccio singola sostanza	Polispaccio
No mai	40,9%	45,0%	27,3%
Si per spaccio	3,4%	0,0%	12,1%
Si per altri reati	53,4%	50,0%	57,6%
Si per spaccio ed altri reati	2,3%	5,0%	3,0%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: *Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

2.4 Indagine pilota su detenuti per art. 73 d.p.r. 49/2006²¹

Il perché dell'indagine

L'economia legale e illegale coesistono ed interagiscono all'interno del sistema economico e sociale, nazionale e globale. La presenza di un settore che produce e commercia beni illegali comporta profonde distorsioni nel funzionamento e nelle dinamiche dell'economia legale. La convivenza fra economia illegale e legale, peraltro, non avviene in un contesto in cui i due settori operano e si sviluppano indipendentemente l'uno dall'altro, ma si formano ed evolvono ampie zone di sovrapposizione, all'interno delle quali diviene estremamente complesso risalire alla natura delle transazioni che vi si svolgono. Infatti, esse sono generalmente definite come zone grigie.

Il mercato delle sostanze stupefacenti rappresenta una delle principali attività del settore illegale, sia in termini di fatturato sia per la rilevanza sociale del fenomeno. Nonostante gli sforzi, peraltro non sempre ben orientati, della comunità internazionale, il mercato delle droghe presenta una dinamica in continua progressione fin dagli anni

²¹ Questo paragrafo non è stato commissionato da Easy and Faster s.r.l. ed è la continuazione del lavoro di ricerca svolto all'interno della commissione Illicit drug market del CSS e dell'Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

settanta. Le politiche di contrasto all'offerta e alla domanda di stupefacenti hanno, infatti, determinato una dinamica di adattamento del mercato e dei processi produttivi più che una effettiva riduzione dei volumi di produzione e di traffico.

L'azione di repressione, che dovrebbe impedire l'esistenza dell'offerta di droga sui territori nazionali, viene aggirata dalla numerosità degli addetti all'industria della droga e dalla capacità di mimetizzazione. In molti paesi le carceri sono piene di tossicodipendenti, a volte incappati nelle sanzioni penali perché consumatori e recidivi per piccolo spaccio o per altre attività illegali.

Tutto ciò impone un'azione diversa, più pragmatica, da parte del legislatore che prenda atto delle conseguenze negative della stessa azione repressiva a 360 gradi. D'altro canto, prende sempre più corpo la consapevolezza che il contrasto dell'industria della droga deve tener conto anche della domanda, con l'obiettivo della riduzione dei consumatori e della rimozione delle cause del consumo.

Le politiche di contrasto dell'offerta e della domanda, come si è già accennato in precedenza, sono state fronteggiate da un continuo adattamento della produzione, dei flussi di trasporto e della distribuzione finale. La mole di denaro che l'industria della droga riesce a generare spinge a interazioni tra economia legale e sommersa, mosse a rendere possibile il riciclaggio di denaro.

Tutto ciò finisce per generare una crescente influenza economica e politica dei soggetti che operano nell'economia illegale, tanto da mettere in pericolo la corretta applicazione delle regole dell'economia legale, fino al loro stravolgimento nel caso ci fossero possibilità di profitto ulteriore.

Il fenomeno dei consumi di sostanze impone l'adesione ad un approccio che non si limiti a una lettura della tossicodipendenza legata al solo disagio individuale ma capace, invece, di ampliare l'osservazione a tutti i fattori intervenienti; un approccio sincretico rispetto alla dinamicità con cui procede la società. In altri termini, la complessità del fenomeno dei consumi richiede l'adozione di un approccio di analisi altrettanto complesso.

Il consumo di sostanze oggi è connotato dall'avvicinarsi sempre più rapido degli stili di vita, che con prepotenza si impongono – a volte accavallandosi - nella scena giovanile, portando con sé in maniera trasversale nuovi approcci alle sostanze. Inoltre i contesti di consumo, non più solitari ma ricreazionali, mettono in evidenza la centralità della dimensione collettiva del divertimento.

Le modalità del consumo si sono conseguentemente diversificate in relazione alla tipologia di sostanze e ai contesti fisici e relazionali di utilizzo, alimentando un ricercato mercato di percezioni sensoriali, incrementando comportamenti caratterizzati non più dall'elezione di una sostanza, ma dalla combinazione di più d'una, dall'assunzione contemporanea o sequenziale di diversi principi attivi (farmaci, sostanze legali ed illegali).

Tutto ciò ha reso difficoltoso tracciare un identikit del consumatore nell'approccio alle sostanze, così come individuare tempi e luoghi del consumo; in effetti, le droghe si usano il giorno e la notte, nei week-end ed in giorni qualsiasi; a scuola e in discoteca, dentro i locali, per strada e in casa.

L'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", in collaborazione con il CSS (Consiglio italiano per le Scienze Sociali) nel 2011, ha pubblicato uno studio interdisciplinare sul mercato illegale delle sostanze stupefacenti (*Il mercato delle droghe. Dimensioni, protagonisti, politiche*, a cura di G. M. Rey, C. Rossi, A. Zuliani, Marsilio 2011), con produzione di dati ed aggiornati sui comportamenti e i modelli di consumo (occasionalni, regolari, problematici) tra i giovani, distintamente per area geografica e tipologia di sostanze (e di mercati); producendo stime dei consumatori e delle quantità di sostanze immesse nel mercato.

Il volume ha integrato dati amministrativi e provenienti da *surveys* e ha utilizzato i risultati all'interno di modelli di stima. In particolare, lo studio ha attinto a tre *surveys* recenti condotte: sulla popolazione generale (Ipsad, *Italian population survey on alcohol and other drugs*); sugli studenti della scuola secondaria superiore (Sps, *School population survey 2010 e 2011*); sugli utilizzatori "problematici" di sostanze psicotrope (indagine condotta sui residenti nelle comunità terapeutiche e sugli utenti di servizi a bassa soglia). Inoltre sono

state analizzate le banche dati dell'archivio della Direzione Centrale della Polizia Criminale (D.C.P.C.) e dell'archivio della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (D.C.S.A.).

Si rende ora indispensabile, per la continuazione del lavoro di ricerca, un approfondimento sul versante dell'offerta che possa consentire di validare o contraddire, in tutto o in parte, le ipotesi prodotte mediante l'impiego delle diverse fonti incrociate.

La ricerca pilota intende offrire elementi di conoscenza approfonditi relativamente alla vendita di sostanze psicotrope al fine di rendere maggiormente esauriente il quadro sul fenomeno droga, con particolare riguardo al suo mercato, contribuendo a rendere la programmazione d'area maggiormente coerente con i bisogni reali e i problemi emergenti.

L'indagine si concentra sugli spacciatori, con specifica attenzione agli aspetti seguenti:

- contesto socio economico di provenienza;
- ambiti relazionali familiari;
- modalità di vendita,

al fine di individuare le connessioni tra situazioni, fenomeni e comportamenti. Saranno pertanto approfondite le informazioni di contesto: la famiglia, il lavoro, il contatto con la dimensione criminale, la percezione dei rischi connessi ad uso e vendita di sostanze. Saranno considerati inoltre i costi economici, diretti e indiretti, per i giovani, le famiglie e la società.

Lo studio pilota si è condotto tramite l'analisi qualitativa, giacché sarebbe stato difficile raccogliere un numero sufficiente di questionari per un'indagine che potesse definirsi rappresentativa, quindi si è costruita una traccia di intervista *ad hoc*.

Le interviste *face to face* hanno permesso di analizzare una porzione significativa del fenomeno del mercato illecito delle droghe e addentrarsi nell'analisi delle biografie dei detenuti per spaccio, metterne in luce caratteristiche peculiari e connotative, e in particolar modo evidenziare quelle informazioni che difficilmente emergono con un questionario strutturato, ovvero indicare i fattori che hanno avviato all'attività illecita e all'uso di sostanze, ma anche i problemi e i nodi critici esistenziali.

Nel breve rapporto che segue si è cercato di evidenziare le opinioni e le valutazioni espresse dagli intervistati, soprattutto quelle di valore emblematico, che risultano virgolettate ed evidenziate in corsivo, in modo da valorizzare le testimonianze fornite e distinguerle dalle valutazioni del ricercatore, importanti soprattutto laddove entra nel merito di aspetti non chiariti con le interviste o che hanno ricevuto spiegazioni ambivalenti.

Il contesto normativo e sue ricadute effettive

La legge 49/2006 “Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza” è intervenuta modificando il precedente D.P.R. 309/1990 negli articoli fondamentali, in particolare nelle disposizioni sanzionatorie, di natura penale e amministrativa, dettate per la “repressione delle attività illecite” dagli artt. 73 e seguenti. Il nuovo assetto normativo si è caratterizzato per l’inasprimento delle pene in relazione alle condotte di produzione, traffico, detenzione e uso di sostanze stupefacenti, nonché per l’abolizione di ogni distinzione tra droghe leggere, come la cannabis, e droghe pesanti, come eroina o cocaina. La norma cardine dell’impianto punitivo è rappresentata (come anche nel D.P.R. 309/1990) dall’art. 73, capace di colpire con un poderoso dispositivo sanzionatorio (in origine, da 8 a 20 anni; oggi, con la legge 49/2006, da 6 a 20 anni) ogni comportamento (dalla produzione, al traffico, al commercio fino alla semplice detenzione), in relazione con le sostanze psicotrope contenute nella tabella della stessa legge. Nonostante l’art.75 preveda una minore pressione punitiva per la semplice detenzione di sostanza per uso personale, l’impianto comprensivo dell’art.73 fa sì che la persona trovata in possesso di sostanza proibita ricada per ciò stesso sotto il rigore dell’art.73, salvo riuscire a dimostrare che la droga sia destinata all’uso personale. In altri termini, la configurazione della norma cardine della legge antidroga introduce il meccanismo della

“inversione dell’onere della prova”, destinato a gravare sull’imputato anziché (come di regola) sull’accusa.

L’irrigidimento del trattamento punitivo verso i comportamenti connessi al possesso di droga non sembra aver portato ad una diminuzione o anche solo ad un contenimento delle condotte di rilevanza penale. Basti pensare che solo per la violazione dell’art. 73 D.P.R. 309/1990, ogni anno fa ingresso in carcere 1 detenuto su 3, mentre vi legano la loro presenza 4 detenuti su 10.

In particolare, se nel 2006 gli ingressi in carcere in violazione della legge antidroga sono stati 25.399 (su un totale di 90.714), nel 2008 sono saliti a 28.782 persone (su un totale di ingressi di 92.800). Mentre nel 2009 gli ingressi per la normativa antidroga sono stati 27.980 (su un totale di 88.066) e nel 2010 sono stati 26.096 (su un totale di 84.598). Si noti che dal 2006 al 2010 è aumentata la percentuale di ingressi per violazione della normativa antidroga in rapporto agli ingressi complessivi (il 28% nel 2006, il 31% nel 2008, il 31,7% nel 2009, il 31% nel 2010).

Sono cresciute le segnalazioni all’autorità giudiziaria per reati previsti dal D.P.R. 309/1990: nel 2006 il totale delle denunce è stato di 33.056, nel 2008 di 35.097; nel 2009 di 36.277; nel 2010 di 39.053. È da notare che il dato è in costante aumento sino dal 2004, anno in cui si registrano 31.483 segnalazioni (Relazione annuale al Parlamento 2009). Crescono soprattutto le denunce per art.73 (nel 2004 erano state 28.250; 29.724 nel 2006, 32.217 nel 2008; 34.970 nel 2010). Si segnala inoltre la crescita significativa delle segnalazioni in stato di arresto (24.103 nel 2004; 25.730 nel 2006, 28.552 nel 2008; 29.076 nel 2010).

Se si tiene conto del progressivo aumento in carcere degli spacciatori di modiche quantità Art. 73, si possono ipotizzare due scenari: il primo che vede non probabile il calo dei consumatori nel 2011 dichiarato dal DPA nella relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze dello stesso anno, se non partendo da un inefficace contrasto delle forze dell’ordine prima del 2005, oppure che tale legge va a colpire prevalentemente chi consuma riducendo il numero di consumatori fuori dal carcere; il secondo, partendo dall’ipotesi che se aumentano il numero di piccoli spacciatori, che ha

almeno 20 acquirenti per definirsi tale, intercettati dalle forze dell'ordine è quasi automatico e opportuno pensare a un aumento dei consumatori. Fatti questi ipotetici scenari sta alla ricerca convalidare o meno le ipotesi di partenza considerando il dato del 2011 come non particolarmente solido o inficiato da variabili che non sono state sufficientemente considerate. È necessario allo stato attuale riflettere sull'efficacia della legge attualmente in vigore, soffermandosi in particolar modo sugli effetti nel contrasto al fenomeno droghe. I costi diretti dell'applicazione di questa norma, sembrerebbero notevolmente superiori rispetto ad un investimento in termini terapeutici - i contributi regionali per la residenzialità terapeutica o pedagogica, che vengono concessi variano dai 146€ al giorno del Trentino ai 38 del Lazio e ai 37 della Campania e Puglia²², mentre un detenuto costa giornalmente allo stato 137,20€²³ - che finora sembrano maggiormente efficaci nella ricaduta collettiva e personale di chi fa uso di sostanze.

La differenza delle rette per i pazienti nelle comunità terapeutiche da regione a regione pone alcune perplessità rispetto a quanto siano uniformi e garantiti i LEA - *livelli essenziali di assistenza*²⁴. In proposito va ricordato come l'espressione livelli essenziali sia mutuata dalla legislazione in materia sanitaria, e che l'art. 1 del dlgs 30 dicembre 1992 n. 502, così come sostituito dall'art. 1, dlgs 19 giugno 1999, n. 229, vi aggiunga l'aggettivo *uniformi*, a

²² Informazioni desunte dalla 5° Conferenza Nazionale sulle Droghe tenuta a Trieste nel 2009.

²³ Il costo giornaliero di ogni singolo detenuto è determinato da due elementi: la somma a disposizione dell'Amministrazione Penitenziaria e il numero medio dei detenuti presenti in un dato anno. La cifra riportata fa riferimento alla media degli anni dal 2002 al 2011.

http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.wp?facetNode_1=3_1_6&previousPage=mg_1_14&contentId=SST171342.

²⁴ La definizione di livelli essenziali di assistenza è affidata ad un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

testimonianza della volontà di eliminare diseguaglianze nella fruizione dell'assistenza sanitaria nelle varie aree del Paese.

Da un lato, alla legislazione statale spetta la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, in forza della lett. m) dell'art. 117, comma 2, d'altro canto, la tutela della salute rientra nella competenza concorrente affidata alle Regioni. Dunque, le Regioni possono legiferare in materia nel rispetto dei principi fondamentali posti dalla legislazione statale nonché dei livelli essenziali come individuati da quest'ultima.

Chi sono i detenuti per art.73... biografie e percorsi

Chi sono i detenuti per art.73? Sono persone condannate per spaccio di modiche quantità di droga. Soggetti che hanno intrapreso percorsi d'illegalità e per questo si ritrovano in carcere a scontare una pena. Tramite l'analisi di alcune interviste effettuate nel carcere di Velletri si cercherà di indagare le motivazioni che hanno spinto a vendere droga.

Le interviste sono state realizzate nel mese di ottobre 2012 a dieci detenuti per art.73. Dai racconti sono emerse principalmente due motivazioni allo spaccio: la prima, maggiormente ricorrente, di vendere per procurarsi droga a costo zero, la seconda, che contempla l'evoluzione della prima, per garantirsi la sostanza e avere dei guadagni. C'è anche chi ha iniziato a vendere pensando solo ai guadagni.

Le persone intervistate hanno un'età media di 30 anni e sono stati tutti assuntori di sostanze, in prevalenza di cocaina anche se non manca chi ha dichiarato di aver sperimentato un po' tutte le droghe. Ovviamente si spaccia la droga che si utilizza prevalentemente.

Nelle storie raccolte in carcere, gli intervistati si sono rappresentati come persone che hanno avuto un'infanzia e un'adolescenza semplice e dura, con genitori assenti perché intenti a lavorare per sostenere le loro famiglie numerose, anche se non mancano casi di inidoneità a ricoprire il ruolo genitoriale. Storie famigliari dove si

registrano conflitti e mancanza di dialogo con i genitori, specialmente con la madre, raccontata comunque come la figura maggiormente presente.

Percorsi di sviluppo dove è mancata l'opportunità di una vera crescita. I nostri intervistati hanno tutti abbandonato precocemente gli studi segnati da una o più bocciature prima di arrivare al conseguimento della licenza media, titolo conseguito non da tutti. Solo pochissimi hanno continuato gli studi senza successo, provando a frequentare un istituto professionale per l'avviamento al lavoro. Dopo la scuola hanno ripiegato in lavori come muratore, termoidraulico, gommista ect. senza poi proseguire in un vero percorso lavorativo, trovandosi alle porte dell'età adulta senza una solidità professionale. Meno della metà ha dichiarato di aver sempre lavorato prima dell'ingresso in carcere e di avere acquistato, fino a quel momento, le droghe con soldi provenienti dal lavoro. In questa tipologia troviamo i piccoli spacciatori, ovvero quelli che vendono ad un giro ristretto di amici.

È comune a tutti una adolescenza difficile trascorsa in ambienti dove è diffuso l'uso di sostanze e una scarsa cultura della legalità, segnata da una precoce iniziazione ad attività illecite, circostanze che hanno portato gli intervistati ad avere a che fare con la giustizia sin da giovani. Solo due persone su dieci sono alla loro prima esperienza detentiva le altre hanno già accumulato anni in carcere. Tra i recidivi emerge con chiarezza che le biografie s'intensificano di attività illecite e l'incapacità di avviare percorsi virtuosi dopo la prima reclusione, anche per chi prima aveva solo lavorato e non era del tutto dedito a delinquere.

Carriere lavorative segnate da una debolezza strutturale sul mercato del lavoro, date le scarse competenze acquisite e da un'intermittenza occupazionale unita a caratteri difficili che non hanno aiutato a mantenere le posizioni raggiunte. Un capitale sociale e familiare povero visto che provengono in molti da famiglie umili e numerose. Per lo più figli di impiegati o lavoratori autonomi nel settore edile. Madri per lo più casalinghe, in pochissimi casi occupate. Gli intervistati prima di entrare in carcere occupavano il tempo come i loro coetanei uscendo con la ragazza, con amici per

locali ma il loro fulcro rimaneva avere *“una vita al limite”* tra droga e guadagno facile. Solo alcuni che hanno sempre lavorato vedevano nell’attività di spaccio solo una fonte di guadagno aggiuntiva. Solo pochi hanno famiglia e figli e raramente c’è una parvenza di normalità. Questo vale soprattutto per chi non è recidivo. La vita sentimentale per molti è segnata da rapporti fallimentari e dall’uso di sostanze in coppia. Gli unici punti di riferimento in carcere rimangono le famiglie di origine, anziani genitori o fratelli e per i pochi che hanno una loro famiglia, se l’esperienza detentiva non ha compromesso il rapporto, le mogli.

Sembra evidente che dopo la prima reclusione quando si esca ci si trovi ancora di più invischiati nel mondo criminale con una maggiore consapevolezza ad attivarsi disonestamente per procurarsi soldi. Come ha detto più di un intervistato *“dopo il carcere si esce diplomati alla scuola del crimine”*.

Le difficoltà a lavorare sui recidivi o affinché chi sia detenuto per la prima volta non torni non è semplice e si scontra con difficoltà oggettive quali: il sovraffollamento degli istituti; fatiscenza delle strutture; scarsa presenza di operatori della rieducazione e del sociale; elevato numero di detenuti in attesa di giudizio e una presenza sempre più cospicua di immigrati extracomunitari e di tossicodipendenti (insieme rappresentano la componente maggioritaria), categorie per le quali è più difficile il ricorso alle misure alternative della detenzione specialmente con la modifica alla legge cd. ex Cirielli che ha inasprito le pene, oltre che per i delitti di associazione mafiosa, anche per i recidivi, e ha escluso per loro la possibilità di sospensione dell’ordine di esecuzione così come era previsto dalla legge Simeone-Saraceni che prevedeva un meccanismo della sospensione automatica dell’ordine di esecuzione delle condanne brevi e una conseguente facilitazione ad ottenere misure alternative.

Il mercato... lo spaccio di sostanze. Modalità di vendita – stima dei guadagni

Entrando nel dettaglio delle due tipologie di spaccio che si sono ipotizzate vede: una categoria che potrebbe definirsi solo di consumatori in quanto vendono piccole quantità e non riescono ad avere guadagni dato che la sostanza che dovrebbe essere venduta per guadagno viene consumata. Si tratta di una vendita fatta per pochi amici o conoscenti e dove il guadagno si riduce in una “cresta nell’acquisto per conto di altri” ed è per questo che si ritrovano quantitativi maggiori all’uso e si incorre nell’art. 73.

L’altra tipologia invece può veramente definirsi di spacciatori in quanto le quantità vendute superano i 300 grammi di cocaina o eroina con almeno 50/70 acquirenti fissi e l’introito dei guadagni è ragguardevole. Certo non si tratta di vendere esclusivamente a consumatori problematici ma a persone che consumano in prevalenza il fine settimana, i cosiddetti “consumatori dei contesti ricreazionali”.

Uno degli intervistati ha fornito maggiori dettagli e ha dichiarato di riuscire a vendere 300/400 grammi di cocaina al mese con una clientela di 60 persone fisse che acquistavano direttamente.

In sintesi per avere una stima sui guadagni derivanti dallo spaccio si devono vendere almeno 200/300 grammi di cocaina o eroina e questo già esclude consumatori problematici che non sarebbero in grado di gestire un traffico di circa 50 acquirenti, inoltre un consumatore problematico consumerebbe il guadagno nell’assunzione di droghe, non arrivando a trasformare il quantitativo in eccesso alla copertura dell’acquisto di droghe in soldi. Come riferisce uno degli intervistati *“per uno che usa... più droga si ha a disposizione più se ne consuma”* arrivando a consumare quasi quotidianamente anche 2/3 grammi al giorno, quantitativo verosimile per chi assume cocaina.

Lo spaccio di cannabis (hascisc e marijuana), anche se il guadagno si aggira intorno al 45/50% per 1 Kg (per tale quantitativo si acquista a 3,5/4€ al grammo e si vende a 7€ al grammo), non è preso in considerazione per fare soldi dato che il guadagno si attesterebbe a

livelli molto più bassi che per quello di cocaina o eroina con le stesse sanzioni penali.

Il prezzo della droga, escluse le sintetiche, sia acquistata che venduta dipende dalla purezza che ovviamente è assaggiata e valutata da questi piccoli spacciatori che nella quasi totalità dei casi consuma o conosce la sostanza venduta.

Dai racconti emerge anche un deteriorarsi dei guadagni dovuto ad un progressivo consumo della sostanza venduta. Quindi si passa da un iniziale profitto ad avere solo la droga per uso personale. Inoltre si evince dai racconti che i “fornitori” cambiano a seconda della qualità della droga che offrono. Questo fa ipotizzare che anche chi consuma non si rivolga solo ad uno spacciatore ma a diversi venditori di fiducia.

Entrare nel giro dello spaccio significa anche difendere il proprio territorio e di conseguenza entrare in una logica criminale dove la propria porzione di mercato deve essere conquistata anche con la violenza. Sono esclusi da queste logiche alcuni casi, dove è presente una rete criminale che avvalga la vendita solo a fronte dell'esclusività della fornitura.

Le modalità di spaccio raccontate sono abbastanza simili. Prima avviene il contatto telefonico, dove la sostanza non viene citata neanche in codice. Dopodiché si fissa l'appuntamento in un locale pubblico, dove avvengono la consegna e il pagamento. Solo un intervistato compromettendo l'anonimato dei vari consumatori, che avevano anche palesato una maggiore tutela della privacy, fissava appuntamenti collettivi presso un autolavaggio dove distribuiva le dosi e raccoglieva soldi da quattro o più persone contemporaneamente. Questa modalità è stata spiegata dall'intervistato dalla necessità di ridurre i momenti di assenza non giustificata agli occhi della moglie inconsapevole dei suoi traffici. Chi spaccia su strada o con modi meno palesi tende a non vendere a persone che più facilmente, se intercettati dalle forze dell'ordine, sono disposte a denunciare chi gli ha venduto la droga. In questa categoria rientrano gli adolescenti e i consumatori palesemente occasionali.

La questione dell'anonimato degli acquirenti emerge anche in altre interviste specialmente per i consumatori di cocaina che annoverano tra le file dei compratori persone agiate e "rispettabili".

Le sostanze a differenza dei beni di consumo non sembrano risentire dell'inflazione mantenendo i prezzi abbastanza stabili anche se a scapito della purezza. È vero che in alcune zone d'Italia si trovano delle dosi di cocaina da ½ grammo a 40 € ma è anche vero a dire degli intervistati che la cocaina presente è +o- 0,1/0,2 grammi.

La stima di guadagno per uno spacciatore si attesta al 25-30% circa su quello che è stato acquistato. Avendo una clientela di acquirenti che si aggira intorno alle 60 persone che consumano 7 grammi al mese si arriva a vendere circa 420g di cocaina mese. Acquistando a 50 € al grammo e vendendo lo stesso quantitativo non tagliato a 75€ si ha un guadagno mensile di 10.000€ non considerando la droga consumata o regalata. Ciò vale a dire in un anno un quantitativo di cocaina spacciata di poco superiore ai 5Kg e un giro d'affari di 378.000€ con un guadagno di 120.000€.

Se lo spacciatore ingaggia altri che vendono per conto proprio diminuiscono i rischi ma diminuisce anche il guadagno del 5-10%.

Se consideriamo le premesse come attendibili, possiamo dedurre che un consumatore non problematico di cocaina, che consumi 7-10 grammi di cocaina al mese, in termini economici spende dalle 500 alle 700€ al mese.

È da sottolineare che i reclusi intervistati per art. 73 sono piccoli spacciatori che si posizionano nell'ultimo anello della catena dello spaccio che è quella più capillare e dettagliata. Inoltre per la maggioranza dei casi possono definirsi consumatori-spacciatori. In molti rivendicano la difficoltà di usufruire di misure alternative inoltre dichiarano che una volta entrati nel carcere per periodi medio lunghi se ne esce ancora più determinati ed organizzati per compiere atti illeciti. Come ha detto un intervistato *"il carcere non riabilita ed è un'università del crimine e quando si esce si hanno i contatti per fare più impicci di quando si è entrati"*.

Percorsi di rieducazione... dentro e fuori dal carcere

Nel corso delle interviste anche se non erano domande preventivate emerge il bisogno e la paura del dopo condanna. La necessità di avere un aiuto concreto per progettare la vita dopo il carcere, la ricerca di un lavoro per sfuggire ai soliti meccanismi che una volta fuori si reinnestano portandoli a delinquere e nuovamente a soggiornare "in carcere". La possibilità di usufruire di licenze o uscite premio per non perdere totalmente il contatto con quello che è fuori è fondamentale importante, benefici che non vanno considerati solo in una logica premiale, soprattutto nell'ottica di un percorso di accompagnamento del detenuto verso la realtà esterna con il supporto delle figure professionali e del mondo del volontariato che lavora all'interno del carcere. Percorso finalizzato alla riabilitazione e al recupero, potrebbe costituire anche un efficace contributo contro la recidività.

Se pensiamo che il carcere ha come scopo *la rieducazione* del detenuto, preciso obbligo costituzionale (art. 27), secondo i detenuti intervistati questo scopo è disatteso ed è per questo motivo che vorremo avvicinare questa tematica alla presente ricerca come valutazione indiretta sulla legge 49/2006.

La stessa legge Fini-Giovanardi, all'art. 94 del DPR 309/90, ha reso più stringente e complesso l'accertamento della condizione di tossicodipendenza, ed ha previsto che il beneficio dell'affidamento terapeutico non possa essere concesso più di due volte, limite che prima non esisteva e che non esiste per l'affidamento ordinario. Insomma, uno degli intenti dichiarati della legge, ovvero quello di indirizzare verso le comunità i consumatori, sembra osteggiato dalla legge stessa. Stando così le cose, è davvero possibile stupirsi se con queste novità normative, e con la crescente diffidenza del legislatore verso le misure alternative, i magistrati concedono meno misure alternative.

Dal 2006 con l'introduzione nel panorama legislativo della legge 49/2006 le misure alternative al carcere per i tossicodipendenti sono divenute una rarità tra i detenuti tossicodipendenti. Evidenziando sempre più i limiti e l'approccio repressivo della

normativa che criminalizza due volte gli utilizzatori di sostanze, la prima come persona, spesso recidiva, che delinque per sostenere l'uso quindi punita nell'aspetto criminale, la seconda come persona che non ha più capacità decisionali e quindi va istituzionalizzata per evitare il ripetersi di atteggiamenti dannosi e criminali.

Ovviamente questa visione evidenzia un'incapacità di vedere altre possibilità e prospettive per reinserire un soggetto dipendente da sostanze nella società.

2.5 Riflessioni conclusive

Il prezzo non è che uno dei numerosi fattori che influenzano le persone nel decidere di usare droghe: per il momento non esiste un nesso diretto tra i livelli generali di consumo di stupefacenti e il loro prezzo al dettaglio; tuttavia questo abbassamento in termini reali dei prezzi delle droghe in Europa deve considerarsi allarmante; se la conseguenza è un maggior consumo di stupefacenti da parte di chi già ne fa uso, i costi a livello di interventi sanitari e di danni arrecati alle comunità potrebbero risultare considerevoli (Marcel Reimen).

Gli intervistati che hanno venduto droga sono per la maggioranza da annoverare nel micro-spaccio che è stato un modo per integrare redditi, che altrimenti non sarebbero stati sufficienti, o la totale assenza di entrate economiche per sostenere il consumo problematico.

Dai dati dell'indagine solo pochissimi possono definirsi veri e propri spacciatori di quantità rilevanti. La maggioranza di chi ha dichiarato di spacciare si limita a vendere piccoli quantitativi, che non generano profitti, ma vanno a finanziare solo il consumo personale.

Chi inizia a vendere per finanziare il suo consumo non si considera, spesso, neanche un vero e proprio spacciatore, inoltre la "clientela" a cui vende ha caratteristiche sociali abbastanza eterogenee che diversificano notevolmente i rischi di cadere nella

trappola di criminalizzazione ed esclusione. A questo proposito analizzeremo nel prossimo capitolo come e su quale tipo di consumatore si abbatta il trattamento penale e con quale intensità, e disamineremo i soggetti che fruiscono delle misure alternative e con quali risultati.

