Carcere e droghe in tempi di politiche securitarie

Tra retorica correzionale e buone pratiche di accoglienza



forum droghe

COORDINAMENTO NAZIONALE COMUNITÀ DI ACCOGLIENZA

Coordinamento Toscano Comunità di Accoglienza

in collaborazione con

Ce·S·D·A·

Firenze, Centro Studi CISL
7/8/9 settembre 2012

a cura di Leonardo Fiorentini, Giulia Casamonti, Maria Stagnitta e Grazia Zuffa

Indice

Presentazione pag. 3

Parte Prima
DROGHE E POLITICHE SECURITARIE

La Fila. Considerazioni su droghe, proibizionismo e repressione pag. 7
Gianni Macchioni, in Questione Giustizia n.6 2011

Dallo Stato Sociale allo Stato Penale pag.13
Note su carcere e tossicodipendenza a cura di Cecco Bellosi

La carcerizzazione dei problemi sociali pag. 15
Roberto Camarlinghi e Francesco d'Angella, in Animazione Sociale (novembre 2010)

Parte Seconda
HIV, TOSSICODIPENDENZA E SALUTE IN CARCERE

Effective Drug Interventions in Prison pag. 27
International Drug Policy Consortium, Policy Guide 2012 – capitolo 2.4

Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison pag. 41
Ralf Jurgens, Andrew Ball, Annette Verster
in The Lancet, vol.9, gennaio 2009, pp.57-66

Health in prisons a WHO guide to the essentials pag. 53
Heino Stöver e Caren Weilandt, Chapter 9

Parte Terza
TOSSICODIPENDENTI E ALTERNATIVE AL CARCERE

Le misure alternative riducono le recidive pag. 67
Giovanni Jocteau, in Animazione Sociale (novembre 2010)

Curare la dipendenza nel tempo della pena pag. 75
Leopoldo Grosso, in Animazione Sociale (novembre 2010)

Dieci anni di Sert nelle carceri pag. 85
Giovanni Torrente e Claudio Sarzotti, in Animazione Sociale (dicembre 2010)

Quando il Sert si appassiona al dettaglio pag. 93
Simone Spensieri, Gianluca Seimandi e Francesco Nappi, in Animazione Sociale (dicembre 2010)

Tossicodipendenti in terapia alternativa al carcere: l'inarrestabile ascesa delle Comunità Terapeutiche pag. 101
Maria Stagnitta e Grazia Zuffa, in "Il corpo e lo spazio della pena"

DOCUMENTI

Linee indirizzo Carcere e Droga DPA pag. 110

Linee guida Regione Toscana pag. 127

Intesa Stato-Regioni – Schede pag. 138

Summer School 2012

I temi affrontati e gli obiettivi formativi

Premessa

La summer school 2012 si propone di affrontare il tema del carcere, cruciale sia nelle politiche pubbliche su droga e tossicodipendenze, sia nella pratica degli operatori dei servizi. Da un lato, si registra una crisi del modello terapeutico/correzionale su cui si è fondata la legislazione antidroga nel nostro paese (mirante ad attenuare il rigore penale con la previsione di misure terapeutiche alternative): l'affollamento del carcere per la presenza di soggetti consumatori/tossicodipendenti lo testimonia, così come la crescente difficoltà nella predisposizione e nell'attuazione dei programmi alternativi. E' evidente che la crisi ha radici profonde a monte, nello slittamento "dal sociale al penale" nel dibattito e nell'intervento pubblico (con la retorica "securitaria" che lo accompagna); essa però si ripercuote pesantemente a valle, specie sui soggetti più deboli e marginali come i migranti, creando in più tensione fra il sistema penale e quello dei servizi per le dipendenze.

Dall'altro, l'operatività dei servizi si trova a fare i conti coi mutamenti intervenuti nei modelli di consumo di droghe. E' sempre più opinione comune, almeno tra gli addetti ai lavori, che non tutti i consumi siano assimilabili alla dipendenza e neppure che tutti i consumi seguano un'inevitabile parabola verso la dipendenza: anche per questo verso, il modello terapeutico/correzionale risulta datato, e contribuisce a creare quella "emergenza sovraffollamento carcere" spesso evocata nel dibattito pubblico. Fanno parte di tale emergenza le condizioni dei salute dei detenuti: in questo quadro, la specificità delle questioni relative al consumo di droghe (dalla prevenzione HIV e HCV, alla continuità dei trattamenti per le dipendenze) non hanno ancora ottenuto l'attenzione che meriterebbero.

La summer school 2012 si propone di affrontare i seguenti temi:

- il lavoro di comunità finalizzato a ridurre il livello di intolleranza sociale e l'eccessivo ricorso all'intervento penale;
- la tutela della salute dei consumatori di droghe e il funzionamento dei servizi tossicodipendenze negli istituti penitenziari;
- le problematiche della popolazione carceraria femminile e lo sguardo "differente" sul carcere;
- lo sviluppo della riduzione del danno in carcere e le esperienze europee più significative;
- l'accesso alle misure alternative (le difficoltà normative, gli ostacoli verso i migranti e i cittadini italiani sprovvisti di residenza anagrafica, il diritto ad una difesa efficace, il crescente ricorso alle misure restrittive della libertà per chi è in misura alternativa etc.);
- la sovrapposizione fra la logica penale e quella terapeutica nei programmi terapeutici alternativi;
- la centralità "scomoda" della comunità terapeutica come misura alternativa, in parallelo alla diminuzione delle misure territoriali;
- il coinvolgimento delle comunità territoriali al termine della pena, per rendere effettiva la reintegrazione sociale.

Gli obiettivi formativi:

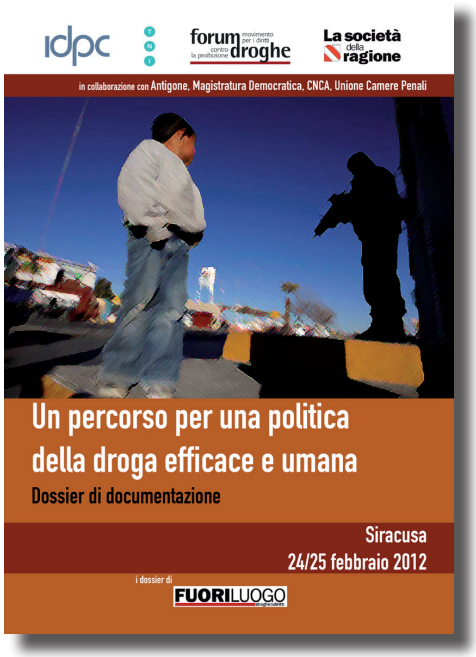
- Offrire un inquadramento dell'intersezione fra la politica delle droghe e le politiche carcerarie, nell'attuale tensione fra il restringimento dello welfare e l'ampliamento delle risposte penali
- Chiarire la dialettica fra gli obiettivi di impegno civile per la trasformazione delle politiche, le azioni di advocacy, le buone pratiche di accoglienza
- Illuminare gli elementi di contesto (in genere meno valorizzati) nell'ambito delle pratiche, secondo un corretto approccio "di comunità" (l'individuo nel contesto)
- Individuare i differenti modelli operativi presenti nei servizi che hanno in carico persone provenienti dal carcere. Verificare le sinergie e l'integrazione fra servizi pubblici e del privato sociale nella pianificazione ed esecuzione dei programmi di misure alternative.

Parte Prima

DROGHE E POLITICHE SECURITARIE

I dossier di Fuoriluogo.it









www.fuoriluogo.it/sito/home/archivio/biblioteca/dossier

LA FILA
Considerazioni su droghe, proibizionismo e repressione

di *Gianni Macchioni*

I giudici sono un ingranaggio del sistema di leggi e apparati che ha il compito di contrastare il commercio e l'uso di ciò che normalmente si intende per droga. Il loro dovere è quello di applicare le leggi, anche quelle non condivise. Ma ciò non significa che si debba rinunciare a interrogarsi sulla loro razionalità e utilità sociale.

1. Una lunga fila indiana, composta da carabinieri e poliziotti, magistrati e cancellieri, guardie penitenziarie e chiunque altro faccia parte, per mestiere, dell'ordinamento repressivo nei confronti del mercato e del consumo di ciò che comunemente si intende per droga. Tutti quanti, con la nostra bella divisa addosso e col nostro bravo bicchierino in mano, dapprima raggiungiamo la riva del mare, ci chiniamo per riempire il bicchiere di acqua, e poi ci voltiamo per seguire la fila che, dopo un certo percorso, arriva all'altro capolinea, dove ciascuno di noi versa la propria acqua su un fondo sabbioso che l'assorbe immediatamente. Poi ci si volta di nuovo e la fila torna verso il mare.

Questa è l'idea che mi sono fatto di quella parte non piccola del mio lavoro che consiste nel fungere da ingranaggio di quel sistema di leggi e apparati che ha il compito di contrastare il commercio e l'uso di ciò che normalmente si intende per droga.

Non mi si dica che lo stesso discorso – della fila indiana per svuotare il mare coi bicchieri – si potrebbe fare per uno qualunque dei tipici reati che vengono puniti a ogni latitudine e in ogni epoca, e che ciò nonostante continuano a essere commessi e sanzionati. Nel caso della droga c'è una differenza fondamentale. Se io commetto un furto so bene cosa colpisco: il patrimonio di un singolo e l'interesse generale alla tutela della proprietà; se commetto un omicidio, privo un individuo del diritto alla vita e turbo l'in-

teresse collettivo a un regime di relazioni personali e sociali rispettoso della vita e dell'integrità fisica delle persone. Insomma: in questi casi c'è sempre un legame diretto fra la mia azione punibile e un interesse diametralmente a essa contrario, in quanto tale dalla generalità delle persone condiviso e riconosciuto.

Ma se io vendo una pallina di cocaina a una persona, ciò accade fondamentalmente perché quella persona ha deciso, in tutta libertà, di comprarla, ben sapendo cosa vuole. Ha un bel dire, la giurisprudenza, che il bene giuridico tutelato dalla legge sulla droga è la salute pubblica (Corte cost., sent. n. 360/1995; vds. anche, fra le altre, Cass. pen., sez. IV, sent. n. 1222/2008): con ciò essa adempie al proprio dovere di non lasciare una norma penale priva di un oggetto giuridico costituzionalmente accettabile. Occorrerebbe tuttavia ben altro per celare la contraddizione, fondata sul fatto che qui c'è in gioco il sacrosanto diritto di ogni individuo alla autodeterminazione per tutto ciò che riguarda esclusivamente la sua persona, esattamente come accade per il diritto di rifiutare anche le cure mediche che possono guarire da una malattia altrimenti mortale.

Quanto migliore è la qualità della pallina che vendo, tanto più contento sarà chi la compra, e tanto più grave, per legge, sarà la mia condotta. Questo è il fatto.

Si tratta di un ingranaggio fine a se stesso, perché ciò che comunemente si intende per droga circola ovunque a fiumi: nei grandi corsi d'acqua delle nostre città vi sono tracce di cocaina; chiunque sa bene dove può andare per comprare una dose di una qualunque sostanza, non lontano da casa propria, e le operazioni di polizia che, di tanto in tanto, intervengono nelle zone nelle quali è più intenso lo spaccio di strada – sempre con grandi plausi da parte degli organi d'informazione – ottengono solamente il risultato di costringere il mercato a spostarsi in altre zone. Ogni adolescente, prima o poi, si trova di fronte all'opportunità di provare ciascuna delle sostanze più diffuse, e non perché gliela offra qualche adulto dallo sguardo satanico, né perché ci sono persone che vanno in giro a cercare di iniettare eroina ai ragazzini o a offrirgli degli spinelli: queste sono idiozie inventate da soggetti che, pure adulti, vivono nella fiaba di Cappuccetto rosso. In realtà gli adolescenti si avvicinano a ciò che comunemente si intende per droga del tutto liberamente attraverso i loro coetanei che già la conoscono.

Nessun ambito è immune da quello che è, da tempo, un consumo di massa: nemmeno il Parlamento e l'Esecutivo, come recenti fatti di cronaca hanno messo in luce. Proprio perché si tratta di un radicato fenomeno di massa, che attraversa le generazioni, nessuno più si scandalizza se, in televisione, c'è chi scherza sul consumo di ciò che comunemente chiamiamo droga.

2. Irrazionalità chiama irrazionalità.

Chi ricopre un ruolo di dirigente od organizzatore di una associazione a delinquere finalizzata al traffico di stupefacenti (art. 74 dPR n. 309/1990),

secondo l'ordinamento commette un reato decisamente più grave di chi ricopra lo stesso ruolo nell'ambito di una associazione a delinquere di stampo mafioso: nel primo caso la pena non può essere inferiore a vent'anni di reclusione, nel secondo il massimo è di quattordici anni. Analogamente, per i partecipi della prima associazione la pena è da dieci a ventiquattro anni, per i partecipi alla seconda la sanzione va da sette a dodici anni. E siccome in materia di mafia il bene giuridico tutelato è l'ordine pubblico, mentre in materia di stupefacenti è la salute pubblica, per il primo reato occorre un'organizzazione vera e propria, dotata di fini comuni, mentre per il reato di associazione a delinquere finalizzata al traffico di stupefacenti basta molto meno: è sufficiente che tre persone operino stabilmente in alcuni segmenti collegati della lunga catena distributiva che dal produttore giunge al consumatore, avendo ciascuno la consapevolezza del ruolo degli altri due (vds., ad esempio, Cass. pen., sez. VI, sent. n. 2006/2008): in sostanza, come se si sostenesse che il produttore, il rappresentante e il dettagliante di un certo tipo di formaggio facessero parte della medesima struttura aziendale.