CAPITOLO 3

Area criminale

Luca Di Censi

3.1 Fonti di finanziamento – tra lavoro e attività criminale

Due persone su cinque hanno avuto un'esperienza detentiva (Tab. 3.1) dopo aver iniziato a far uso di sostanze; sette persone su dieci, che hanno avuto un arresto, sono state in carcere (Tab. 3.2), l'Italia ha il più alto tasso di detenzione sugli intervistati nei quattro paesi. Questi hanno le maggiori difficoltà di reintegrazione nella società perché oggetto di un duplice stigma, l'essere un ex-tossicodipendente e ex-detenuto. Inoltre in questi soggetti, come visto in precedenza (capitolo 1 – Analisi per coorti di età), si riscontra un percorso formativo professionale particolarmente debole sul mercato del lavoro.

Tabella 3.1: arrestati arrest and incarceration across the different countries (%).

		Italia	Rep. Ceca	Portogallo	Spagna
Arrestati	Mai	38,6%	38,0%	40,9%	39,5%
	Si per spaccio	17,1%	4,9%	17,2%	8,6%
	Si per altri crimini	30,0%	54,2%	36,7%	47,0%
	Si per spaccio e per altri crimini	14,3%	2,8%	5,3%	4,9%
	Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Detenuti	Mai	42,9%	64,8%	57,2%	59,2%
	Si per spaccio	13,8%	4,2%	14,1%	6,1%
	Si per altri crimini	29,5%	30,3%	26,6%	32,3%
	Si per spaccio e per altri crimini	13,8%	0,7%	2,1%	2,4%
	Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 3.2: Percentuale di persone arrestate e detenute e incidenza percentuale di detenzioni su arresti

	Italia	Portogallo	Spagna	Rep. Ceca
È stato arrestato	61,4	59,1	60,5	62,0
È stato detenuto	57,1	42,8	40,8	35,2
Incidenza percentuale detenzioni su arresti	93,0	72,4	67,4	56,8

Fonte: Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

La maggioranza degli intervistati si procura soldi per l'acquisto della droga da fonti illegali e dalla famiglia in concomitanza con altre fonti legali, in modo esclusivo solamente il 3% in media dichiara la famiglia come fonte di finanziamento – il Portogallo registra la percentuale più alta per questa forma di finanziamento 5,3%-. Circa il 70% finanzia il proprio consumo con attività illegali e da altre fonti (Tab. 3.3) e circa il 14% esclusivamente tramite attività illecite – in Italia il 20% si finanzia con attività illecite.

Tabella 3.3: fonti di finanziamento per il consumo di droga per paese

	Italia	Rep. Ceca	Portogallo	Spagna
Altre	1,3%	4,3%	3,1%	2,8%
Famiglia	2,2%	2,9%	5,3%	3,9%
Lavoro	13,4%	7,2%	22,2%	16,7%
Attività illegali	21,5%	14,4%	14,2%	8,5%
Famiglia e lavoro	9,1%	12,9%	11,9%	13,6%
Famiglia e attività illegali	6,2%	17,3%	5,6%	6,5%
Attività illegali e lavoro	16,5%	5,8%	16,4%	15,6%
Famiglia, attività illegali e lavoro	29,8%	35,3%	21,4%	32,5%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Qui cominciamo a considerare il peso economico che i consumatori fanno gravare sulla parentela: si evidenzia che, avendo scarse possibilità di introiti, i consumatori, gravano sulla famiglia anche per le spese legate agli stupefacenti. In molti casi il consumatore viene assorbito dalla “micro-criminalità” e ricerca proventi anche con il commercio delle droghe. A questo punto il comportamento del consumatore diventa “antisociale” ed ancora più emarginabile dalla pubblica opinione, perché dannoso. Un consumatore che non sa più evitare il comportamento contro la legge diventa problematico per la società ancor prima della sua diagnosi sanitaria. Uscire da questo

circolo vizioso implica un cambiamento dove l'ambiente sociale è importantissimo, ma che troppo spesso si riduce esclusivamente all'ambiente familiare dove accade anche che il consumatore problematico cerchi aiuto prima che all'esterno. È in questa dinamica che il tossicodipendente entra nella spirale criminale per finanziare il proprio consumo diventato problematico.

La micro-criminalità legata al finanziamento del consumo ed agli eventuali comportamenti anti-sociali dei consumatori di droghe rappresenta un alto costo economico²⁵ che va ad aggiungersi a quello derivante dalle attività di contrasto della legge contro il mercato degli stupefacenti.

Il detenuto tossicodipendente può essere definito un criminale? In realtà è un gruppo di soggetti eterogeneo con carriere criminali del tutto diversificate, come abbiamo già avuto modo di vedere, e, soprattutto, con differente rapporto con le sostanze. Si passa da quello che ha la posizione sociale elevata e che è stato intercettato a vendere, e non si percepisce come "tossico", al consumatore problematico che ha venduto ed è stato incriminato come spacciatore, ed infine a quello che ha commesso reati contro il patrimonio per finanziare l'acquisto delle droghe.

Inoltre ci sono le persone dipendenti recidive, questi formano la categoria più svantaggiata, già con scarse risorse individuali e che risultano privi di quelle risorse relazionali che permettono di costruire una rete di supporto esterno, utile sia in carcere che al momento dell'uscita. Per tali soggetti il carcere assume il ruolo di ultimo stadio di un processo di esclusione che ha avuto origine ben prima della condanna penale e ha sancito l'esclusione²⁶.

²⁵ I dati sulla tragedia che vive un consumatore problematico sono crudamente riportati nelle analisi fatte con varie interviste su persone che usano quotidianamente droghe in particolare eroina. Roddy, J., Greenwald, M.(2009), *An Economic Analysis of Income and Expenditures by Heroin-using Research Volunteers, Substance Use and Misuse*, 44. Segnaliamo inoltre la pubblicazione sulla più vasta indagine sull'argomento: Bretteville-Jensen, A.L., Sutton, M.(1996), *The income-generating behaviour of injecting drug users in Oslo, Addiction*.

²⁶ Berzano L., *La pena del non lavoro*, FrancoAngeli, Milano 1994.

La presenza di persone per reati droga correlati in carcere è molto elevata (Tab. 3.4) e costituisce un serio problema per gli operatori penitenziari che devono intervenire a gestire le situazioni più disperate: autolesionismo, Aids e sindromi da astinenza etc²⁷.

La tossicodipendenza ha rappresentato, nel tempo, un fattore di cambiamento del carcere. La massiccia presenza di assuntori di droga negli istituti di pena ha richiesto l'indispensabile presenza di servizi per le dipendenze facendone in alcuni casi, come in Italia, il più grande presidio a livello nazionale.

Tabella 3.4: detenuti per Legge Droga e percentuale sulla totale della popolazione detenuta per anni 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
DETENUTI PER LEGGE DROGA	23.505	26.931	28.199	27.459	26.160
TOTALE DETENUTI	58.127	64.791	67.961	66.897	65.701
% DETENUTI PER LEGGE DROGA SUL TOTALE DELLA POPOLAZIONE DETENUTA	40,4	41,6	41,5	41,0	39,8

Fonte: Ns. elab. su dati Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato statistica ed automazione di supporto dipartimentale - Sezione Statistica

Le persone tossicodipendenti terminato il periodo di detenzione, incontrano presto una «doppia ricaduta». In primo luogo la ripresa del consumo (ed è noto quanto alto sia il rischio overdose per i dimessi dal carcere)²⁸, in secondo luogo la «ricaduta» nella

²⁷ Le malattie infettive, rappresentano le sindromi più frequentemente osservabili negli Istituti di pena, con prevalenze nettamente superiori a quelle presenti nella popolazione generale. I dati forniti dal Ministero della Giustizia D.A.P. indicano le seguenti percentuali (tra parentesi le stime riferite alla popolazione generale):

INFEZIONE DA HIV 7,5% (0,25%)

INFEZIONE DA HBV (solo HBsAg +) 8,6% (<2%)

INFEZIONE DA HCV 37,9% (3%)

²⁸ I fattori che possono influire, anche in maniera determinante, sull'evenienza di decesso per overdose sono:

1. La tolleranza nei confronti della sostanza: elevato rischio di overdose a seguito di assunzione dopo un periodo di astensione dall'uso. Ciò si può verificare, ad

criminalità quale ri-approdo, spesso inevitabile, per il mantenimento della propria dipendenza. Talvolta non sembrano configurabili altri progetti di vita e il richiamo esercitato dai propri ambienti di appartenenza, che hanno connotato la propria esistenza fino al carcere, appaiono fortemente connotati dalla seduzione delle sostanze stupefacenti. Altre volte la «lezione appresa» e le «buone intenzioni» non trovano gli aiuti per riuscire a definire un nuovo stile di vita, che consenta un percorso di reintegrazione sociale e lavorativa, il mantenimento del rapporto con i servizi di cura, la realistica gestione di un diverso progetto di sé, pur desiderato e sostenuto da motivazioni non effimere. Il fenomeno della «doppia ricaduta» o della «doppia recidiva» – prima la ripresa della dipendenza e poi quella dei comportamenti devianti e criminali – costituisce la maggioranza delle presenze di tossicodipendenti in carcere.

3.2 Tra droga-marginalità-carcere

Riassumiamo ora la ricostruzione del nesso droga-marginalità-carcere precedentemente effettuata. I percorsi di consumo sono plurimi e coprono pertanto un vasto campionario di soggetti sociali. Di questi solo alcuni sfociano nel consumo problematico. Coloro i quali iniziano ad entrare dentro la dipendenza possono non avere

esempio, all'uscita dal carcere, alla dimissione dopo lungo ricovero, dopo una disassuefazione, all'uscita da una Comunità terapeutica interrotta o conclusa.

2. La purezza della sostanza nella miscela di strada: un più elevato contenuto di principio attivo può superare la soglia di tolleranza sviluppata dal consumatore per quella sostanza (fenomeno più frequente nei periodi nei quali muti repentinamente il mercato).

3. Contaminanti tossici nella miscela di strada che esprimono di per sé, o in sinergia con la sostanza psicoattiva, una propria tossicità.

4. Associazioni di sostanze che possono indurre condizioni che rallentano o ostacolano il metabolismo di una di esse con l'effetto di aumentarne la concentrazione (sopra-soglia) per via della maggiore disponibilità e più lunga permanenza. A livello esemplificativo si consideri l'associazione metadone e alcol.

www.politicheantidroga.it/media/58546/cap6.pdf

all'inizio del loro percorso tratti di marginalità particolarmente evidenti, ma li acquisiranno in seguito. In particolar modo diviene difficile il proseguimento degli studi, da ciò ne consegue una spiccata inoccupabilità e un difficile reinserimento anche qualora la dipendenza cessasse. Mentre nelle generazioni precedenti, che legavano il loro percorso di dipendenza prevalentemente al consumo di eroina, il percorso più frequente partiva dalla marginalità, oggi finisce comunque per confluirci.

All'interno di ogni singola biografia sono molteplici le esperienze collegate alla droga da cui si può finire in condizioni di marginalità. Una di queste è sicuramente il carcere che diviene – come stiamo per dire - maggiormente probabile se al consumo si accompagna l'attività di spaccio. Ciò che è peggio, tra l'altro, è che lo spaccio, - inteso come cessione di un quantitativo anche minimo di droga in cambio di denaro-, è un'attività diffusa e travalica lo spaccio inteso come specifica professione criminale dedita alla realizzazione di significativi profitti. In maniera maggioritaria lo spaccio si connota oggi come mezzo di finanziamento al consumo. Il che vuol dire però che conseguenze penali, che possono giungere fino alla detenzione, sono più probabili anche per i molti consumatori che autofinanziano il proprio consumo tramite lo spaccio. Ciò allarga la platea di chi avrà problemi d'inserimento sociale per via dell'essere stato detenuto.

Come possiamo vedere dai dati le leggi e le sanzioni arrivano fino all'estremo della carcerazione in modo differenziato secondo l'attitudine repressiva dei singoli paesi. I dati di chi è finito in carcere vanno dal 36% dei consumatori intervistati in Repubblica Ceca al 67% (quasi il doppio) di quelli intervistati in Italia, passando per il 41% della Spagna ed il 43% del Portogallo. Un tratto comune ai quattro paesi è che l'aver compiuto attività di spaccio espone maggiormente al rischio di carcerazione. Sia in Spagna che in Portogallo che in Repubblica Ceca chi dichiara di non aver mai spacciato per il 70% non è mai andato in carcere. L'unico paese in cui questo dato non sembra significativamente confermato è l'Italia dove chi si è dichiarato e chi non si è dichiarato spacciatore hanno approssimativamente le stesse possibilità di evitare la carcerazione. I paesi che criminalizzano il consumo, come l'Italia rischiano di

trattare penalmente per spaccio anche chi non si dichiara (e non lo è in un senso estensivo) spacciatore, evidentemente solo per aver detenuto quantitativi troppo alti per il consumo personale (si ricorda che il prezzo della droga diminuisce in proporzione al quantitativo acquistato, come una qualsiasi altra merce). Degli altri tre paesi solo nei dati Portoghesi, avendo il Portogallo depenalizzato nel 2001, rimane traccia del meccanismo di criminalizzazione per cui più del 5% di chi si è dichiarato non spacciatore afferma di essere stato condannato per spaccio (Tab. 3.5).

Tabella 3.5: esperienze penali suddivise per paese e per l'essersi dichiarati spacciatore

	Italia		Spagna		Portogallo		Repubblica Ceca	
	Spacciatore	No	Spacciatore	No	Spacciatore	No	Spacciatore	No
Mai stato in carcere	42,4%	45,1%	48,6%	69,2%	39,5%	71,0%	53,7%	71,6%
Solo per spaccio	18,8%	7,1%	10,5%	1,9%	24,7%	6,1%	9,3%	1,1%
Solo per altri reati	21,1%	39,7%	36,8%	28,1%	30,9%	22,9%	35,2%	27,3%
Per spaccio e altri reati	17,8%	8,1%	4,0%	0,8%	4,9%	0,00%	1,9%	0,0%
Totale	100% (399)	100% (297)	100% (247)	100% (260)	100% (162)	100% (214)	100% (54)	100% (88)

Fonte: *Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

Il modello di criminalizzazione italiano è però del tutto peculiare rispetto a quello degli altri paesi, mentre gli spacciatori in genere vanno in carcere prevalentemente per reati connessi alla droga, ma non per spaccio (con l'eccezione del Portogallo dove finisce recluso il 24% di coloro che dichiarano di aver spacciato), in Italia vi è la più bassa percentuale di coloro che finisce in carcere per altri reati, ma la più alta di quelli che finiscono in carcere sia per altri reati sia per

spaccio. Questo dato è significativo perché è l'indicatore di come l'infrazione della normativa sulla detenzione e distribuzione di stupefacenti, che deriva da pratiche di consumo, possa facilmente estendersi da fatto penale circoscritto a costruzione di vero e proprio inserimento nei circuiti di micro-criminalità. Se questo avvenga prima o dopo il primo contatto con la detenzione non è dato saperlo dal nostro questionario.

Quello che invece possiamo dire è che, mentre non vi è un particolare *bias* sociale nell'accesso alle attività di spaccio, vi è una connotazione sociale di chi, tra gli spacciatori, ha fatto ingresso in carcere. Si rileva cioè che i detenuti hanno in media caratteristiche di svantaggio sociale rispetto a chi non è mai entrato in carcere.

Questi tratti tipici riguardano - esattamente come per il trovarsi in una situazione di spaccio - non tanto l'origine sociale ma la situazione di esclusione in cui ci si è venuti a trovare alla conclusione del percorso di marginalità. I maschi hanno più probabilità di finire in carcere, ma non è solo una questione di genere. Tra chi ha evitato il carcere i laureati sono sovrarappresentati per il 20% in Italia, per il 30% in Spagna, per il 18% in Repubblica Ceca e per il 25% in Portogallo. Discorso identico e contrario si può fare per la situazione occupazionale, dove chi dichiara di non aver mai lavorato si trova sotto rappresentato tra chi ha evitato il carcere per il 30% in Repubblica Ceca e in Italia, e per il 25% in Spagna. Vi è una nicchia che associa alle attività di spaccio peculiari caratteristiche di svantaggio sociale che determinano una altissima probabilità di incorrere in sanzioni penali.

Visto che coloro che fanno il loro ingresso in carcere, lo fanno in virtù di una situazione di marginalità sociale indotta dal consumo problematico, o addirittura a causa della criminalizzazione del consumo stesso, proviamo a vedere quanto i singoli sistemi penali tengano in conto la peculiarità della condizione detentiva di un consumatore sottoponendolo almeno successivamente a misure alternative e a chi.

Innanzitutto tentiamo di quantificare l'ampiezza della platea dei carcerati. Per farlo, li abbiamo suddivisi per tipo di carriera criminale. L'incidenza di coloro che sono esclusi da misure alternative (quindi il

tasso di reclusione carcerario del sistema penale) non corrisponde nel nostro campione al tasso di criminalizzazione del consumo. L'Italia ha la quota più bassa di chi è rimasto escluso da misure alternative (solo il 22,4%), mentre in Spagna più di metà dei detenuti non ne ha usufruito. In mezzo si situano il Portogallo e la Repubblica Ceca, dove rispettivamente il 37 ed il 32 per cento sono rimasti esclusi da misure alternative. Un dato comune è che la repressività maggiore si esprime in tutti i paesi verso coloro che sono entrati in carcere per il reato di spaccio piuttosto che per gli altri reati droga-connessi. Il livello in cui lo spaccio viene punito più duramente varia, ma in Spagna l'incidenza di chi non usufruisce delle misure alternative tra i detenuti per spaccio è il 15% più alta della media. Ugualmente più alto il trattamento di chi, entrando più pienamente attraverso il consumo di sostanze, nel circuito della micro-criminalità è imputato sia di spaccio sia di altri reati. Vi è un'attitudine decisamente maggiore a concedere misure alternative in Italia, rispetto alla Spagna.

Tabella 3.6: detenuti per utilizzo del tipo di misura alternativa

	Italia	Spagna	Portogallo	Repubblica Ceca
Mai usufruito	88 (22,4%)	117 (57,4%)	59 (37,6%)	16 (32%)
In Comunità terapeutiche	221 (55,8%)	22 (10,8%)	26 (16,6%)	4 (8%)
In prova presso i servizi	61 (15,4%)	11 (5,4%)	34 (21,7%)	20 (40%)
Lavori socialmente utili	6 (1,5%)	29 (14,2%)	25 (15,9%)	17 (34%)
arresti domiciliari	158 (39,9%)	6 (2,9%)	9 (5,7%)	0 (0%)

Fonte: *Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

Tabella 3.7: incidenza di chi non ha usufruito delle misure alternative per tipo di pregiudicato

	Italia	Spagna	Portogallo	Repubblica Ceca
solo per spaccio	28,1	71,0	47,2	33,3
solo per altri reati	25,2	55,3	33,3	32,6
per spaccio e altri reati	10,5	50,0	37,5	0,00%
Totale	22,4	57,4	38,1	32

Fonte: *Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

Quale è la situazione che determina queste differenze nel trattamento carcerario? In realtà se ci soffermiamo sulla tipologia di percorso riabilitativo alternativo al carcere sperimentata dagli intervistati otteniamo una prima solida chiave interpretativa delle differenze nazionali. In Italia il 40% è stato agli arresti domiciliari, una misura alternativa, che non è la reclusione in un istituto penitenziario alleviando le sofferenze del detenuto, ma non è neanche un percorso riabilitativo specifico rimanendo pur sempre detenzione. Questa forma di detenzione alternativa prevista largamente dal nostro ordinamento, e con regolarità salvo specifiche eccezioni di gravità nel caso della custodia cautelare, è solo residuale negli altri paesi. Gli arresti domiciliari possono essere anche scontati presso comunità terapeutiche. Il sistema di comunità di recupero in Italia è infatti particolarmente largo includendo una rete di comunità. È anche questa componente che determina l'assai più alto ricorso alle misure alternative alla detenzione nel nostro paese, rispetto agli altri, anche se c'è da sottolineare come sul dato dell'affido alle comunità terapeutiche possano aver giocato delle distorsioni derivante dai luoghi di somministrazione. L'utilizzo delle comunità terapeutiche è molto ristretto in Spagna e Repubblica Ceca e supera il 15% solo in Portogallo. Discorso totalmente diverso per gli affidi ed i percorsi extra-detentivi.

I lavori socialmente utili consentono di scontare la pena attraverso un percorso riabilitativo che allo stesso tempo consegna una base formativa e delle reti di contatto col mondo del lavoro che siano immediatamente spendibili alla fine del percorso giudiziario. Nonostante questi pregi questa misura alternativa è largamente sottoutilizzata nel nostro paese mentre supera il 30% in Repubblica Ceca e si attesta intorno al 15% in Portogallo e Spagna.

L'affidamento ai servizi sociali per la tutela e la guida in un percorso di recupero è una modalità che prevede strutture di servizio sociale attrezzate e opportunamente connesse con i servizi giudiziari. Mentre questo sistema è addirittura prevalente nella Repubblica Ceca dove il 40% dei detenuti ha usufruito dell'affido ai servizi sociali, ed è rilevante in Portogallo dove più del 20% ne ha usufruito, è residuale in Spagna. Nel nostro paese vi è una quota (15%) non del tutto inconsistente ma ancora minoritaria.

3.3 Fruizione delle misure alternative

La realtà detentiva, per una molteplicità di concause, non sembra offrire una risposta terapeutica adeguata alle migliaia di condannati tossicodipendenti che ogni anno fanno ingresso negli istituti di pena. Gli ostacoli alla predisposizione di percorsi terapeutici efficaci sono riconducibili essenzialmente all'assenza di prospettive di reinserimento sociale al termine della pena, nonché all'insalubrità dell'ambiente carcerario, dove sono concentrati individui la cui condizione di marginalità sociale favorisce lo sviluppo di patologie.

Tuttavia, come dimostra l'alta percentuale di tossicodipendenti tra i detenuti, il carcere continua a costituire la principale risposta penale alla tossicodipendenza, nonostante la sua inadeguatezza testimoniata dagli altissimi tassi di recidiva tra i detenuti tossicodipendenti, le cui esistenze sembrano caratterizzate dall'alternarsi di periodi in libertà e di periodi di detenzione. E nonostante i programmi alternativi alla detenzione (il cosiddetto «affidamento terapeutico») abbiano dimostrato la loro efficacia.

Due sono le ricerche che rendono evidente l'efficacia delle misure alternative. La prima è uno studio effettuato nella Regione Toscana²⁹, dal quale emerge che scontare la pena in affidamento esterno limita le probabilità di comportamenti recidivanti. La seconda ricerca, tesa anch'essa a stimare il tasso di recidiva degli affidati al servizio sociale mediante un raffronto con i dati sulla recidiva carceraria, conferma la maggior capacità dei programmi esterni di evitare la ricaduta in comportamenti illeciti rispetto alla detenzione³⁰.

Parte degli intervistati ha beneficiato di misure alternative alla detenzione, si va dall'Italia con un 53,5% arrivando alla Spagna dove solo un intervistato su cinque ha usufruito di misure alternative. La Repubblica Ceca e il Portogallo si frappongono tra questi due estremi

²⁹ Santoro E., Tucci R., *L'incidenza dell'affidamento sulla recidiva: prime indicazioni e problemi per una ricerca sistematica*, rapporto finale del progetto Misura, Regione Toscana 2004.

³⁰ Leonardi F., *Le misure alternative alla detenzione tra reinserimento sociale e abbattimento della recidiva*, in «Rassegna Penitenziaria e Criminologica», 2, 2007.

(Tab. 3.8). Bisogna rilevare che l'Italia ha la percentuale più alta di detenuti e nove volte su dieci l'arresto si trasforma in detenzione. Riguardo alle misure alternative l'Italia, rispetto agli altri paesi, mantiene il primato sia degli inserimenti in comunità terapeutica, sia degli arresti domiciliari. Gli arresti domiciliari, qualora non fossero scontati presso una comunità terapeutica, potrebbero essere una scelta poco responsabile rispetto a un recupero della persona ma sicuramente quella più economica per le casse dell'amministrazione pubblica. La prevalenza della comunità terapeutica come misura alternativa al carcere nel sistema italiano è giustificata; da un lato, perché considerata come la "cura per eccellenza" da larga parte dell'opinione pubblica; dall'altro, per le sue caratteristiche di residenzialità, essendo un ambiente "chiuso" agli estranei, e meglio si presta ai requisiti di controllo rispetto ai programmi sul territorio; infine, perché è visto come garanzia di contenimento "forte", per soggetti che, agli occhi delle istituzioni penali, hanno bisogno di essere contenuti due volte, come detenuti e come tossicodipendenti.

I programmi di recupero sono da considerarsi interventi efficienti all'interno di una strategia finalizzata alla riabilitazione dei consumatori problematici ed al contenimento della domanda di stupefacenti. Soprattutto a livello europeo, una strategia mirante alla gestione del problema del consumo di stupefacenti ed al recupero e re-inserimento degli utilizzatori è vista come un vero e proprio pilastro al contrasto del mercato degli stupefacenti.

Eccezion fatta per l'Italia gli altri paesi sembrerebbero offrire un maggiore assortimento di misure alternative presso strutture sanitarie, sociali e formative in grado di guidare i consumatori problematici all'interno di un percorso di recupero della propria vita sociale ed economica. In previsione di ridurre le spese, sanitarie e giuridiche, legate alla repressione ed alla gestione del problema del consumo di stupefacenti, sia di recuperare capitale umano per l'attività economica e sociale.

Dobbiamo sempre tenere a mente che il principale investitore dell'attività di rieducazione è la società, che ne avrà benefici in quanto l'attività di rieducazione del reo, quando è realizzata in

maniera efficace, determina la diminuzione del crimine e della recidiva³¹.

Tabella 3.8: percentuale di intervistati che hanno fruito di una misura alternativa alla detenzione

	Italia	Rep. Ceca	Portogallo	Spagna
Mai	46,5%	54,1%	67,5%	77,3%
In una comunità terapeutica	33,1%	8,1%	8,1%	6,0%
In affidamento ai servizi sociali	9,4%	20,3%	9,7%	2,3%
Presso una comunità di lavoro	1,1%	21,6%	8,7%	7,5%
Arresti domiciliari	22,8%	0,7%	2,6%	1,9%
Altre tipologie	0,0%	0,0%	5,0%	5,0%

Fonte: Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 3.9: domanda 32.3 Per quanto tempo si è servito di Comunità terapeutica e paese

	Italia		Spagna		Portogallo		Rep. Ceca	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Più di due anni	30,6%	31,9%	2,9%	3,5%	15,3%	12,3%	1,8%	,0%
Tra uno e due anni	27,0%	25,3%	3,2%	3,5%	20,5%	22,8%	5,3%	,0%
Meno di un anno	30,8%	28,6%	11,5%	12,4%	38,2%	24,6%	43,9%	23,5%
Mai	11,6%	14,3%	82,5%	80,5%	26,1%	40,4%	49,1%	76,5%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

³¹ Baccaro L., La sicurezza della paura: sempre più carcere e meno misure alternative, in «*Rivista di Psicodinamica criminale*», 3, 2009.

Tabella 3.10: domanda 34 Perché scelse di entrare in comunità terapeutica? per genere e paese

	Italia		Spagna		Portogallo		Rep. Ceca	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Fu una mia libera scelta	54,50%	47,17%	37,57%	24,35%	59,81%	61,90%	33,33%	41,46%
Era l'unico modo per star lontano dalle droghe e dalle cattive compagnie	17,35%	13,21%	18,78%	13,91%	24,88%	26,19%	11,11%	21,95%
Sono stato convinto dai servizi nei quali ero in cura	9,00%	10,38%	14,92%	6,96%	5,26%	9,52%	22,22%	9,76%
Sono stato convinto dai miei parenti e amici	11,29%	21,70%	17,68%	12,17%	16,27%	19,05%	11,11%	4,88%
Sono stato costretto senza esserne convinto	6,06%	8,49%	3,87%	2,61%	9,57%	2,38%	11,11%	0,00%
Ho pensato che era meglio stare in comunità che in prigione	18,33%	7,55%	10,22%	3,48%	2,39%	0,00%	11,11%	17,07%
Altro	4,58%	12,26%	1,66%	1,74%	2,87%	9,52%	0,00%	4,88%

Fonte: Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 3.11: percentuale di intervistati detenuti e fruizione di misure alternative per paese

	Italia	Rep Ceca	Portogallo	Spagna
No misure alternative	46,5	54,1	67,5	77,3
Si presso comunità terapeutiche	33,1	8,1	8,1	6,0
Si in prova presso servizi sociali	9,4	20,3	9,7	2,3
Si come lavoratore volontario	1,1	21,6	8,7	7,5
Si agli arresti domiciliari	22,8	0,7	2,6	1,9
Altre tipologie di trattamento			5,0	
Si presso il CAS				5,0

Fonte: *Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

Tabella 3.12: percentuale di detenuti e che hanno fruito di misure alternative per genere e paese

	Italia		Rep Ceca		Portogallo		Spagna	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Si presso comunità terapeutiche	36,3	13,2	9,3	6,0	8,5	5,5	28,0	14,3
Si in prova presso servizi sociali	10,3	4,7	25,8	10,0	11,4	2,7	9,6	14,3
Si come lavoratore volontario	1,3	0,0	27,8	10,0	9,4	5,5	33,3	28,6
Si agli arresti domiciliari	24,1	15,1	0,0	2,0	2,3	4,1	6,5	21,4
Altre tipologie di trattamento					4,9	5,5		
Si presso il CAS							22,6	21,4

Fonte: *Ns. elab. su dati R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.*

3.4 Il caso Italia – repressione o cura?

La legge italiana (Testo unico sugli stupefacenti, art. 94 del DPR 309 del 9 ottobre 1990) prevede la possibilità di scontare la pena fuori dal carcere per i condannati affetti da problemi di tossicodipendenza o alcolodipendenza. È il cosiddetto affidamento in prova in casi particolari (o «affidamento terapeutico»).

La legge 49 del 21 febbraio 2006 (la cosiddetta Fini-Giovanardi) ha apportato alcune modifiche alla disciplina. Queste ultime sono riassumibili nell'innalzamento del limite di pena per poter proporre istanza di misura alternativa alla detenzione e nella soppressione della differenziazione tra droghe leggere e pesanti. Secondo la nuova normativa, al fine di favorire il recupero e prevenire la commissione di nuovi reati, il Tribunale di sorveglianza può concedere al condannato che presenti istanza l'affidamento in prova in casi particolari qualora siano presenti i seguenti requisiti:

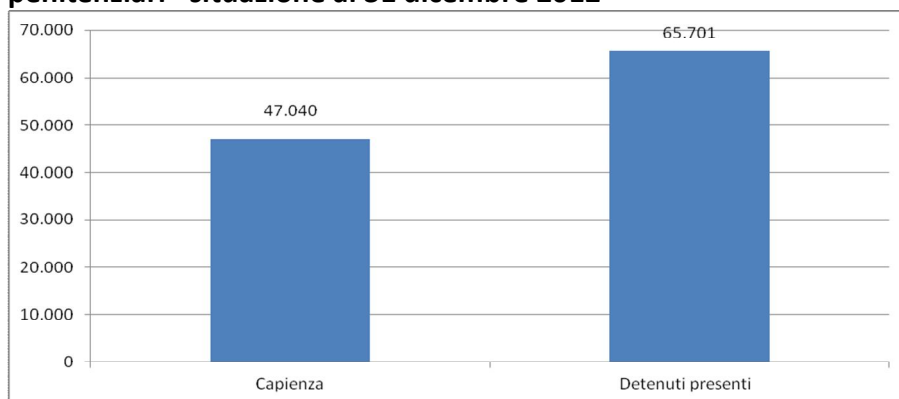
- una pena detentiva da eseguire, anche se residua e congiunta a pena pecuniaria, non superiore a sei anni (la precedente disciplina prevedeva una soglia temporale di quattro anni);
- il condannato sia affetto da problemi di alcolodipendenza o tossicodipendenza e tale condizione sia accertata da una struttura pubblica o privata accreditata per l'attività di diagnosi (precedentemente solo le strutture pubbliche potevano svolgere questa attività);
- il condannato abbia in corso o manifesti la volontà di intraprendere un programma di recupero;
- la misura non sia già stata concessa due volte.

I requisiti per accedere all'alternativa hanno anche mostrato come sia esiguo il numero di persone tossicodipendenti che ne beneficiano. La Legge Fini-Giovanardi, che ha previsto l'innalzamento della soglia di pena per fruire dell'affidamento terapeutico, ha ottenuto un effettivo ridimensionamento dei fruitori del trattamento esterno (i tossicodipendenti, infatti, devono quasi sempre scontare condanne di breve durata). L'entrata in vigore della ex Cirielli nel

2005, che prevede forti limitazioni nell'accesso alle misure alternative per i recidivi, ha poi ulteriormente aggravato la situazione (infatti, sono proprio i soggetti più marginali, autori di reati a scarso potenziale offensivo, la categoria di condannati più esposta al rischio di recidiva).

Nonostante le procedure descritte, sulla base dei dati rilevati dalla relazione annuale 2010 al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sullo stato delle tossicodipendenze, emerge che il ricorso alla misura alternativa per i condannati tossicodipendenti è ancora modesto producendosi l'effetto, tra gli altri, di non alleggerire l'annoso problema del sovraffollamento carcerario³² (Fig. 3.1).

Figura 3.1: detenuti presenti e capienza regolamentare degli istituti penitenziari - situazione al 31 dicembre 2012



Nota: i detenuti presenti in semilibertà sono compresi nel totale dei detenuti presenti.

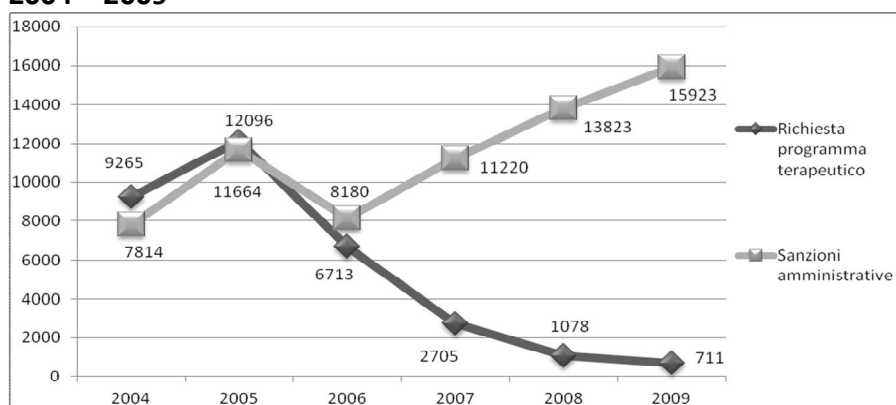
Fonte: *Ns. elab. su dati Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato statistica ed automazione di supporto dipartimentale - Sezione Statistica*

³² Le carceri italiane sono piene come mai è accaduto nella storia della Repubblica. Il 13 gennaio 2010, sulla base della legge 225/1992, il governo ha dichiarato lo stato di emergenza nazionale per il sovraffollamento delle carceri. Un'iniziativa senza precedenti che certifica le condizioni ormai insostenibili in cui si trova il sistema penitenziario italiano. Dall'entrata in vigore del provvedimento al 31 novembre 2012 sono stati messi in libertà 8.647 detenuti.

Ed, infatti, è provato che una buona parte dei detenuti tossicodipendenti attualmente in carcere, e potenzialmente destinatari dell'affidamento ai sensi dell'articolo 94 del D.P.R. n. 309 del 1990, non riesce ad usufruire dei percorsi di cura descritti dalla norma così comportando non solo la frustrazione degli obiettivi della legge vigente ma rischiando di compromettere gravemente le potenzialità di recupero della persona ed il fondamentale diritto alla salute.

La norma di fatto sanziona i comportamenti connessi all'uso personale di droghe, uso personale che la legge considera illecito, ma che non è teoricamente punito con sanzione penale, bensì con sanzione amministrativa. Le modifiche all'art. 75, introdotte alla fine del 2005, hanno previsto un aggravamento delle sanzioni amministrative, sia con riferimento alla quantità delle sanzioni, sia con riferimento alla loro durata, ed hanno modificato il meccanismo che avrebbe dovuto incentivare l'invio a seguire programmi terapeutici. Oggi, che si vada o meno in comunità, si subisce comunque la sanzione amministrativa, e quindi l'incentivo a frequentare i programmi è notevolmente scemato (Fig. 3.2).

Figura 3.2: Sanzioni amministrative e richieste di invio a programma terapeutico in seguito a segnalazione ex art. 75. Anni 2004 – 2009



Fonte: *Ns. elab. su dati del Dipartimento Politiche Antidroga, Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, dati relativi all'anno 2008, pag. 46; Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, dati relativi all'anno 2009, pag. 22 e 225.*

I dati ad oggi disponibili sugli effetti della Fini-Giovanardi consentono di trarre alcune conclusioni che qui proveremo a sintetizzare, partendo proprio dall'ultima riportata sopra: il numero di tossicodipendenti che annualmente transitano dalle carceri italiane è decisamente superiore a quello di coloro che transitano dalle comunità terapeutiche. Un simile dato delinea fortemente una scelta repressiva ridimensionando l'approccio rivolto al trattamento.

Le misure alternative non sono condoni immotivati, come molti sembrano credere, ma modalità alternative di esecuzione della pena, più efficaci e rispettose del dettato costituzionale, e intanto che chi governa il paese non si farà interprete di questa elementare verità, suffragata peraltro dai numeri, le misure alternative continueranno a calare, e la condizione di vita nelle carceri si caratterizzerà sempre più come inumana e degradante.

3.5 Riflessioni conclusive

Il carcere continua a essere il punto di arrivo dell'esperienza di molte persone dipendenti da sostanze psicoattive. La tossicodipendenza induce molte persone ai margini della società, alla vita di strada, a delinquere per procurarsi le dosi necessarie a sostenere un consumo problematico, e alla fine al carcere: condanne brevi, ma che diventano lunghe per via del cumulo di reati commessi in successione.

L'accanimento carcerario, al di là della sanzione penale comminata dal tribunale, non sembra neanche efficiente nel detenere maggiormente gli spacciatori. Infatti dappertutto chi si è dichiarato spacciatore ha quasi la stessa possibilità di fruire di misure alternative rispetto a chi si è dichiarato mero consumatore. In Italia tra gli spacciatori il 7% in più di chi non lo è non ha mai usufruito di misure alternative, ma in Spagna, in Portogallo ed in Repubblica Ceca sono addirittura i non spacciatori ad essere stati svantaggiati nell'accesso alle misure alternative. In questi paesi tra chi ha dichiarato di non spacciare rispettivamente il 3%, l'1%, e l'8% in più è rimasto in carcere per tutta la durata della pena

Le misure alternative alla detenzione, sono la migliore strategia in termini di efficacia rispetto al carcere nel prevenire la «doppia ricaduta» – nella dipendenza e nel crimine – una volta in libertà.

Aumentare l'efficacia delle misure alternative alla detenzione e riabilitare i consumatori problematici ad un lavoro legale è il modo per ridurre drasticamente le opportunità di crescita per l'economia illegale, sia dal punto di vista della rete di vendita e sia per la riduzione della stessa domanda, consentendo anche un maggior tasso di crescita per l'economia legale.

È nel sociale che le persone dipendenti possono imparare a fare i conti con i loro comportamenti, se debitamente aiutate e contenute. Le tante iniziative e misure alternative alla detenzione hanno mostrato di funzionare, rivelandosi più efficaci del carcere nella prevenzione della recidiva, anche per le persone dipendenti. Tutti i dati e le ricerche in merito testimoniano e convalidano tale tipo di scelte.

Punto indiscutibile, infatti, è che la partecipazione all'attività lavorativa rappresenta una componente fondamentale per il recupero e la reintegrazione nella società riducendo il rischio di recidiva. In Italia l'inserimento lavorativo è ancora troppo debole ed è previsto solo al termine del percorso terapeutico.

È certo che una misura alternativa per avere la massima efficacia debba tenere in considerazione la continuità del trattamento, progettare il dopo sia da un punto di vista lavorativo che abitativo, prevenire la doppia-ricaduta nell'uso e nell'area criminale.

Riferimenti bibliografici

- Addazi A., Marini R., Rago N. a cura di. *Metodo e risultati di una comunità per tossicodipendenti - L'esperienza di Città della Pieve*. Franco Angeli Milano, 2009.
- Baccaro L., La sicurezza della paura: sempre più carcere e meno misure alternative, in «*Rivista di Psicodinamica criminale*», 3, 2009
- Bailey K.D., *Metodi della ricerca sociale. Vol. II. L'inchiesta*, Il Mulino, Bologna, 2006.
- Berzano L., *La pena del non lavoro*, FrancoAngeli, Milano 1994.
- Botvin, G. J., Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addictive Behaviors*, 25, 887–897, 2000.
- Bretteville-Jensen, A.L., Sutton, M., *The income-generating behaviour of injecting drug users in Oslo*, Addiction, 1996.
- Burroni P., Vigna-Taglianti F., Versino E. et al. a cura di. *Differenze di genere nello studio VEdeTTE (Valutazione dell'efficacia dei trattamenti per la tossicodipendenza da eroina)*. 2007, <http://www.studio-vedette.it/publicazioni/Monografia7.pdf>
- Campana D., *Condannati a delinquere? Il carcere e la recidiva*, Franco Angeli, Milano, 2009.
- Campesi G., Re L., Torrente G. (a cura di), *Dietro le sbarre e oltre. Due ricerche sul carcere in Italia*, L'Harmattan, Torino, 2009.
- Cancrini L. et al. *Esperienze di una ricerca sulle tossicomanie giovanili in Italia*, Mondadori, Milano, 1973.
- Cancrini L., *L'intervento psicologico nella scuola - Collab. e Guida Nuova Italia Scientifica*. 1986.
- Casamonti G., Stagnitta M., Zuffa G., a cura di, *Carcere e droghe in tempi di politiche securitarie*, i dossier di FUORILUOGO, 2012.

- Caserta P., Rossi C., *Corruption, competitiveness and illicit drug market*, UniversItalia, Roma, 2013.
- Castellano L., Stasio D., *Diritti e castighi. Storie di umanità cancellata in carcere*, Il Saggiatore, Milano, 2009.
- Cellini G., Alternative al carcere: la intensive probation e un esempio di trattamento efficace in *Rassegna Italiana di Criminologia: Organo ufficiale della società di Criminologia*, n. 1 (2009), pp. 37-56.
- Cipolla C., *Epistemologia della tolleranza*, 5 vol., Franco Angeli, Milano, 1997.
- Cippitelli C., Giacomello L. Inserra P.P., Serughetti G., a cura di, *Consumatori di normalità. Giovani droghe al tempo della crisi*, Iacobelli editore, Roma, 2013.
- Corbetta P., *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna, 1999.
- Di Censi L., Esposito N., Fabi F. Indagine sulle comunità terapeutiche e i servizi di bassa soglia. in *Il mercato delle droghe. Dimensione, protagonisti, politiche*, a cura di Guido Mario Rey, Carla Rossi e Alberto Zuliani, Marsilio Editori, Venezia, 2011; pp. 159 - 188.
- Di Censi L., Ricci R., Rossi C., Sallusti F., Ventura E., *Il mercato illecito della droga e le sue possibili regolamentazioni. Agire nel mercato per contrastare l'industria della droga*, Roma 2010 (e-book http://www.illicitdrugmarket.net/act_upon_the_market.pdf).
- Ellgren M., Spano S.M., Hurd Y.L. Adolescent Cannabis Exposure Alters Opiate Intake and Opioid Limbic Neuronal Populations in *Adult Rats*, *Neuropsychopharmacology* 2007, 32:607– 615.
- Fergusson D.M., Boden J., Horwood L.J. Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis, *Addiction* 2006, 101:556–569.
- Fergusson D.M., Horwood, L.J. Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults, *Addiction* 1997, 92:279–296.
- Fergusson D.M., Horwood L.J., Swain-Campbell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood, *Addiction* 2002, 97:1123–1135.
- Ferrarotti F., *Giovani e droga*, Liguori, Napoli, 1977.
- Forum Droghe, *1 Libro bianco sulla Legge Fini-Giovanardi*, i dossier di FUORILUOGO, 2009.
- Forum Droghe, *2 Libro bianco sulla Legge Fini-Giovanardi*, i dossier di FUORILUOGO, 2011.
- Forum Droghe, *3 Libro bianco sulla Legge Fini-Giovanardi*, i dossier di FUORILUOGO, 2012.


- Giangreco G., Crisi del welfare e problematiche del sistema penitenziario
In *RSS: Rassegna di Servizio Sociale*, n. 2 (apr.-giu. 2008), pp. 51-58.
- Glantz MD, Pickens R (eds), *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington,DC: American Psychological Association, 1992.
- Kandel D., Faust R. Sequence and stages in patterns of adolescent drug use, *Archives of General Psychiatry* 1975, 32:923–932.
- Keyes K.M., Schulenberg J.E., O'Malley P.M., et al. The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976-2007. *Addiction* 2011, 106:1790-1800.
- Leonardi F., Le misure alternative alla detenzione tra reinserimento sociale e abbattimento della recidiva, in «*Rassegna Penitenziaria e Criminologica*», 2, 2007.
- Libianchi S., Grassi A. : "L'istituto a Custodia Attenuata per detenuti tossicodipendenti (I.C.A.T.T)". Relazione ed Atti "la Conferenza Nazionale sulla droga"; Palermo, 24-26 Giugno 1993; pag. 707 - 713.
- Libianchi S.: "La certificazione medica in tema di affidamento a misure alternative di tossicodipendenti detenuti". In: F. S. Fortuna e S. Grieco: Atti del Convegno di Studi: "Droga e controllo penale. Tra proibizionismo e depenalizzazione". Cassino, 21 Dicembre 2004. Edizioni Università degli studi di Cassino. pp. 83- 101.S.
- Libianchi S., Lo Vaste R., Lucchini A., Restani L., Santamaria A., Scioli R., Tedesco G., Zanda G. e Clerici M.: " Trattamenti per tossicodipendenti in carcere: Riflessioni da un'esperienza multicentrica di follow-up". *Rassegna Penitenziaria*, Vol. n. 2 – 2006, pp. 61 – 103.
- Macchia T., Mancinelli R., Bartolomucci G., Avico U., Cocaine misure in selected areas: Rome, *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 1990, 26, 2, pp. 189-196.
- Mammone A. Evidence from surveys among PDU: age and lags distribution. EMCDDA, EU expert meeting on the EMCDDA key epidemiological indicator Problem Drug Use, 13-14 December 2010, Lisbon, Portogallo.
- Marlatt A., Foreword in Tatarsky A., *Harm Reduction Psychotherapy*, Rowman&Littlefield Publishers, Inc., Lanham, 2007.
- Migliori S., *Carcere, esclusione sociale, diritto alla formazione*, Carocci Faber, Roma, 2007.
- Mori L., Dalla classe al gruppo i contributi della sociologia italiana sulla tossicodipendenza in *Salute e Società* Vol. 3 n° 3, 2004.
- Nutt D., King L.A., Saulsbury W., Blakemore C. *Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse*. *Lancet* 2007, 369:1047–53.

- Orsenigo A., Tra coazione e cura. Quale trattamento delle dipendenze patologiche nel sistema penitenziario? in *Animazione Sociale: Mensile per gli operatori sociali*, n. 4 (apr. 2007), pp. 83-90.
- Pirone G.M., Napolitano G.M., Marino A., Costantini S. Il reinserimento dei riabilitati della tossicodipendenza nel mondo del lavoro: indagine conoscitiva mirata a interventi nel sociale-sanitario. *Difesa Sociale* n. 3/92, Roma, 1992.
- Pollo M., *Educazione come animazione. Voci per un dizionario / Il metodo*, Elledici, Torino. 1994.
- Poret, S., "Law enforcement and concentration in illicit drug markets" *European Journal of Political Economy*, 2006.
- Poret, S., "The illicit drug market: paradoxical effects of law enforcement policies" *International Review of Law and Political Economy*, 2001.
- Pozzi A. a cura di. *Giovani tra scuola e lavoro. Dispersione scolastica, formazione e inserimento professionale nella provincia di Pescara*. Franco Angeli Milano, 2005.
- Procaccino A., Le trasformazioni del welfare state italiano nell'area penale: uno studio di caso sulle revoche dell'affidamento in prova al servizio sociale In *Sociologia e Politiche Sociali*, n. 1 (2008), pp. 159-183.
- Quadrio A., *Oltre a sorvegliare e punire. Esperienze e riflessioni di operatori su trattamento e cura in carcere*, Giuffrè, Milano, 2008.
- Ravenna M., *Psicologia delle tossicodipendenze*, Il Mulino, Bologna, 1997.
- Rey G. M., Rossi C. e Zuliani A. (a cura di), *Il mercato delle droghe. Dimensione, protagonisti, politiche*, Marsilio Editori, Venezia, 2011.
- Ricci R., Rossi C., *Lifestyles and history of use drug abuser in four Eu countries*, UniversItalia, Roma, 2013.
- Roddy, J., Greenwald, M., An Economic Analysis of Income and Expenditures by Heroin-using Research Volunteers, *Substance Use and Misuse*, 44, 2009.
- Santoro E., Tucci R., L'incidenza dell'affidamento sulla recidiva: prime indicazioni e problemi per una ricerca sistematica, *rapporto finale del progetto Misura*, Regione Toscana 2004.
- Scaglioso C., *Il carcere, le vie dell'educazione*, Guerra, Perugia, 2008.
- Schenk S. Sensitization as a process underlying the progression of drug use via gateway drugs. In: Kandel D.B., ed. *Stages and Pathways of Drug Involvement: Examining the Gateway Hypothesis*. Cambridge University Press New York, 2002; pp. 318-336.
- Serpelloni G., Gomma M., Rimondo C., Seri C., Bertol E., Mari F. Cannabis e danni alla salute, *Italian Journal on Addiction* 2011, 1:35-42.

- Sutton, M., A.L., *The income-generating behaviour of injecting drug users in Oslo*, Addiction, 1996.
- Teesson M.; Degenhardt L., Hall Wayne, *Le tossicodipendenze*, Il Mulino, Bologna, 2006.
- UNODC, *Guide to implementing family skills programmes for drug abuse prevention*, 2009.
- Ventura E., Rossi C., *Drug Laws in Europe. Main features and comparisons*, UniversItalia, Roma, 2013.
- Vopravil J., Rossi C., *Illicit drug market and its economic impact*, UniversItalia, Roma, 2013.

Sitografia

- <http://www.ukdpc.org.uk/reports.shtml>
- <http://www.politicheantidroga.it/progetti-e-ricerca/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2011/presentazione.aspx>
- <http://www.politicheantidroga.it/progetti-e-ricerca/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2010/presentazione.aspx>
- http://www.illicitdrugmarket.net/act_upon_the_market.pdf
- <http://www.giustizia.it/giustizia/it/>
- <http://www.emcdda.europa.eu/>
- <http://www.agoramagazine.it>
- <http://www.fuoriluogo.it>
- <http://www.cnca.it/>




PARTE 2

**Aspetti sanitari negli
istituti penitenziari italiani**

Sandro Libianchi, Daria Piacentino





CAPITOLO 1

La riforma della sanità in carcere in Italia

Sandro Libianchi (a), Daria Piacentino (b), Cristina Imperatori (c), Ada Silvestri (c), Sara Mossino (c), Ornella Vagnozzi (c), Emanuela Falconi (c).

- (a) Responsabile Medico Unità Operativa Casa di Reclusione di Rebibbia A.S.L. Roma B. Referente della Regione Lazio nel tavolo tecnico nazionale sulla medicina penitenziaria presso la Conferenza Unificata. Membro della Consulta Nazionale per le Tossicodipendenze presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga.*
- (b) Medico presso la U.O.C. di Psichiatria dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea; membro del ROME III – Multinational Working Team to Develop Criteria for Functional Disorders; consulente per l'ANEMGI – Associazione Neurogastroenterologia e Motilità Gastrointestinale.*
- (c) Coordinamento Nazionale degli Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane- Co.N.O.S.C.I. onlus.*

1.1 Introduzione

Al tema della tutela della salute in carcere afferisce un complesso sistema categorico di non agevole condivisione, in quanto ad esso fanno riferimento materie eterogenee, oltre le scienze mediche, quali il diritto, la politica, l'economia. In carcere inoltre devono trovare spazio di convivenza, sia le esigenze di salute, che quelle di sicurezza.

Il dettato costituzionale (art. 3, art. 27, art. 32) garantisce che le prestazioni tutela dello stato di salute del cittadino debbono essere gratuite per gli indigenti, estese a tutta la popolazione, volontarie e mai obbligatorie, se non in casi eccezionali. Universalismo, Solidarietà ed Uguaglianza sono i principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale Italiano, per cui tutti i cittadini hanno diritto di usufruire dei servizi sanitari previsti nei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) stabiliti a livello statale, con pari opportunità di accesso e concorso alla spesa in misura proporzionale al reddito personale.

Molti dei principi generali espressi nella Costituzione italiana e nelle leggi del Sistema Sanitario Nazionale, sono ispirati e condivisi con altri di livello internazionale, quali quelli contenuti nella "Conferenza internazionale della Sanità" (1946), nella Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea (art. 5), nella 'Commission on Social Determinants of Health' (O.M.S.).

Del pari al diritto della tutela della salute delle persone libere, gli stessi organi nazionali ed internazionali hanno proceduto a studiare e tutelare la salute delle persone in condizione di restrizione della libertà personale. In tutti i casi è stata rilevata la peculiarità della situazione carceraria che presenta aspetti del tutto caratteristici come lo stesso rapporto operatore sanitario-paziente detenuto che deve reggere una tensione legata alla non volontarietà di residenza in quel contesto, allo status di subalternità, agli orari di vita condizionati, all'esigenza di una specifica dialettica e di una organizzazione correlata ad esigenze di sicurezza., ecc.

1.2 I presupposti di una riforma

La denominazione 'medicina penitenziaria' compare per la prima volta nella Legge n. 740 del 1970 e precorre lo stesso Ordinamento penitenziario e relativo Regolamento di attuazione (D.P.R. n. 354 del 1975) evidenziando ('in nomen omen') la diretta dipendenza dalle istanze di giustizia e ad essa funzionali e subordinate.

La Legge 740/70 deriva dalla revisione di quella che istituiva la figura del Medico con Regio Decreto 25 marzo 1923, n. 867. In pratica, fino alle attuali norme di regolamentazione, lo Stato erogava alcune prestazioni sanitarie, al cittadino detenuto o internato. L'organismo responsabile di queste funzioni era il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (D.A.P.) e le Direzioni dei penitenziari. L'organizzazione consisteva in un sistema di governo di professionisti sanitari che, per il reperimento delle professionalità si avvaleva, nella quasi totalità dei casi, dello strumento giuridico della convenzione ad personam. Questa forma contrattuale legava gerarchicamente il professionista alle Direzioni penitenziarie, concretizzando un sistema di erogazione di prestazioni sanitarie subordinate in grande misura alla peculiarità del sistema stesso e quindi molto improntate sul controllo e sulla sicurezza. Con la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 ("Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale") viene data attuazione al principio dell'universalità del diritto alla salute: *'Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini'*. La previsione dell'Universalità dell'intervento sanitario appare chiaro e avrebbe dovuto coinvolgere tutti i cittadini presenti sul territorio italiano. Purtroppo, per motivazioni mai ben chiarite, la popolazione detenuta restò esclusa da questa riforma e rimase nelle competenze del Ministero della Giustizia (L. 740/70) che sviluppò un proprio sistema di assistenza parallelo, ma differente da quello nazionale con una chiara discriminazione nell'espressione dei diritti dei cittadini che avrebbero dovuto essere indipendenti dallo stato di privazione della libertà personale.

Il primo atto di riconnessione allo schema nazionale di assistenza si ebbe con il D.P.R. 309/90. Questo, all'art. 96, prevedeva la responsabilità dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti (ma non ancora 'tossicodipendenti detenuti') da parte del SSN. Per risolvere questo sistema anomalo che alimentò lo stato di confusione del settore, si dovranno aspettare ancora dieci anni (D. Lgs. 230/99).

Pertanto la ridefinizione dei principi che modificano un sistema preesistente integrandolo con un altro (DPCM1 aprile 2008) molto più vasto ed articolato, ha dovuto comprendere l'individuazione di precise linee progettuali, quali: la buona conoscenza del sistema e delle normative

specifiche, una certa gradualità nel suo sviluppo, un adeguato e sicuro sistema di finanziamento ed un ottimo collegamento e comunicazione tra enti responsabili: A.S.L., Comuni, Regioni ed altri Enti Pubblici e privati ed il volontariato.

Per ciò che attiene alla ipotizzata specialità della medicina penitenziaria, correlata alla necessità di conoscenze multidisciplinari e trattamenti penitenziarie accanto a quella degli elementi propri della sicurezza, essa viene riaffermata soprattutto da coloro che affermano la necessità di autonomia di questo servizio rispetto a quello sanitario nazionale e, unici nel comparto del servizio pubblico, con l'eventuale mantenimento di una doppia contrattualità con lo Stato.

Il rapporto che normalmente si instaura tra sanitario (medico, infermiere, psicologo, assistente sociale, ecc.) e paziente presuppone l'esistenza di una serie di fattori e condizioni che in libertà sono del tutto scontati, ma che in carcere non lo sono affatto: questo deve essere attentamente considerato al fine di poter avviare un sistema di gestione calibrato su tali specificità. Analizzeremo di seguito le principali problematiche di contesto e di interazione tra persone che agiscono all'interno dello stesso "contenitore".

1.2.1 Le specificità dell'intervento clinico in carcere

1. *Basso grado di autodeterminazione nei confronti delle prestazioni sanitarie:* La persona detenuta può influire pochissimo sulle scelte diagnostiche e terapeutiche che lo riguardano, se non rifiutandole. Ogni atto sanitario è deciso, mediato ed eseguito in modo quasi totalmente autonomo da parte dei responsabili sanitari dell'Istituto.
2. *Notevole limitazione nella scelta del personale curante:* La persona detenuta non ha la possibilità di scegliere il curante, anche perché i medici incaricati del servizio di medicina di base – escluse quindi le urgenze e gli specialisti – sono pochi o uno solo. Il regolamento penitenziario (art. 17) prevede la possibilità di avere un proprio medico di fiducia, retribuito dal paziente.
3. *Forte limitazione nella scelta del luogo di cura:* Le motivazioni che sottendono a questa esclusione risiedono in evidenti motivi di sicurezza, che potrebbero essere alla base di evasioni programmate. L'unico tipo di ricovero che il detenuto non può rifiutare è quello presso un Ospedale Psichiatrico Giudiziario, che di ospedaliero mantiene solo la denominazione, ma nella realtà sono strutture non distinguibili da un carcere normale..

4. *Scarsa possibilità nella gestione dei tempi di cura:* La scelta del giorno o degli orari di effettuazione risponde a logiche organizzative che ricalcano le esigenze e le liste di attesa di un normale servizio pubblico. La scarsità di personale Polizia penitenziaria limita fortemente le traduzioni ed i piantonamenti.
5. *Difficoltà nell'istaurare l'auspicato rapporto fiduciario con i curanti:* Il curante è storicamente percepito dal detenuto come un 'pezzo specializzato' dell'amministrazione repressiva. Ciò determina una relazione fortemente condizionata rispetto ai rapporti di scelta libera, in particolare tenendo presenti le ricadute medico-legali, e quindi penitenziarie, dei normali atti certificatori: colloqui, risultanze degli esami diagnostici, esiti delle cure poste in atto e per le funzioni medico-legali che subordinano una eventuale scarcerazione (compatibilità con il regime carcerario) o il godimento di eventuali benefici di legge (misure alternative, permessi, licenze, ecc.), le commissioni disciplinari.
6. *Impossibilità nella scelta degli ambienti di vita:* La gestione interna all'istituto dell'allocazione del detenuto è demandata completamente alle funzioni di Polizia e di Direzione. La possibilità di una scelta degli ambienti di vita e di evitare quelli che si considerano poco salubri è fortemente condizionata da questi fattori. (es. Locali per fumatori).
7. *Rilevante difficoltà nel mantenere i previsti parametri per la Privacy:* L'assetto gestionale della documentazione clinica del ristretto prevede che il c.d. "diario clinico" (non "cartella clinica") sia una parte integrante del fascicolo personale che normalmente viene di regola gestito anche dal personale penitenziario. L'accesso ai dati sensibili non risulta essere sottoposto a particolari restrizioni, in quanto 'tutti gli operatori sono sottoposti all'obbligo della riservatezza'.
8. *Diritto a non essere curato:* il rifiuto di terapie è normalmente espressione di una protesta; a queste motivazioni talora si associano anche tentativi di strumentalizzazione, come può accadere con i pazienti affetti da AIDS che interrompono, o fraudolentemente non assumono, la terapia antiretrovirale, per aggravare le proprie condizioni cliniche e forzare sulla richiesta di sospensione dell'esecuzione della pena o del suo differimento.
9. *Pressioni e compiacenze improprie sul personale sanitario:* finalizzate all'ottenimento di azioni specifiche da parte del personale medico in

- occasione di certificazioni e di relazioni finalizzate generalmente all'ottenimento di un beneficio, spesso in ambito psichiatrico.
10. *Rapporto 'libero professionale' dei sanitari o comunque subordinato alle direzioni:* Uno dei punti di grande debolezza professionale del personale sanitario delle carceri è stato quello di essere stato titolare di un rapporto di lavoro estremamente fragile e facilmente risolvibile. Questo ha determinato una sorta di sottile asservimento alle indicazioni amministrative, non sempre in linea con le linee produttive delle prestazioni sanitarie e spesso disallineate dalle prassi gestionali della sanità sul territorio. La modifica del datore di lavoro e la trasformazione dei contratti in quelli di tipo nazionale, ha ridotto questo aspetto.
 11. *Cure non ufficiali, personali, farmaci di libera vendita, prestazioni e certificazioni rese privatamente:* L'iter di approvvigionamento dei farmaci e di ogni altro tipo di cura o presidio è sottoposto ad un controllo sia del medico responsabile che autorizza, sia della direzione penitenziaria, che può opporsi all'uso od all'acquisto di farmaci o strumentazioni per motivi di sicurezza o disciplina (es. misuratore della glicemia personale per autocontrollo). Di regola, eventuali referti resi privatamente da consulenti privati non entrano a far parte della cartella clinica del detenuto.
 12. *Richieste terapeutiche inappropriate o francamente errate:* All'uso inappropriato di farmaci psicotropi si associa la scarsità degli interventi trattamentali o più specificatamente psicologici. Il sovraffollamento di questi anni non riduce il fenomeno, ma forse gioca un ruolo di fattore indipendente di aggravamento dei quadri sintomatologici psichici ed astinenziali.
 13. *Conversione di problemi non sanitari in problemi sanitari:* si realizza per un uso improprio delle risorse sanitarie in casi in cui non si abbiano mezzi risolutivi di un conflitto o non si sappiano utilizzare quelli a disposizione come ad esempio l' 'invio' del detenuto presso l'infermeria per risolvere i problemi attraverso una visita dello psichiatra con relativa somministrazione di farmaci. In questo caso si tratta di una c.d. 'sanitarizzazione di problematiche convenzionali'. In caso di atti di autolesionismo di protesta verso eventi negativi (sentenze passate in giudicato o sfavorevoli, mancata concessione di benefici, morte di familiari, ecc.) si è di fronte ad una "medicalizzazione strumentale impropria".
 14. *Sindromi da simulazione:* la simulazione può essere definita come quel comportamento che si manifesta "nella produzione

intenzionale di sintomi fisici o psicologici falsi o grossolanamente esagerati, motivata da incentivi esterni come evitare il lavoro o un procedimento penale, oppure ottenere farmaci". Il rischio di una mancata od errata valutazione dei sintomi lamentati è notevole sia per il presunto malato che per il medico.