Il legislatore, ignorando o fingendo di ignorare che il più delle volte chi traffica ciò che comunemente chiamiamo droga è un povero cristo, e che quando non è un miserabile difficilmente ha un patrimonio al sole, prevede, per questo genere di reati, accanto a pene detentive severe, sanzioni pecuniarie semplicemente folli (da 26.000,00 a 260.000,00 euro se si detiene per lo smercio una quantità non modesta di sostanza), che naturalmente non vengono pagate quasi mai, ma che impongono agli addetti agli uffici competenti il compimento di tutti gli atti necessari al fine di ottenere quel pagamento.

Qualcuno sarà probabilmente rimasto sconcertato dai margini enormi fra i minimi e i massimi di pena previsti dalla legge. Sappia allora che le cose stanno peggio. Forse nel timore di avere esagerato, il legislatore mette a disposizione dei giudici una sorta di toppa, inserendo nel sistema un'ipotesi "lieve", punita in modo decisamente meno severo (si fa per dire: si tratta pur sempre di una pena da uno a sei anni, dunque più grave dell'abuso d'ufficio o della corruzione sia per compiere atti d'ufficio che per compiere atti contrari al dovere d'ufficio), ma dal contenuto generico, quasi fatta apposta per essere interpretata in mille modi diversi e per dare origine a precisazioni, modificazioni, ondeggiamenti giurisprudenziali continui, elaborazioni di criteri diversi da tribunale e tribunale e anche da giudice e giudice del medesimo ufficio. Il risultato di tutta questa discrezionalità da gestire senza criteri precisi è che capita non di rado di vedere detentori di etti di droga condannati a pene più severe di quelle irrogate a detentori di chili.

Tra le larghe maglie di cui è fatta la legge, l'autonomia di giudizio dei giudici riesce a dare il peggio di sé. Nulla impedirebbe di mettere mano a delle tabelle che, analogamente a quanto si è fatto in materia di danno biologico, nel rispetto di tale autonomia, assicurino un minimo di prevedibilità alle determinazioni di chi giudica per mestiere, dando un contenuto concreto alla vuota discrezionalità che il legislatore gli affida, ma un simile problema non è mai stato all'ordine del giorno.

Né qualcuno pensi che per essere condannati per traffico di sostanze stupefacenti occorra avere a che fare con dosi di una certa consistenza. Basta anche la più piccola pallina, e con una quantità infinitesimale di principio attivo, purché sia oggetto di cessione o destinata alla cessione, anche gratuita. Commette il reato anche chi fa assaggiare la propria dose a un altro. E se si tratta di una coltivazione in proprio di qualche pianta di marijuana, anche se è indiscutibilmente destinata al solo consumo personale del coltivatore, secondo la giurisprudenza si tratta comunque dello stesso reato che commette chi cede dosi di eroina agli angoli delle strade (Cass. pen., sez. unite, sent. n. 28605/2008); vi sono addirittura sentenze che puniscono la coltivazione domestica anche quando le piante, non ancora giunte a maturazione, sono prive di principio attivo, purché siano potenzialmente in grado di svilupparlo (Cass. pen., sez. IV, sent. n. 44287/2008).

Non potendo giungere fino a punire con la legge penale chi consuma ciò che comunemente intendiamo per droga, il legislatore ha inventato per costoro delle sanzioni amministrative che riportano alla mente le misure di prevenzione di un tempo, concepite a fianco dell'ordinamento penale per punire persone che, come gli "oziosi e vagabondi", in quanto tali erano considerate ai margini della società, ma non potevano essere punite penalmente per quello che era semplicemente un modo d'essere, uno stile di vita. Ecco così che chi è colto con una dose di sostanza stupefacente può subire, a discrezione del prefetto, la sospensione della patente, del certificato di abilitazione alla guida di motoveicoli, del passaporto (art. 75 dPR n. 309/1990).

3. Proprio perché si tratta di un radicato fenomeno di massa, che attraversa le classi sociali, da tempo la sociologia studia l'andamento dei consumi di ciò che comunemente intendiamo per droga nell'ambito dei mutamenti che investono i rapporti sociali.

Non sono un sociologo né un economista, ma mi sembra chiaro che un consumo tanto diffuso e massiccio, che va estendendosi sempre di più, sia espressione di un bisogno. Non sono nemmeno uno psicologo né un antropologo né un medico, ma mi sembra altrettanto chiaro che questo bisogno debba essere prima di tutto affrontato per quello che è, e probabilmente anche per quello che è stato, nelle diverse epoche e fra i diversi popoli. E se esso produce dei danni alla persona, se e in quanto effettivamente li produca, esattamente come accade per il fumo di sigarette, il vino o lo zucchero.

E invece tutto ciò che sappiamo fare è spendere enormi risorse umane e finanziarie per contrastare vanamente non il bisogno ma la sua soddisfazione. Beninteso: per contrastarlo sul piano della repressione, perché quando la "salute pubblica" da bene giuridico frutto di elaborazione giurisprudenziale transita nell'ottica dell'Esecutivo e dell'amministrazione, ecco che, di colpo, diventa un problema del tutto secondario, affrontabile con finanziamenti a comunità private alle quali non sta bene chiedere quali risultati riescano a ottenere e come, e con SERT ostacolati da croniche scarsità di risorse umane ed economiche.

L'ipocrisia viene di conseguenza, di fronte a un bisogno non accettato, forse per paura, forse per interesse, forse per impotenza.

Gli esempi sono infiniti: dal servizio segreto statunitense che collabora con i traffici internazionali di droga quando gli torna utile, alla pacifica diffusione del consumo di certi medicinali non in quanto tali ma come sostanze psicotrope. E se a questa ipocrisia si aggiunge il principio secondo il quale il denaro non manda mai cattivo odore, ecco che si giunge al risultato che quella parte degli enormi profitti generati dai traffici di ciò che comunemente intendiamo per droga che si immette nel circuito finanziario internazionale, gode, di fatto, della medesima "immunità" di cui beneficia un fondo pensionistico.

Non meno ipocrita è il fatto che, nelle nostre ricche società occidentali, a soddisfare questo nostro bisogno noi adibiamo gli ultimi degli ultimi.

Alla vendita per strada di ciò che comunemente intendiamo per droga, la parte più pericolosa e meno redditizia della piramide distributiva perché comporta pressoché per certo il transito periodico in carcere di chi vi si dedica (quale reato è più facile da individuare, per una pattuglia di carabinieri o poliziotti, di uno spaccio di stupefacenti per strada?), in cambio di somme che servono solo a sopravvivere, qui da noi sono destinati gli immigrati clandestini. Non tutti: di solito si tratta di neri o di arabi, molto giovani e giunti qui da poco, oppure di persone radicate da tempo in una situazione di marginalità dalla quale non hanno alcuna ragionevole possibilità di uscire. Gli ultimi degli ultimi, per l'appunto. In questi tempi di crisi, capita talvolta che si tratti di immigrati che hanno perso il lavoro.

4. È comune l'abuso di espressioni come "rischio" e "pericolo". Sono territori "a rischio" quelli nei quali imperversa il traffico di stupefacenti per strada; sono giovani "a rischio" quelli che vivono in quei territori; sono "pericolosi" i gruppi di criminalità organizzata che prosperano sul traffico di sostanze stupefacenti. Come se il baratro fosse vicino ma non ci si fosse ancora caduti dentro, come se la possibilità di evitare il peggio fosse ancora data, come se ogni volta si fosse ancora nelle condizioni di impedire alla macchia d'inchiostro di violare la pagina bianca. Sarebbe più conforme al vero l'utilizzo, in molti di questi casi, della parola "danno" o di suoi sinonimi.

Una organizzazione criminale, un po' come un'impresa capitalistica, tende a crescere più che può. La differenza fondamentale sta nel fatto che mentre questa, sviluppandosi, giova o dovrebbe giovare alla comunità creando lavoro e ricchezza in conformità alle regole del vivere comune, perché le regole del nostro vivere comune assegnano all'impresa privata la funzione di motore del benessere, quella si appropria, corrompe, condiziona, umilia, governa nel proprio interesse e uccide, con forza e diffusività tanto maggiori quanto maggiori sono i suoi successi criminali. E il commercio di ciò che comunemente intendiamo per droga, da diversi decenni, di successi del genere ne procura in grande quantità. E a ognuno di questi successi corrisponde un

danno per la collettività. E la somma dei successi corrisponde alla somma dei danni; e il maggiore di questi è rappresentato dalla potenza sempre più consistente della criminalità organizzata.

Io non sono in grado di fare dei calcoli, ma mi sembra innegabile che, poniamo, senza i proventi del traffico di sostanze stupefacenti, la 'ndrangheta sarebbe meno in grado di limitare la libertà dei cittadini calabresi, sarebbe meno in grado di condizionare la realtà politica locale e nazionale, sarebbe meno capace di espandersi al di fuori del proprio territorio di origine, avrebbe ucciso e ucciderebbe di meno. E lo stesso discorso, *mutatis mutandis*, lo si può fare per la Serbia, o la Russia, o l'Afghanistan, o il Messico, dove negli ultimi anni l'esistenza in sé delle cosiddette bande dei *narcos* ha causato la morte violenta di decine di migliaia di persone.

Io faccio il giudice: è mio dovere applicare la legge e quindi applico anche queste, a prescindere da quella che è la mia opinione personale al riguardo. Sono consapevole del fatto che far prevalere la propria opinione nei confronti della norma sia arbitrio, e quindi il contrario della funzione giurisdizionale. Ciò non mi impedisce tuttavia di pensare che, quando prima o poi si sarà fermata la lunga fila indiana, composta da carabinieri e poliziotti, magistrati e cancellieri, guardie penitenziarie e chiunque altro faccia parte, per mestiere, dell'ordinamento repressivo nei confronti del mercato e del consumo di ciò che comunemente si intende per droga, quando tutti costoro saranno adibiti a occuparsi di altro, si guarderà a tutto questo con occhi non dissimili da quelli con i quali oggi noi guardiamo alle atrocità commesse dalla Chiesa nei confronti di chi credeva alla magia e aveva opinioni non conformi in fatto di religione.

Dallo stato sociale allo stato penale

Note su carcere e tossicodipendenza

a cura di Cecco Bellosi

Il rapporto tra comunità e detenuti. Le comunità terapeutiche hanno sempre fatto fatica a ospitare le persone provenienti dal carcere in misura alternativa e, ancora di più, quelle agli arresti domiciliari. Ma sono così diversi i detenuti con problemi di dipendenza dalle altre persone con problemi di dipendenza? Sì e no. Sì, perché comunque il carcere, come ogni istituzione totale, contribuisce a costruire identità difensive attraverso l'adesione ai suoi valori, alle sue regole, ai suoi codici di comportamento. No, perché comunque molte persone oggi finiscono in carcere per reati astratti, come quello di clandestinità, o per reati discrezionali, come la detenzione di sostanze stupefacenti. In altri termini, molti degli uomini e delle donne che oggi arrivano in carcere per violazione della legge sulle droghe: la Fini-Giovanardi del 2006 che ha innovato, peggiorandola, la legge Jervolino-Vassalli del 1990, non sarebbero mai finiti in carcere in base alla legge n. 685 del 1975. Il problema è che, dopo il 1990, in generale vi è stata una torsione dallo stato sociale verso lo stato penale criminalizzando comportamenti che non dovrebbero essere considerati come reati. Non solo: sempre più spesso in carcere ci vanno uomini e donne che, oltre a problemi di dipendenza, non hanno dimora e sono mentalmente sofferenti: sono persone deprivate sul piano materiale e provate nelle condizioni di esistenza. Quelle che fanno dire che il carcere si è trasformato in un albergo dei poveri.

Le derive della globalizzazione. Zygmunt Bauman, nelle ultime pagine di "Dentro la globalizzazione. Le conseguenze sulle persone", traccia le linee del legame forte che unisce l'irrompere della globalizzazione con il grande aumento della popolazione carceraria: negli Stati Uniti, dal 1975 a oggi, i detenuti sono aumentati del 700%; in Francia, il direttore dei servizi penitenziari di Parigi, nel corso di un'audizione alla Commissione di inchiesta sulle condizioni negli istituti di pena dell'Assemblea Nazionale, ha detto che le prigioni sono tornate a essere gli ospedali generali di un tempo: l'auberge des pauvres, il ricovero di ogni categoria di emarginati.
Una sintesi efficace della situazione in molti Paesi d'Occidente.
Le diseguaglianze prodotte dalla globalizzazione sono accompagnate da squilibri sociali sempre più forti, che incidono sulle fasce deboli della popolazione, nei movimenti migratori dal Sud del mondo e all'interno degli Stati dell'Occidente. La povertà disseminata è la vera altra faccia della medaglia della globalizzazione.