15. *Sintomatologie e sindromi specifiche connesse alla carcerazione*: in corso di privazione della libertà personale sono state descritte particolari situazioni cliniche, quali: il "trauma da carcerazione" o "sindrome da ingresso in carcere", sindomatologie neurovegetative specifiche conseguenti a carcerazione, la "Sindrome di Ganser", la "Sindrome di Wernicke", la "Sindrome da Prisonizzazione", l'A.D.H.D. (Attention Deficit Hyperactivity Disorder).
16. *I rischi professionali in carcere*: Il rischio professionale in carcere è rappresentato dalla possibilità di eventi avversi nello specifico contesto. Tali rischi riguardano sia la sfera legale (lesioni, omissione di atti d'ufficio, minacce, malpractice sanitaria, ecc.) che quella ambientale (patologie infettive, aggressioni, patologie da stress, burn out, ecc.).
17. *Necessità di formazione specifica*: conditio sine qua non di un sistema di servizi (S.S.N.) che ne ingloba un secondo è la risposta alla necessità di conoscenza reciproca specie se accompagnata dalla creazione e implementazione di nuovi modelli operativi prima non noti o non esistenti. In questo modo si potrà costruire un piano formativo/informativo per gli appartenenti ai due sistemi.

1.2.2 Le aree critiche della salute in carcere

Sulla base delle attuali forme organizzative, le principali aree di intervento, che potrebbero divenire tutte corrispondenti Unità Operative Aziendali, sono distinguibili in:

- Aree Funzionali Universali (valutazione all'ingresso in carcere, assistenza di base, assistenza specialistica interna ed esterna, assistenza psicologica, l'isolamento, la prevenzione, l'alimentazione, attività medico-legale, attività di ricovero, minori, stranieri, donne e bambini).
- Aree Operative Cliniche (Salute Mentale, Alcol-Tossicodipendenza, malattie infettive, patologia odontoiatrica, urgenza e gestione dell'evento critico, isolamento, riabilitazione).

- Aree Professionali di Assistenza (coordinamento ed assistenza infermieristica, assistenza sociale, assistenza psicologica, educatori di comunità).

Alcune, tra le attività presenti nelle aree della salute in carcere meritano una particolare attenzione, sia per entità che per peculiarità e tra esse:

L'attività' medico-legale per i detenuti.

Essa risulta di primaria importanza in quanto è la premessa per l'adozione di azioni giudiziarie che possono modificare lo stato di detenzione, sospenderlo od annullarlo per incompatibilità e comprende certificazioni di vario tipo, quali: sopraggiunta invalidità fisica o psichica, lesionismo etero o autoindotto, violenza sessuale, tossicodipendenza, 'minorazione psichica, richiesta di osservazione psichiatrica, ecc..

Generalmente, la consulenza del medico che viene richiesta dall'autorità giudiziaria per l'accertamento delle condizioni di salute è prevista in diversi articoli di legge:

- Codice Penale: art. 146 (differimento obbligatorio), 147 (differimento facoltativo), 148 (infermità mentale sopravvenuta), 206, e 212 2° co., art. 215.

- Codice di Procedura Penale: L'art. 70 (imputati o condannati cui sia sopravvenuta una patologia psichiatrica che impedisce loro di affrontare consapevolmente il processo), art. 73 (stato di capacità dell'imputato), art. 275, 4° comma, 276, 286 e 286 bis comma 2 (custodia cautelare in luogo di cura), art. 299.

- Regolamento di Esecuzione: art. 98, 4° co. (misure di sicurezza)

- Legge n. 231 del 12.7.1999.

- D. M. 25.5.1993.

L'atto che viene richiesto al medico che lavora in carcere per esprimere il proprio parere, di consueto è rappresentato da una relazione medica descrittiva, dove viene espresso un giudizio di compatibilità con la detenzione.

In questa sua valutazione deve essere opportunamente valutata la possibilità di cure all'interno della struttura penitenziaria o di altre maggiormente attrezzate, la loro durata eventuale, il potenziale di guarigione del soggetto ed il teorico beneficio che si potrebbe trarre da un ricovero in una struttura ospedaliera esterna al carcere. Inoltre deve essere valutata, la possibilità che queste condizioni di salute possano peggiorare

con il permanere in carcere anche in relazione al principio costituzionale che "l'infermità, a cagione della gravità delle condizioni, sia di tale rilevanza che l'espiazione della pena si appalesi in contrasto con il senso di umanità". La valutazione medico-legale deve fornire elementi utili al Giudice in termini di tipologia e livello di compromissione fisica del periziando o della sua facoltà mentale (diagnosi), dell'evoluzione della patologia (prognosi), e del tipo di opportuna struttura terapeutica (terapia), e deve essere tale da permettere un buon bilanciamento tra istanze di tutela della salute dell'individuo e tutela del livello di sicurezza sociale. Un caso particolare di incompatibilità ci viene fornito dalla relativamente recente problematica delle sindromi AIDS-correlate e del loro livello di gravità effettiva. A questo proposito bisogna ricordare che, fino al 1995, la dichiarazione di incompatibilità ed il relativo provvedimento giudiziario erano legati ad una sorta di automatismo, quasi totalmente condizionato da un singolo valore numerico di laboratorio (la conta dei linfociti Cd4). Con due sentenze della Corte Costituzionale (438 e 439 del 18.10.95), a partire dal '96 fu posto un limite al rigido automatismo nell'applicazione delle misure e da allora la valutazione clinica diventò individualizzata.

Per ciò che invece attiene all'infermità mentale, è necessario rappresentare altre modalità di pesi e misure, in quanto per la malattia mentale non è prevista alcuna forma di rinvio facoltativo della pena ai sensi dell'art. 148, che impone infatti al giudice l'obbligo del ricovero in O.P.G. (ospedale psichiatrico giudiziario) od in C.C.C. (casa di cura e custodia) del condannato "affetto da infermità psichica tale da impedire l'esecuzione della pena".

A tale proposito vale la pena ricordare come la L. 180/78 abbia soppresso tutti gli Ospedali Psichiatrici Civili, ma non quelli Giudiziari, anche in ragione delle motivazioni suesposte. Ai sensi dell'art. 219 del Codice Penale, *"Il condannato, per delitto non colposo, a una pena diminuita per cagione di infermità psichica, o di **cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti**, ovvero per cagione di sordomutismo, è ricoverato in una casa di cura e di custodia per un tempo non inferiore a un anno quando la pena stabilita dalla legge non è inferiore nel minimo a cinque anni di reclusione. Quando deve essere ordinato il ricovero in una casa di cura e di custodia, Possono esservi sottoposti anche i soggetti condannati alla reclusione per i delitti commessi in stato di ubriachezza, qualora questa sia "abituale" o per delitti commessi sotto l'azione di sostanze stupefacenti. L'ordine di ricovero è eseguito dopo che la pena restrittiva della libertà personale sia stata scontata o sia altrimenti estinta"*.

Le stesse funzioni giudiziarie del medico in carcere ben esemplificano il potenziale conflitto che si può creare nel delicato rapporto 'medico-paziente detenuto' trasformandolo in un rapporto 'medico-detenuto paziente', laddove le istanze di giustizia divengono primarie rispetto alla cura ed alla già complessa interazione. Ci si interroga se possano coesistere nella stessa professionalità, alternativamente, funzioni di tipo giudiziario di cui il paziente da portatore di interessi diventa possibile oggetto di una disconferma sul suo stato di salute ed il contemporaneo rapporto di cura basato sulla fiducia, ricordando che è la stessa persona che ha l'obbligo di segnalare l'impossibilità di prosecuzione della detenzione.

Patologie da Dipendenza da Sostanze Stupefacenti ed Alcoliche.

Uno degli obiettivi da raggiungere in questo settore, è rappresentato dalla riduzione della mortalità e della morbosità legate alla tossicodipendenza, all'abuso di sostanze ed alle patologie correlate ai comportamenti a rischio come pratiche sessuali, tatuaggi, piercing ("Riduzione del Danno da droghe"). Nel carcere il perseguimento di tale obiettivo viene ancora influenzato dalla necessità di profondi cambiamenti strutturali e culturali. Con il passaggio delle competenze sanitarie alle A.S.L. il raggiungimento di questo obiettivo appare più realizzabile.

La cura dei tossicodipendenti in carcere, come abbiamo visto, è legata al DPR 309/90 attraverso i Ser.T. sebbene sia auspicata la collaborazione diretta dei Dipartimenti della Salute Mentale in quanto alta appare la frequenza di comorbilità psichiatrica in corso di patologia da dipendenza appare elevata (circa il 50%). La situazione critica del paziente tossicodipendente è legata anche alla frequente associazione con le altre patologie correlate di tipo infettivologico (HIV, HCV, HBV, TBC, MST, ecc.). L'art. 118 del DPR 309/90 demanda ai Ser.T. il coordinamento di tutte le attività sanitarie correlate alla cura dell'AIDS. I detenuti con problemi di consumo di sostanze stupefacenti sono certamente la categoria più rappresentata in carcere, anche se solo per una parte di essi è possibile formulare una diagnosi di tossicodipendenza o di alcolodipendenza secondo il DSM IV. Le percentuali di tossicodipendenti dichiarate dal Ministero della Giustizia nelle sue rilevazioni semestrali e nelle relazioni al Parlamento risultano regolarmente disallineate con le percentuali rilevate e diagnosticate dai servizi specialistici delle A.S.L. (Ser.T.), valutando un numero inferiore di casi di "Tossicodipendenti"; la categoria delle persone con diagnosi di "Abuso" non viene censita, anche se avrebbe un peso notevole, specie per le richieste di misura alternativa.

Il tossicodipendente da oppiacei in astinenza è un paziente critico che ha un urgente bisogno di assistenza specialistica garantita dai Ser.T, e deve poter essere avviato ad un programma di riabilitazione esterno nel più breve tempo possibile, possibilmente quando ha risolto la sindrome astinenziale e stabilizzato l'equilibrio psicofisico a livelli che possano garantire una presa in carico sul territorio o in Comunità Terapeutica senza correre rischi di rapida ricaduta nell'uso di stupefacenti.

Un altro tipo di problema che si osserva è legato al traffico illegale interno di sostanze stupefacenti o alcoliche. Per ciò che attiene alle prime, una misura seppur grossolana dell'entità del fenomeno ci è data dal numero di rapporti di polizia penitenziaria sui sequestri di sostanze, dal rinvenimento di strumentazioni e parafernalia di distillazione od iniezione, dagli arresti in carcere (detenuti, personale) o nelle sue prossimità (parenti, personale, denunce presentate all'Autorità Giudiziaria, ecc.). Anche se prioritario appare il tentativo costante di scongiurare l'ingresso della droga in carcere, la circolazione e l'uso di stupefacenti non di rado, viene sostituito da surrogati quali il gas delle bombolette, farmaci reperiti in modo illegittimo, ecc.

Il consumo di sostanze alcoliche in carcere è possibile, ma rigidamente regolamentato da precise norme che ne limitano l'utilizzazione. In particolare tale previsione è contenuta nel nuovo Regolamento dell'Ordinamento Penitenziario (D.P.R. n° 230 del 30/06/2000) che all'art. 14, comma 3, regola il consumo di vino e alcolici. È consentito l'acquisto presso lo spaccio interno e il consumo giornaliero di vino in misura non superiore a mezzo litro (250 c.c. x 2) al giorno, e di gradazione non superiore a dodici gradi, o di birra in misura non superiore ad un litro.

La distribuzione e il consumo di tali bevande avviene nei locali in cui si consumano i pasti. In ogni caso è vietato l'accumulo di bevande alcoliche. Il vino viene distribuito gratuitamente ai detenuti in quanto previsto nelle tabelle vittuali carcerarie, la birra deve essere pagata dal detenuto dopo autorizzazione all'acquisto da parte della direzione del carcere. L'acquisto o la consegna di alimenti alcolici al singolo detenuto possono essere sospesi temporaneamente per motivi di ordine medico o per motivi di sicurezza, anche ad interi reparti per motivi di sicurezza.

Tra i motivi di ordine sanitario, l'alcol (vino o birra) viene usualmente sospeso in corso di terapie di tipo psichiatrico, o per il trattamento delle sindromi astinenziali da sostanze stupefacenti. In realtà sarebbe opportuno interrompere questo tipo di forniture in caso di pregresso uso di stupefacenti, sia per la frequente concomitanza di terapie psichiatriche, sia

per limitare il rischio di ricadute nel consumo/abuso di sostanze stupefacenti ed alcoliche.

Tali provvedimenti si rendono necessari ogni qualvolta vengono segnalati eventi critici legati all'uso improprio, come risse, aggressioni, episodi di auto-eterolesionismo, ecc. In molti casi la genesi del conflitto è legata ad un uso improprio dell'alcolico che si realizza laddove ci siano fenomeni di accumulo di quantità di confezioni cedute in cambio di altri generi di consumo (es. sigarette, vitto, ecc.) da parte di persone che non ne consumano.

In nessun caso è concesso l'acquisto, la cessione o l'uso di superalcolici. Purtroppo però il controllo del consumo di alcolici e superalcolici non è completo, in quanto nelle rivendite interne (Bar), alle quali non accedono i detenuti, molto spesso sono presenti superalcolici in libera vendita. Dal punto di vista terapeutico, purtroppo si risente ancora di una certa arretratezza culturale nel settore specifico dei Problemi Alcol Correlati (P.A.C.). In particolare, accanto ad una generale sottovalutazione del problema del consumo di sostanze alcoliche, che coinvolge anche la popolazione generale, si riscontra una frequente mancata diagnosi di P.A.C. all'entrata in carcere, in quanto il consumo alcolico ancora viene accertato con un unico item anamnestico, senza altra indagine di circostanza o approfondimento diagnostico.

Ad una prima valutazione in entrata al carcere, segue una segnalazione al servizio specialistico per le dipendenze (Ser.T.), che valuterà in base alle segnalazioni pervenute; in genere si tratta di casi evidenti di alcolismo o di persone in attuale stato di ebbrezza, con ampia sottovalutazione di tutti quelli che presentano problematiche di abuso o dipendenza non attuali.

Si può quantizzare la sottovalutazione del fenomeno quando si vanno ad incrociare i dati relativi alle persone segnalate per P.A.C. o patologie da dipendenza e le richieste di certificazioni per alcol-tossicodipendenza che superano le prime, e fanno emergere l'entità della mancata valutazione diagnostica e terapeutica di molti pazienti.

A tale proposito si ricorda che le certificazioni di alcol-tossicodipendenza sono il documento fondamentale per l'ammissione alle misure alternative all'esterno del carcere, ed è ben comprensibile la difficoltà diagnostica una di alcolodipendenza solo sulla base di elementi anamnestici che possono essere anche esagerati o francamente artefatti, al fine di ottenere l'importante documento. Inoltre però, ancora oggi, sono riscontrabili atti terapeutici incongrui e retaggio del passato come le terapie a base di 'vino' per alcolisti in astinenza, addirittura con registrazione nei diari clinici del penitenziario. Nei confronti di questo problema, si richiama la grande

responsabilità dei servizi specialistici delle A.S.L. (Ser.T.) nell'intervenire anche con processi di formazione che coinvolgono gli operatori penitenziari addetti alla valutazione in accoglienza dei detenuti 'nuovi giunti' ed i medici incaricati dell'assistenza di base.

Un cenno particolare deve essere fatto per l'unica importante iniziativa terapeutica carceraria in tema di tossicodipendenze, strettamente congiunta ai piani trattamentali penitenziari, rappresentata dalla "Custodia Attenuata". Progetto del Ministero della Giustizia avviato in maniera sperimentale dal 1989, consta di un regime penitenziario caratterizzato dalla prevalenza delle iniziative trattamentali e terapeutiche a carattere intensivo. Il programma è su base volontaria, a domanda, ed entra nelle progettualità dei Ser.T. (art. 96 comma 1 e 4 del DPR 309/90, "...reparti carcerari particolarmente attrezzati..."); la conclusione del programma si ha in genere con l'ammissione ad una misura alternativa. Le tipologie delle strutture dedicate a questo progetto prevedono due forme di realizzazione: Istituti interamente dedicati e Sezioni annesse a grandi istituti. In entrambi i casi sono previsti ampi spazi verdi, la possibilità di celle singole, una bassa capienza dell'istituto, cucine autogestite comuni, sale colloquio non fortemente limitanti. I detenuti selezionati, oltre ad avere una diagnosi di alcoltossicodipendenza, devono risultare con un basso indice di pericolosità sociale, possibilmente alla prima detenzione, di età giovane, buono stato psicofisico, basso grado di coinvolgimento delinquenziale. L'operatività professionale nell'istituto è composta dall'"Equipe Integrata" costituita da professionalità dell'Istituto (Direttore ed altri operatori penitenziari), Responsabile medico della struttura, personale del Ser.T., Operatori degli Enti Ausiliari, altri soggetti.

1.3 Il personale

Una pluralità di figure professionali sanitarie opera in carcere: dirigenti medici aziendali, medici incaricati (ex L. 740/70), psicologi, medici di guardia, medici specialisti, infermieri professionali e generici, ausiliari socio sanitari, farmacisti e personale tecnico. La maggior parte degli operatori non ha una presenza quotidiana e regolare, in virtù del proprio rapporto di consulenza e ciò ha rappresentato un rilevante vantaggio per la Giustizia in termini economici, ma ha determinato un basso 'senso di appartenenza' da parte del personale verso il suo datore di lavoro.

L'estrema frammentarietà di una tale situazione dimostra una mancata visione strategica sanitaria e 'di servizio', che ha indotto il legislatore a mettere in atto le trasformazioni previste con il D.P.C.M. 1 aprile 2008 in un insieme organico, al pari di un qualsiasi servizio del S.S.N.. Nel D.P.C.M., la prevedibile richiesta di miglioramento dei livelli contrattuali in corso, che ha visto l'accordo delle parti trattanti in sede di definizione della spesa di esercizio, ha determinato una lievitazione di circa il 5-7% dell'intero importo stanziato dal Ministero dell'Economia rispetto al precedente erogato al Ministero della Giustizia.

1.4 L'evoluzione dei modelli organizzativi. La programmazione

Gli attuali modelli organizzativi della sanità in carcere sono stati rivisti ed implementati secondo la nuova normativa e tenendo conto del quadro rapidamente mutevole in rapporto ai flussi, alle etnie, concentrazione di persone detenute, mobilità nel territorio carcerario, insorgenza di nuove patologie, stati di bisogno ed eventi non previsti.

I principi gestionali del modello dovranno essere almeno pari a quelli delle altre aree di interesse aziendale, evitando rigorosamente principi di autonomia forieri piuttosto di isolamento che di buona gestione. La base del modello dovrà necessariamente contemplare un elevato grado di complessità di questa funzione sanitaria. In ogni caso occorre una grande attenzione per costruire un'organizzazione che abbia un elevato tasso di efficacia ed efficienza in termini di strutture, personale, formazione e coordinamento, specie nel periodo iniziale. La precedente conservazione di uno stato di autonomia del 'sistema sanitario penitenziario' rispetto al S.S.N. ha determinato una gestione di un settore altamente specialistico (sanitario), con tutte le ripercussioni prevedibili. Esempi di queste discrasie sono state l'impossibilità di adeguare le strumentazioni cliniche ed il parco tecnologico sanitario degli istituti agli standard qualitativi del S.S.N., con il mantenimento in essere di macchinari spesso obsoleti e non 'a norma', quindi, di fatto, inutilizzabili, ma non inutilizzati. Una attenzione particolare è stata dedicata alla realizzazione dei 'Livelli Minimi di Assistenza', purtroppo però anche questi frustrati per la riduzione dei servizi specialistici ed assistenziali.

Questo sistema di gestione programmata dell'applicazione delle leggi del settore genera accordi di programma che sono vincolanti per tutte le regioni, a garanzia di un pari livello di prestazioni minime per una

determinata categoria di pazienti (L.E.A.), anche attraverso un riparto vincolato dei fondi, funzionale alle esigenze locali. I tre principali parametri per la ripartizione dei fondi sono:

- la popolazione residente nel territorio regionale
- la mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni
- la consistenza e lo stato di conservazione degli immobili e delle dotazioni tecnologiche.

Le strutture sanitarie all'interno delle carceri hanno avuto caratteristiche, e conseguenti fondi a disposizione, a seconda della tipologia e della capienza degli istituti che le contenevano. Sono stati individuati tre livelli:

- I° livello: con capienza fino a 225 persone
- II° livello: con capienza superiore a 225 persone
- III° livello: rappresentato dai C.D.T..

1.5 L'evoluzione della normativa nazionale

Il primo atto che avvia un percorso virtuoso di reale riordino del settore si registra con la Legge 30 novembre 1998, n. 419 ("Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" – G.U. n. 286 del 7 dicembre 1998), che all'art. 5 prevede tutti i principi di realizzazione del transito alle Regioni di tale competenza che dovrà avvenire in modo graduale e con decreti successivi. Il primo di questi decreti è il Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230 ("Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419"), che di fatto avvia il processo di completo e definitivo trasferimento delle funzioni sanitarie relative al settore della tossicodipendenza e della prevenzione. La gradualità del passaggio viene successivamente stabilita attraverso una fase sperimentale in alcune regioni, che si realizzerà attraverso il Decreto 20 aprile 2000 ("Individuazione delle regioni nelle quali avviare il graduale trasferimento, in forma sperimentale, delle funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria al Servizio sanitario nazionale. Determinazione della durata della fase sperimentale prevista dall'art. 8, comma 2, del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230" - G.U. n. 126 del 1° giugno 2000) e con il Decreto Interministeriale 21 aprile 2000 ("Approvazione del progetto obiettivo per

la tutela della salute in ambito penitenziario" – G.U. n. 120 del 25 maggio 2000). Durante tale fase, a causa di alcuni ritardi delle amministrazioni concorrenti, vennero superati i termini stabiliti, e fu necessario procedere ad una ulteriore decretazione integrativa. Con Decreto 24 dicembre 2000 ("Disposizioni correttive del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 recante il riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5, comma 2, della legge 30 novembre 1998, n. 419") si è provveduto ad indicare un nuovo termine della fase sperimentale, e ad includere altre tre regioni nella sperimentazione.

La fase sperimentale fu analizzata dal Comitato per il Monitoraggio e la Valutazione della Fase Sperimentale relativa al trasferimento delle funzioni sanitarie dell'amministrazione penitenziaria al servizio sanitario nazionale, appositamente istituito presso il Ministero della Salute, il quale in data 27 Giugno 2002 conclude la sua relazione, affermando il raggiungimento di positivi risultati:

"Considerati i vincoli esistenti, spesso di notevole portata, la mancata o tardiva attuazione di norme essenziali al raggiungimento degli obiettivi prefissati ("forme progressive di inserimento... all'interno del S.S.N., di personale e di strutture sanitarie dell'amministrazione penitenziaria"), le diffidenze e le naturali resistenze di una sparuta minoranza di operatori di ambo le parti (S.S.N. e A. P.), la non sempre espressa volontà positiva del Ministero della Giustizia per una completa attuazione della normativa (settore minorile), si ritiene che il S.S.N., nelle regioni considerate in fase sperimentale, abbia di fatto e concretamente raggiunto un elevato grado di assunzione di funzioni e di gestione del personale, tali da poter giudicare il risultato come 'di ottimo livello'. Pur restando urgentemente da chiarire i tempi di trasferimento delle altre risorse al S.S.N., è doveroso notare come questa fase sia da considerarsi prioritaria ed urgente, sia per le giuste aspettative dei detenuti e delle loro famiglie che subiscono ancora le gravi carenze di un supporto sanitario penitenziario ben lungi dagli standard quali-quantitativi del S.S.N., sia per le aspettative del personale coinvolto, che vede nel trasferimento un obiettivo di maggiore qualificazione professionale (...)"

Mentre si procedeva alla sperimentazione, un altro fattore determinante si profilava all'orizzonte, un'altra legge (Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3: "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione" – G.U. n. 248 del 24 ottobre 2001) delegava alle regioni le competenze

organizzative in fatto di sanità territoriale, determinando una riconferma normativa in tema di sanità in carcere. Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° aprile 2008, disciplinante “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di Sanità Penitenziaria”, mette fine alle controversie di quaranta anni di gestione sanitaria nelle carceri italiane, ed apre alle prospettive di una vera e propria riforma (non solo di un semplice riordino), ponendo la base per un percorso difficile e non breve, ma che è destinato a produrre il miglioramento della qualità della vita dei detenuti nel nostro paese.

Il decreto del 1 aprile 2008 è composto da diverse sezioni:

- testo del decreto
- allegato 'A' (Linee di indirizzo generali)
- allegato 'C' (Linee di indirizzo per gli interventi negli O.P.G.)
- allegato 'D' (personale di ruolo e non di ruolo)
- tabella 'B' (categorie e profili previsti per il personale delle aziende).

Per la realizzazione di quanto previsto dal D. Lgs. 230/99, il decreto prevede l'identificazione di 5 principi fondamentali di riferimento (allegato 'A'):

1. Piena parità di trattamento tra persone detenute e persone libere, adulti e minori.
2. Piena e leale collaborazione interistituzionale
3. Complementarietà tra trattamenti sanitari e sociali con partecipazione diretta degli interessati alle attività di cura, prevenzione e riabilitazione.
4. Condizioni ambientali di vita rispondenti al rispetto della dignità umana.
5. Garanzia di continuità terapeutica.

Gli strumenti necessari al raggiungimento degli obiettivi di salute identificati in accordo con il Piano Sanitario Nazionale sono:

- Definizione di modalità organizzative del servizio sanitario di ogni istituto con modelli differenziati, ma integrati alla rete dei servizi regionali
- Conoscenze epidemiologiche sulle patologie prevalenti nello specifico settore
- Conoscenza degli specifici fattori di rischio

- Creazione di un sistema informativo con cartelle cliniche informatizzate
- Strumenti di gestione per le patologie gravi, di lunga durata e croniche
- Sistemi di valutazione della qualità degli interventi
- Sistemi di formazione continua
- Coordinamento interregionale e con le articolazioni del Ministero della Giustizia.

Per quanto riguarda le specifiche aree di intervento sanitario nelle carceri, il legislatore pone l'accento su alcune di esse:

La medicina di base: con la valutazione dello stato di salute all'ingresso del carcere. E' probabilmente la branca della sanità in carcere che ha più peso, in termini di prestazioni, rispetto alle altre, ed in particolare ai fini della garanzia del rispetto dei Livelli essenziali di assistenza (L.E.A.).

Le prestazioni specialistiche: l'A.S.L. deve garantire tutte le prestazioni specialistiche richieste, sia se effettuate in loco, sia se in luogo esterno di diagnosi e cura nel caso di prestazioni ad alta complessità, con l'obiettivo di raggiungere uno standard di prestazioni omogenee nella regione di riferimento e tra tutte le regioni.

Le risposte alle urgenze: la particolare conformazione della struttura carceraria, e la possibilità di cure in emergenza, impongono che all'interno degli istituti sia organizzata una medicina di urgenza tale da poter rispondere con efficacia ed in tempi brevi a tutte le istanze di soccorso pervenute.

Le patologie infettive: quasi immancabilmente correlate ad un pregresso uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa, sono rappresentate essenzialmente dall'infezione da HIV e dal virus dell'epatite C. Frequenti sono la scabbia, la pediculosi e le altre malattie a trasmissione sessuale per le quali si auspica una vasta informazione, una valida offerta di test diagnostici.

Le patologie da dipendenza: sono la vera e grande emergenza delle carceri di tutto il mondo, e per fronteggiarla con la normativa italiana è necessaria la formulazione di efficaci percorsi di *uptake* intracarcerario, di valutazione diagnostica, di presa in carico, di formulazione di opportuno piano terapeutico intra ed extracarcerario, strettamente connessi.

La salute mentale: il riscontro di una elevata frequenza di disturbi di personalità e schizo-affettivi nel contesto carcerario, unitamente al danno che la carcerazione induce di per sé, crea e sostiene l'esigenza di una

attenta valutazione, presa in carico e terapia di tutti i soggetti malati o a rischio.

La salute delle detenute e della loro prole: la donna detenuta, seppur con una presenza molto minore rispetto agli uomini, presenta bisogni sanitari e problematiche socio assistenziali del tutto specifiche e rilevanti. A tale proposito basti pensare alla necessità dell'Amministrazione Penitenziaria di creare delle strutture dedicate (Nidi, strutture esterne) ai figli delle donne detenute.

La popolazione immigrata: questa categoria di detenuti risulta in costante e regolare incremento in valori di presenza. Questo fatto dovrebbe indurre alla programmazione di azioni specifiche ed adeguamenti di risorse dedicate, in quanto la previsione delle esigenze è di facile ipotesi. Le carenze da superare sono la scarsa preparazione specifica degli operatori, inclusi quelli della Polizia Penitenziaria, il gap linguistico, la scarsa conoscenza delle regole penitenziarie da parte del detenuto, la carenza di mediatori culturali.

Successivamente alla data di entrata in vigore del decreto, in seno alla Conferenza Stato-Regioni sono stati costituiti tre organismi di gestione e controllo dell'esatto adempimento alle previsioni di legge; essi sono:

- Il *“Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria”*, costituito in seno alla Conferenza Stato-Regioni e di cui fanno parte diversi enti ed organismi (Regione Lazio, Regione Piemonte, Regione Sardegna, Regione Veneto, Regione Toscana, Ministero della giustizia, Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Ministero dell'economia e delle finanze, Regioni e Province autonome, ANCI, UPI, Dipartimento per gli Affari Regionali – PCM, Dipartimento politiche antidroga – PCM).

- Il *“Comitato paritetico interistituzionale”* per il problema degli O.P.G., anch'esso a costituzione ampia: Ministero della Giustizia, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Regione Lombardia (sede di O.P.G.), Regione Emilia-Romagna (sede di O.P.G.), Regione Toscana (sede di O.P.G.), Regione Campania (sede di O.P.G.), Regione Sicilia (sede di O.P.G.), Autonomie locali, U.P.I., A.N.C.I..

- Il *“Gruppo Tecnico Interregionale sulla sanità penitenziaria”* presso il “Coordinamento della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome presso la Regione Toscana”, è costituito dai rappresentanti tecnici di tutte le Regioni.

Accanto a questi Tavoli tecnici, hanno collaborato in ragione delle proprie competenze specifiche anche i rappresentanti del “Gruppo tecnico

interregionale delle Tossicodipendenze”, coordinato dalla regione Emilia Romagna, ed il “Gruppo Interregionale Salute Mentale”, coordinato dalla regione Liguria.

Il lavoro integrato di questi gruppi ha portato all'approvazione da parte della Conferenza Unificata di alcuni importanti documenti di accordo tra enti, derivati dal D.P.C.M. All'elaborazione dei seguenti documenti hanno collaborato in modo determinante anche i numerosi e specifici sottogruppi di lavoro sia del Tavolo Permanente che della Commissione Sanità.

I documenti approvati sinora sono:

1. "Schema di convenzione tipo per l'utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie locali, nel cui territorio sono ubicati gli istituti e i servizi penitenziari di riferimento, dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie - all'esercizio delle funzioni sanitarie"- Approvazione ai sensi dell'articolo 4, comma 2 del D.P.C.M. 1 aprile 2008, del 29 aprile 2009.
2. "Schema tipo di convenzione per le prestazioni medico legali in favore del personale del Corpo di Polizia Penitenziaria"- Accordo ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, del 29 ottobre 2009.
3. "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano". Accordo ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 del 26 novembre 2009.
4. "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria"- Accordo ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, del 26 novembre 2009.
5. "Dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica anche informatizzata"- Accordo ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 del 26 novembre 2009.
6. "Definizione di specifiche aree di collaborazione ed indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (O.P.G.) e nelle Case di Cura e Custodia (C.C.C.) di cui all'Allegato 'C' al D.P.C.M. 1° aprile 2008"- Accordo ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 28, del 26 novembre 2009.
7. Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile in attuazione dell'articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 recante: "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale

- delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria".
8. Accordo sul documento proposto dal Tavolo di Consultazione permanente sulla Sanità Penitenziaria recante: "Monitorare l'attuazione del D.P.C.M. 1 aprile 2008 concernente le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e 103 delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria".
 9. Intesa, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lettera a), del D. Lgs. 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali di deliberazione C.I.P.E. concernente il riparto per l'anno 2008 delle risorse trasferite nelle disponibilità del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'art. 6 del D.P.C.M. 1 aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria.
 10. Intesa sullo schema di decreto del Ministro della salute recante assegnazione, per l'anno 2008, alle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano dell'importo di 60,5 milioni di euro previsto dall'articolo 1, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 per l'integrazione e il cofinanziamento dei progetti regionali attuativi del Piano sanitario nazionale. Rep. atti n. 160/CSR del 23 settembre 2010.
 11. Intesa, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lettera a), del D. Lgs. 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali di deliberazione C.I.P.E. concernente il riparto per l'anno 2009 delle risorse trasferite nelle disponibilità del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'art. 6 del D.P.C.M. 1 aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria.
 12. Intesa sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2011 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria. Intesa ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. Repertorio atti n. 138/CU del 6 dicembre 2012.
 13. Intesa tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento di Bolzano e le Autonomie locali sullo schema di d.m. del Ministero della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, concernente il riparto delle risorse di cui all'art. 3-ter, comma 6, del d.l. 22 dicembre 2011, n. 211, convertito con modificazioni, dalla legge 17

- febbraio 2012, n. 9, come modificato dall'art. 6 comma 3, del d.l. 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazione, nella legge 8 novembre 2012, n. 189. Repertorio atti n. 139/CU del 6 dicembre 2012.
14. Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le autonomie locali sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni, per l'anno 2012, delle risorse previste dall'art. 3-ter, comma 7, del d.l. 22 dicembre 2011 n. 211, convertito dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9. Repertorio atti n. 140/CU del 6 dicembre 2012.
 15. Intesa sulla proposta del Ministero della salute di modifica allo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro della giustizia, concernente la definizione, ad integrazione del D.P.R. 14 gennaio 1997, di ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia. Repertorio Atti n.: 111/CU del 26/09/2012.
 16. intesa, ai sensi dell'articolo 3-ter del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, in legge 17 febbraio 2012, n. 9, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro della giustizia, concernente la definizione, ad integrazione del D.P.R. 14 gennaio 1997, di ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a case di cura e custodia. Rep. atti n. 98/CU del 25/07/2012.
 17. Intesa tra il Governo, le Regioni e el Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Infezione da HIV e detenzione". Rep. atti n. 33/CU del 15/03/2012.
 18. Accordo sul documento recante "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale".). Rep. atti n. 5/CU del 28 febbraio 2012.
 19. Accordo sul documento recante "integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al DPCM 1 aprile 2008". (Comitato Paritetico Interistituzionale). Rep. atti n. 95/CU del 13 ottobre 2011.

20. Accordo sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria concernente le schede relative alla rilevazione dei detenuti adulti, minori e giovani adulti tossicodipendenti e alcolodipendenti integrativo dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta dell'8 luglio 2010 (Rep. Atti n. 59/CU) Rep. atti n. 48/CU del 18 maggio 2011.
21. Intesa sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2010 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del D. P. C. M. 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria. Rep. atti n. 111/CU del 28 ottobre 2010.

1.6 Verso una nuova definizione di medicina penitenziaria

“La Tutela della Salute in Carcere (ex medicina penitenziaria) è il complesso di funzioni sanitarie svolte all'interno degli istituti di detenzione per adulti e minori, degli istituti di cura e custodia, presso gli ospedali psichiatrici giudiziari e di una parte dell'area penale esterna per alcuni settori specifici (tossicodipendenza, incompatibilità con il regime carcerario, differimento della pena, arresti domiciliari presso strutture sanitarie, affidamenti di tipo terapeutico, internamento, ecc.) che alla luce della normativa attuale ha integrato funzioni cliniche, di prevenzione, sociosanitarie delle AASSLL e buone prassi cliniche, in ragione di specifici vincoli ordinamentali. La specificità di tale sistema di assistenza è costituita sia dalle strutture fisiche di esecuzione penale (interna ed esterna) che dagli utenti portatori di specifiche problematiche giudiziarie oltre che fisiche, dal sistema giudiziario e da quello penitenziario, dall'Autorità Giudiziaria. La Tutela della Salute in Carcere, nonostante non riconosca specifiche patologie ad eziopatogenesi esclusivamente carceraria, pur se esista in molti casi una chiara concomitanza ambientale e circostanziale, mette in atto speciali interventi sanitari rispetto allo specifico contesto penitenziario anche nelle sue complesse articolazioni, coniugando finalità istituzionali di garanzia di salute e di sicurezza”.

Riferimenti bibliografici

- Andreoli V. (a cura di): "Anatomia degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari Italiani". Ministero della Giustizia, 2002.*
- C.A.S.A.: "Crossing the bridge: An evaluation of the drug treatment alternative to prison program of the National Centre of Addiction and substances abuse at Columbia University", March 2003.*
- Comunità Europea della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione, Relazione 8 aprile 2009, recante una proposta di raccomandazione del Parlamento Europeo destinata al Consiglio sullo sviluppo di uno spazio di giustizia penale dell'UE 2009/2012(INI); Commissione per le libertà civili, la giustizia e gli affari interni.*
- Conseil d'Europe, (1998) Recommandation n. R (98) relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, Bruxelles.*
- Decreto interministeriale 8.6.1991 sulla prevenzione dell'AIDS in ambiente carcerario.*
- Delibera della Giunta Regionale del Lazio del 7 aprile 2008 n. 230: "Approvazione del manuale operativo per i professionisti dei servizi delle tossicodipendenze (Ser.T.) addetti all'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti" B.U.R.L. 6 giugno 2009 – suppl. ord. N. 90 al B. O. n. 21 (parte Ia).*
- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (2000 – 2010), Indagine Nazionale sui Soggetti Tossicodipendenti e affetti dal virus HIV negli istituti penitenziari: rilevamenti dal 2000 al 2007, Ministero della Giustizia, Roma.*
- E.M.C.D.D.A.: "An overview study: assistance to drug young users in European Union prisons. Information sources"; August 2001.*
- Garfield, E. How can impact factors be improved? British Medical Journal, 313 (7054) p.411-413, 1996.*

- Harding T. W. (1997) "Do prisons need special health policies and programmes?", in Nelles J., Fuhrer A. editors. *Harm reduction in prisons*. Berne, pp 161-180.
- Justice Police Institute: "The costs of imprisoning of drug offenders", 2000.
- Libianchi S., "Bambini in carcere", *Aggiornamenti sociali*, Marzo 2001, pg. 195-205.
- Libianchi S.: "La riduzione del danno in carcere"; in: M. Palma (a cura di) *Atti del Convegno 'Il vaso di Pandora. Carcere e pena dopo le riforme'*. Roma. Istituto dell'Enciclopedia Italiana. 16 - 18 Maggio 1996.
- Marotta G. "La criminalità femminile in Italia. Criteri quantitativi e aspetti qualitativi".
- Ministero della Sanità: "Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlate - X revisione", 2001.
- N.I.D.A.: "Principles of drug abuse treatment for criminal justice population", 2006
- O.E.D.T.: "Relazione annuale 2005: Focus su criminalità e situazione carceraria".
- Prison and Drugs: European Recommendations Euro-Methwork Newsletter*, Issue 16. 1998.
- Raccomandazione R (2006)2 del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulle Regole penitenziarie Europee (Adottata dal Consiglio dei Ministri l'11 gennaio 2006).
- S. Libianchi, A. Arnaudo: "La riforma Penitenziaria"; Torino, Publiedit ed. 2013.
- S. Libianchi: "La Medicina Penitenziaria e la riforma della tutela della salute in carcere: il D.P.C.M. 1 Aprile 2008". *Antigone*, anno III - n. 1(2008); pp. 115-140.
- W.H.O. "Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health"; *Commission on Social Determinants of Health - final report*, 2008.
- W.H.O.: "Mental health promotion in prisons"; (1999).
- W.H.O.: "Preventing suicide: a resource for prison officers": 2000
- W.H.O.: "The Future Organisation of the Prison Health Care" – march 1999.

Sitografia

- <http://dex.tsd.unifi.it/altrodir/index.htm> - L'Altrodiritto: centro di documentazione sul carcere
- <http://digilander.iol.it/carcere/> - Associazione Carcere e Territorio

- <http://free2.kyberlandia.it/Piazzetta> - Pubblicazione informatica del giornalino delle detenute
- www.aic.gov.au - Sito dell'Istituto Australiano di Criminologia
- www.amnesty.it - Amnesty International sezione italiana
- www.associazioneantigone.it - Antigone ONLUS per i diritti e le garanzie nel sistema penale
- www.criminologia.it - Rivista internet di Teoria e Scienze criminali
- www.criminologia.org - Rivista telematica di Criminologia
- www.diritto.it - Portale giuridico
- www.ergaomnes.net - Istituzioni e Diritto su internet
- www.fuoriluogo.it - La Cella e la Rete. Aggiornamenti, testimonianze, documenti. Tra le rubriche
- www.gesuiti.it/sestaopera/ - Sesta Opera S.Fedele- Milano
- www.giustizia.it - Ministero della Giustizia
- www.ildue.it - Magazine 2 – Il giornale di S.Vittore
- www.nacro.org.uk - NACRO (a crime reduction agency).
- www.onuitalia.it - Organizzazione della Nazioni Unite. Documentazione e studi.
- www.ristretti.it - Centro di documentazione Due Palazzi. Pagine di cultura e informazione della
- www.unicri.it - United Nation Interregional Crime & Justice Research-Institute
- www.vn.fi/om/heuni/ - HEUNI European Institute for Crime Prevention and Control

PS: alcune parti del presente lavoro prendono spunto dal libro:

S. Libianchi, A. Arnaudo: "La riforma Penitenziaria"; Torino, Publiedit ed. 2013.

Capitolo 2

Ipotesi per linee guida nazionali per la Diagnosi e la certificazione medico-legale degli stati di consumo delle sostanze stupefacenti e/o alcoliche in ambito giudiziario e penitenziario con particolare riguardo alle misure alternative alla detenzione

Sandro Libianchi

Responsabile Medico Unità Operativa Casa di Reclusione di Rebibbia A.S.L. Roma B. Referente della Regione Lazio nel tavolo tecnico nazionale sulla medicina penitenziaria presso la Conferenza Unificata. Membro della Consulta Nazionale per le Tossicodipendenze presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga.

2.1. Premessa e stato dell'arte

La ricaduta nell'uso di droga all'uscita dalle strutture protette (penitenziarie o di comunità terapeutica) oltre che rappresentare uno dei maggiori fattori di rischio per mortalità da overdose, descrive l'espressione della scarsa efficacia terapeutica dei programmi svolti in quegli ambiti. Nella letteratura generale la percentuale di 'relapse' in questa fascia di utenza presenta una elevata variabilità in relazione a molti parametri considerabili, quali: la normativa di rilascio dal carcere nei diversi paesi, la possibilità di vari tipi di trattamento e di continuità terapeutica, l'incidenza di patologia correlata alle dipendenze, la possibilità di accompagnamento ed accoglienza sul territorio dopo la scarcerazione, la disponibilità di fondi impiegabili nel trattamento, l'età media, la comorbilità psichiatrica, la disponibilità di un alloggio e di un lavoro retribuito, ecc. Tale percentuale, nelle diverse casistiche varia anche a secondo del periodo considerato dopo la scarcerazione o l'uscita dalla Comunità terapeutica, da un minimo del 22% al 100% entro i cinque anni (sec. DSM IV). Anche i costi diretti di terapia presentano ampie fluttuazioni di tariffa in relazione al tipo di trattamento considerato che in Italia varia da un minimo di 22€/die per i trattamenti in ambiente ambulatoriale pubblico fino ad un massimo di 230€/die per i trattamenti di tipo psichiatrico residenziale. In queste cifre non vengono considerati gli altri costi relativi all'assistenza di base e specialistica per le complicanze correlate all'uso di sostanze stupefacenti. Inoltre in Italia non esistono procedure validate e/o condivise per i trattamenti intra ed extracarcerari per questo tipo di pazienti.

La normativa italiana (L. 49/2006) prevede che laddove possa essere certificata (letteralmente = 'fatta certa') una diagnosi di tossico-alcoldipendenza per un detenuto che richieda cure all'esterno del carcere, queste possano essere concesse fino al limite di 6 anni residui di carcere da scontare in concreto. Per le persone che non hanno ancora avuto una sentenza definitiva, possono essere disposti gli arresti domiciliari presso opportuna struttura. Sorprendentemente in quest'ultimo caso non è richiesta espressamente alcuna certificazione, ma generalmente il Giudice dispone monocraticamente la misura e la applica su semplice richiesta dell'interessato o del suo difensore. Questa rilevante facilità nell'ottenimento delle misure alternative al carcere ha fatto sì che potessero realizzarsi alcune incongruenze come uno stato patologico non certificabile e, soprattutto, la mancanza di uno specifico programma terapeutico certificato come 'idoneo' per quello specifico soggetto, in una

specifica struttura di recupero e per una durata nota o sottoposta a vincoli e verifiche in itinere ('idoneità al programma terapeutico').

Nell'ambito considerato, l'assenza di una specifica procedura condivisa (consensus conferences), concordata e verificata tra i diversi attori che intervengono a titoli diversi nell'iter giudiziario e clinico e l'assenza di specifiche linee guida applicative delle procedure certificatorie, rappresentano un fattore critico di appropriatezza dell'applicazione delle misure alternative, un rilevante problema di salute pubblica ed una potenziale protezione verso erronee allocazioni di fondi pubblici a disposizione. Inoltre, è necessario considerare la scarsa disponibilità dei posti di accoglienza nelle comunità terapeutiche e la diversione dei fondi a scapito di pazienti bisognosi e/o certificabili, laddove persone non diagnosticate siano collocate in comunità terapeutiche. In questo senso una conferenza di consenso rappresenta uno strumento utile per un accordo tra figure con professionalità differenti per questioni controverse o particolarmente complesse, come la certificazione di alcol-tossicodipendenza.

2.2 Considerazioni giuridiche

L'azione del medico deve essere ispirata ad una «scrupolosa attenzione e adeguata preparazione professionale», rispettando «tutte le regole e gli accorgimenti tecnici che nel loro insieme costituiscono la conoscenza della professione medica» (Cass. Civ. sentenza n. 589/99). La perizia nell'agire medico e professionale deve essere intesa anche la «conoscenza e attuazione delle regole proprie di una determinata arte o professione» (Cass. Civ. sentenza n. 589/99).

Pertanto il criterio per valutare la correttezza tecnica della condotta del medico nella cura del paziente nelle controversie giudiziarie deve rientrare nel rispetto delle «regole dell'arte professionale». Tali regole avranno una forza maggiore tanto maggiore sarà la loro condivisione e l'applicazione in un dato arco di tempo storico, presupponendone un'esigenza di aggiornamento continuo. Nonostante esista sempre una certa quota di discrezionalità del professionista nell'applicare le regole della sua arte, anche in ragione della rilevante varianza nella popolazione clinica sottoposta alle sue cure, a questi viene richiesto di valutare sempre e comunque i dati obiettivi a disposizione. Tanto più precise e condivise saranno le linee guida operative, tanto più ridotta sarà l'esigenza di ricorrere alla discrezionalità del medico.

In questa visione, le linee di indirizzo, le linee guida e la documentazione prodotta dalle conferenze di consenso presentano il limite di una certa 'spersonalizzazione' e si rivolgono ad una media di problemi di pazienti individualmente considerati con un conseguente valore relativo per i singoli casi. Una variabile ulteriore da tenere in considerazione è il tempo ed i progressi che la scienza produce rendendo necessario il continuo aggiornamento di questi documenti. Le linee guida non sono vincolanti per legge e non c'è alcun obbligo di automatica applicazione, ma, se correttamente interpretate, rendono più evidente il dovere del medico di motivare le scelte dei comportamenti di cura, riferendosi a documenti condivisi dalla comunità scientifica internazionale.

2.3 Ulteriori considerazioni e informazioni

Aree con sufficienti evidenze cliniche tali da fornire certezze diagnostiche di fronte a problematiche clinico-diagnostiche sono rare ed è questo uno dei motivi più importanti per sviluppare raccomandazioni basate largamente o parzialmente sull'osservazione, l'esperienza od i pareri di esperti di settore. La necessità di chiarire urgentemente i molti aspetti controversi dell'argomento in oggetto è anche sollecitata dalla prossima pubblicazione del nuovo Manuale DSM-V (marzo 2013, ed. USA) che mutando l'assetto clinico-diagnostico delle patologie da dipendenza con nuovi criteri classificatori, potrà creare nuove incertezze e nuovi bisogni di risposte certificatorie scientificamente corrette ed indirizzate verso una maggiore qualità degli esiti clinici. La redazione di Linee-Guida e specifiche procedure mediche, sono strumenti di gestione clinica finalizzati sia al miglioramento della qualità dell'assistenza che a maggiore tutela degli operatori e dei decisori clinici.

In Italia, la notevole varietà e mutevolezza nella produzione ed erogazione nelle prestazioni sanitarie nell'ambito dei diversi servizi del SSN e la necessità di avvalersi sempre di più delle evidenze cliniche in medicina, hanno reso necessarie specifiche progettazioni nazionali (Programma Nazionale per le Linee Guida – PNLG, Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, D. L. n. 229/99.) finalizzate alla produzione, diffusione ed aggiornamento di 'Raccomandazioni' dedicate alla pratica clinica, ai suoi decisori ed agli utenti.

La necessità principale per arrivare a migliorare la possibilità diagnostica odierna si raggiunge attraverso una rigorosa messa a punto di strumenti scientifici di valutazione dello stato di patologia da dipendenza da sostanze

stupefacenti di cui alla L. 49/2006. Questa è la premessa per un successivo assessment per l'efficacia delle diverse tipologie di trattamento messe in atto a favore di tossicodipendenti con problematiche in area penale. In primo luogo, le nuove procedure dovranno allinearsi alle modifiche del DSM IV-R che rappresenta la base culturale per tali valutazioni diagnostiche. Inoltre, la ricerca dovrà essere indirizzata per avere informazioni circa l'impatto di un nuovo sistema di diagnosi e cura delle patologie da dipendenza e sulle recidive tossicomane che preludono quelle giudiziarie ed a quelle penitenziarie. In definitiva si tratta anche di disporre di strumenti utili per valutare successivamente le informazioni circa i modelli di trattamento che risultino clinicamente validi.

2.4. Obiettivi principali e secondari

Uno dei cardini del tema della riabilitazione in carcere dei soggetti dediti all'uso/abuso delle sostanze stupefacenti o da esse dipendenti è la possibilità che essi hanno in molti paesi del mondo ed in Italia, di usufruire della possibilità dell'applicazione delle misure alternative al carcere come il ricovero in Comunità terapeutiche residenziali o semiresidenziali. In Italia, attraverso la rete dei Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) afferenti alle Aziende Sanitarie Locali, si possono realizzare programmi ambulatoriali, particolarmente compatibili con l'eventuale attività lavorativa del paziente in carico.

L'appropriatezza delle prescrizioni sanitarie in misura alternativa, dovrebbe esitare in un ottimale rapporto tra costi, benefici ed efficacia della misura alternativa. Questo è uno dei punti più rilevanti di questo meccanismo, in quanto dovrebbe essere determinante per evitare le recidive.

Pertanto l'obiettivo generale è quello di costruire un percorso clinico-diagnostico e medico-legale che contribuisca alla formulazione dei percorsi terapeutici e riabilitativi, migliorando l'appropriatezza degli interventi indirizzati allo stato di salute della popolazione della popolazione e superando le barriere di tipo strutturale e organizzativo che sono spesso fonte di disuguaglianza nell'accesso agli interventi sanitari.

A tale proposito si nota come non esistano ricerche valutative specifiche, basate sull'attuale normativa italiana e che descrivano analiticamente tutti gli elementi peculiari dei trattamenti attuati per le misure alternative e dei trattamenti a partenza dagli Istituti Penitenziari e che definiscano criteri ed indicatori di qualità per gli stessi. Inoltre la letteratura descrive la tipologia

delle dipendenze in funzione a cluster clinici e sociali, ma non esiste una descrizione degli iter penali/giudiziari, attraverso cui è possibile rintracciare indicatori prognostici e, di conseguenza, indicazioni per la personalizzazione dei trattamenti.

Tab. 1: Misure alternative alla detenzione

	<i>Misure Alternative in Italia (Affidamento in Prova)</i>	N.
1	Condannati dallo stato di libertà	4.668
2	Condannati dallo stato di detenzione	2.401
3	Condannati tossico/alcooldipendenti dallo stato di libertà	1.021
4	Condannati tossico/alcooldipendenti dallo stato di detenzione	1.862
5	Condannati tossico/alcooldipendenti in misura provvisoria	390
6	Condannati affetti da aids dallo stato di libertà	-
7	Condannati affetti da aids dallo stato di detenzione	39
	Totale	10.381

(2, 4, 7: detenuti provenienti dal carcere)

Fonte: Ministero della Giustizia (Dati al 28 febbraio 2013)

Obiettivi secondari sono:

- valutazione dell'impatto economico delle scelte proposte
- riduzione al minimo di quella parte di variabilità nelle decisioni cliniche che è legata alla carenza di conoscenze e alla soggettività nella definizione delle strategie assistenziali
- produrre informazioni utili a indirizzare le decisioni degli operatori, clinici e non, verso una maggiore efficacia e appropriatezza, oltre che verso una maggiore efficienza nell'uso delle risorse
- stimolo alla ricerca, nuovi indirizzi
- migliorare l'identificazione di bisogni di salute pubblica per poter formulare proposte costruttive.

2.5. Ipotesi per una metodologia opportuna

Le linee guida sono definite quali un complesso di "raccomandazioni sviluppate in modo sistematico per assistere operatori sanitari e pazienti nelle decisioni sulla gestione appropriata di specifiche condizioni cliniche". Esse, pertanto portano verso l'ottimizzazione dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi sanitari riducendo la variabilità dei singoli comportamenti clinici. Esse costituiscono uno strumento di produzione e diffusione di raccomandazioni clinico-terapeutiche facilmente

utilizzabili dal terapeuta medico. E' prevista la supervisione di istituzioni super partes.

Una metodologia di consenso utilizzata nella redazione delle linee guida è il c.d. 'metodo Delphi' (Jones J, Hunter D.). Codificato nel 1948, consiste in una tecnica di riorganizzazione dei pareri e della comunicazione di gruppi di "esperti" per strutturare i loro giudizi soggettivi, anche in forma anonima e si può realizzare in una o più incontri, fino al raggiungimento di un accordo esteso anche a maggioranza (consensus).

Considerato quanto in premessa, appare opportuno studiare forme di indirizzo scientifico nei confronti della comunità certificatoria medica che permettano di superare le difficoltà legate all'assenza di linee guida e procedure specifiche. Le linee guida che riguardano una procedura di certificazione di stato di tossicodipendenza, diversamente da quanto solitamente accade per i documenti elaborati in ambito clinico-terapeutico-assistenziale, sono penalizzate da una rilevante carenza di prove in letteratura e necessitano molto dell'integrazione del parere di esperti. In ogni caso, la sola stesura di ogni documento costruito per queste esigenze non è sufficiente 'di per se' per produrre i mutamenti auspicati e si rende necessaria la produzione di informazioni scientifiche e di aggiornamento facilmente accessibili, la loro diffusione, l'osservazione dell'attuazione per l'introduzione nella pratica e la valutazione di impatto organizzativo.

Pertanto, i fondamenti concettuali ed organizzativi sui quali poggerà l'operazione nel suo complesso sono:

- Consensus conferences, quali processi di consultazione multiprofessionale e interdisciplinare
- Stesura di linee guida (o di indirizzo)
- Redazione di specifiche procedure
- Revisioni sistematiche su argomenti specifici
- Diffusione di documenti agli operatori
- Redazione di specifici Indicatori per la valutazione di impatto dell'intera progettazione.

Successivamente, dopo un attento studio del fenomeno, è necessario creare le premesse per la redazione di linee guida e di specifiche procedure di certificazione medico-legale che possono essere indicate come segue:

- Certificazione di tossicodipendenza
- Certificazione di alcol dipendenza
- Certificazione di polidipendenza

- Il paziente comorbile (c.d. 'doppia diagnosi')
- Catena custodiale dei campioni biologici da esaminare
- Il laboratorio (cut off, refertazione, ecc.)
- Competenze, responsabilità, attribuzione di spese, gestione dei dati sensibili, implicazioni etiche

Il Gruppo di Ricerca sarà incaricato di costruire set di indicatori specifici per la valutazione dell'outcome metodologico della nuova forma di certificazione, anche attraverso gruppi sperimentali. Analogamente saranno definiti i criteri per la ricostruzione degli iter giudiziari e penali, utilizzando metodiche di analisi dei processi e delle organizzazioni al fine di descrivere dettagliatamente i protocolli terapeutici riabilitativi adottati. Dai risultati di tali analisi verranno definiti gli indicatori di qualità del processo di lavoro.

Nel contempo sarà monitorato l'andamento dell'intero progetto, con una valutazione di processo ed una di esito. In questo ambito verranno considerati i seguenti indicatori:

Valutazione di processo:

- raggiungimento del target previsto
- adeguatezza e congruenza delle azioni di raggiungimento del target previsto
- tempi di realizzazione delle attività previste
- adeguatezza e congruenza dei metodi di realizzazione delle attività previste

Valutazione di esito:

- produzione di documenti e linee guida nel settore specifico (output)
- soddisfazione dei soggetti finali a proposito dell'output (outcome)
- diffusione e conoscenza dell'output previsto

2.6 Rilevanza del progetto per il Sistema Sanitario Nazionale e Regionale

Il numero delle persone che si immettono nel circuito penale appartenente alla fascia dei maggiorenni e dei minorenni è un fenomeno tristemente in crescita decisamente correlato al consumo di sostanze alcoliche e/o stupefacenti che sono alla base dei comportamenti devianti e della

commissione di reati. Il disagio, il disadattamento e la devianza dell'individuo viene oggi affrontato in Italia improntando ogni azione tendente al recupero più che alla repressione diretta che risulterebbe sempre meno fruttuosa di quest'ultimo attraverso la realizzazione di circuiti che rendano residuale l'applicazione della misura carceraria, ma sempre secondo i canoni del Codice di Procedura Penale. Le misure cautelari non detentive più frequentemente applicate sono: l'affidamento ai servizi sociali con varie modalità per quanto riguarda gli adulti e le prescrizioni specifiche, la permanenza in casa e il collocamento in comunità per i minori. In questa ottica tutti gli interventi sono mirati a soddisfare le singole esigenze e sono realizzati nel territorio di appartenenza. Nel caso dei minorenni, l'istituto della messa alla prova (art. 28 del D.P.R. 448/88), collegabile concettualmente alla "probation" della giustizia anglosassone ed americana, prevede che il tribunale può disporre la sospensione del processo quando ritiene di dover valutare la personalità e le problematiche del minorenne a seguito della realizzazione di un progetto di intervento socio-terapeutico condotto dai Servizi Minorili della Giustizia, a cui il minore è affidato, in strettissima collaborazione con i corrispondenti servizi degli Enti Locali, principalmente ASL. Il processo penale avviato a seguito del reato, viene sospeso per un periodo non superiore a trentasei mesi ed il progetto di intervento prevede il coinvolgimento del minorenne, del suo nucleo familiare e del suo ambiente sociale, gli impegni specifici assunti dal minore, le modalità di partecipazione degli operatori dei servizi minorili e di quelli degli Enti locali, le modalità di attuazione eventualmente dirette a riparare le conseguenze del reato e a promuovere la conciliazione con la persona offesa, attraverso l'attivazione di un procedimento di mediazione penale. Al fine di poter evidenziare la centralità del ruolo del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale ed il fenomeno più specifico dei consumatori di sostanza stupefacenti in ingresso in carcere, è appropriato fornire una panoramica complessiva dell'andamento del fenomeno della devianza droga-correlata sull'intero territorio nazionale e nell'arco dell'ultimo quinquennio (2004-2008), così da evidenziare con maggiore chiarezza il fenomeno. Anche i Municipi hanno un ruolo rilevante ed ascrivibile alle problematiche alloggiative, di sostegno economico, talora di formazione professionale.