Dallo stato sociale allo stato penale. In Italia, in 15 anni, dal 1991 al 2006, la popolazione carceraria è passata da trentamila a oltre sessantunmila detenuti, nonostante una capienza massima degli istituti penitenziari di 46.000 posti. Di più: alla vigilia dell'indulto quasi 50.000 persone rientravano nella dimensione dell'area penale esterna, vale a dire nel circuito delle misure alternative, a fronte delle 12.000 presenti dieci anni prima. Le pene al di fuori delle mura del carcere avevano poco di alternativo, come invece erano state immaginate, e molto di complementare. Semplicemente, la strategia del controllo si era ampliata dall'interno all'esterno, andando a costituire una continuità di fatto tra sistema penitenziario e sistema assistenziale, tra carceri e centri di accoglienza (De Vito, 2009). Non a caso, la legge Fini-Giovanardi del 2006 chiede alle comunità una funzione di controllo ancor prima che terapeutica. Immigrati e tossicodipendenti sono diventati i due terzi della popolazione carceraria complessiva: da qui il termine di discarica sociale attribuito al carcere. Complessivamente, l'area

penale nel 1990 coinvolgeva 36.300 persone, nel 2005 si è arrivati a 190.000 persone (Maisto, 2011). In carcere oggi ci stanno soprattutto i poveri: sono gli occupanti abusivi del carcere (Castellano, Stasio, 2009). Circa un detenuto su quattro, quando termina la pena, non sa dove andare: i cambiamenti veloci e traumatici della società lasciano sul terreno delle vittime incolpevoli, i poveri, e delle vittime colpevoli, i disperati che compiono reati per fame di cibo o di droga.

I pendolari del carcere. Dell'indulto, nel 2006 hanno potuto usufruire 24.500 detenuti, tra cui oltre 15.000 italiani e oltre 9.000 stranieri, e 17.500 persone in misura alternativa. Sono usciti in molti casi solo con i sacchi neri e spesso senza sapere dove andare. I detenuti, scesi a meno di 40.000 unità con l'indulto, sono tornati a 49.000 unità alla fine del 2007 e a oltre 56.000 alla fine del 2008, nonostante sia rientrato un numero modesto di persone che avevano ottenuto lo sconto condizionale della pena. Al 31 ottobre 2011 i detenuti ammontavano a 67.428 unità, seimila in più rispetto al momento dell'indulto. La povertà continua a essere incarcerata.

Il carcere è criminogeno. Il carcere non è solo patogeno, è anche criminogeno. Lo è direttamente, in quanto costruisce identità di adattamento a un'istituzione totale che ha le sue regole scritte, attraverso le quali occorre ubbidire all'autorità ufficiale, e quelle non scritte, attraverso le quali occorre rispettare l'autorità sostanziale, rappresentata dalle gerarchie interne al mondo dei detenuti e da un codice di comportamento che non permette trasgressioni, pena l'isolamento dalla comunità interna. Chi risente di più di questo sistema rigido sono i soggetti fragili, in particolare le persone tossicodipendenti che trovano in questo mondo un'identità che poi fanno fatica a dismettere perché dà loro un'idea di appartenenza, quindi di sicurezza. Sembra paradossale, ma le persone che ripetono più tenacemente atteggiamenti e comportamenti carcerari in comunità, quindi in un contesto fuoriluogo, sono proprio quelle con maggiori problemi di dipendenza e con minor spessore di devianza. Per alcuni aspetti, gli ultimi della classe in carcere, gli emarginati dentro le mura, sono in grado di portare fuori quell'identità molto di più dei detenuti a personalità più strutturata: in altri termini, escono con quell'identità come se fosse la coperta di Linus. Queste persone vanno accompagnate a lasciare questa armatura fragile e disfunzionale, tenendo conto però che spesso vi sono attaccate come una cozza allo scoglio.

Gli altri. In comunità non arrivano dal carcere solo persone fragili o mentalmente sofferenti. Oggi entrano in comunità anche altri tipi di detenuti, molto più strutturati in una dimensione deviante: bulli di quartiere, esponenti della malavita, rapinatori seriali, accomunati da forme di dipendenza spesso temporanea all'interno di una dimensione da consumatori o da consumatori problematici, che in passato, quando la sostanza dominante era rappresentata dall'eroina, quasi mai approdavano in comunità. Sono persone che in generale presentano un buon adattamento di superficie alla comunità e alle sue regole, ma che spesso presentano resistenze al cambiamento molto radicate. Con loro il lavoro deve essere intenso e paziente sia sul piano educativo che su quello terapeutico, con interventi che, ancora di più che negli altri casi, devono essere individualizzati pur all'interno di una realtà che ha nella dimensione collettiva, nell'accoglienza e nella condivisione i principi più importanti di riferimento.

Roberto Camarlinghi, Francesco d'Angella

La carcerizzazione dei problemi sociali

Una scelta che riempie il penale e nega il sociale

Nella nostra società in preda a paure profonde, il carcere è diventato lo strumento per placarle. E poiché i portatori di paura oggi sono i poveri, gli immigrati, i tossicodipendenti, le carceri sono sovraffollate soprattutto di questa umanità marginale. Detenzione sociale è il nome che è stato dato a questa tendenza a incarcerare il disagio, anziché affrontarlo con misure di welfare. Un fenomeno inquietante perché segnala un passaggio culturale: la società sta rinunciando a credere che si possa scommettere sull'inclusione di intere fasce di popolazione. Si può invertire la rotta?

Con quest'inchiesta prosegue il viaggio di Animazione Sociale attraverso le disuguaglianze sociali che sempre più si radicalizzano nella nostra società, mettendo a repentaglio il destino di intere fasce di popolazione e la qualità democratica della nostra convivenza.
Dopo aver esplorato come sta avvenendo l'integrazione a scuola degli adolescenti stranieri (fenomeno poco raccontato, ma cruciale per capire come sarà domani la loro vita e la nostra società [1]), in questa tappa il viaggio vuole documentare un volto della diseguaglianza sociale altrettanto silente e ancor più inquietante: la *detenzione sociale* [2]. Ovvero la tendenza a utilizzare il carcere come forma di controllo e gestione del disagio sociale, al posto delle politiche sociali.

Il problema dell'inchiesta

Non c'è rapporto sulle carceri italiane, oggi, che non segnali come il sovraffollamento (che tocca picchi ormai drammatici) sia dovuto, più di tutto, all'incarcerazione di «persone che vivono in uno stato di svan-

1 | A come la scuola sta accompagnando l'integrazione sociale degli adolescenti stranieri sono state dedicate le prime due «Inchieste» (rubrica che da quest'anno si alterna ai tradizionali «Inserti», con l'intento di documentare le principali questioni con cui il lavoro sociale ed educativo oggi si confronta): *L'integrazione dei ragazzi stranieri alle superiori* (gennaio 2010) e *Per una scuola capace ogni giorno di «fare società»* (aprile 2010). Il progetto delle Inchieste è sostenuto dall'Assessorato alla sanità della Regione Piemonte.
2 | L'espressione è di Alessandro Margara.

taggio, disagio o marginalità e per le quali, più che una risposta penale o carceraria, sarebbero opportune politiche di prevenzione e sociali appropriate», come sostiene Alessandro Margara.
«Detenuti sociali», in questo senso, sono i tossicodipendenti, gli immigrati e tutti quei soggetti non integrati come senza dimora, sofferenti psichici, ecc. Ciò che li accomuna è la precarietà della loro condizione, legami sociali frammentati o inesistenti, l'accumularsi di fatiche cresciute negli anni.
In queste pagine vorremmo anzitutto portare all'attenzione dei lettori come il fenomeno della detenzione sociale sottrae terreno al lavoro sociale, educativo, riabilitativo. La cultura della detenzione sociale, infatti, è l'antitesi della cultura dell'inclusione, su cui scommettono gli operatori sociali. Per cui più la prima si espande, più la seconda si contrae. Con il rischio che si esaurisca, insieme al lavoro sociale, la spinta verso un'idea di civiltà, basata sul diritto di tutti a una vita dignitosa.
Com'è nello spirito delle inchieste, cercheremo di capire come sia possibile invertire la rotta. Ovvero come gli operatori e le organizzazioni del sociale (SERT, servizi di salute mentale, servizi socioassistenziali, cooperative sociali, associazioni, istituti penitenziari) possano contribuire a riportare nell'alveo del sociale il trattamento di situazioni che oggi ristagnano penosamente in carcere.
In quest'inchiesta ci soffermeremo in particolare sul *tossicodipendente autore di reato* perché è una figura emblematica della detenzione sociale. Per due motivi: perché la tossicodipendenza è una problematica trasversale alle migliaia di poveri (italiani e stranieri) che affollano le celle; perché la tendenza a ritenere il carcere la «giusta punizione» per chi ha commesso reati connessi alla dipendenza (in genere furti e rapine per procurarsi «la sostanza») esprime in forma esemplare quel mutamento, a livello di immaginario collettivo, su come debbano essere trattati i «marginali»: metterli in carcere e non pensarci più.

LE CIFRE
DELLA DETENZIONE SOCIALE

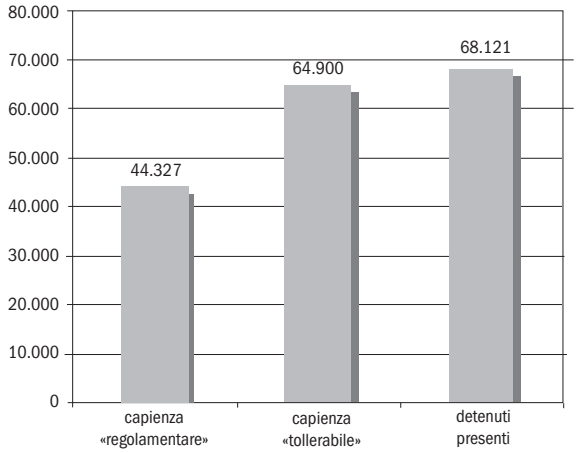
L'area della detenzione sociale si può stimare in due terzi di tutti i detenuti ed è quella che, in questi anni, è cresciuta e cresce.
Che in carcere finiscano soprattutto le persone più marginali (la cui esposizione alla penalizzazione è conseguenza di mancate risposte sociali a problemi sociali) lo dimostra l'analisi dei dati sulla composizione della popolazione carceraria. Questi evidenziano infatti:
• un forte aumento dell'area dei detenuti immigrati, che ormai sfiora il 40%;
• la decisa consistenza dell'area dei detenuti coinvolti a diverso titolo nel fenomeno della tossicodipendenza: 30% di soggetti definiti come tossicodipendenti; 32% di reclusi per reati connessi alla droga; quindi con una percentuale di tossicodipendenti probabilmente assai superiore al 30%.
Anche il livello di istruzione è significativo nel segnalare la marginalità della popolazione detenuta: la percentuale in possesso di un diploma di scuola media superiore è scesa nel 2008, rispetto all'anno precedente, dal 6% al 4,8%, mentre i laureati costituiscono appena l'1%. Resta alto il numero di persone che sono in possesso soltanto di un diploma di media inferiore (34%) e della licenza di scuola elementare (15,6%).

(Dati tratti da: Cellini G., Ronco D., *I numeri del controllo penale*, in «Antigone», 1, 2009, pp. 24-25).

L'inarrestabile ipertrofia del carcere

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.

Tab. 1 - Detenuti presenti, capienza «regolamentare» e «tollerabile» delle carceri



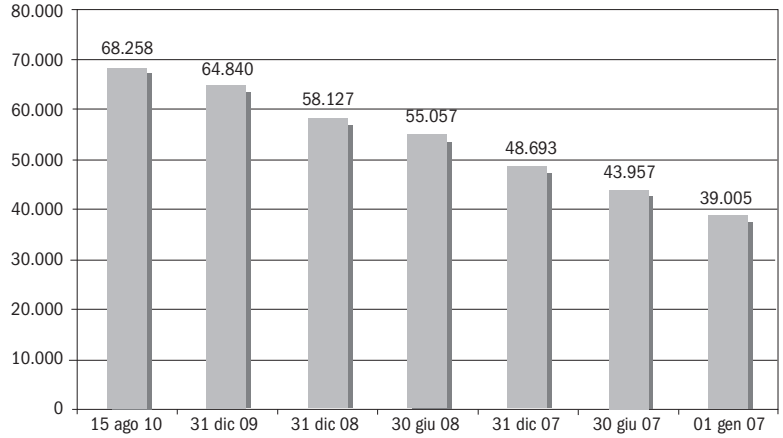
Elaborazioni del Centro Studi di Ristretti Orizzonti su dati del Ministero della Giustizia – DAP

Al 15 agosto 2010 le persone detenute erano 68.121 (24.675 di nazionalità straniera), di cui 37.219 con una condanna definitiva mentre 24.941 in attesa di giudizio. Sono cifre ben al di sopra della capienza regolamentare totale degli istituti penitenziari italiani, pari a 44.327 posti. Si tratta di un dato in costante e rapida crescita: negli ultimi tre anni l'incremento è stato infatti di *circa 100 detenuti al mese*. Avanti di questo passo, la situazione delle carceri è destinata a esplodere.