I destinatari delle linee guida sono: gli Utenti, i terapeuti clinici, i magistrati, i policy makers, i difensori, i direttori sanitari e gli amministratori di strutture sanitarie.

2.7 Implementazione delle linee guida o raccomandazioni

Formazione di un gruppo multidisciplinare rappresentativo delle professionalità coinvolte nell'applicazione della linea guida che sia impegnato nella promozione dei documenti prodotti; è opportuna la presenza di un facilitatore. La successione delle azioni prevedibili sono:

- Identificazione dei cambiamenti necessari attraverso il monitoraggio della pratica clinica corrente. E' necessario analizzare il contesto considerando le persone, i sistemi, le strutture, le influenze esterne e interne. Attraverso questo processo sarà possibile identificare i fattori ostacolanti o favorevoli all'implementazione.
- Preparazione delle persone e del contesto. E' importante assicurarsi che i professionisti siano ricettivi, con un atteggiamento positivo e che abbiano le necessarie competenze per svolgere le procedure. Sono necessari partecipazione, interesse, volontà e impegno, insieme a una buona comunicazione e supporto fattivo. E' inoltre importante coinvolgere i gruppi di pazienti che influenzano le modalità di applicazione nel contesto locale tenendo conto delle loro preferenze e punti di vista.
- Scelta delle tecniche di implementazione da usare per promuovere l'uso delle linee guida nella pratica, tenuto conto delle potenziali barriere già identificate ed usare solo le strategie di dimostrata efficacia.
- Azione collettiva e coordinata. Richiede che tutti siano d'accordo sugli obiettivi e l'adozione di un calendario che identifichi le scadenze per le azioni programmate lungo il percorso.
- Valutazione del progresso attraverso un monitoraggio regolare e revisione della procedura con un sistema di feedback insieme al gruppo. I programmi possono essere modificati alla luce di difficoltà impreviste durante il processo di implementazione.

2.8 Sintesi del metodo adottato DAL PNLG per la produzione di LG

Il Programma nazionale per le linee guida (PNLG) ha adottato la metodologia che è qui riassunta. Gli esempi sono tratti dalla Linea guida sul trattamento della sindrome influenzale.

- *Scelta degli argomenti.* Il metodo epidemiologico (rilevanza in termini di incidenza, mortalità, eccetera), quello della disponibilità delle prove

(analizzando su banche dati la disponibilità di ultimi dati di efficacia di interventi sui problemi sanitari individuati) e pareri di operatori vengono combinati in modo semi-strutturato. Seguendo questo metodo misto si è individuata la sindrome influenzale come tema sanitario ricorrente, di grande impatto per il paese e per il quale vi è una base di prova strutturata crescente.

- *Scelta dei gruppi di lavoro.* La scelta si basa sulle competenze specifiche degli esperti, sul loro curriculum e sulla rappresentatività in relazione all'argomento. Per il trattamento della sindrome influenzale sono stati scelti epidemiologi, pneumologi, infettivologi, farmacoepidemiologi e clinici pediatri, rappresentanti di società scientifiche di medici e pediatri di famiglia, farmacisti e igienisti.
- *Definizione dei quesiti scientifici e piano di lavoro.* I quesiti scientifici a cui dare risposta vengono definiti in sede di gruppo di lavoro durante la prima riunione del panel di esperti, nella quale vengono anche definiti i principali quesiti per la gestione del problema clinico. Il primo nodo decisionale nella gestione della sindrome influenzale ha riguardato l'esame della possibilità di diagnosticare con certezza ragionevole l'agente infettivo in questione. Fa parte di questa fase l'esame della banca dati CeVEAS alla ricerca di analoghe LG e dei più importanti quesiti clinici. Il primo quesito clinico individuato per la gestione della sindrome influenzale ha riguardato la possibilità per il medico di famiglia di fare diagnosi differenziale dell'agente infettivo in tempo reale tramite kit diagnostici rapidi.
- *Raccolta delle prove.* Il PNLG ha adottato una struttura gerarchica di ricerca e valutazione delle evidenze. Le prove di efficacia e sicurezza vengono ricercate innanzitutto nella Cochrane Library (Clib), e più precisamente nella banca dati di revisioni sistematiche (CDSR) prodotte dai Gruppi Cochrane o da altri (DARE).
- *Redazione ed evoluzione della bozza di LG.* Una volta raccolte e valutate le prove (che vengono sintetizzate su apposite schede), il comitato di redazione procede a una prima stesura della LG e delle raccomandazioni. Questa bozza viene fatta circolare tra tutti coloro che contribuiscono al progetto (panel, rappresentati società scientifiche e comitato di redazione del PNLG) per eventuali commenti. La bozza viene rivista e cambiata sulla base dei commenti ricevuti; problemi e opinioni ulteriori vengono

esaminati durante la seconda e ultima riunione plenaria del gruppo di lavoro e con i rappresentanti delle società scientifiche.

- *Assegnazione grading.* Nelle linee guida, le raccomandazioni vengono qualificate con un certo grado di Livello di prova (LDP) e di Forza della raccomandazione (FDR), espressi rispettivamente in numeri romani (da I a VI) e in lettere (da A a E). Il livello di prova si riferisce alla probabilità che un certo numero di conoscenze sia derivato da studi pianificati e condotti in modo tale da produrre informazioni valide e prive di errori sistematici. La FDR si riferisce invece alla probabilità che l'applicazione nella pratica di una raccomandazione determini un miglioramento dello stato di salute della popolazione obiettivo cui la raccomandazione è rivolta.
- *Presentazione editoriale della LG.* L'autorevolezza e la chiarezza delle raccomandazioni, l'uso di un linguaggio non ambiguo e di termini ben definiti (anche attraverso un glossario) sono condizioni necessarie ad assicurare il successo di uno strumento che si propone di assistere e indirizzare le decisioni cliniche. Occorre anche che le raccomandazioni siano presentate in una forma che ne renda facile e rapida la consultazione, come pure l'apprendimento e la memorizzazione. E' dunque opportuno definire la struttura generale dei documenti e le caratteristiche di forma e stile (dal punto di vista dei testi e della grafica) che dovranno sempre essere rispettate, pur con le variazioni che potranno essere suggerite dalla specificità dei temi trattati.

2.9 Trasferibilità dei risultati e dei prodotti

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1/4/08, in attuazione del Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, disciplina le modalità e i criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. Con la redazione di linee-guida si propone la realizzazione di un modello di offerta organizzativa disciplinare che integra attivamente le strutture indicate dal Decreto applicabile su tutto il territorio nazionale e può essere esportabile anche negli altri paesi europei che hanno organizzazioni penali compatibili con quello italiano. Il progetto prevede di garantire la capacità di trasferimento

dei risultati e dei prodotti rispetto ai requisiti della **dimostrazione** (la ricerca offre risultati e prodotti “concreti”), del **coinvolgimento** (la ricerca è frutto della partecipazione e analisi di molti attori) e dell'**innovatività** (i risultati della ricerca illustrano approcci e metodi diversi da quelli usualmente praticati). Il rispetto dei tre requisiti verrà garantito dalle attività di monitoraggio e valutazione in itinere che coinvolgeranno tutte le unità operative nel corso dello svolgimento delle azioni, dall'approccio partecipativo dell'intervento che mira a coinvolgere direttamente gli operatori e i quadri dei servizi rivolti alla popolazione target e dalla dimensione comparativa dell'azione che confronterà i modelli individuati con le buone pratiche riscontrate nei diversi paesi europei.

La diffusione di informazione e la sensibilizzazione sono azioni complementari tese a far conoscere gli scopi e la natura del progetto e a favorirne la realizzazione mediante una capillare e costante circolazione di dati, notizie e documenti. Per quanto riguarda la diffusione dei risultati è opportuno approntare sin dalle prime fasi di avvio del progetto un sito web, con la possibilità di accesso e confronto di tutte le UO. La piattaforma ha un duplice scopo; da un lato garantisce la comunicazione tra le diverse UO, dall'altro la trasparenza e l'andamento delle diverse attività. Apposite sezioni sono infatti destinate alle attività di monitoraggio e alla pubblicazione dei prodotti intermedi dell'intervento; tra cui:

- stati d'avanzamento trimestrali;
- rapporti valutativi;
- informazioni sulla normativa di riferimento;
- pubblicazione di report intermedi delle diverse UO;
- modelli di protocolli di intervento riscontrati;
- indicazioni di carattere finanziario ed amministrativo;
- informazione su riunioni e attività del gruppo di coordinamento;
- pubblicazione di tutti gli strumenti utilizzati e degli elaborati finali;

La piattaforma avrà lo scopo inoltre di avviare una lista di discussione e approfondimento delle tematiche analizzate in grado di sopravvivere anche in seguito al termine del progetto e garantirne una visibilità e sostenibilità durature.

Infine il coinvolgimento degli attori più esterni al progetto avverrà tramite la realizzazione di un convegno finale di presentazione dei risultati raggiunti e l'invio di una copia cartacea della pubblicazione finale a tutti i possibili referenti e interlocutori del progetto.

Riferimenti bibliografici

“Misure alternative. Statistiche sull’esecuzione penale esterna”. Direzione Generale dell’esecuzione penale esterna, Ufficio Primo, sezione “Osservatorio misure alternative”. 2005.

Data di pubblicazione: maggio 2008; Data di aggiornamento: maggio 2010.

Delphi’ (Jones J, Hunter D. Qualitative Research: Consensus methods for medical and health services research. BMJ 1995;311:376-380).

Jones J, Hunter D. Qualitative Research: Consensus methods for medical and health services research. BMJ 1995;311:376-380).

Libianchi S.: “La certificazione medica in tema di affidamento a misure alternative di tossicodipendenti detenuti”. In: F. S. Fortuna e S. Grieco: Atti del Convegno di Studi: “Droga e controllo penale. Tra proibizionismo e depenalizzazione”. Cassino, 21 Dicembre 2004. Edizioni Università degli studi di Cassino. pp. 83-101.

Ministero dell’interno – Dipartimento per gli affari interni e territoriali – direzione centrale per la documentazione e la statistica: “Tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socioriabilitative alle date del 30/9 e 31/12/05 e analisi dei casi di decesso per assunzione di stupefacenti. Anno 2005”.

Ministero della solidarietà sociale: “Relazione annuale al parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia”. 2005.

National centre on addiction and substance abuse at Columbia University: “Crossing the bridge: an evaluation of the drug treatment alternative to prison program”; 2003.

SNLG. 16: “La gestione della sindrome influenzale. Linee Guida”;

T. Yates: “Measuring and improving cost, cost-effectiveness and cost-benefit for substance abuse treatment programme”. U.S.

Department on health and human services - National Institute on drug abuse - 2005.

- V. *Schiraldi, B. Holman, P. Beatty: "Poor prescription: the costs of imprisoning drug offenders in the United States". Justice Policy Institute, 2000.*

Capitolo 3:

Comorbilità psichiatrica in corso di patologie da dipendenza e detenzione

Daria Piacentino, Sandro Libianchi

3.1 Introduzione

Una condizione di frequente riscontro nei detenuti è la comorbilità psichiatrica in corso di patologie da dipendenza, intese come tossicodipendenza e/o alcooldipendenza. Tale condizione è all'origine di un aumento delle domande di cura e di assistenza all'interno delle comunità penitenziarie e solleva la questione dell'attuazione di misure alternative alla detenzione. Le ragioni dell'elevata frequenza di questa condizione sono molteplici: 1) la continua crescita del numero di detenuti nelle carceri italiane (del 10% negli ultimi cinque anni, percentuale significativamente superiore a quella degli altri paesi europei). Essa consegue all'incremento dei reati e dei relativi arresti e all'eccessivo ricorso alla carcerazione, determinando il cosiddetto fenomeno delle "porte girevoli" (detenzioni brevi, con il 25% dei detenuti nelle carceri italiane che torna in libertà entro una settimana)³³ e gravi problemi di

³³ Istat (2011). *I detenuti nelle carceri italiane*. Statistiche Report, 4, pp. 1-27.

³⁴ In Italia si ha una media di 146 detenuti presenti ogni 100 posti letto disponibili: la situazione peggiore si registra in Puglia (182 detenuti ogni 100 posti letto), la migliore in Trentino Alto Adige (72 detenuti ogni 100 posti letto). Fa riflettere che il rapporto più favorevole tra detenuti e posti letto non dipenda da una maggiore disponibilità di posti, anzi su 45.700 posti disponibili nelle carceri italiane, il 27% è previsto al Sud, il 23% al Nord-ovest, il 22% al Centro, il 16% nelle Isole e solo il 12% al Nord-est. Inoltre nel 2011 la capienza regolamentare è aumentata di 678

sovraffollamento³⁴. Questi ultimi, più evidenti nelle Isole e al Nord-Ovest e, viceversa, meno evidenti al Nord-Est (provincia di Trento e alcune sezioni o istituti femminili presenti in Trentino Alto Adige, Veneto e Friuli Venezia Giulia), rendono l'impatto con il carcere molto duro e possono contribuire all'innesco o all'esacerbazione di un disagio psichico latente; 2) l'elevata prevalenza nei detenuti di disturbi da uso di sostanze (abuso di sostanze o dipendenza da sostanze). Sebbene l'Italia sia un paese caratterizzato da una legislazione all'avanguardia per quanto riguarda la possibilità che i tossicodipendenti possano scontare la pena all'esterno, rimane ingente la loro presenza nelle carceri. Un'indagine nazionale risalente a dicembre 2011 riporta un numero di detenuti nelle carceri italiane pari a 66.897, con un 25% circa di tossicodipendenti e un 3% circa di alcolisti³⁵; 3) la sempre più frequente associazione tra disturbi da uso di sostanze e disturbi psichiatrici, con una prevalenza *lifetime* compresa tra il 48 e il 64%³⁶. Le classi diagnostiche maggiormente rappresentate nei casi di comorbidità comprendono, in ordine di frequenza, i disturbi dell'umore (specie il disturbo bipolare, caratterizzato da percentuali di comorbidità *lifetime* con i disturbi da uso di sostanze pari al 58% circa), la schizofrenia e le altre

unità rispetto al 2010, contribuendo a migliorare la situazione. La ragione dell'esistenza di regioni più virtuose è da cercare nei maggiori contributi previsti da tali regioni per i pazienti nelle comunità terapeutiche e nell'adozione di protocolli di trattamento integrati all'avanguardia. Vedi: Istat (2011). *I detenuti nelle carceri italiane*. Statistiche Report, 4, pp. 1-27.

³⁴ In Italia si ha una media di 146 detenuti presenti ogni 100 posti letto disponibili: la situazione peggiore si registra in Puglia (182 detenuti ogni 100 posti letto), la migliore in Trentino Alto Adige (72 detenuti ogni 100 posti letto). Fa riflettere che il rapporto più favorevole tra detenuti e posti letto non dipenda da una maggiore disponibilità di posti, anzi su 45.700 posti disponibili nelle carceri italiane, il 27% è previsto al Sud, il 23% al Nord-ovest, il 22% al Centro, il 16% nelle Isole e solo il 12% al Nord-est. Inoltre nel 2011 la capienza regolamentare è aumentata di 678 unità rispetto al 2010, contribuendo a migliorare la situazione. La ragione dell'esistenza di regioni più virtuose è da cercare nei maggiori contributi previsti da tali regioni per i pazienti nelle comunità terapeutiche e nell'adozione di protocolli di trattamento integrati all'avanguardia. Vedi: Istat (2011). *I detenuti nelle carceri italiane*. Statistiche Report, 4, pp. 1-27.

³⁵ Istat (2011). *I detenuti nelle carceri italiane*. Statistiche Report, 4, pp. 1-27.

³⁶ Langås AM, Malt UF, Opjordsmoen S (2012). *Substance use disorders and comorbid mental disorders in first-time admitted patients from a catchment area*. European Addiction Research, 18(1), pp. 16-25.

psicosi, i disturbi d'ansia e i disturbi di personalità^{37,38}. I disturbi da uso di sostanze e i disturbi psichiatrici comportano ingenti costi personali e sociali, che aumentano notevolmente in caso di comorbidità; 4) l'aumentata incidenza dell'abuso contemporaneo o concomitante di alcool e altre droghe, nel cosiddetto "poli-abuso" o "poli-tossicodipendenza". L'evenienza della coesistenza di soli due tipi di disturbi è poco frequente, mentre più spesso si evidenziano più disturbi contemporaneamente, specie quando la comorbidità è osservata non in un dato intervallo di tempo, ma nell'arco della vita.

3.2 Terminologia

Un aspetto fondamentale per comprendere il problema della comorbidità psichiatrica in corso di patologie da dipendenza è la conoscenza della terminologia appropriata, impiegata in ambito sanitario e giuridico.

Con il termine "comorbidità", così come definito dall'OMS, si intende la "coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico"³⁹. Una definizione simile è data dall'Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine (UNODC), secondo il quale la comorbidità consiste nella "diagnosi di un problema di abuso di alcool o di altre sostanze stupefacenti in aggiunta a un altro problema solitamente di natura psichiatrica, per esempio disturbo depressivo o schizofrenia"⁴⁰. In altre parole, la comorbidità viene intesa come la coesistenza temporale – senza alcun riferimento a rapporti di causa/effetto – di due o più disturbi psichiatrici, uno dei quali è una condizione di abuso o dipendenza da sostanze. Il termine comorbidità cerca quindi di "riunire – epistemologicamente e organizzativamente – ciò

³⁷ Pozzi G, Bacigalupi M, Serretti A, Tempesta E (1993). *Prevalenza dei disturbi mentali fra gli utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze in Italia: uno studio multicentrico*. Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo, 16, pp. 3-4.

³⁸ Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE (2005). *Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Archives of General Psychiatry, 62, pp. 617-627.

³⁹ OMS (1995). *Lexicon of alcohol and drug terms*, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra.

⁴⁰ UNODCCP (2000). *Demand reduction: a glossary of terms*. Ufficio delle Nazioni Unite per il Controllo della Droga e la Prevenzione della Criminalità, Nazioni Unite, New York.

che ideologicamente e legislativamente (legge 685/75 e DPR 309/90) è da tempo separato⁴¹. La comorbilità implica sovente una difficile risoluzione di quesiti di ordine diagnostico (diagnosi differenziale), una peggiore prognosi e un'ardua programmazione dei trattamenti. E' noto che i pazienti con comorbilità psichiatrica in corso di patologie da dipendenza sono pazienti complessi, che presentano problematiche non solo di natura psicopatologica, ma anche di natura comportamentale e sociale (atti antisociali, degrado dei rapporti interpersonali e delle condizioni economiche, ridotta qualità di vita, ecc.), oltreché scarsa aderenza alla cura (*compliance*), elevata percentuale di ospedalizzazioni e predisposizione alle ricadute⁴². La difficoltà insita nella loro gestione e l'elevata frequenza dei fallimenti terapeutici hanno condotto negli ultimi anni, specie dal 2000 in poi, alla creazione di servizi integrati che rendono possibile il trattamento delle due patologie o, meglio, di quella che può essere considerata come un'unica patologia dalla sintomatologia complessa⁴³.

Talora, come sinonimo di comorbilità, viene usato il termine anglosassone *dual diagnosis* o "doppia diagnosi", coniato nel 1989 dalla psichiatria statunitense De Leon⁴⁴. Il termine, nel suo uso più frequente, designa una condizione clinica di associazione tra disturbo correlato a sostanze e altro disturbo psichiatrico, lasciando allo stesso tempo intendere, nella separazione tra i due fenomeni che caratterizzano il quadro clinico (e che in realtà sono strettamente correlati), il tentativo di semplificare il quadro clinico stesso⁴⁵. Tale termine rappresenta la conseguenza – sul piano linguistico – del sempre più frequente ricorso, ai fini diagnostici, a sistemi standardizzati di classificazione dei disturbi psichiatrici e allo sviluppo, negli

⁴¹ Campione G (2012). *Doppia diagnosi, tripla diagnosi e psicopatologia da HIV: fraintendimento linguistico o realtà*. Rivista di Arti, Terapia e Neuroscienze, 9, pp. 16-19.

⁴² Andreoli V (a cura di) (2004). *Doppia diagnosi, tossicodipendenza, carcere*. Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A, pp. 1-189.

⁴³ Clerici M (1994). *Working on 'drug abuse' in Italy: the multidimensional nature of addiction Services*. Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences, 2, pp. 99-102.

⁴⁴ De Leon G (1989). *Psychopathology and substance abuse and psychiatric disorders: what is being learned from research in therapeutic community*. Journal of Psychoactive Drugs, 21, pp. 177-188.

⁴⁵ Iannitelli A, Castra R, Antenucci M (2002). *Doppia diagnosi o comorbilità? Definizioni e osservazioni cliniche*. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, 38(3), pp. 233-239.

ultimi anni, della nosografia dei disturbi da abuso e dipendenza da sostanze. Questa evoluzione è legata al crescente impatto dell'abuso e della dipendenza da sostanze sulla società, sull'ambiente e sulle comunità locali. Pertanto, il loro inquadramento nosografico avviene in modo analogo a quello degli altri disturbi psichiatrici, in base a eziopatogenesi, quadro clinico, diagnosi, prognosi e terapia. I due sistemi nosografici di riferimento che vengono utilizzati attualmente sono il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, quarta edizione, testo rivisitato (DSM-IV-TR)⁴⁶ e la Classificazione Internazionale delle Malattie e dei Problemi di Salute Correlati, decima revisione (ICD-10)⁴⁷.

Nell'ambito della doppia diagnosi alcuni autori includono, complicando la terminologia, la malattia da HIV e altre condizioni morbose. Esempi sono: 1) nella popolazione tossicodipendente classica, l'abuso o la dipendenza da sostanze associati a disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi dell'adattamento, disturbi psicotici in comorbilità con disturbi di personalità (per esempio, depressivo, dipendente o istrionico) e in concomitanza con l'infezione da HIV e/o l'infezione da HBV o HCV e/o altre malattie sessualmente trasmesse (MTS); 2) nella popolazione emergente, soprattutto eterosessuale, disturbi sessuali (quali le parafilie) o disturbi del controllo degli impulsi in comorbilità con disturbi di personalità (per esempio, narcisistico, borderline o antisociale) e in concomitanza con l'abuso o la dipendenza da sostanze e/o il gioco d'azzardo patologico. Viene però obiettato che se il termine "doppia diagnosi" indica la concomitanza o la successione di un disturbo correlato a sostanze e di un altro disturbo psichiatrico, esso non può essere usato in maniera corretta in soggetti con HIV non tossicodipendenti che presentano una patologia psichiatrica. Per ovviare a tale inconveniente, taluni ricorrono al termine "tripla diagnosi". In realtà, il termine "tripla diagnosi" viene anche usato per indicare la compresenza di disturbi legati all'uso di sostanze e di disturbi psichiatrici in ambito carcerario, poiché la detenzione contribuisce ad aumentare il malessere psichico e i comportamenti recidivanti. Ciò complica ulteriormente la scelta della terminologia corretta.

Infine, va menzionato l'impiego, da parte di alcuni autori, del termine "doppia diagnosi" come sinonimo di doppia quota o di doppia partecipazione alla spesa, o ancora di due differenti servizi come il Servizio

⁴⁶ American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 4th ed, text revised*. Washington DC, APA.

⁴⁷ World Health Organization (1992). *ICD-10. International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision*. Geneva, WHO.

per le Tossicodipendenze (Ser.T) e il Centro di Salute Mentale (CSM), per un progetto assistenziale, più o meno comune, in ambiente protetto (comunità terapeutiche).

Se da un lato i termini “doppia diagnosi” e “tripla diagnosi” ben rispondono a esigenze di universalizzazione del linguaggio psichiatrico, che peraltro non tutti condividono, soprattutto in Europa (vedi il dibattito tra sistemi diagnostici categoriali e dimensionali)⁴⁸, dall’altro sottendono una concezione dicotomica (o addirittura tripartita) che può portare a scissioni eccessivamente tecniche dell’oggetto della cura, ossia l’individuo nella sua unicità, a scapito della qualità assistenziale. Invero, tale scissione si evidenzia a tre livelli: clinico, socio-culturale e legislativo-istituzionale. Sul piano clinico è evidente nella considerazione che tali individui sono una competenza prevalente dei Ser.T; sul piano socio-culturale è ancora più evidente con, da una parte, il riduttivismo farmacologico e, dall’altra, interventi di ordine educativo-riabilitativo, spesso lontani da ogni presupposto clinico-psicopatologico; sul piano legislativo-istituzionale, la separazione tra i due fenomeni è stata ratificata in Italia dalla legge 685/75, che sanciva una distinzione di fatto tra i soggetti tossicodipendenti e quelli

⁴⁸ La classificazione categoriale tradizionale risponde a una logica sindromica in cui le diverse entità nosografiche sono precisamente definite con criteri operativi, mentre la classificazione dimensionale individua un numero ristretto di dimensioni psicopatologiche con caratteristiche “transnosografiche”, che possono associarsi con peso relativo differenziato in ogni caso clinico, variando in modo continuo. In quest’ottica, si può affermare che “il concetto di doppia diagnosi sta a quello di comorbidità come, in nosografia psichiatrica, il concetto di diagnosi categoriale sta a quello di diagnosi dimensionale. Se, infatti, nel primo caso l’attenzione è tesa alla individuazione di elementi che nell’insieme costruiscono “categorie” di individui che rientrano in criteri diagnostici prestabiliti, nel secondo caso il lavoro diagnostico è teso soprattutto alla individuazione di “dimensioni” psicopatologiche che trascendono dalle categorie diagnostiche per orientarsi, invece, verso la psicopatologia. In questo caso, la lettura dell’“abuso di sostanze–disturbo psichiatrico” nasce dalla consapevolezza di trovarsi di fronte a un fenomeno complesso in cui la sola lettura multidimensionale può consentire un avvicinamento alla comprensione del fenomeno”. Vedi: Iannitelli A, Castra R, Antenucci M (2002). *Doppia diagnosi o comorbidità? Definizioni e osservazioni cliniche*. Annali dell’Istituto Superiore di Sanità, 38(3), pp. 233-239.; Pancheri P (1995). *Approccio dimensionale e approccio categoriale alla diagnosi psichiatrica*. Giornale Italiano di Psicopatologia, 1, pp. 8-23.; Vella G, Aragona M (2000). *Metodologia della diagnosi in psicopatologia*. Bollati Boringhieri, Torino.; Tomba E, Fava GA (2006). *L’approccio clinimetrico in psicologia clinica*. Rivista di Psicologia clinica, 2/3, pp. 141-151.

con disturbi psichiatrici e, più tardi, dalla legge 162/90, che istituisce i Ser.T, separando chiaramente queste due categorie di pazienti. L'osservazione clinica del fenomeno ha però dimostrato, nel tempo, l'infondatezza di tale separazione, che appare artificiale e generatrice di errori sul piano valutativo e, conseguentemente, sul piano terapeutico^{49,50}

Se, viceversa, la contemporanea morbilità rappresenta l'occasione per unificare nel pensiero e nell'azione servizi diversi per allocazione, tradizione e appartenenza, attraverso la costituzione di *équipes* miste, allora il ruolo svolto dal termine può essere estremamente utile.

La tendenza, propria degli ultimi anni, a concepire e trattare una coesistenza di condizioni i cui elementi si embricano l'uno con l'altro in quadri clinici che non sono una semplice concatenazione di casualità, sta aprendo la strada alla creazione di un nuovo spazio di diagnosi e di intervento terapeutico, in cui le competenze psichiatriche si intrecciano con quelle tossicologiche e sociali in una concezione più articolata del fenomeno⁵¹.

3.3 Sistemi diagnostici

Nei casi di comorbilità le diagnosi effettuate con i due sistemi sopra menzionati – DSM-IV-TR e ICD-10 – sono reciprocamente convertibili, anche se la presenza contemporanea di uso o dipendenza di sostanze e disturbo psichiatrico viene codificata in maniera diversa.

Il DSM-IV-TR è organizzato in cinque assi di valutazione⁵². All'interno dell'Asse I vi sono i "disturbi correlati a sostanze", che sono suddivisi in due

⁴⁹ Wittchen HU (1996). *Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders*. British Journal of Psychiatry Suppl, 30, pp. 9-16.

⁵⁰ Wittchen HU (1996). *What is a comorbidity: fact or artefact?* British Journal of Psychiatry Suppl, 30, pp. 7-8.

⁵¹ McKenna C, Ross C (1994). *Diagnostic conundrums in substance abusers with psychiatric symptoms: variables suggestive of dual diagnosis*. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 20, pp. 397-412.

⁵² Nel DSM l'Asse I fa riferimento a disturbi clinici, caratterizzati dalla proprietà di essere temporanei o comunque non strutturali, e ad altre alterazioni che possono essere oggetto di attenzione clinica; l'Asse II fa riferimento a disturbi di personalità e al ritardo mentale, che generalmente, ma non necessariamente, si accompagnano a un disturbo di Asse I, cui fanno da contesto; l'Asse III fa riferimento a condizioni mediche generali e a disturbi fisici; l'Asse IV fa riferimento a condizioni psico-sociali e ambientali che contribuiscono al disturbo; l'Asse V fa

gruppi: 1) “disturbi da uso di sostanze”, che comprendono i quadri clinici dell’abuso e della dipendenza. L’abuso è una modalità patologica di utilizzo di una sostanza, dimostrata da ricorrenti e significative conseguenze avverse correlate al suo uso ripetuto⁵³. La dipendenza è definita come l’insieme di sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici indicativi di una continua assunzione di una sostanza, nonostante i problemi che questa assunzione comporta⁵⁴. La definizione operativa di questo primo gruppo di disturbi facilita la doppia diagnosi, poiché i due schemi di assunzione di sostanze (abuso e dipendenza) possono coesistere con una diagnosi psichiatrica di Asse I senza dover necessariamente postulare alcun

riferimento alla valutazione globale del funzionamento. Vedi: American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 4th ed, text revised*. Washington DC, APA.

⁵³ Più precisamente, l’abuso è la “modalità patologica d’uso di una sostanza che porta a menomazione o a disagi clinicamente significativi, come manifestato da una (o più) delle seguenti condizioni, ricorrenti entro un periodo di 12 mesi: 1) uso ricorrente della sostanza risultante in una incapacità ad adempiere ai principali compiti in ambito lavorativo, scolastico o domiciliare/familiare; 2) uso ricorrente della sostanza in situazioni fisicamente rischiose; 3) ricorrenti problemi legali correlati all’uso della sostanza; 4) uso continuativo della sostanza nonostante persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza”.

⁵⁴ Più precisamente, la dipendenza è la “modalità patologica d’uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da tre (o più) delle condizioni seguenti, che ricorrono in un qualunque momento dello stesso periodo di 12 mesi: 1) tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti: a) bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l’intossicazione o l’effetto desiderato, b) effetto notevolmente diminuito con l’uso quantitativo della stessa quantità della sostanza; 2) astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti: a) caratteristica sindrome d’astinenza, definita per ciascuna specifica sostanza nel DSM-IV, b) la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi d’astinenza; 3) la sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto; 4) desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l’uso della sostanza; 5) una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza, ad assumerla o a riprendersi dai suoi effetti; 6) interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell’uso della sostanza; 7) uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza”.

rapporto di causalità tra le due diagnosi; tuttavia, tale rapporto non può essere escluso; 2) “disturbi indotti da sostanze”, che comprendono i quadri clinici che possono essere indotti dall’abuso o dalla dipendenza di sostanze, ossia intossicazione, astinenza e disturbi sindromici secondari (delirium, demenza persistente, disturbo amnestico persistente, disturbo psicotico, disturbo dell’umore, disturbo d’ansia, disfunzione sessuale, disturbo del sonno). L’intossicazione è definita come lo sviluppo di una sindrome reversibile con caratteri specifici, che si sviluppa a seguito dell’assunzione o dell’esposizione a una sostanza. L’astinenza è definita dalla comparsa di un cambiamento comportamentale disadattivo, con concomitanti disturbi fisiologici e cognitivi, specifico per ogni sostanza, dovuto alla riduzione o sospensione del suo uso prolungato. In questi quadri è stata determinata una relazione causale, temporale e quantitativa tra assunzione di sostanza e sviluppo del disturbo psichiatrico, come indica il termine “indotto”. E’ necessario, sul piano clinico, il riscontro di un’anamnesi positiva per uso di sostanze, nonché un esame obiettivo ed esami di laboratorio compatibili con un’intossicazione o un’astinenza. Il criterio temporale deve, inoltre, essere soddisfatto, ossia vi deve essere una corrispondenza tra assunzione o cessazione dell’assunzione della sostanza e insorgenza o cessazione delle specifiche manifestazioni cliniche di natura psicopatologica. Nel caso in cui i sintomi siano preesistenti all’uso di sostanze o persistano nei periodi di astinenza tra una assunzione e l’altra, è probabile che ci si trovi di fronte a un quadro primario. Dal punto di vista della doppia diagnosi, i quadri clinici dell’intossicazione e dell’astinenza possono coesistere con un disturbo psichiatrico in Asse I, in quanto caratteristici dell’assunzione di sostanze; anche in questo caso non è necessario stabilire un rapporto di causalità, ma non lo si può neanche escludere.

Va precisato che il DSM-IV-TR analizza separatamente undici classi di sostanze (alcool, anfetamine, caffeina, cannabis, cocaina, allucinogeni, inalanti, nicotina, oppiacei, fenciclidina e, infine, sedativi, ipnotici o ansiolitici); per ciascuna di esse vengono descritti gli aspetti specifici di abuso, dipendenza, intossicazione e astinenza.

Il DSM-IV-TR si basa su due principi organizzatori: il primo è eziopatogenetico e regola l’inquadramento nosografico-diagnostico dei disturbi che abbiano una causa dimostrata. Il secondo è sindromico e si basa sull’identificazione di entità morbose indipendenti, riconosciute tali solo se non causate da fattori eziopatogenetici noti, e definite ognuna da un insieme di sintomi caratteristici. Il DSM-IV-TR utilizza quindi una modalità di classificazione gerarchica, dove il criterio eziopatogenetico è prioritario rispetto al criterio sindromico. Questa procedura di

classificazione e diagnosi ha una sua logica interna, è coerente con la priorità terapeutica e dovrebbe teoricamente limitare le condizioni di doppia diagnosi. Il problema principale nella clinica è però stabilire se un quadro sindromico è causa o conseguenza dell'assunzione di sostanze: nel primo caso è giustificata una doppia diagnosi, nel secondo no.

L'ICD-10 è piuttosto carente nella classificazione dei disturbi associati all'uso di sostanze, che vengono inclusi all'interno del gruppo diagnostico dei "disturbi mentali e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive". Nell'ICD-10 la doppia diagnosi viene inquadrata sulla base di un principio organizzatore di tipo eziopatogenetico, dove l'uso di sostanze viene considerata primario e il disturbo psichiatrico secondario. In questo modo l'ICD-10 permette l'inquadramento preciso di ogni caso di comorbidità, ma pone due problemi: 1) viene stabilito a priori un rapporto di causa-effetto tra uso di sostanze e quadro psicopatologico; 2) l'abuso o dipendenza da sostanze non è considerato di per sé un disturbo psichiatrico indipendente, a prescindere dai quadri psicopatologici che ad esso possono accompagnarsi.

Va notato che l'ICD-10, oltre ai criteri utilizzati dal DSM-IV-TR, aggiunge il *craving*. Il *craving* rappresenta un elemento fondamentale nella dipendenza da sostanze e nella genesi delle ricadute a cui spesso vanno incontro i soggetti con dipendenza. Inizialmente tale termine è stato utilizzato per descrivere, nei soggetti dipendenti da oppiacei, una forte e irrefrenabile voglia insorgente durante l'astinenza. Successivamente, ha assunto il significato di desiderio di fare uso di qualsiasi sostanza psicotropa in qualunque situazione. L'OMS descrive il *craving* come "desiderio intenso e compulsivo di sperimentare gli effetti di una sostanza psicoattiva usata in passato"⁵⁵, ossia, in termini più semplici, come desiderio dell'effetto conosciuto di una sostanza psicoattiva. Un tempo ritenuto espressione della sindrome da astinenza, il *craving* compare per lo più a seguito di uno stimolo evocante la sostanza, ma talora apparentemente senza alcuno stimolo; tende ad attenuarsi con il tempo, ma può comparire anche dopo anni di astinenza. Questo desiderio può divenire irresistibile e può aumentare in presenza di stimoli interni ed esterni ("eventi scatenanti") e con la percezione della disponibilità della sostanza. E' caratterizzato da un comportamento finalizzato all'ottenimento della sostanza e da pensieri intrusivi che si concentrano

⁵⁵ OMS (1995). *Lexicon of alcohol and drug terms*, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra.

sulla sostanza, per esempio pensieri intrusivi riguardanti l'alcool⁵⁶. In ambito psichiatrico vengono differenziati due tipi di *craving*⁵⁷: 1) *craving* fisico, che si manifesta in tossicodipendenti o alcolisti che smettono di drogarsi o bere dopo un lungo periodo di consumo eccessivo. Questo tipo di *craving* è per lo più associato a sintomi fisici di tipo astinenziale, quali aumento della frequenza cardiaca, sudorazione, nausea, agitazione psicomotoria, tremori, ecc.⁵⁸; 2) *craving* psicologico, che si manifesta durante l'astensione e spesso conduce alla ricaduta. Esso è legato all'attivazione del sistema della gratificazione, anche noto con il termine anglosassone di *reward* o "ricompensa", situato a livello cerebrale nel fascicolo prosencefalico mediale (MFB), che comprende la via dopaminergica meso-cortico- limbica^{59,60}.

3.4 Modelli eziopatogenetici e substrati neuroanatomici

E' stato accennato a come la compresenza, nei detenuti, di una condizione di dipendenza da droghe e/o alcool e di un disturbo psichiatrico sia sempre più frequente. Ciò suggerisce una relazione tra le due condizioni patologiche che non può essere spiegata dal puro caso, ma che, allo stesso tempo, risulta difficilmente riconducibile a modelli lineari di causa-effetto. L'osservazione clinica non aiuta a comprendere questa relazione. Difatti, all'interno delle carceri, così come nella popolazione generale, si possono osservare sia tossicodipendenti che presentano una sintomatologia psichiatrica più o meno coperta da droga e/o alcool, sia pazienti psichiatrici

⁵⁶ The United Nations International Drug Control Programme (UNDCP) (1992), Meeting, Vienna.

⁵⁷ Verheul R, van den Brink W, Geerlings P (1999). *A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol*. Alcohol and Alcoholism, 34(2), pp. 197-222.

⁵⁸ Powell J, Bradley B, Gray J (1992). *Classical conditioning and cognitive determinants of subjective craving for opiates: an investigation of their relative contributions*. British Journal of Addiction, 87(8), pp. 1133-1144.

⁵⁹ Franken IHA, Zijlstra C, Booij J, van den Brink W (2006). *Imaging the addicted brain: reward, craving and cognitive processes*. Handbook on Implicit Cognition and Addiction, SAGE, Thousand Oaks, CA, pp. 11-28.

⁶⁰ Park MS, Sohn JH, Suk JA, Kim SH, Sohn S, Sparacio R (2007). *Brain substrates of craving to alcohol cues in subjects with alcohol use disorder*. Alcohol and Alcoholism, 42(5), pp. 417-422.

che consumano sostanze stupefacenti. Uno studio⁶¹ condotto su 20.000 individui nel contesto dei servizi sanitari e giudiziari e nell'ambito della popolazione generale, ha evidenziato come oltre il 50% dei pazienti tossicodipendenti sia affetto da un disturbo psichiatrico e come il 30% dei pazienti psichiatrici sia affetto da un disturbo da uso di sostanze. Studi successivi hanno prodotto risultati sovrapponibili^{62,63,64}. Per dare un significato a tale comorbilità bidirezionale si rende necessario un inquadramento eziopatogenetico della tossicodipendenza e della alcooldipendenza. La prima è oramai considerata una patologia cerebrale a decorso cronico-ricidivante in grado di produrre profonde modificazioni comportamentali⁶⁵, con conseguenti effetti negativi a vari livelli, quali la salute personale, lo stato occupazionale, le relazioni familiari e il funzionamento sociale; la seconda è considerata un disturbo a genesi multifattoriale (bio-psico-sociale), derivante da una complessa interazione genotipo-ambiente e associata all'assunzione protratta (episodica o cronica) di bevande alcoliche. Anch'essa è in grado di provocare una sofferenza multidimensionale che si manifesta in maniera diversa da individuo a individuo e comprende il disagio psichico, l'assunzione di altre sostanze psicoattive e comportamenti autodistruttivi.

In entrambi i casi, alla base della dipendenza, vi è un'alterazione dei meccanismi cerebrali che controllano il sistema della gratificazione, oltreché degli stati motivazionali, ossia dei comportamenti compulsivi associati al consumo delle sostanze, e di numerosi altri sistemi funzionali,

⁶¹ Bourdon KH, Rae DS, Locke BZ, Narrow WE, Regier DA (1992). *Estimating the prevalence of mental disorders in U.S. adults from the Epidemiologic Catchment Area Survey* Public Health Report, 107(6), pp. 663-668.

⁶² Torrens M, Gilchrist G, Domingo-Salvany A (2011). *Psychiatric comorbidity in illicit drug users: substance-induced versus independent disorders*. Drug Alcohol Dependence, 113(2-3), pp. 147-156.

⁶³ Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, Pickering RP, Kaplan K (2004). *Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Archives of General Psychiatry, 61(8), pp. 807-816.

⁶⁴ Rodríguez-Jiménez R, Aragüés M, Jiménez-Arriero MA, Ponce G, Muñoz A, Bagny A, Hoenicka J, Palomo T (2008). *Dual diagnosis in psychiatric inpatients: prevalence and general characteristics*. Investigación Clínica, 49(2). pp.195-205.

⁶⁵ Koob GF, Volkow ND (2012). *Neurocircuitry of addiction*. Neuropsychopharmacology, 35(1), pp. 217-238.

quali quelli implicati nell'apprendimento e nella memoria⁶⁶. Tali sistemi interagiscono tra loro a più livelli, tanto che dalla regolazione genetica della sintesi di neurotrasmettitori e recettori a livello neuronale, si arriva, attraverso la mediazione affettiva (che implica il coinvolgimento di specifiche strutture cerebrali), all'elaborazione cognitiva degli stimoli interni ed esterni, i quali si esprimono attraverso i comportamenti tipici dei tossicodipendenti e alcolodipendenti⁶⁷. Il sistema della gratificazione permette di provare un insieme di sensazioni fisiche ed emotive che a livello della coscienza vengono riconosciute come piacere, inteso come l'insieme di sensazioni che conseguono all'appagamento dei bisogni. Le sostanze d'abuso, pur agendo con meccanismi biochimici diversi⁶⁸, hanno in comune alcune caratteristiche: 1) sono dotate di spiccate proprietà gratificanti, agendo a livello cerebrale con meccanismi simili agli stimoli primari (quali fame, sete, ecc)⁶⁹; 2) danno origine a un vero e proprio disturbo della motivazione nel momento in cui determinano la dipendenza⁷⁰; 3) sono tutte in grado di agire da rinforzo positivo (inteso come l'insieme di condizioni sostenute da uno stimolo capaci di determinare una risposta che favorisce la presentazione dello stimolo stesso), soprattutto sul comportamento di procacciamento della sostanza, potenziandolo⁷¹. Le sostanze d'abuso alterano le funzioni cerebrali che controllano il desiderio, l'umore, i processi di apprendimento e memoria, le capacità di giudizio e la volontà. In particolare, l'uso cronico delle sostanze d'abuso è in grado di alterare la funzione e la struttura dei neuroni di tali sistemi, inducendo cambiamenti potenzialmente dannosi che persistono

⁶⁶ Grant S, London ED, Newlin DB, Villemagne VL, Liu X, Contoreggi C, Phillips RL, Kimes AS, Margolin A (1996). *Activation of memory circuits during cue-elicited cocaine craving*. Proceedings of the National Academy of Sciences USA, 93, pp. 1204-15.

⁶⁷ Blackson TC, Tarter RE, Martin CS, Moss HB (1994). *Temperament mediates the effects of family history of substance abuse on externalizing and internalizing child behavior*. The American Journal on Addictions, 3(1), pp. 58-66.

⁶⁸ Koob GF, Weiss F (1992). *Neuropharmacology of cocaine and ethanol dependence*. Recent Developments in Alcoholism, 10, pp. 201-233.

⁶⁹ Oleson EB, Cheer JF (2012). *A brain on cannabinoids: the role of dopamine release in reward seeking*. Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine, 2(8), pp. 123-128.

⁷⁰ Wise RA, Bozarth MA (1987). *A psychomotor stimulant theory of addiction*. Psychological Review, 94(4), pp.469-492.

⁷¹ McKim WA (1997). *Drugs and Behavior*, 6th ed. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.

per settimane, mesi o addirittura anni dopo l'assunzione dell'ultima dose⁷². Tali cambiamenti sono alla base delle ricadute, poiché con il tempo riducono gli effetti piacevoli dell'assunzione delle sostanze, aumentando contemporaneamente il desiderio spasmodico di riassumerle e facendo così precipitare il tossico-alcooldipendente in una spirale distruttiva con gravi ripercussioni sul funzionamento lavorativo e sociale.

Dal punto di vista neuroanatomico, la gratificazione e la motivazione sono controllati principalmente dal sistema limbico, un insieme di aree cerebrali implicate nella genesi delle emozioni e nei processi di apprendimento e memoria^{73,74}. Tali aree comprendono la corteccia prefrontale dorsolaterale (DLPC), l'ippocampo, l'ipotalamo, il talamo, l'amigdala e i nuclei dorsale (gangli della base) e ventrale (nucleo accumbens). Fanno parte del sistema della gratificazione anche alcuni sistemi neurotrasmettitoriali⁷⁵, quali il sistema dopaminergico mesolimbico, che sembra controllare la spinta motivazionale per la ricerca dello stimolo gratificante, il sistema oppioide, che sembra mediare i processi di gratificazione conseguenti al consumo della sostanza, il sistema glutaminergico, che modula il rilascio della dopamina in alcune aree cerebrali, ed il sistema gabaergico, che inibisce il rilascio di dopamina a livello del sistema nervoso centrale. Il circuito della gratificazione appare quindi piuttosto complesso e coinvolge diverse aree cerebrali, che sappiamo essere necessarie per caratterizzare emotivamente le esperienze e dirigere emotivamente la risposta dell'individuo verso attività piacevoli quali il mangiare, il bere e le interazioni sociali. Le sostanze d'abuso utilizzano a proprio vantaggio le funzioni di tali sistemi, ovvero il piacere, l'apprendimento e la memorizzazione⁷⁶. Tutte le informazioni ambientali vengono finalizzate alla preparazione, iniziazione

⁷² Everitt BJ, Robbins TW (2005). *Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion*. *Nature Neuroscience*, 8(11), pp. 1481-9.

⁷³ Phillips AG, Courty A, Fiorino D, LePiane FG, Brown E, Fibiger H (1992). *Self-stimulation of the ventral tegmental area enhances dopamine release in the nucleus accumbens: a microdialysis study*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 654, pp. 199-206

⁷⁴ Garris PA, Kilpatrick M, Bunin MA, Michael D, Walker QD, Wightman RM (1999). *Dissociation of dopamine release in the nucleus accumbens from intracranial self-stimulation*. *Nature*, 398(6722), pp. 67-69.

⁷⁵ White FJ (1996). *Synaptic regulation of mesocorticolimbic dopamine neurons*. *Annual Review of Neuroscience*, 19, pp. 405-436.

⁷⁶ Di Chiara (1995). *The role of dopamine in drug abuse viewed from the perspective of its role in motivation*. *Drug and Alcohol Dependency*, 38, pp. 95-137.

ed esecuzione di comportamenti – acquisiti e rinforzati dalla droga e/o dall'alcool – che servono a ripeterne l'uso.

Alla luce di queste nozioni, la comorbidità bidirezionale tra uso di sostanze e disturbi psichiatrici può essere più facilmente interpretata riconoscendo l'uso di sostanze come possibile causa, conseguenza o condizione concomitante a sintomi psicopatologici più o meno gravi, in un'ottica integrata bio-psico-sociale. Si possono così riconoscere tre tipologie di pazienti: 1) pazienti con dipendenza primaria e disturbo psichiatrico secondario, nei quali la sostanza (droga e/o alcool) agirebbe come *trigger* in grado di facilitare l'insorgenza di sintomi psicopatologici transitori⁷⁷ o di un disturbo psichiatrico vero e proprio^{78,79}, sia in asse I che in asse II [1, 2]. Proprio le droghe, per esempio, contribuiscono a innescare l'esordio psicotico in giovani a rischio⁸⁰. Questo vale soprattutto per l'eroina e, in misura minore, per la cocaina, le anfetamine, la cannabis e le cosiddette *smart drugs* o “nuove droghe” (quali efedrina, sinefrina, mefedrone, nafirone, ergina, ecc.), tutte abitualmente unite all'alcool; 2) pazienti con disturbo psichiatrico primario e dipendenza secondaria, nei quali la sostanza assumerebbe un significato di autoterapia (*self-medication*)⁸¹. Rimanendo nell'ambito delle psicosi, l'abuso di sostanze che ha inizio dopo i prodromi psichici e poco prima dell'esplosione psicotica vera e propria sarebbe legato alla maggiore vulnerabilità di tali giovani pazienti, i quali tenderebbero a sviluppare un legame più forte e incontrollato con le sostanze da abuso, sia per cercare di attenuare la propria sofferenza, sia per assumere una più rassicurante identità di tossicodipendenti, preferibile a quella di “matti”; 3) pazienti con disturbi psichiatrici e dipendenza entrambi primari.

⁷⁷ Angrist BM, Gershon S (1970). *The phenomenology of experimentally induced amphetamine psychosis: preliminary observations*. Biological Psychiatry, 2, pp. 95-107.

⁷⁸ Janowsky DS, Risch C (1979). *Amphetamine psychosis and psychotic symptoms*. Psychopharmacology, 65, pp. 73-77.

⁷⁹ Hambrecht M, Hafner H (2000). *Cannabis, vulnerability and the onset of schizophrenia: an epidemiological perspective*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34, pp. 468-475. Janowsky DS, Risch C (1979). *Amphetamine psychosis and psychotic symptoms*. Psychopharmacology, 65, pp. 73-77.

⁸⁰ Poole R, Brabbins C (1996). *Drug induced psychosis*. British Journal of Psychiatry, 168, pp. 135-138.

⁸¹ Khantzian EJ (1997). *The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications*. Harvard Review of Psychiatry, 4, pp. 231-44.

Va sottolineato come i disturbi da uso di sostanze non sempre si associno a un quadro psichiatrico conclamato, ma più spesso rientrano in situazioni di confine, in cui si osservano quadri intermedi tra le difficoltà relazionali e psicopatologiche che interagiscono con l'assunzione di droghe⁸².

3.5 Approcci terapeutici integrati entro e al di fuori della detenzione

Il sistema penitenziario deve espletare una doppia funzione di controllo e cura dei detenuti tossico-alcooldipendenti, in particolare di quelli con doppia diagnosi⁸³, almeno nel periodo della detenzione e prima di ogni misura alternativa terapeutica, che resta l'obiettivo primario. La legislazione italiana è estremamente articolata con riguardo al consumo di droghe e/o alcool e ai reati connessi alla produzione, alla traffico e alla detenzione non autorizzata di sostanze stupefacenti⁸⁴, che sono i reati in assoluto più frequenti⁸⁵. L'uso di droga non è un reato, ma poiché espone a rischi l'individuo che le assume e le terze persone in contatto con lui e alimenta la criminalità organizzata, viene considerato un illecito amministrativo e comporta sanzioni quali il ritiro della patente, del passaporto e del porto d'armi. Si parla, invece, di reato con particolare riferimento alla produzione, allo spaccio e alla commercializzazione di sostanze stupefacenti (art. 73 del DPR 309/90). Reato che, come tale, viene punito con pene che prevedono anche l'incarcerazione. Va però sottolineato come coloro che violano la normativa sulle sostanze stupefacenti facciano sovente uso di tali sostanze, per cui sono in realtà individui malati. Nell'ottica secondo la quale la tossicodipendenza è una malattia prevenibile, curabile e guaribile, la normativa italiana promuove la cura e riabilitazione di questi individui, riconoscendo loro la possibilità di essere inseriti in percorsi alternativi al carcere, (previsti dall'art. 94 del DPR 309/90), per rientrare in programmi *ad hoc* presso comunità terapeutiche

⁸² Gerra G (1994). *Drogati si nasce? Percorsi nell'infanzia-adolescenza prima della tossicodipendenza*. Edizioni San Paolo, Roma.

⁸³ Carrieri F, Catanesi R (2004). *Abuso di sostanze e condotte criminali*, Giuffrè, Milano.

⁸⁴ DPR 309/90, recante "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza".

⁸⁵ Istat (2011). *I detenuti nelle carceri italiane*. Statistiche Report, 4, pp. 1-27.

o strutture territoriali. Tuttavia, questa alternativa rimane ancora troppo poco utilizzata e, per quanto sia aumentato negli ultimi tempi il numero di individui usciti dal carcere per intraprendere percorsi riabilitativi, è necessario incentivare ulteriormente tale processo e favorire la reintegrazione sociale e lavorativa dei tossicodipendenti che hanno commesso reati, ma che potrebbero, se in possesso dei requisiti previsti, fruire dei benefici di legge.

I detenuti affetti da comorbidità psichiatrica in corso di patologie da dipendenza pongono problematiche di notevole attualità, oltretutto di elevata complessità da un punto di vista terapeutico e di *management*, in quanto nella maggior parte dei casi le loro condizioni psicopatologiche si influenzano reciprocamente. Inoltre, nelle carceri italiane, la popolazione dei detenuti tossico-alcooldipendenti è sovente rappresentata da pazienti storici, ben conosciuti ai Ser.T e alle comunità terapeutiche, caratterizzati da gravità, cronicità e ripetuti fallimenti in ogni ambito esistenziale e sociale. Questi individui hanno una lunghissima storia di problemi psichici, mai adeguatamente trattati, e di rapporti tumultuosi e discontinui con l'ambito terapeutico, che possono sfociare in gravi situazioni di acuzie – crisi depressive, maniacali, psicotiche, ecc. –, a loro volta intrecciate con disturbi di personalità, devianza e deriva sociale.

Se la comorbidità psichiatrica non viene adeguatamente trattata, i tentativi di cura della dipendenza da droghe e/o alcool possono risultare fallimentari⁸⁶: per esempio, individui affetti da distimia o da disturbo depressivo maggiore possono trovare estremamente difficile smettere di bere e, se l'abbassamento del tono dell'umore non viene trattato, questo può, in certi casi, durare per anni, spesso con remissioni parziali e successive ricadute, che rendono il decorso della patologia ancora più problematico.

L'approccio terapeutico alla coesistenza di uso di sostanze e disturbi psichiatrici varia a seconda delle sostanze assunte, della specifica comorbidità psichiatrica, delle caratteristiche individuali del paziente e della disponibilità di sistemi di supporto psico-sociali. In generale, il trattamento dell'uso di sostanze si prefigge due obiettivi principali: 1) il primo è l'astinenza dalla sostanza. Pochi individui riescono a passare da un quadro di abuso o dipendenza a uno di uso moderato, per cui nella maggioranza

⁸⁶ Mueller TI, Lavori PW, Keller MB, Swartz A, Warshaw M, Hasin D, Coryell W, Endicott J, Rice J, Akiskal H (1994). *Prognostic effect of the variable course of alcoholism on the 10-year course of depression*. American Journal of Psychiatry, 151(5), pp. 701-6.

dei tossicodipendenti l'astinenza completa è il solo modo per controllare il problema; 2) il secondo è il raggiungimento del benessere psico-fisico. Come è stato scritto in precedenza, l'abuso e la dipendenza da sostanze, alla stessa maniera dei disturbi mentali, hanno una eziopatogenesi multifattoriale: fattori biologici, ambientali, culturali e psicologici interagiscono nel determinare il quadro psicopatologico dell'individuo. Pertanto, il trattamento non può prescindere dalla valutazione di questi fattori e si rende evidente la necessità di una rete di operatori e di strutture specializzate nella loro gestione. E' fondamentale sottolineare l'importanza, accanto alla terapia farmacologica, del supporto psico-sociale nel *management* a lungo termine dei detenuti con doppia diagnosi.

Nelle situazioni di comorbidità, oltre ai farmaci specifici per il tipo di sostanza assunta (per esempio, disulfiram, acamprosato, naltrexone o acido gamma-idrossibutirrico in caso di alcoolismo)^{87,88}, vengono impiegati farmaci di comprovata efficacia nel trattamento di alcune patologie psichiatriche, quali gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), gli stabilizzatori dell'umore (carbamazepina, acido valproico, gabapentin, vigabantin, ecc.), le benzodiazepine, il buspirone, il trazodone ed altri.

In linea generale, le fasi iniziali del trattamento sono volte alla messa in atto di misure detossificanti e di disassuefazione. Tuttavia, parallelamente alla terapia di disintossicazione e della correzione dei deficit metabolici, è necessaria la messa in atto di provvedimenti volti a risolvere il problema della dipendenza e a stabilizzare il tono dell'umore, in quanto le due condizioni si influenzano e si amplificano reciprocamente.

Negli ultimi anni, l'approccio farmacologico al trattamento delle dipendenze patologiche da sostanze psicoattive ha acquistato particolare rilievo sia per le nuove conoscenze in campo neurobiologico, sia per i recenti tentativi di integrazione della farmacoterapia con altri strumenti terapeutici, quale quello psicoterapico e socio-riabilitativo.

Allo stato attuale delle conoscenze va sottolineato il fatto che nessun trattamento è risultato sicuramente efficace nel prevenire le ricadute. L'importanza della "riduzione del danno" nel lungo termine rende l'argomento del controllo del *craving* molto interessante, pertanto è

⁸⁷ Garbutt JC, West SL, Carey TS, Lohr KN, Crews FT (1999). *Pharmacological treatment of alcohol dependence: a review of the evidence*. JAMA, 281(14), pp. 1318-1325.

⁸⁸ Mann K (2004). *Pharmacotherapy of alcohol dependence: a review of the clinical data*. CNS Drugs, 18(8), pp. 485-504.

auspicabile che gli studi farmacologici continuino nella ricerca di metodi più idonei al controllo delle ricadute.

Riflessioni conclusive

Consumatori di droghe e giustizia, evidenti differenze fra Italia, Portogallo, Spagna and Repubblica Ceca

1. Questo lavoro ha preso le mosse dalle seguenti evidenze:
 - Nel mercato della droga i consumatori intensivi sono il gruppo meno numeroso, non più del 10% dei consumatori complessivi, ma essi consumano quantità tali da raggiungere il 50% dell'intera domanda di droga⁸⁹.
 - La maggior parte dei consumatori intensivi sono marginalizzati per le progressive difficoltà che incontrano nel lavoro e per la costante necessità di reperire fondi necessari a finanziare la loro dose giornaliera; questi due fattori giocano un ruolo importante nell'erosione delle loro relazioni sociali e nel loro progressivo inserimento nell'area criminale come piccoli venditori di droghe e per piccoli furti o per altri reati contro l'ordine pubblico⁹⁰.

⁸⁹ Una prima analisi sulla segmentazione del mercato è riportata in Ricci, R. *Illicit drug industry in the National Account. Some extension of the supply and demand side approaches*, 4th ISSDP Conference, Santa Monica; 15-16 March 2010 (http://www.illicitdrugmarket.net/upload/files/20100328172647-Drug_industry_in_the_National_Accounts.pdf). Un secondo più approfondito studio sull'argomento è incluso in Fabi, F., Ricci, R.; Rossi, C. *Segmentazione e valutazione del mercato dal lato della domanda* in Rey, G.M.; Rossi, C.; Zuliani, A. (a cura di) *Il mercato delle droghe. Dimensione, protagonisti, politiche*, Marsilio Editori, Venezia, 2011.

La segmentazione è stata poi applicata anche in altri progetti di ricerca ottenendo gli stessi risultati riguardo all'importanza del gruppo di consumatori intensivi: M. Van Laar (Lisbon 2013),

⁹⁰ Di nuovo si veda in Rey, G.M.; Rossi, C.; Zuliani, A. (a cura di) *Il mercato delle droghe. Dimensione, protagonisti, politiche*, Marsilio Editori, Venezia, 2011.