Le società contemporanee vogliono il carcere

Se si considera il trend della popolazione detenuta in Italia negli ultimi due decenni, si rimane sbalorditi. Dai 29.133 detenuti del 1990 si è passati agli oltre 68.000 di oggi. Non accade solo in Italia, la tendenza è globale. La rete carceraria sta vivendo quasi ovunque un momento di espansione. Pressoché in ogni Paese è in costante crescita il numero di persone in conflitto diretto con la legge e soggette al carcere.
In America, ad esempio, il numero di persone incarcerate (2.297.400 nel 2009) eccede quello degli studenti dei college universitari. Un americano su cento è in carcere, spesso per reati minori. Nei Paesi europei occidentali, quasi ovunque, si ha ormai un detenuto ogni mille abitanti. Ma in Italia il ritmo di crescita del tasso di incarcerazione è particolarmente impressionante: gli attuali 124 detenuti ogni 100mila abitanti ci mettono *tra le prime posizioni nella graduatoria europea*.

Tab. 2 - Serie storica dei detenuti presenti, anni 2007-2010



Dati del Ministero della Giustizia – DAP

L'attuale ipertrofia del carcere si spiega con la *sempre più pressante richiesta della collettività di sicurezza*. Una richiesta che è un tratto tipico della nostra «età dell'incertezza» (espressione coniata dall'economista americano John Kenneth Galbraith nel 1977), caratterizzata dal non sapere che cosa accadrà domani e dal non sapere che cosa sarebbe più intelligente fare.
Se l'incertezza come sentimento sociale nasce negli anni '70 (segnati allora da timori per le crisi petrolifere, la minaccia nucleare, l'insostenibilità ecologica del modello di sviluppo...), è negli ultimi due decenni che letteralmente esplode, in concomitanza con la globalizzazione dell'economia.
L'angoscia per l'esposizione a rischi sociali non prevedibili (la perdita del lavoro, la solitudine nel dover affrontare compiti di cura familiare, la volatilizzazione dei risparmi per le speculazioni finanziarie…) induce un bisogno di rassicurazione sempre più forte. Mai come in questi ultimi tempi la collettività è parsa in preda a emozioni profonde, difficili da gestire ma facili da manipolare. Non a caso alcuni parlano della trasformazione dell'opinione pubblica in *emozione pubblica* [3].

Più carcere come rimedio all'insicurezza percepita

Sull'onda di questa emotività la richiesta di sicurezza viene fatta coincidere con la funzione repressiva. La risposta all'ansia dei cittadini viene cercata in leggi che

3 | Sembra essersi creata un'emergenza nazionale da assumere come priorità e da affrontare con la sola repressione («tolleranza zero»), ma basata solamente sulla percezione di insicurezza dei cittadini e non su dati e statistiche del Ministero della Giustizia. Anzi, dati e statistiche dei fatti delittuosi sulla criminalità urbana segnalano una situazione piuttosto stabile nella quale, se vi possono essere temporanei aumenti, vi sono poi successive diminuzioni. E le cronache di ogni giorno tristemente documentano come i fatti criminali più tragici si svolgano principalmente tra le mura domestiche, più che fuori dalla porta di casa, dove si ritiene annidi il pericolo.
Per approfondire il concetto di «emozione pubblica» si veda Susca V., de Kerkhove D., *Transpolitica*, Apogeo, Milano 2008.

aumentano la risposta penale, catalizzando così l'attenzione solo su alcuni tipi di reato (i reati definiti «minori» ma che destano più allarme nell'emozione pubblica) e su chi li commette (i più marginali della società).
Nasce qui, e qui si alimenta, il fenomeno della detenzione sociale. Questa *richiesta di sicurezza che diventa richiesta di carcere* è ben illustrata da Ahmed Othmani:

> In pochi decenni la punizione tramite il carcere è diventata, nella mente della gente, la soluzione miracolosa a tutte le forme di delinquenza, ivi comprese le meno pericolose. La convinzione dell'efficacia del carcere ha portato il mondo attuale a una fuga in avanti verso un «carcere a tutti i costi», le cui conseguenze sono disastrose da molti punti di vista. Benché molte ricerche dimostrino che le pene più pesanti non hanno carattere dissuasivo, le cose non cambiano. Salvo rare eccezioni, oggi i tribunali condannano di più e più pesantemente. Da un quarto di secolo la popolazione carceraria è aumentata quasi ovunque nel mondo a un ritmo molto più rapido di quello della popolazione. [4]

Il circolo vizioso che alimenta il ricorso al carcere

L'enfasi sul carcere come strumento per garantire la sicurezza alimenta un *circolo vizioso* che ha profonde ripercussioni sulla percezione che i cittadini hanno della vita sociale. Il circolo si può descrivere così:

> Più detenuti si producono, più si enfatizza la consistenza dell'allarme criminalità; e ciò non può che comportare, a sua volta, un nuovo innalzamento dei livelli di incarcerazione, in un processo che si autoconferma, risultando *senza via di uscita*. [5]

In altre parole, il diffondersi dell'«allarme sicurezza» rinforza l'immagine del carcere come luogo in grado di ristabilire nelle strade la quiete e la tranquillità. Le sue mura sono indicate capaci di racchiudere tutto ciò che alimenta la percezione della vulnerabilità.
Questo circolo vizioso che si autoalimenta diventa refrattario a ogni messa in discussione. Gli operatori sociali ne conoscono bene la forza per averla sperimentata nelle quotidiane relazioni sociali (con i genitori a scuola, con gli abitanti dei quartieri, ecc.).
È un circolo vizioso che rende sordi di fronte ad argomentazioni volte a mostrare come la riduzione dei comportamenti illegali non passi attraverso il ricorso al carcere, ma attraverso il ricorso alle misure alternative (l'efficacia di queste ultime nell'evitare la recidiva è ben illustrata da Giovanni Jocteau in quest'inchiesta).
Lo alimenta la stessa politica (nazionale e locale), che non resiste alla tentazione di far presa sulle emozioni prevalenti nell'opinione pubblica in vista di un facile consenso elettorale. Su queste aree (tolleranza zero verso rom, irregolari, accattoni…), infatti, la politica può facilmente mostrare l'efficienza della propria macchina punitiva. Nessuno meglio di Bauman ha svelato le complicità della politica nel soffiare sulla paura:

4 | Passo tratto dal libro di Ahmed Othmani (con Sophie Bessis), *La pena disumana*, Elèuthera, Milano 2004.

5 | Mosconi G., *Introduzione*, in «Antigone», 1, 2009, p. 8.

> Oggi c'è molta tensione attorno alla ricerca di sicurezza, e dove c'è tensione c'è anche un capitale politico che scaltri investitori e agenti di borsa scoveranno in fretta. È certo vantaggioso per i politici che i naturali timori di insicurezza e incertezza si coagulino attorno all'angoscia sicuritaria, anziché attorno alla richiesta di lavoro e di stabilità economica, su cui gli Stati sembrano oggi poter far poco. Per la fortuna dei governi, che sono sempre più impotenti, fare qualcosa o mostrare di fare qualcosa per combattere il crimine che minaccia la sicurezza personale è un'opzione da tenere in considerazione per il suo alto potenziale elettorale. La sicurezza effettiva dei cittadini non ci guadagnerà molto, ma la percentuale di voti aumenterà. [6]

Le semplificazioni nell'affrontare l'insicurezza

La produzione legislativa di questi ultimi anni testimonia bene l'atteggiamento semplificatorio adottato nell'affrontare le condizioni di insicurezza in cui sono precipitati gli abitanti delle nostre società. Ecco una veloce rassegna legislativa.

Dalla ex Cirielli ai pacchetti sicurezza: punire i poveri

Da tutti i provvedimenti di questi anni (se si esclude l'indulto del 2006) traspare la propensione ad applicare sempre e comunque la pena detentiva, e a non considerarla più una *extrema ratio.* Anche i due pacchetti sicurezza (legge nr. 125/2008, nota per aver concesso più poteri ai «sindaci sceriffo», e legge nr. 94/2009, che ha introdotto il «reato di clandestinità»), che si sono susseguiti nell'ultima fase della precedente legislatura e nella prima fase dell'attuale, mantengono come filosofia di fondo il «feticismo per la punizione della detenzione» (l'espressione è di Giuseppe Mosconi).

In particolare l'ultimo pacchetto sicurezza ha introdotto più carcere rendendo difficile l'accesso al sistema delle misure alternative per i recidivi. Un intervento, questo, in linea con la ex Cirielli [7], che risponde a una logica ormai profondamente radicata in molta parte della classe politica e dell'opinione pubblica,

> ovvero che le misure alternative rappresentino una minaccia, e non una opportunità, per la sicurezza dei cittadini, ed è per questo che da tempo quasi ogni intervento del legislatore sui temi della sicurezza prevede restrizioni per l'accesso a queste misure. [8]

Insomma, lo scopo di molti provvedimenti legislativi sembra essere non solo quello di allargare lo spettro dei reati per i quali è previsto il carcere, ma di tenere i detenuti in cella sempre di più. Questo è ciò che fanno, da un lato, l'introduzione di numerose nuove ipotesi di reato, le nuove aggravanti, l'aumento delle pene e, dall'altro, le leggi come la già citata ex Cirielli, che impedisce ai recidivi (la parte

6 | Bauman Z., *Questioni sociali e repressione penale*, in Ciappi S. (a cura di), *La periferia dell'impero. Poteri globali e controllo sociali*, DeriveApprodi, 2003. Il testo è disponibile anche su www.filiarmonici.org/testi.html.

7 | La legge ex Cirielli ha introdotto incrementi di pena per la recidiva reiterata, che caratterizza oltre il 70% della popolazione reclusa. Tale disposizione ha significato l'aumento di pena per la stragrande maggioranza degli imputati che finiscono in carcere e dunque l'impossibilità di fruire delle misure alternative.

8 | Associazione SocietàINformazione (a cura di), *Rapporto sui diritti globali*, Ediesse, Roma 2010, pp. 508-509

più rilevante dei «detenuti sociali») di uscire dal carcere, restringendo tempi e ammissibilità per i benefici penitenziari.
Questo intenso uso del penale in termini di maggiore severità va a colpire precisamente quel tipo di reati che vengono indicati come fonte di allarme sociale. Non perché particolarmente gravi, ma perché si immagina siano quelli per cui i cittadini siano più preoccupati. L'orientamento è quello di utilizzare comunque il carcere, che vada o non vada a sovraffollarsi, e l'assoluta sottovalutazione della problematicità della situazione che viene a determinarsi con il sovraffollamento [9].

Tab. 3 - Detenuti per tipologia di reato

Tipologia di reato	*Detenuti*
Contro il patrimonio (furto, rapina, danneggiamento, truffa)	31.893
Legge sulla droga	28.154
Contro la persona	22.610
Legge sulle armi	9.796
Contro la pubblica amministrazione	7.621
Contro l'amministrazione della giustizia	5.887
Associazione di stampo mafioso	5.797
Legge sull'immigrazione	3.899
Altri reati	16.887

La necessità di disciplinare le «nuove classi pericolose»

Si capisce così come oggi il carcere sia sempre più utilizzato come dispositivo di governo e di controllo delle questioni sociali. Esso diventa sempre di più il luogo della reclusione di tutta una serie di problemi che un tempo erano affrontati con politiche di welfare. È come se ci fosse una delega, più o meno esplicita, al carcere di gestire l'esclusione sociale. Il concetto di detenzione sociale fa riferimento precisamente a questa deriva dal sociale al penale.
Il sovraffollamento (chi è recluso oggi vive in poco più di due metri quadrati) è il dato che mostra con più evidenza il passaggio dallo Stato sociale allo Stato penale. Come dice Loïc Wacquant:

> Alla deliberata atrofia dello Stato sociale corrisponde l'ipertrofia dello Stato penale, la miseria e il deperimento del primo hanno come contropartita diretta e necessaria l'espansione e lo sviluppo del secondo. [10]

Se un tempo la sicurezza sociale era prodotta da politiche pubbliche finalizzate a portar dentro (la società), oggi invece la sicurezza sociale è intesa come un metter fuori chi è fattore di instabilità sociale. La sicurezza dei cittadini non passa più attraverso politiche di protezione sociale (ad esempio, politiche familiari per il sostegno dei compiti familiari, politiche scolastiche finalizzate a incentivare processi

9 | Mosconi G., *Il fantasma dell'insicurezza e la prosperità del carcere*, in «Antigone», 2-3, 2009, pp. 194-196.