- Troppo spesso il consumatore intensivo diventa problematico perchè non riceve adeguati supporti e cure dal sistema socio-sanitario. D'altronde di fronte ai problemi sanitari di questo gruppo di persone, la somministrazione di metadone è il solo trattamento (ma solo per le dipendenze da eroina) che possa essere considerato ben sperimentato ovunque ed è il servizio sanitario più importante fornito dalla sanità pubblica, almeno in Italia, ma non è altrettanto efficace e sperimentato nel caso dei consumatori di più sostanze e di nuove droghe sintetiche. Sicuramente il trattamento con metadone non è più sufficiente per i cambiamenti del mercato delle droghe che sono descritti anche nella prima parte di questo libro.

2. E' importante procedere all'esame delle condizioni giuridiche che sono alla base dei trattamenti nei 4 paesi, non solo dal punto di vista di impianto legislativo sulla carta⁹¹, ma soprattutto per quello che riguarda l'applicazione pratica, principalmente con l'interazione degli aspetti sanitari da regolamentare e con le esigenze di controllo dell'ordine pubblico. Dal 1961⁹² con alti e bassi nel mondo e più marcatamente dal 2006 in Italia⁹³, nei confronti del consumatore di droga – specie quando infrange la legge - si lascia che prevalga il concetto di delinquente piuttosto che di malato; l'applicazione delle pene e soprattutto lo stigma sociale indotto dall'impianto legislativo rende il consumatore intensivo più soggetto alla marginalizzazione. Nell'indagine sui pazienti delle comunità e servizi a bassa soglia il dato più significativo è che il 60% degli intervistati è stato arrestato almeno una volta. La maggioranza è stata arrestata per reati non connessi alla droga (come possiamo vedere nella tabella 1) e questa

⁹¹ Si veda per una recente analisi comparata delle leggi: Ventura, E.; Rossi, C. *Drug Laws in Europe: main features and comparisons*, Universitalia, Rome, 2013.

⁹² 1961 è l'anno della "Single Convention" the first act of UN that introduced rules on drugs, Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, UNITED NATIONS

⁹³ L'anno dei Giochi Olimpici Invernali in Italia, quando l'ultima legge riguardante le politiche della droga fu adottata insieme ad una legge di bilancio sulle Olimpiadi per evitare uno specific dibattito. Legge 21 febbraio 2006 n. 49, registrata come "Conversione in legge, con modificazioni del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, recante misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell'Amministrazione dell'interno. Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi"

tendenza è simile in tutti e quattro i paesi considerati. Le maggiori differenze fra i quattro paesi riguardano due aspetti molto importanti: (a) in Italia gli arrestati per vendita di droghe illegali sono in percentuale maggiore che negli altri 3 Paesi considerati; (b) in Italia dopo l'arresto (o dopo svariati arresti) sono stati incarcerati in percentuale superiore che negli altri Paesi (si veda tabella 1). E' sicuramente lecito avanzare l'ipotesi di lavoro che in Italia la giustizia non fornisce la possibilità di evitare le recidive e neanche fornisce facilmente pene alternative (e probabilmente più efficaci del carcere) così come avviene negli altri Paesi.

		Italia	Repubblica Ceca	Portogallo	Spagna
Arrestati	Mai	38,6%	38,0%	40,9%	39,5%
	Per droga	17,1%	4,9%	17,2%	8,6%
	Per altri reati	30,0%	54,2%	36,7%	47,0%
	Per droga e per altri reati	14,3%	2,8%	5,3%	4,9%
	Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Incarcerati	Mai	42,9%	64,8%	57,2%	59,2%
	Per droga	13,8%	4,2%	14,1%	6,1%
	Per altri reati	29,5%	30,3%	26,6%	32,3%
	Per droga e per altri reati	13,8%	0,7%	2,1%	2,4%
	Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella 1: arrestati e incarcerate nei 4 paesi (%).

Fonte: R. Ricci, C. Rossi, (editors), *Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data*, UNIVERSITALIA, Roma 2012.

- Oltre al rapporto con la giustizia, per comprendere la risposta che l'apparato legislativo fornisce di fronte al fenomeno droga occorre anche analizzare l'insieme di strutture dedicate all'assistenza sociale e sanitaria e delle norme che le regolamentano. Infatti

osservando i dati della tabella 1, dobbiamo dire che probabilmente il fenomeno delle recidive e quindi del maggior numero di incarcerati rispetto agli altri Paesi può essere dovuto anche a un non adeguato funzionamento delle strutture di assistenza. Entrare nel merito dei servizi svolti in campo socio-sanitario è sicuramente molto difficile, se non altro per la evidente difficoltà di parametrare in modo oggettivo gli schemi di valutazione. Ma guardando alle risorse finanziarie disponibili, in Italia, si può verificare che la regionalizzazione della sanità e l'ulteriore parcellizzazione dei centri di spesa per i servizi sociali sembra aver creato forti diseguaglianze di trattamento, pur di fronte ad una legge che a suo tempo aveva istituito servizi dedicati ed uniformemente presenti sul territorio (Ser.T.). A livello di applicazione effettiva della legge, per esempio, i contributi regionali per ciascun paziente in comunità terapeutica variano sensibilmente, da circa 146 € per il Trentino a circa 37 € di Campania e Puglia. Per di più si rilevano notevoli ritardi nei pagamenti da parte delle Regioni meno ricche, tanto da mettere in seria difficoltà la stessa sopravvivenza delle Comunità. Tutto ciò implica un diverso trattamento e una disparità di fronte alla legge⁹⁴ che invece sancisce obiettivi generali che non potranno essere raggiunti con un impiego di risorse così difficilmente commensurabile.

4. I consumatori intensivi e più in generale chi usa sostanze psicotrope e alcol ha una più alta probabilità di entrare nell'area criminale e di essere pericoloso per se e per la società⁹⁵. E' opportuno che vengano concentrate azioni su queste minoranze di consumatori. L'intervento più conosciuto e facilmente praticabile è lo scambio di siringhe. In Italia non si incontrano più gli apparecchi

⁹⁴ Le informazioni sui contributi erogati dalle singole Regioni sono desunte dagli atti della 5° Conferenza Nazionale sulle Droghe tenuta a Trieste il 2010.

⁹⁵ Van Amsterdam, J. Opperhuizen, A. Koeter, M. & van den Brink, W. (2010). Ranking the Harm of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs for the Individual and the Population. *European Addiction Research*, 16, 202-207; Nutt, D. J. King, L.A. Phillips, L.D. on behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis, retrieved November 1 2010 in www.thelancet.com.

distributori di siringhe sterili e pochi sono i centri dove poterlo fare, questo sistema è molto importante per la “Riduzione del Danno” e per il primo contatto con i consumatori di droghe iniettabili che sono i più problematici fra i consumatori. Questo tipo di intervento è consigliato dalle maggiori istituzioni sanitarie come l’OMS e il National Institute for Health (US). In Australia uno studio, che ha riguardato il periodo fra il 2000 ed il 2009, ha permesso di quantificare che circa 32.000 infezioni di HIV sono state evitate a fronte della distribuzione di 27–31 milioni di aghi. Dal punto di vista economico per ogni dollaro speso il governo australiano ne ha risparmiati quattro⁹⁶. Un altro intervento, già applicato con successo in Svizzera da circa 15 anni, e che può fortemente migliorare la qualità della vita dei consumatori più problematici che non reagiscono al metadone può essere il “Supervised injectable heroin (SIH) treatment”. In questi ultimi 15 anni questo intervento si sta sperimentando in altri sei paesi ed è oramai disponibile per coloro, che risultano refrattari al metadone, in Danimarca, Germania, Olanda, UK oltre che in Svizzera. In Spagna ed in Canada è ancora nelle prime fasi di introduzione. Anche qui abbiamo delle valutazioni economiche (per Svizzera, Germania e Olanda) che indicano un costo per paziente/anno fra I 12.700 e I 20.400 Euro sensibilmente più alto del costo per l’analogo mantenimento con il metadone, ma i risultati ottenuti con i pazienti in trattamento mostrano significativi risparmi per la società per quello che riguarda minori spese per i minori reati in cui incorrono e quindi i risparmi per la collettività e per lo Stato sono stati stimati complessivamente in 15.000 Euro in Olanda, 13.000 in Svizzera e 6000 in Germania⁹⁷.

5. Ancora l’esperienza del Portogallo sembra aver dato i migliori risultati non solo per le efficaci politiche di decriminalizzazione del possesso per uso personale (la vendita è tuttora illegale) ma soprattutto perché al Ministero della Salute è stato dato il ruolo principale nella valutazione del comportamento del consumatore di fronte ad alcuni reati in aggiunta al ruolo semplicemente di

⁹⁶ National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, Evaluating the Cost Effectiveness of Needle and Syringe Programs in Australia, 2009

⁹⁷ EMCDDA, New heroin-assisted treatment, Lisbon, April 2012.

controllo ed interdizione del Ministero dell'Interno e della Polizia⁹⁸.

Il contatto con il carcere e le recidive riscontrate con i dati dell'indagine confermano che, in Italia, il numero degli "spacciatori" è pressoché costante negli ultimi 6 anni intorno alle 400.000 unità, quindi, più del 90% di loro non vengono imprigionati e la criminalità organizzata può contare su un vasto numero di piccoli rivenditori e piccoli criminali che assicurano un elevato giro d'affari (in Italia una stima molto cautelativa arriva a 24 miliardi di Euro⁹⁹), pur rimanendo al di fuori della distribuzione dei profitti più importanti e assumendo il maggior numero dei rischi.

6. Programmi terapeutici in carcere: è importante fornire trattamenti terapeutici in carcere specialmente per chi è dipendente da droghe. Dando uno sguardo ai progetti in corso in Italia possiamo segnalare:

- in Italia dal 1990 è stata emanata una legge che assegna il servizio di assistenza psicologica e sanitaria per i detenuti alcolisti e dipendenti da droghe al Servizio Sanitario Nazionale che quindi agisce in collaborazione con le autorità penitenziarie. Questa legge stabilisce che la detenzione di un tossicodipendente deve avvenire in strutture particolari, denominate Istituti di Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti (I.C.A.T.T.). Quindi su tutto il territorio nazionale la legge è stata applicata e al momento circa 10 strutture stanno funzionando come ICATT, ospitando circa 500 detenuti, solo un 4% del totale dei detenuti tossicodipendenti. Questo progetto è indirizzato ai detenuti che vogliono effettivamente cominciare a vivere senza droghe durante la loro detenzione. I detenuti devono richiederlo e in seguito può essere trasformato in un programma alternativo alla detenzione. Gli ammessi sono preferibilmente giovani soggetti con meno di 25 anni, non socialmente pericolosi, alla prima esperienza in carcere,

⁹⁸ Ventura, E., Comparison between Italian and Portuguese Legislation, in Ventura, E.; Rossi, C. Drug Laws in Europe: main features and comparisons, Universitalia, Rome, 2013.

⁹⁹ Fabi F., Ricci R.; Rossi, C. Segmentazione e valutazione del mercato dal lato della domanda in Rey, G.M.; Rossi, C.; Zuliani, A. (a cura di) Il mercato delle droghe. Dimensione, protagonisti, politiche, Marsilio Editori, Venezia, 2011 .

con pene inferiori a 4 – 6 anni e in buona condizione fisica. Questi ottengono la possibilità di frequentare un corso di studio, partecipare ad attività ricreative, incontri con psicologi e lavori sociali.

- Dipartimenti specializzati per alcolisti e tossicodipendenti. La maggior parte dei tossicodipendenti mostra in poche ore (12 – 24) una sindrome di astinenza. Le strutture mediche del penitenziario dovrebbero essere ben equipaggiate per fronteggiare queste situazioni. Solo alcune Unità sperimentali sono state attrezzate per il trattamento di detenuti con sindrome da astinenza in alcuni grandi penitenziari. Fino a 50 persone possono esse ospitate in ogni unità. Questa esperienza ha lo scopo di attivare un legame positivo fra personale medico e detenuti sia per la prima accoglienza che per un successivo programma terapeutico. Tali unità dovrebbero essere create in ogni prigione in un prossimo futuro.

7. Affrontando le questioni di spesa anche il servizio in carcere è soggetto a carenze ben note specialmente nei confronti di chi è soggetto ad essere dipendente dalle droghe. Il costo in carcere è variabile secondo fattori che riguardano da una parte l'affollamento delle carceri che incide solo sui costi variabili e dall'altra le dotazioni delle carceri in termini di strutture e personale addetto, che invece sono costi fissi. Per l'Italia dal sito del Ministero della Giustizia, competente per l'amministrazione carceraria, si rileva che, negli anni 2002 – 2011, i costi medi sono variati sensibilmente in ragione della numerosità dei detenuti, va comunque considerato che nel 2011 risultava 112,8 €/g contro 126,7 €/g del 2002 senza considerare la perdita di valore della moneta fra 2002 e 2011.

	Personale	Funzionamento	Manutenzione	investimento	Spesa Media
2002 (55,670 detenuti)	95,92	4,74	18,36	7,69	126,71
2003 (56,081 detenuti)	102,55	4,37	18,10	7,59	132,61
2004 (56,500 detenuti)	102,15	4,08	18,98	6,46	131,67
2005 (58,817 detenuti)	100,84	3,39	18,34	2,37	124,94
2006 (51,748 detenuti)	123,41	4,21	21,19	6,03	154,84
2007 (44,587 detenuti)	157,38	6,00	26,83	8,23	198,44
2008 (54,789 detenuti)	121,40	4,76	18,04	7,85	152,05
2009 (63,095 detenuti)	99,68	3,49	10,86	7,22	121,25
2010 (67,820 detenuti)	97,20	5,58	7,78	6,11	116,67
2011 (67,174 detenuti)	98,95	4,03	6,48	3,35	112,81

Tabella 2: spese medie per detenuto per anno, in Italia.

Fonte: ns. elaborazioni su statistiche del Ministero della Giustizia.

Il risultato anche dopo l'indulto del 2006 è un peggioramento di servizi a disposizione per il singolo carcerato¹⁰⁰.

8. La tossicodipendenza è da considerare una malattia, riconosciuta anche dalla OMS (WHO), il carcere di fronte a consumatori affetti da dipendenza diventa ancora meno capace di svolgere la sua funzione riabilitativa. Quali alternative sono disponibili: ingresso in comunità terapeutica e arresti domiciliari sono le alternative più frequenti per l'Italia, sebbene quando si hanno delle recidive diventano sempre meno accessibili, creando un ulteriore problema gestionale per quei pazienti che non hanno avuto un trattamento sufficiente o in ogni caso con successo,
9. Carcere o alternative al carcere, la risposta sembra scontata e senza bisogno di ulteriori dimostrazioni; d'altronde è stato rilevato

¹⁰⁰ http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.wp?previousPage=mg_1_14&contentId=SST644906

che la percentuale di persone che commettono reati diminuisce fra quelli che escono da un periodo di trattamento nelle comunità terapeutiche rispetto a quelli che escono da un periodo di detenzione, quindi è assolutamente consigliabile il ricorso a sistemi terapeutici più che alla semplice detenzione¹⁰¹.

10. All'esame delle leggi giudiziarie e sanitarie va aggiunto l'esame delle leggi di carattere sociale che governano il sociale e gli strumenti conseguenti come i "piani regolatori del sociale". Prevenzione ed assistenza sociale sono attività regolate con fondi non afferenti alla sanità ma che in questo caso possono determinare successive variazioni dei costi sanitari e giudiziari, tali attività si sviluppano anche lanciando programmi di alternative alla detenzione, ma soprattutto recupero preventivo di soggetti a rischio.
11. La necessità di coordinare fondi e attività di intervento sociale, strutture sanitarie e strutture giudiziarie è stata assolta in modo molto interessante nei 4 Paesi oggetto di indagine; come si è sviluppata in questi Paesi e come si potrebbe sviluppare altrove, per esempio in Italia, è uno degli obiettivi del nuovo progetto di ricerca,

Roberto Ricci

¹⁰¹ Santoro E., Tucci R., L'incidenza dell'affidamento sulla recidiva: prime indicazioni e problemi per una ricerca sistematica, rapporto finale del progetto Misura, Regione Toscana 2004. Leonardi F., Le misure alternative alla detenzione tra reinserimento sociale e abbattimento della recidiva, in «Rassegna Penitenziaria e Criminologica », 2, 2007.

Summary and conclusions

Drug users and law enforcement, evident differences between Italy, Portugal, Spain and Czech Republic

1. The assumptions that constitute the foundation of the present work are the following:
 - in the drug market, intensive users are the smallest group, accounting for approximately 10% of drug users, nonetheless they consume almost 50% of the total sold quantities¹⁰².
 - the majority of intensive drug users are marginalized due to their increasing difficulties in working and their unceasing need of funding for their daily doses; these two features play an important role in the impairment of social relationships and in the ever-increasing access to the criminal field, either as street dealers of illicit drugs or as offenders committing minor crimes against property¹⁰³.
 - too frequently, intensive drug users do not receive adequate care from the social system and health care structures. Methadone as pharmacological therapy is the sole treatment for heroin addiction

¹⁰² A first review of the issue is reported in Ricci, R. Illicit drug industry in the National Account. Some extension of the supply and demand side approaches, 4th ISSDP Conference, Santa Monica;15-16 March 2010 (http://www.illicitdrugmarket.net/upload/files/20100328172647-Drug_industry_in_the_National_Accounts.pdf).

A second more accurate review is included in Fabi, F., Ricci, R.; Rossi, C. Segmentazione e valutazione del mercato dal lato della domanda in Rey, G.M.; Rossi, C.; Zuliani, A. (a cura di) Il mercato delle droghe. Dimensione, protagonisti, politiche, Marsilio Editori, Venezia, 2011 .

The segmentation of the market has been applied in a latest study with the same results: M. Van Laar (Lisbon 2013),

¹⁰³ Again you can check in Rey, G.M.; Rossi, C.; Zuliani, A. (a cura di) Il mercato delle droghe. Dimensione, protagonisti, politiche, Marsilio Editori, Venezia, 2011 .

practiced everywhere and it is the most important service provided by the public health care system, at least in Italy, but it is not sufficient for poly-users and for new drugs. Surely it is no longer sufficient in every country in consideration of progressive changes in the drug market as we have read in the Part 1 of this book.

2. It is important to examine the juridical conditions on which treatments in the four countries are based, taking into account not only the existing legislation and normative framework¹⁰⁴, but also – and more importantly – the practical implications, focusing on the health policy aspects in need of regulation and on the public order issues in need of control. With regard to drug consumers – especially those who breach the law – it has been observed that since 1961¹⁰⁵ worldwide, and more markedly since 2006 in Italy¹⁰⁶, they have been considered to be criminals rather than ill individuals; the application of penalties and, above, all the social stigma caused by the legal system renders intensive drug users more prone to marginalization. In the survey on community patients and low-threshold services the most significant data is represented by the fact that 60% of the interviewed sample has been arrested at least once. The majority has been arrested for criminal offenses not involving drugs (as you can see in table 1) and this trend is similar in all of the four countries under consideration. The main differences concern two very important aspects: (a) in Italy those arrested for selling drugs represent a higher percentage than the one in the other three countries; (b) in Italy, after the arrest (or after several arrests) a higher percentage of these individuals have been incarcerated than in the other countries (see table 1).

¹⁰⁴ For a recent comparison of drug laws see: Ventura, E.; Rossi, C. Drug Laws in Europe: main features and comparisons, Universitalia, Rome, 2013.

¹⁰⁵ 1961 is the year of the "Single Convention" the first act of UN that introduced rules on drugs, Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, UNITED NATIONS

¹⁰⁶ The year of the Winter Olympic Games In Italy, when the last law concerning the drug policy in Italy was adopted together with a financial act to avoid a specific debate. Legge 21 febbraio 2006 n. 49, registered as "Conversione in legge, con modificazioni del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, recante misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell'Amministrazione dell'interno. Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi".

	Italy	Czech Republic	Portugal	Spain	
Arrested	Never	38,6%	38,0%	40,9%	39,5%
	For dealing	17,1%	4,9%	17,2%	8,6%
	For other crimes	30,0%	54,2%	36,7%	47,0%
	Both for dealing and other crimes	14,3%	2,8%	5,3%	4,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Incarcerated	Never	42,9%	64,8%	57,2%	59,2%
	For dealing	13,8%	4,2%	14,1%	6,1%
	For other crimes	29,5%	30,3%	26,6%	32,3%
	Both for dealing and other crimes	13,8%	0,7%	2,1%	2,4%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Table 1: arrest and incarceration across the different countries (%).

Source: R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2012.

It is certainly rightful to conjecture that in Italy the law does not provide the opportunity to prevent relapse and does not even easily provide alternative sanctions (probably more effective than prison) as is the case in the other countries.

3. In addition to the relationship with justice, in order to understand the answer of Italian legislation for drug issues it is necessary to analyze the set of structures dedicated to social assistance and health care and the norms that regulate them. In fact, observing the data reported in table 1, it is likely that the relapse and thus the higher number of imprisoned individuals in comparison with other countries may be related to a poor functioning of assistance organizations. An evaluation of the appropriateness of social and health services is undoubtedly complex, mostly because of the difficulty encountered in assessing the evaluation schemes in an objective way. Yet, when considering the available economic resources, in Italy it does not seem

unlikely that the regionalization of the national health system and the further fragmentation of cost centers for social services has created a strong iniquity in treatments, regardless of the existence of a law that had once established services ad hoc and evenly distributed across the territory (known as Ser.T.).

In terms of the effective implementation of the aforementioned law, for example, the regional contributions for each patient in a therapeutic community vary widely, from about EUR 146 in Trentino to about EUR 37 in Campania and Puglia. What is more, considerable delays in payments by the less wealthy regions can be observed, so as to put in serious difficulty the very survival of the Community. This implies a different and unequal treatment before the law¹⁰⁷, which instead establishes general objectives that cannot be achieved with the use of resources which are so hard to measure.

4. Intensive users and overall those who consume hard substances and alcohol show a higher probability of entering into the criminal field and of being a danger to themselves and to society¹⁰⁸. It would be appropriate to focus actions on this group of consumers. The best known and most easy kind of intervention is the needle exchange, which has almost disappeared in Italy but which is very important for harm reduction and for first contact with injecting drug users, who are the most intensive users. This well-documented intervention is supported by major health institutions, such as the World Health Organization and the National Institutes for Health (United States). In a recent review of needle exchange in Australia in the years 2000-2009, it was calculated that about 27-31 million needles were given out, avoiding an estimated 32,050 HIV infections. For every dollar spent, the government saved four dollars in short-term health care

¹⁰⁷ Information on contributions from single regions are inferred from the findings of the 5th National Lecture on Drugs, Trieste, 2010.

¹⁰⁸ Van Amsterdam, J. Opperhuizen, A. Koeter, M. & van den Brink, W. (2010). Ranking the Harm of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs for the Individual and the Population. *European Addiction Research*, 16, 202-207; Nutt, D. J. King, L.A. Phillips, L.D. on behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis, retrieved November 1 2010 from www.thelancet.com.

costs¹⁰⁹. A great contribution to harm reduction is provided given by “Supervised injectable heroin (SIH) treatment”. This treatment was introduced in Switzerland in the mid-1990s, and over the last 15 years six countries, within and beyond Europe, have tried and tested this clinical approach. As a result, SIH treatment is now legally available for long-term, refractory opioid users in Denmark, Germany, the Netherlands, UK and Switzerland, while in Spain and Canada, at the moment, it is allowed in the context of research trials only. Moreover economic evaluations carried out in three countries (Switzerland, Germany, the Netherlands) estimate the costs of an SIH maintenance program to be between EUR 12700 and EUR 20400 per patient per year, which are considerably higher than the costs of Methadone Maintenance Treatment (estimated to be between EUR 1600 and EUR 3500 per patient per year). However, clinical trials show that the higher costs of SIH treatment in this highly problematic target group are compensated by ‘significant savings to society’, including lesser resources spent on criminal procedures and imprisonment. Societal savings per person per year in SIH treatment were estimated at EUR 15000 in the Netherlands, EUR 13000 in Switzerland and EUR 6000 in Germany¹¹⁰.

5. And still the experience of Portugal seems to have given the best results not only for the effective politics of the decriminalization of use and possession, but mostly for the fact that the Minister of Health, and not the Minister of the Interior and Police, has been given the main role in assessing the behavior of drug addicts,¹¹¹.

This is confirmed by the fact that the population of street dealers in Italy is fairly constant over the last 6 years, at about 400,000, thus more than 90% of dealers are not imprisoned and the criminal firms can count on a huge army of low level employees at work, assuring

¹⁰⁹ National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, Evaluating the Cost Effectiveness of Needle and Syringe Programs in Australia, 2009

¹¹⁰ EMCDDA, New heroin-assisted treatment, Lisbon, April 2012.

¹¹¹ Ventura, E., Comparison between Italian and Portuguese Legislation, in Ventura, E.; Rossi, C. Drug Laws in Europe: main features and comparisons, Universitalia, Rome, 2013.

huge turnover (in Italy it is conservatively estimated at about EUR 24 billion per year¹¹²).

Another important issue regards harm reduction interventions. The high rate of HCV (around 3% of the population) is an example of the unintended consequences of the lack of (correct) intervention on the drug problem in Italy.

6. Intraprisonal therapeutic programs: it is crucial to provide therapeutic treatment in prison both for those who have to stay there on long term conviction and for those who are waiting for alternative measures to their penalty. In Italy the following projects are carried on:
 - In Italy the Consolidated Act on Drug Addiction of 1990 commits the psycho-social-sanitary treatment of alcohol-drug addicts detainees to the National Health System, in collaboration with the penitentiary health services. This law says that the detention penalty of drug addicts must be served in suitable institutes, so-called Institute of Attenuated Custody for the Treatment of Drug Addicts (I.C.A.T.T.). This initiative has been extended throughout the Italian territory and at the moment around ten structures are functioning as I.C.A.T.T. for around 500 detainees, only 4.2% of the total drug addict detainees. The project is addressed to the drug addict detainees who want to start a drug-free condition during their detention. This program must be requested by the detainee and may be transformed in an alternative program without detention in prison. Those admitted to this program are preferably young subjects under 25, not socially dangerous, at their first detention experience, with less than a four-six year penalty and in good physical conditions. They have the chance of attending a study course, participating in leisure activities, meeting psychologist and social workers. ICATTs creates an important therapeutic link for the drug addict detainees.
 - Admitting department reserved to alcohol and/or drug addicts in prison. Most drug addicts – in prison - show a prevalent or exclusive use of opiate substances, which induces the classic withdrawal syndrome within few hours (12-24). The health structure of prison should be well-equipped and organized to face these problems. Only

¹¹² Fabi, F., Ricci, R.; Rossi, C. Segmentazione e valutazione del mercato dal lato della domanda in Rey, G.M.; Rossi, C.; Zuliani, A. (a cura di) Il mercato delle droghe. Dimensione, protagonisti, politiche, Marsilio Editori, Venezia, 2011 .

experimental sections have been equipped for the treatment of detainees with a withdrawal syndrome in a few large metropolitan prisons. Up to 50 people can be hosted in every unit. This experience aims to activate a positive link with the therapeutic staff, both for their stay in prison and for a following external therapeutic program. Such units should be create in every prison in the next future.

7. When addressing issues of expense, even the prison services are subject to well-known deficiencies, especially with regard to individuals who are liable to be dependent on drugs. The costs in prison vary according to factors affecting on the one hand the overcrowding of prisons, which in turn affects exclusively variable costs, and on the other hand the equipment of prisons in terms of facilities and personnel, which instead represent fixed costs. In Italy, the site of the Ministry of Justice, responsible for prison administration, shows that in the years 2002-2011 the average costs of prison have changed significantly due to the high number of detainees; it must be recognized that in 2011 they amounted to EUR 112,8 €/g versus EUR 126.7/g in 2002, without considering the loss of value of the currency between 2002 and 2011

	Personal	Operations	Maintenance	Investment	Average Spending
2002 (55670 detainees)	95.92	4.74	18.36	7.69	126.71
2003 (56.081 detainees)	102.55	4.37	18.10	7.59	132.61
2004 (56500 detainees)	102.15	4.08	18.98	6.46	131.67
2005 (58817 detainees)	100.84	3.39	18.34	2.37	124.94
2006 (51748 detainees)	123.41	4.21	21.19	6.03	154.84
2007 (44587 detainees)	157.38	6.00	26.83	8.23	198.44
2008 (54789 detainees)	121.40	4.76	18.04	7.85	152.05
2009 (63095 detainees)	99.68	3.49	10.86	7.22	121.25
2010 (67.820 detainees)	97.20	5.58	7.78	6.11	116.67
2011 (67174 detainees)	98.95	4.03	6.48	3.35	112.81

Table 2: Average spending for detainee per day (EUR).

Source: Italian Justice Ministry

The result, even after the 2006 pardon, is a worsening of services for the single prisoner¹¹³.

8. Given that drug addiction is a well defined disorder according to WHO, prisons become even less able to perform their rehabilitation functions. A number of alternatives are available. In Italy, the most common one consist in the admission to therapeutic communities and house arrest, although when relapses occur these alternatives become less and less accessible, creating another management issue for those patients who have not had sufficient, or at least successful, treatment.
9. In order to decrease relapses, it has been noticed that the percentage of people who commit crimes decreases among those terminating a period of treatment in therapeutic communities, compared to those terminating a period of detention, thus the use of therapeutic systems, over mere detention¹¹⁴, is preferred and strongly advised.
10. The examination of judicial and health laws must be accompanied by the examination of the laws that govern the social area and its tools, considered ad "regulatory plans of the social area". Prevention and social assistance are activities regulated with funds not related to health, but which in this case can lead to subsequent changes in health care costs, as well as legal ones. These activities may also develop launching alternative programs to detention, but most of all preventive recovery of individuals at risk.
11. The need to coordinate funds and activities of social intervention, medical facilities and judicial structures was acquitted on paper from Portugal or in Spain or in Czech Republic. How it has developed and how it could develop elsewhere, for example in Italy, is one of the goals of the next research program.

Roberto Ricci

¹¹³ Source: http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.wp?previousPage=mg_1_14&contentId=SST644906.

¹¹⁴ Santoro E., Tucci R., L'incidenza dell'affidamento sulla recidiva: prime indicazioni e problemi per una ricerca sistematica, rapporto finale del progetto Misura, Regione Toscana 2004. Leonardi F., Le misure alternative alla detenzione tra reinserimento sociale e abbattimento della recidiva, in «Rassegna Penitenziaria e Criminologica », 2, 2007.

Made and printed in Italy
April 2013 by Universitalia,
Passolombardo street 421, 00133 - Rome
Tel: 06/2026342 – e_mail: info@universitaliasrl.it – www.unipass.it