10 | Wacquant L., *Dallo Stato sociale allo Stato carceriere. La criminalizzazione della miseria negli Stati Uniti,* in «Le monde diplomatique», luglio 1998.

di integrazione sociale, politiche del lavoro volte a inserire nella vita attiva le fasce deboli, ecc.), ma attraverso politiche di esclusione sociale (volte a «disattivare» chi è portatore di disordine). Se un tempo si ricercava la sicurezza di tutti, oggi prevale la ricerca della sicurezza degli uni contro gli altri.
Il carcere sta diventando il luogo, come lo definisce Bauman, «dell'esclusione sociale continuata, forse permanente» di una popolazione sempre più povera e relegata ai margini:

> Molti governi, ampiamente sostenuti dall'opinione pubblica, partono dal presupposto che sia «sempre più necessario disciplinare ampi settori di popolazione». Constatiamo sempre di più come vengano presi di mira specifici settori di popolazione perché minacciano l'ordine. La loro espulsione dall'interazione sociale attraverso il carcere viene considerata un metodo efficace per neutralizzarli, o almeno per tenere a freno l'angoscia pubblica che essi evocano. (11)

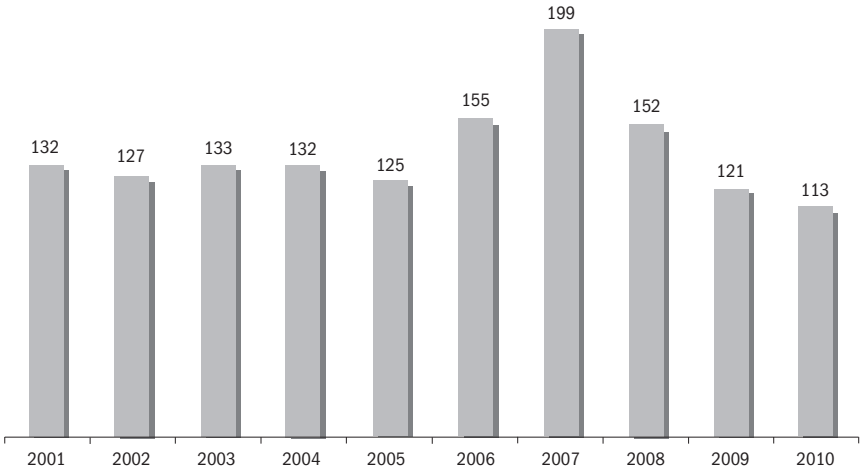
Il declino dell'ideale riabilitativo

La carcerizzazione dei problemi sociali non consiste solo nel sanzionare sempre più severamente chi commette reati legati a una condizione di disagio e povertà, ma nella progressiva rinuncia a investire in una possibile riabilitazione e reinserimento dei «detenuti sociali».
Questa cultura della carcerizzazione segna il declino dell'ideale riabilitativo. E sancisce un passaggio culturale decisivo nell'approccio ai problemi sociali: dalla ricerca di inclusione come chiave per affrontare il disagio e la devianza alla carcerizzazione dei problemi sociali**.**
Il declino dell'ideale riabilitativo è evidente da alcuni dati significativi (12):
• la riduzione della spesa media annua per ogni detenuto, passata dai 13.170 euro del 2007 ai 6.257 del 2010. La spesa media annua sono le risorse che il sistema carcerario mette a disposizione per il cibo, l'igiene, l'assistenza e l'istruzione dei detenuti, oltre alla manutenzione delle carceri e al loro funzionamento (acqua, gas, luce, riscaldamento, pulizie). Il dimezzamento fa intuire il forte degrado della vita carceraria;
• la drastica riduzione delle risorse investite dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria per retribuire le attività di lavoro dentro gli istituti penitenziari, che fa sì che solo il 25% della popolazione detenuta oggi sia coinvolta in tali attività;
• la riduzione della spesa dei farmaci;
• la diminuzione degli operatori del trattamentale sino a raggiungere la cifra di un educatore per 250 detenuti.
Il declino dell'ideale riabilitativo sta anche condizionando lo stesso approccio degli operatori penitenziari, soprattutto quelli del trattamentale (educatori e assisten-

11 | Bauman Z., *Questioni sociali e repressione penale*, art. cit.
12 | Ricaviamo questi dati da una recente ricerca condotta dal Centro Studi dell'associazione Ristretti Orizzonti sul bilancio del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dall'articolo di Daniela Ronco, *Gli istituti penitenziari italiani tra disagi strutturali e carenze trattamentali*, in «Antigone», 1, 2008, pp. 161-173.

ti sociali dell'UEPE). La fiducia nella funzione risocializzativa della pena sembra essersi indebolita, in particolare tra le nuove leve di operatori. Da più parti viene segnalato come gli operatori si mostrino timorosi nel fare i rapporti di sintesi da consegnare al tribunale di sorveglianza, cui tocca decidere se concedere o meno le misure alternative sulla base dell'osservazione fatta in carcere. Nel dubbio – sembra essere l'atteggiamento – meglio un no in più…

Tab. 4 - Costo medio giornaliero di un detenuto



È importante sottolineare il fatto che la somma a disposizione dell'Amministrazione penitenziaria non è cresciuta con il crescere dei detenuti. Pertanto, poiché dal 2007 a oggi i detenuti sono aumentati di quasi 30.000 unità (dai 39.005 dell'1 gennaio 2007 ai 68.121 del 15 agosto 2010) la spesa media giornaliera procapite è scesa a 113 euro (nel 2007 era di 199 euro, nel 2008 di 152 euro e nel 2009 di 121 euro).

Si può invertire la rotta?

La carcerizzazione dei problemi sociali erode sempre di più la funzione dei servizi di carattere sociale (del pubblico e del privato), che è quella di costruire opportunità di vita dignitosa per le persone.

Il tossicodipendente, figura emblematica della «detenzione sociale»

Il tossicodipendente costituisce la figura emblematica della carcerizzazione permanente e dell'arretramento delle politiche di welfare. Con i suoi tratti di «disordine morale» e «minaccia all'ordine pubblico» esso richiama politiche di prigionizzazione, in quanto veicola le paure collettive e suscita quindi gli istinti più repressivi.

Attraverso l'esplorazione di come vengono affrontate le problematiche dei tossicodipendenti autori di reato, intendiamo mettere in luce come oggi siano i soggetti più deboli a pagare le conseguenze della carcerizzazione. Ovvero quel gruppo mi-

noritario di cittadini non dotato di risorse sociali, economiche, culturali sufficienti a sfuggire alla rete sempre più larga della repressione del crimine [13].

> I detenuti tossico o alcool dipendenti costituiscono nel complesso il 34,4% della popolazione detenuta. Si tratta dei dati ufficiali, che si riferiscono cioè alle persone che dichiarano di essere tossicodipendenti al momento dell'ingresso in carcere, ma che presumibilmente non rispecchiano fedelmente la realtà, dal momento che è possibile che un soggetto non si dichiari tossicodipendente pur essendolo o che inizi un percorso di dipendenza durante la detenzione. [14]

Per il tossicodipendente la carcerizzazione acquista spesso la forma di una detenzione sociale per varie ragioni.
Anzitutto perché non trova nel carcere la possibilità di affrontare le problematiche connesse alla dipendenza, anzi queste vengono acuite e maggiormente drammatizzate dall'esperienza carceraria [15].
Poi perché si riducono sempre di più le possibilità di ricorrere alle misure alternative alla pena come strumento per accompagnare percorsi di riabilitazione. La detenzione non può quindi essere una sosta per ripensare il suo progetto, ma diventa un castigo [16].
Infine perché il carcere dall'avere una funzione riabilitativa ed essere quindi un luogo di prospettiva è diventato un non-luogo fine a se stesso e questa trasformazione del mezzo in fine non fa che appesantire le condizioni dei soggetti più deboli [17].

La questione di fondo dell'inchiesta

Con quest'inchiesta vorremmo capire se oggi sia possibile rompere questo circolo vizioso. Un circolo vizioso perché si autoalimenta in una spirale senza fine, per cui più si incarcera, più si dimostra che il carcere è l'unica risposta ai problemi della coesione sociale. E che erode spazi di senso e di legittimità alle organizzazioni del sociale e a ipotesi alternative di trattamento dei problemi sociali.
In particolare vorremmo esplorare come i servizi territoriali (SERT, servizi di salute mentale, servizi socioassistenziali, cooperative sociali, associazioni…), insieme con quanti operano nel mondo della giustizia, possano interrompere, o perlomeno contenere, la deriva della detenzione sociale, che riempie di marginali le carceri e svuota di senso qualsiasi intervento sociale. Ma che soprattutto svuota di senso la nostra democrazia.

13 | Come scrive Claudio Sarzotti, «il carcere è abitato da un'area percentualmente preponderante di detenzione sociale per via anche dell'abnorme selettività del nostro sistema penale. Le stime avanzate si sono collocate intorno al 90% di notizie di reato per le quali non si giunge per svariati motivi, alla condanna a una pena detentiva» (*Le «nuove» funzioni del carcere nella società del controllo*, in «Antigone», 2-3, 2009, p. 217). Al punto che si può dire che della carcerizzazione ne fa le spese solo l'area più povera.
14 | Cellini G., Ronco D., *I numeri del controllo penale*, art. cit., pp. 26-27.
15 | Bignamini E., *La tossicodipendenza come malattia. Influenza degli stressors durante la detenzione sul programma di cura dei tossicodipendenti*, in Bignamini E., De Bernardis A. (a cura di), *Delle droghe e delle pene*, PUBLIEDIT, Torino 2007, pp. 33-38.
16 | Sarzotti C., *La persona tossicodipendente in carcere tra pena e terapia*, in Bignamini E., De Bernardis A. (a cura di), *op. cit*., pp. 15-22.
17 | Garland D., *La cultura del controllo,* il Saggiatore, Milano 2004, p. 75.

Parte Seconda

HIV, TOSSICODIPENDENZA E SALUTE IN CARCERE

Effective Drug Interventions in Prison

da International Drug Policy Consortium, Policy Guide 2012

Abstract

Droga in carcere - Gli interventi efficaci

Detenuti consumatori di droghe

La stima a livello mondiale è di 10,1 milioni di persone in carcere che usano droghe (cifra che sale a 10,75 se si considerano le 650.000 persone rinchiuse nei "centri di detenzione" in Cina).

Negli ultimi decenni, sono cresciuti velocemente sia il numero delle persone in prigione sia il numero degli individui detenuti che usano droghe: è il risultato dell'aumento di incarcerazione dei soggetti che compiono reati minori di droga (possesso, uso o piccolo spaccio), oppure per altri reati collegati alle droghe (come furti o frodi per ottenere il danaro necessario alla droga).

I detenuti consumatori soffrono di gravi problemi generali di salute, in particolare di infezioni come lo Hiv, l'epatite B e C, la tubercolosi.

Comportamenti a rischio

Se si eccettuano i paesi che hanno alti livelli di trasmissione di HIV tramite rapporti eterosessuali, il rischio maggiore di trasmissione HIV nelle carceri deriva dalla condivisione del materiale per iniettarsi la droga. C'è alta probabilità che le persone facciano un uso promiscuo di siringhe, sia per cercare di sfuggire alla sorveglianza, sia perché in carcere non si applicano in genere le misure di riduzione del danno.

Anche lo stupro e la violenza sessuale sono vettori della trasmissione dell'infezione. I detenuti che sono alla base della piramide gerachica della prigione hanno le maggiori probabilità di essere oggetto di violenza. I consumatori di droghe sono particolarmente vulnerabili a questi rischi, nei paesi dove più sono stigmatizzati.

Inoltre, i detenuti consumatori sono ad alto rischio di overdose mortale, specie nei periodi immediatamente successivi al rilascio. Uno studio condotto in Francia nel 1997 ha rivelato che i tassi di overdose mortale sono 124 volte più frequenti fra gli ex detenuti (fra 15 a 24 anni) rispetto alla popolazione generale che usa droghe della stessa età; e 274 volte più frequenti fra gli ex detenuti di età compresa fra 35 e 54 anni rispetto alla popolazione generale che usa droghe della stessa età.

Gli obblighi internazionali per la salute in carcere

Il diritto alla salute è proclamato dalla Carta delle Nazioni Unite, dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, dall'Accordo Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali.

Su questa base, si è affernato il Principio di Equivalenza fra il diritto alla salute dentro e fuori del carcere.

Come affrontare i rischi per la salute in carcere

In genere, le amministrazioni penitenziarie hanno cercato di limitare la circolazione di droga in carcere attraverso severe misure di controllo o ricorrendo ai test antidroga. Questi interventi non sono riusciti ad eliminare le droghe dal carcere e spesso hanno avuto effetti collaterali negativi. Ad esempio, i test antidroga possono spingere i detenuti ad usare sostanze più difficilmente rintracciabili, ma più pericolose (ad esempio passando dalla cannabis all'eroina).

La OMS, lo UNODC, e lo UNAIDS raccomandano un insieme di misure:

- *Educazione e informazione*. Sono misure semplici che possono essere molto efficaci, in combinazione con servizi di riduzione del danno e di tutela generale della salute.
- *Programmi di vaccinazione*. Esistono efficaci vaccini contro l'epatite A e B.
- *Misure per il sesso più sicuro*. Molte amministrazioni carcerarie permettono la distribuzione di preservativi ai detenuti, sulla base del principio che deve essere offerta dentro il carcere la stessa protezione che si può avere in condizioni di libertà. Una volta c'era il timore che i preservativi potessero essere usati per spacciare droga, tomore rivelatosi però infondato. La distribuzione dovrebbe essere accompagnata da informazione ed educazione contro le malattite sessualmente trasmissibili e contro la violenza sessuale.
- *Programmi di distribuzione di siringhe*. Questi programmi si sono rivelati efficaci nel prevenire la infezione da HIV, anche se c'è molta riluttanza a introdurre in carcere questi programmi di sanità pubblica. Nel 2009, dieci paesi li hanno avviati, con risultati molto positivi nel ridurre l'uso di siringhe promiscuo, senza che si siano riscontrati gli effetti negativi temuti (aumento della prevalenza di uso per via iniettiva, uso delle siringhe come strumenti d'offesa da parte dei detenuti, etc.).

Trattamenti per le dipendenze in carcere

Le autorità carcerarie dovrebbero rendere accessibile ai detenuti una gamma di programmi scientificamente validati, dalla disintossicazione, ai programmi con sostitutivi a mantenimento, ai programmi psicosociali. Questi dovrebbero essere organizzati in maniera tale che il detenuto possa passare dall'uno all'altro, a seconda dei bisogni e delle scelte.

L'adesione ai programmi di trattamento potrebbe essere considerato un elemento a favore della liberazione anticipata del detenuto.

Raccomandazioni:

1) Per pianificare gli interventi in modo appropriato, occorre avere un quadro dell'uso di droga e della dipendenza in carcere.
2) Va sviluppata una gamma di servizi trattamentali e di riduzione del danno. Se pianificati con cura e dotati di adeguate risorse, questi servizi possono avere un impatto positivo nel ridurre i danni alla salute e il crimine associato all'uso di droga.
3) La disponibilità di siringhe pulite in carcere è necessaria per evitare i rischi legati all'utilizzo promiscuo del materiale per iniettarsi la droga. Questi programmi devono essere adeguatamente preparati, ivi compresa l'informazione e il training per le guardie carcerarie. La modalità di distribuzione delle siringhe (ad esempio, a persona o tramite macchine distributrici) dovrebbe essere scelta a seconda degli ambienti e dei bisogni.
4) C'è bisogno anche di altre misure di riduzione del danno per prevenire malattie per via ematica e overdose (come programmi di informazione e distribuzione di naloxone)
5) A tutti di detenuti con problemi di dipendenza dovrebbero essere offerti trattamenti *evidence based*, con un mix appropriato di programmi con sostitutivi, psicosociali, di auto aiuto.
6) Occorre avere maggiori collegamenti e continuità di cura fra il carcere e i servizi sul territorio.
7) La salute in carcere dovrebbe essere appannaggio del Ministero della Salute piuttosto che di quello della Giustizia.

2.4 Effective drug interventions in prisons

In this section

- Health risks in prison
- Responsibilities for prisoners' health: international obligations
- Managing health risks in prison
- Providing treatment for drug dependence in prisons
- Responsibility for prison health care

Policy makers and prison authorities need to have a clear plan for making prisons as effective as possible in protecting the health and human rights of prisoners, including through the delivery of evidence-based treatment for drug dependence and harm reduction services to those who need them.

Why are effective interventions in prisons important?

Other sections of the Guide have argued that legal reforms should be pursued to minimise the numbers of non-violent drug offenders sent to prisons or other forms of custodial setting. In many countries, however, drug offenders, and particularly people who use drugs, make up a significant proportion of the prison population. In addition, attempts to prevent controlled drugs from entering prisons have persistently failed, and they continue to circulate amongst prisoners, with all the attendant health risks this entails in overcrowded and under-serviced closed settings. This means that effective drug policies are needed **within** the prison environment.

Prison authorities must pursue strategies that minimise the health and social problems associated with prison-based drug markets and use.

There are a number of further reasons why an effective prisons policy is essential for drug policy makers.

- **Public health** – prisons constitute an extremely expensive system for incubating health problems, because, by their nature, such institutions are difficult places in which to stay healthy. This is particularly so in the case of the use of controlled drugs, where practices such as the sharing of injecting equipment can pass on blood-borne viruses. Although life inside prisons is concealed from public view, prisons are not in fact sealed off from society, and they form an important part of the interconnected sphere of public health. Consequently, they remain the responsibility of governments. Health problems, infections and illness are not sealed away from the rest of the community, but pass across the prison walls as people enter and exit the institutional setting.

- **Economics** – responding to drug-related crime, overdoses and blood-borne infections both within prison and beyond the prison walls (amongst ex-prisoners, their families, etc) can be very expensive, in particular for illnesses such as HIV that are chronic and long-lasting conditions. This means that there is a powerful economic case to be made for measures that can effectively prevent these health problems in prisons.

49

da International Drug Policy Consortium, Policy Guide 2012

- **Human rights obligations** – the right to the highest attainable state of physical and mental health is written into the goals of the UN and a number of international treaties (especially the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). It is also a part of the Universal Declaration on Human Rights. These texts do not specifically mention prisoners, though many countries are signatories of other treaties that *do* explicitly extend this right to prisoners. The international treaties applying health-related human rights to prisoners are discussed below.

Prison authorities must comply with their international human rights obligations, and pursue strategies that minimise the health and social problems associated with prison-based drug markets and use.[1] The pursuit of health-based policies in prisons, will lead to improvements not only in the health of the drug-using population, but also in the health of the wider population. In addition, it will impact positively on public finances as well as health outcomes.

Health risks in prisons

People who use drugs who are detained in prisons and other custodial settings

The best estimate of the current world prison population is 10.1 million, a figure rising to 10.75 million if the 650,000 individuals detained in China's 'detention centres' are included.[2]

Because of the difficulties in obtaining data, and problems of comparability where data are available, it is not possible to provide an accurate global figure for the proportion of these detainees who use drugs. However, some indication of the size of the population can be given: in the European Union (EU), around 50% of prisoners have a history of drug use; in the USA, the figure is over 80%. People who inject drugs are vastly over-represented, often accounting for 50% of prison inmates, but only 1–3% of the broader community.[3]

The number of people in prison, and of people who use drugs among them, has been growing fast in the past decades.

The number of people in prison, and the number of people who use drugs among them, has been growing fast in the past few decades. In many countries, this has resulted from the widespread arrest and incarceration of people for minor drug offences – possession, consumption or small-scale dealing – while in others, the driving factors are drug-related offences such as theft, robbery and fraud committed to raise money to fund drug purchases. Drugs have become established at the heart of prison life, and are often now 'the central medium and currency in prison subcultures'.[4]

The presence of such a large proportion of people who use drugs, and risks related to drug use, in an environment where the maintenance of health is already difficult represents a serious challenge for policy makers, but one that they can meet by applying the growing evidence base referenced in this section.

The prevalence of diseases among prisoners

As a result of their lifestyles prior to imprisonment, the specific risk activities arising while detained, and poor healthcare services available in prison, drug-using prisoners are affected by high levels of general health problems, in particular infections such as HIV, hepatitis B and C, and tuberculosis. HIV and hepatitis C virus, in particular, can spread at an extraordinary rate in the prison setting, unless appropriate harm reduction measures are taken.

HIV is a serious health threat for the 10 million plus people in prison worldwide. In most countries, levels of HIV infection among prison populations are much higher than those outside of prisons. However, the prevalence of HIV infection in different prisons within and across countries varies considerably. In some cases, the prevalence of HIV infection in prisons is up to 100 times higher than in the community.[5] In terms of HIV transmission through injecting drug use – the main concern in many countries – evidence shows that rates of injection are lower among prisoners than in the drug-using community outside of prisons. However, the rates of sharing needles, and the associated risks, have reached worrying levels: most countries report sharing rates in prisons of between 60% and 90%.[6]

Drug-using prisoners are affected by high levels of general health problems, in particular infections such as HIV, hepatitis B and C, and tuberculosis.

The levels of hepatitis C virus are also high among prison inmates. WHO estimates that about 3% of the world's population has been infected with hepatitis C, whereas the prevalence of infection in prisons has been reported to range from 4.8% in an Indian jail to 92% in northern Spain.[7]

Similarly, the prevalence of tuberculosis is often much higher in prisons than it is in the general population. A Thai study revealed that the prevalence of tuberculosis among prison inmates was eight times higher than in the general population.[8] Another study demonstrated that the prevalence of tuberculosis in a prison in Victoria (Australia) had reached 10%,[9] whereas a study in a prison in Bahia (Brazil) reported a prevalence of latent tuberculosis of 61.5%, with a prevalence of active tuberculosis of 2.5%.[10]

Risk behaviours

Except perhaps in countries with high levels of heterosexually transmitted HIV, the major risk of HIV infections spreading in the prison environment stems from the sharing of injecting equipment. In prisons, large numbers of people are likely to share needles and syringes due to the lack of availability of sterile equipment via harm reduction services such as NSPs, and due to fear of detection of drug use. Some users resort to needle sharing for the first time while in prison, while others begin to inject drugs in prison. Such risky behaviour is at least in part a product of the prison context itself – drugs are often used to escape the misery, brutality, lack of privacy, anxiety and chronic insecurity that frequently characterise life within these institutions. The factors associated with the prison setting combine with the life history and subcultural practices of people who inject drugs, to provide a greatly heightened environment for health-related risk.[11]

Rape and sexual violence are also vectors for the transmission of infection. Those prisoners at the base of the prison's informal hierarchy are most prone to being victims of such assaults. In countries where people who use drugs are especially stigmatised, they may be particularly vulnerable to these types of risks.

Prisoners who use drugs are highly vulnerable to accidental overdose, particularly in the period immediately after release. Indeed, as people dependent on drugs reduce their use while in prison, they lose their tolerance to drugs. This means that their body can no longer cope with the doses they were taking before prison, and if they resume similar doses when released they face a high risk of overdose and death. A 1997 study in a French prison revealed that overdose death rates were from 124 times higher than in the general drug-using population for ex-prisoners aged 15 to 24 years through to 274 times higher for released prisoners aged 35 to 54 years.[12] Prisoners are also at risk of dying in prison, whether from suicide, loss of tolerance or contaminated drugs. In another study of Washington state prisons, ex-prisoners were found to be 129 times more likely to die from drug overdose in the first two weeks after release than their counterparts in the general population.[13]

Responsibilities for prisoners' health: international obligations

The concept of **the right to the highest attainable standard of physical and mental health** derives from the Constitution of the WHO. In recent years, WHO has been at the forefront of attempts to establish as a practical reality the right to health of prisoners, who represent an especially marginalised population group.[14]

The principle of equivalence argues that the right to health applies to prisoners as it applies to those living outside of prisons.

The right to health is also grounded in the UN Charter, the Universal Declaration of Human Rights and the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Building on this universal right, the international community has gradually established **the principle of equivalence**, which argues that the right to health applies to prisoners as it applies to those living outside of prisons, and indeed to all human beings.

The first explicit reference to prisoners in international agreements came in the 1977 Minimum Standard Rules for the Treatment of Prisoners, which laid down a set of basic standards for the treatment of prisoners, including one relating to health. Agreed by the UN General Assembly, the resolution established a general principle of equivalence, stating that these basic standards should apply to all with no 'discrimination on grounds of race, colour, sex ... or other status'.[15]

Section 9 of the 1990 UN Basic Principles for the Treatment of Prisoners made this principle of equivalence explicit: 'Prisoners shall have access to the health services available in the country without discrimination on the grounds of their legal situation'.[16] This resolution was also adopted by the General Assembly.

The EU agreed a further set of standards in 2006, known as the European Prison Rules, which reiterates the principle of equivalence and adds that, 'All necessary medical, surgical and psychiatric services including those available in the community shall be provided to the prisoner for that purpose'.[17]

In December 2010, the UN General Assembly passed the UN Rules for the Treatment of Women Prisoners, usually known as the Bangkok Rules.[18] These rules acknowledge that earlier instruments such as the Minimum Standard Rules are not sufficiently sensitive to the specific needs of women prisoners. Prisons were designed principally around the needs of male detainees, and the Bangkok Rules provide additional safeguards for women prisoners.

These and other guidelines do not represent legal provisions as such – they are non-binding recommendations, and there are no mechanisms for enforcement. However, their force lies in the fact that they have been agreed to by signatory states, UN members etc, and represent moral principles that states have publicly agreed to abide by.

These guidelines establish the principle that prisoners are entitled to equivalent healthcare services to those available outside prison; this stipulation applies to prisoners who use or have used drugs. Again, WHO has shown leadership in driving forward the agenda for the provision of effective healthcare services to incarcerated people who use drugs. In the course of providing guidance to policy makers on the provision of essential pain-killing medications, WHO has covered the issue of providing treatment for drug dependence in the prison setting. It states unequivocally that, 'Prisons should have functioning treatment programmes for opioid dependence'.[19] These WHO guidelines on controlled substances have been endorsed by the INCB.

The INCB has likewise advised in its 2007 annual report that: 'Governments have a responsibility to ... provide adequate services for drug offenders (whether in treatment services or in prison)'.[20]

These standards of good practice relating to the treatment of incarcerated drug users are, therefore, firmly enshrined in international agreements that most states have signed up to.

Managing health risks in prisons

Although numerous research studies have examined policies and interventions relating to drug use in general, relatively few have focused on treatment of drug dependence and harm reduction services in prison. In many countries, limited resources are dedicated to prisons, and security is often prioritised over the health needs of people dependent on drugs.

A combination of options can address health risks in prison, which include:

- Education and information
- Vaccination programmes
- Access to measures for safer sex
- NSPs
- Prevention of overdose

Prison authorities have usually tried to tackle the power of drug dealers and limit the availability of controlled drugs through tough security measures or drug-testing programmes. These interventions have failed to achieve the intended goal of a drug-free prison, and have sometimes resulted in negative consequences. For example, drug testing in prisons can encourage people who use drugs to switch to drugs that are not being tested for, or are harder to detect and may be more harmful (e.g. prisoners can switch to heroin use from cannabis, as cannabis can be detected in the body for a longer period of time). Several studies have also revealed that drug-testing programmes were far from being cost effective.[21] UNODC itself declared that these programmes should be avoided in prisons.[22]

A range of options are open to prison authorities, a combination of which is promoted as best practice by the WHO, UNODC and the Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS).

- **Education and information** – many prisoners are unaware of the health risks they are taking. Simple information on these risks and the steps they can take to protect themselves and others should be widely distributed around prisons. Some prison administrations have also used educational videos or lectures to deliver the same messages, leading to higher levels of awareness. Used in combination with the provision of adequate healthcare and harm reduction services, education and information campaigns can be efficient in promoting safer behaviours.

- **Vaccination programmes** – effective vaccination exists to protect people against hepatitis A and B, and a period of imprisonment is an opportunity to encourage people to be vaccinated (many of them do not use preventive health services in the community). This consists of two injections, six months apart. Many prison administrations have targeted hepatitis A and B vaccination programmes at drug-using prisoners and report high levels of engagement and compliance.

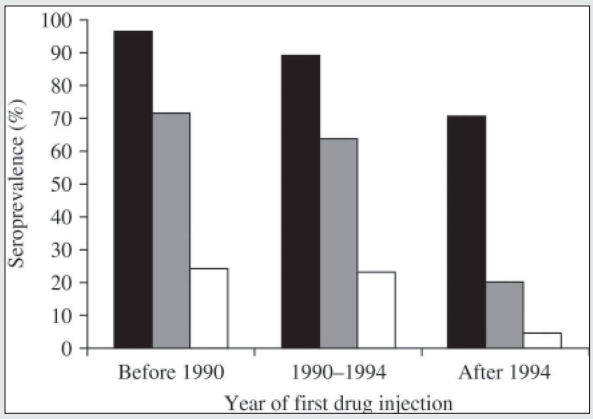
- **Access to measures for safer sex** – many prison administrations have allowed the distribution of condoms to prisoners, offering them access to the same protection that is available outside of prisons. Early fears that the availability of condoms would lead to their use for drug smuggling have proved groundless. Further measures have also included providing information, education and communication programmes for prisoners and prison staff on sexually transmitted infections (STIs), consisting of voluntary counselling and testing for prisoners or measures to prevent rape, sexual violence and coercion.

- **Needle and syringe programmes** – programmes involving the distribution of sterile injecting equipment to people who inject drugs have been effective at preventing HIV infection. However, there has been great reluctance to introduce these public health programmes in prisons. Arguments against prison-based NSPs have included fears that prisoners would use needles as weapons against staff or other prisoners; that discarded needles would present an infection risk; and that the availability of sterile needles and syringes would increase the prevalence of drug injecting in prisons. In 2009, 10 countries had introduced NSPs in prisons. The outcomes have been very positive in reducing the sharing of injecting equipment and none of the fears outlined above have materialised in practice (see Box 1).[23]

Box 1. Needle and syringe programmes in German prisons[24]

A NSP was started in 1998 in two prisons in Berlin, Germany. A study was conducted in these two prisons to investigate the feasibility and safety of the programme and to assess its effects on patterns of drug use and health risks. The study found that rates of sharing injecting equipment had fallen from 71% of prisoners who inject drugs to virtually none, following the introduction of a needle-exchange programme. The study also concluded that the programme had had positive effects in reducing HIV and hepatitis B infections (see Figure 1). Hepatitis C infections did reduce but for NSPs to be efficient in reducing such infections, the study concluded that they should be coupled with additional programmes.

Figure 1. Prevalence of HIV, hepatitis B and hepatitis C infections among imprisoned people who inject drugs, according to year of first drug injection



The Madrid Recommendation, made in October 2009 at an international conference of high-ranking prison health experts and attended by Spain's Ministry of Health, WHO and UNODC representatives, spoke of 'the overwhelming evidence that health protection measures, including harm reduction measures, are effective in prisons ...'.[25]

- **Preventing drug overdose** – programmes for overdose prevention, identification and management should involve information and awareness-raising, and practical measures such as training in expired air resuscitation and the distribution of naloxone (a medication that temporarily blocks the effects of opiates). The continuity of opioid substitution therapy (OST) through detention, prison incarceration and post release is also effective in preventing overdose.

Providing treatment for drug dependence in prisons

With a large number of people dependent on drugs held in custody, prisons can provide a useful location for delivering treatment for drug dependence, to break the cycle of dependence and crime. This requires that evidence-based treatment and rehabilitation programmes are made available within custodial settings.

There is evidence that a range of treatment interventions for drug dependence can be implemented effectively in prison settings. OST – in particular with methadone – is feasible in a wide range of prison settings for opioid-dependent people. Prison-based OST programmes appear to be effective in reducing the frequency of injecting drug use and the associated sharing of injecting equipment, provided that a sufficient dosage and treatment are provided for long periods of time (see Box 2). The risk of transmission of HIV and other blood-borne viruses among prisoners is also likely to decrease. OST has further benefits for participating prisoners, the prison system and the community. Evidence shows that re-incarceration is less likely to occur among prisoners who receive adequate OST.[26] Moreover, OST has a positive effect on institutional behaviour by reducing drug-seeking behaviour, thereby improving prison safety. The challenges that had been experienced by prison administrations in managing some drug-dependent prisoners (e.g. security, violent behaviour) have been ameliorated by OST programmes.[27]

Evidence-based drug dependence treatment programmes should made available in prisons.

Several studies have also acknowledged that other forms of treatment, such as psychosocial therapy, have been effective at reducing drug dependence in prisons.[28] Structured therapeutic programmes using therapeutic community, 12-step or cognitive-behavioural models, have been shown to move a proportion of prisoners away from drug dependence, with resulting reductions in crime and health problems.

Effective treatment for drug dependence in prisons should therefore incorporate a range of options for detainees dependent on drugs. It maximises opportunities for rehabilitation and prevents a return to dependence and crime after release.[29] The principles behind prison-based treatment are similar to those of drug dependence treatment in the community.

- Efficient mechanisms need to be put in place to identify those in need of treatment opportunities. As long as the treatment programmes provided are voluntary, humane and of good quality, prisoners will be likely to participate. Screening procedures on reception, and the provision of specialist assessment, advice and referral services, can identify and motivate prisoners to accept treatment.

- Various models of treatment in prisons are effective in improving health and crime outcomes in many countries.[30] Prison authorities should aim to make available a range of detoxification, OST and psychosocial programmes in their prisons. These should be organised so that prisoners are able to move between services throughout their time in prison, according to their needs and when they choose to do so.

- Careful attention needs to be paid to the aftercare process, and continuity of treatment post release. Several studies have suggested that aftercare is needed to optimise the effects of in-prison treatment for drug dependence on reducing drug re-offending.[31] This means that specific mechanisms are needed to link treatment in prison to that in the community.

If carefully designed and organised, compliance and success rates of treatment for drug dependence in prisons can be improved by linking treatment progress to prisoner incentives, such as consideration for early release.

Box 2. Opioid substitution therapy in Indonesian prisons

Indonesia has a fast-growing HIV epidemic, driven largely by the sharing of injecting equipment in injecting drug use. The state's harsh response to drug use resulted in the incarceration of large numbers of people who inject drugs, with the result that prisons became a significant factor in escalating the epidemic. The Indonesian Network of People Who Use Drugs, and in 2008 UNAIDS, urged the country to begin treating people who use drugs as patients rather than criminals.[32] The Indonesian government has initiated positive responses to these calls.

The Kerobokan prison in Bali, Indonesia, began providing OST with methadone in August 2005. It was the first Indonesian prison to do so, and as of 2009, the programme had treated 322 patients.

The institution combines OST with a range of harm reduction measures, including needle and syringe exchange, bleach for cleaning injecting equipment, and condoms. It is likely that these measures have led to the Kerobokan programme being much more successful than, for example, that based in Banceuy Prison, Bandung, where harm reduction is less integrated in the prison programme, and only nine patients had been registered for OST between 2007 and 2009.[33]

Responsibility for prison health care

There is a growing call for the ownership of health in prisons to be transferred away from ministries responsible for justice to those responsible for health. A number of countries and states, including Norway, France, England and Wales in the UK, and New South Wales in Australia have already taken this step, with broadly positive results.[34]

> The responsibility for health in prisons should be transferred away from ministries responsible for justice to those responsible for health.

The reasons for this change centre upon questions such as whether healthcare staff who are employed by the prison are sufficiently independent, trusted by inmates and in touch with clinical and professional developments in the wider society – a set of logistical and ethical issues. Moreover, prisons lack effective monitoring and evaluation by the general public health system; this work is carried out instead by corrections or justice ministries with little expertise in health care. All of this tends to separate prison health from that in the rest of society.[35]

Effective public health demands precisely the kind of integration that is often lacking in these arrangements, and governments should therefore consider the potential benefits of bringing prison health under the auspices of their health ministries.

Recommendations

1) An understanding of the level and nature of drug use and drug dependence among prisoners is needed to design appropriate policies.

2) A range of treatment and harm reduction services should be developed in custodial settings – if carefully designed and properly resourced, these services can have a highly positive impact on reducing the health and crime harms associated with drug-using offenders.

3) NSPs in prisons are needed to avoid the risks related to sharing injection equipment. The introduction of NSPs should be carefully prepared, including providing information and training for prison staff. The mode of delivery of needles and syringes (for example, by hand or dispensing machine) should be chosen in accordance with the environment of the prison and the needs of its population.

4) Additional harm reduction programmes – such as information and education programmes, naloxone distribution, etc – for preventing blood-borne diseases and drug overdoses should also be provided.

5) Evidence-based treatment for drug dependence should be offered to all detainees dependent on drugs, with the appropriate mix of substitution, psychosocial and mutual aid approaches. These treatment programmes should be stringently evaluated.

6) Better links and continuity of care should be established between prisons and community-based services, in order that individuals can continue treatment when entering prison or on release.

7) Governments should consider bringing prison health under the control of health ministries rather than justice ministries.

Key resources

Jürgens, R., Ball, A. & Verster, A. (2009) 'Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prisons', *The Lancet Infectious Diseases*, **9**(1): 57–66, http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(08)70305-0/abstract

Mayet, S. Farrell, M. & Mani, S.G. (2010), 'Opioid agonist maintenance for opioid dependent patients in prison', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **(1)**: CD:008221, http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD008221/frame.html

Perry, A., Coulton, S., Glanville, J., Godfrey C., Lunn J., McDougall, C. & Neale Z. (2009), 'Interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **(3)**: CD:005193, http://www.cochrane.org/reviews/en/ab005193.html

United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2008), *HIV and AIDS in places of detention – a toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings* (New York: United Nations), http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf

World Health Organization (2007), *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health* (Copenhagen: WHO Europe), http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf

World Health Organization (2009), *Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings* (Geneva: WHO Western Pacific Regional Office), http://www.who.int/hiv/topics/idu/prisons/clinical_guidelines_close_setting_wpro.pdf

World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2007), *Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: drug dependence treatments* (Geneva: WHO), http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf

World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2007), *Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies* (Geneva: WHO), http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20NSP.pdf

Endnotes

1 Jürgens, R., Ball, A. & Verster, A. (2009), 'Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prisons'. *The Lancet Infectious Diseases*, **9**(1): 57–66, http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(08)70305-0/abstract

2 Walmsley, R. (2011), *World prison population list (ninth edition)* (London: International Centre for Prison Studies), http://www.idcr.org.uk/wp-content/uploads/2010/09/WPPL-9-22.pdf

3 Dolan, K., Khoei, E.M., Brentari, C. & Stevens, A. (2007), *Beckley Report 12 – Prisons and drugs: a global review of incarceration, drug use and drug services* (Oxford: The Beckley Foundation) http://www.beckleyfoundation.org/pdf/Beckley_RPT12_Prisons_Drugs_EN.pdf

4 Stover H. & Wellandt, C. (2007) 'Drug use and drug services in prisons' in *Health in prisons: A WHO guide to the essential of prison health* (Copenhagen: World Health Organization), http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/health-in-prisons.-a-who-guide-to-the-essentials-in-prison-health

5 For more information, see: United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2008), *HIV and AIDS in places of detention – a toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings* (New York: United Nations), http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf

6 World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2007), *Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies* (Geneva: World Health Organization), http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20NSP.pdf

7 United Nations Office on Drugs and Crime, World Health organization & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2008), *HIV and AIDS in places of detention – a toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings* (New York: United Nations), http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf

8 Sretrirutchai, S., Silapapojakul, K., Palittapongarnpim, P., Phongdara, A. & Vuddhakul, V. (2002), 'Tuberculosis in Thai prisons: magnitude, transmission and drug susceptibility'. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, **6**(3): 208–214, http://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtld/2002/00000006/00000003/art00005

9 MacIntyre, C.R., Carnie, J. & Randall, M. (1999), 'Risks of transmission of tuberculosis among inmates of an Australian prison'. *Epidemiology and Infection*, **123**(3): 445–450, http://www.jstor.org/pss/4617493

10 Moreira Lemos, A.C., Dias, Matos E. & Nunes Bittencourt, C. (2009), 'Prevalence of active and latent TB among inmates in a prison hospital in Bahia, Brazil'. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, **35**(1): 63–68, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19219332

11 World Health Organization (2007), *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons* (Geneva: WHO), http://www.who.int/hiv/pub/idu/prisons_effective/en/index.html

12 Verger, P., Rotily, M. & Prudhomme, J. (2003), 'High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison'. *Journal of Forensic Sciences*, **48**(3): 614–616, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12762532

13 Fazel, S. & Baillargeon, J. (2011), 'Review: the health of prisoners', *The Lancet*, **377**(9769): 956–965

14 World Health Organization Regional Office for Europe website, *Prisons and health*, http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health

15 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (1955), *Standard minimum rules for the treatment of prisoners*, http://www2.ohchr.org/english/law/treatmentprisoners.htm

16 General Assembly (14 December 1990), *Basic principles for the treatment of prisoners*, A/RES/45/111, http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r111.htm

17 European Prison Rules, para.40.4 and 40.5 https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747

18 http://www.apt.ch/region/visits/Bangkok%20Rules_en.pdf

19 World Health Organization (2011), *Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines* (Geneva: World Health Organization,), http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocp_sanend/en/index.html

20 International Narcotics Control Drugs (2007), *Annual Report for 2007* (Vienna : International Narcotics Control Board), http://www.incb.org/incb/annual-report-2007.html

21 Dean, J. (2005), 'The future of mandatory drug testing in Scottish prisons: a review of policy'. *International Journal of Prisoner Health*, **1**(2–4): 163–170, http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17449200600553134

22 United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2008), *HIV and AIDS in places of detention – a toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings* (New York: United Nations), http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf

23 World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2007), *Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies* (Geneva: World Health Organization), http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20NSP.pdf; Harm Reduction Coalition (January 2007), *Syringe exchange in prisons: the international experience.*

24 Stark, K., Herrmann, U., Ehrhardt, S., & Bienzle, U. (2006), 'A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin'. *Germany Epidemiology and Infection*, **134**(4): 814–819, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2870452/

25 WHO (2010) *The Madrid Recommendation: health protection in prisons as an essential part of public health* Copenhagen: WHO http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/the-madrid-recommendation-health-protection-in-prisons-as-an-essential-part-of-public-health

26 United Nations Office on Drugs and Crime, *Drug dependence treatment: interventions for drug users in prison* l(Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime), http://www.unodc.org/docs/treatment/111_PRISON.pdf

27 World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2007), *Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: drug dependence treatments* (Geneva: WHO), http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf

28 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003), *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the European Union and Norway* (Lisbon: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction), http://ar2003.emcdda.europa.eu/en/page061-en.html; Moreno Jimenez, M.P. (2000), 'Psychosocial interventions with drug addicts in prison. Description and results of a programme'. *Psychology in Spain*, **4**(1): 64–74, http://www.psychologyinspain.com/content/full/2000/6.htm

29 Dolan, K., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J., & Wodak, A.D. (2005), 'Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection'. *Addiction*, **100**(6): 820–828, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15918812

30 Mayet, S. Farrell, M. & Mani, S.G. (2010) Opioid agonist maintenance for opioid dependent patients in prison *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **(1)**: CD008221, http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD008221/frame.html

31 Bullock, T. (2003), 'Key findings from the literature on the effectiveness of drug treatment in prison'. In Ramsay, M. (ed.) *Prisoners' drug use and treatment: seven research studies. Home Office Research Study 267* (London: Home Office).

32 The Associated Press (2008), UN urges Indonesia to stop imprisoning drug users, *The Jakarta Post*, 16 October 2008, http://www.thejakartapost.com/news/2008/10/16/un-urges-indonesia-stop-imprisoning-drug-users.html

33 Nelwan, E.J., Diana, A., van Crevel, R., Alam, N.N., Alisjahbana, B., Pohan, H.T., van der Ven, A. & Djaya, I. (2009), 'Indonesian prisons and HIV: Part of the problem or part of the solution?' *The Indonesian Journal of Internal Medicine*, **41**(1): 52–56, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19920299

34 Hayton P., Gatherer A. and Fraser A. (2010), *Prisoner or patient: does it matter which government ministry is responsible for the health of prisoners?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/patient-or-prisoner-does-it-matter-which-government-ministry-is-responsible-for-the-health-of-prisoners

35 Weissner P. and Stuikyte R. (2010), *Discussion Paper: Does it matter which government ministry is responsible for health in prison?* (Brussels: European AIDS Treatment Group), http://www.eatg.org/eatg/Global-HIV-News/World-Policy/Discussion-paper-Does-it-matter-which-ministry-is-responsible-for-health-in-prison

Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison

di Ralf Jurgens, Andrew Ball, Annette Verster
in The Lancet, vol.9, gennaio 2009, pp.57-66

Presentazione

Interventi per ridurre la trasmissione di Hiv correlata all'uso di droga per via iniettiva in carcere

L'alta prevalenza di infezione da Hiv e di tossicodipendenza fra i detenuti, insieme all'uso promiscuo di materiale per iniezione, fa sì che i penitenziari siano un ambiente ad alto rischio per la trasmissione di Hiv. In ultima istanza, ciò contribuisce all'epidemia di Hiv nella comunità territoriale in cui i detenuti ritornano dopo il loro rilascio. E' stata effettuata una revisione dell'efficacia degli interventi per ridurre i comportamenti a rischio relativi all'uso di droga per via iniettiva e la conseguente trasmissione del virus Hiv in carcere. Molti studi riportano alti tassi di uso iniettivo di droga in carcere e la trasmissione di Hiv è documentata. Ci sono crescenti evidenze di ciò che il sistema penitenziario può fare per prevenire la trasmissione di Hiv correlata al consumo iniettivo di droga. In particolare, i programmi di distribuzione di aghi e siringhe e di terapie con oppiacei sostitutivi si sono dimostrati efficaci nel ridurre i comportamenti a rischio Hiv in un' ampia gamma di ambienti carcerari, senza che siano emerse conseguenze negative per la salute del personale carcerario o dei detenuti. L'introduzione di questi programmi nei paesi dove già esiste o sta emergendo l'epidemia di infezione Hiv fra i consumatori per via iniettiva è dunque giustificata: essi dovrebbero far parte di programmi comprensivi per rispondere al problema Hiv in carcere.

Review

Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison

Ralf Jürgens, Andrew Ball, Annette Verster

The high prevalence of HIV infection and drug dependence among prisoners, combined with the sharing of injecting drug equipment, make prisons a high-risk environment for the transmission of HIV. Ultimately, this contributes to HIV epidemics in the communities to which prisoners return on their release. We reviewed the effectiveness of interventions to reduce injecting drug use risk behaviours and, consequently, HIV transmission in prisons. Many studies reported high levels of injecting drug use in prisons, and HIV transmission has been documented. There is increasing evidence of what prison systems can do to prevent HIV transmission related to injecting drug use. In particular, needle and syringe programmes and opioid substitution therapies have proven effective at reducing HIV risk behaviours in a wide range of prison environments, without resulting in negative consequences for the health of prison staff or prisoners. The introduction of these programmes in countries with an existing or emergent epidemic of HIV infection among injecting drug users is therefore warranted, as part of comprehensive programmes to address HIV in prisons.

Lancet Infect Dis 2009; 9: 57–66

Consultant, HIV/AIDS, Health, Policy and Human Rights, Quebec, Canada (R Jürgens PhD); **Department of HIV/AIDS, World Health Organization, Geneva, Switzerland** (A Ball FAChAM, A Verster MA)

Correspondence to:
Dr Ralf Jürgens, Consultant, HIV/AIDS, Health, Policy and Human Rights, 97 de Koninck, Mille-Isles, Quebec J0R 1A0, Canada
rjurgens@sympatico.ca

Introduction

There has been much research into behaviours that put prisoners at risk of contracting HIV and other blood-borne infections through injecting drug use. As with data regarding HIV prevalence,[1] much of the data comes from high-income countries; data from low-income and middle-income countries is limited. Existing data show that injecting drug use is a reality in many prison systems and that most incarcerated injecting drug users (IDUs) share injecting equipment. This creates environments that promote the transmission of blood-borne infections among prisoners.

Prevalence of HIV infection among prisoners in many countries is substantially higher than in the general population.[1,2] For example, in Russia, by late 2002 the registered number of people living with HIV or AIDS in the penal system exceeded 36 000 (4% of the prison population), and accounted for about 20% of all known cases of HIV/AIDS in the country.[3] Hepatitis C virus (HCV) prevalence is even higher.[4] Most prisoners living with HIV contract their infection before imprisonment. However, the risk of being infected in prison, specifically through the sharing of contaminated injecting equipment, is high. Outbreaks of HIV infection in prison associated with shared injecting equipment have been reported in several countries.[2,3,5–8]

Coincident with the emergence of HIV, and later HCV, many countries have been experiencing a striking increase in the size of their incarcerated population.[9] As of 1998, over 8 million people were held in penal institutions throughout the world, either as pre-trial detainees or those who had been convicted and sentenced. By 2006, the global prison population had risen to 9·25 million people.[9]

To gain a better understanding of HIV risk behaviours in prisons, and of the effectiveness of interventions to address HIV in prisons, we examined whether interventions to address HIV in prisons have been scientifically shown to reduce the spread of HIV among prisoners or to have other positive effects on the health of prisoners or on the prison environment. The evidence was assessed according to the criteria originally proposed by Bradford Hill to allow a causal relationship to be inferred from observed associations,[10] and by using additional criteria, including absence of negative consequences, feasibility of implementation and expansion, acceptability to the target audience of the intervention, and unanticipated benefits.

Comprehensive data about HIV prevalence in prisons has been published elsewhere.[1,2,11,12] This Review focuses on the evidence regarding injecting drug use and resulting HIV transmission in prison, and on the evidence of the effectiveness of interventions to reduce that risk. It is part of a broader review of interventions to address HIV in prisons commissioned by WHO, together with the UN Office on Drugs and Crime, and UNAIDS, to guide countries in their efforts to scale-up towards universal access to HIV prevention, treatment, care, and support by 2010.[13] Such universal access commitments cannot be achieved without introducing and rapidly expanding comprehensive HIV programmes in prisons (including the interventions not covered in this Review, for which evidence of effectiveness also exists, as summarised in the webappendix and reviewed in much greater detail elsewhere.[2,13–15]

See Online for webappendix

Drug dependence and injecting drug use among prisoners

In many countries, a substantial proportion of prisoners are drug dependent. Estimates of drug use or dependence in male prisoners (eight studies, n=4293) range from 10% to 48%, and in female prisoners (six studies, n=3270) from 30·3% to 60·4%.[16] For IDUs, imprisonment is a common event because of the illegality of their behaviour in many countries and because many are forced to commit crimes against property because of the high price of drugs on the black market. Studies report that between 56% and 90% of IDUs had been imprisoned.[17–19]

People who used drugs before imprisonment often continue to use drugs while imprisoned, although for most people the prevalence and frequency of drug use declines during imprisonment.[20] Some people discontinue drug use in prison, whereas other prisoners start using drugs, often as a means to release tensions and to cope with being in an overcrowded and often violent environment.[5,21]

Injecting drug use in prison is of particular concern given the potential for transmission of HIV and other blood-borne infections, including HCV. Those who inject drugs in prisons often share needles and syringes and other injecting equipment, which is an efficient way of transmitting HIV (table 1).[43] Studies show that (1) the extent and pattern of injecting and needle sharing vary substantially among prisons, (2) many people who inject before imprisonment reduce or stop injecting when they enter prison, but many resume injecting on release, (3) some people start injecting in prison, and (4) those who inject in prison will usually inject less frequently than outside, but are much more likely to share injecting equipment than are IDUs in the community.[2] Furthermore, these IDUs share injection equipment with a population (fellow prisoners) that often has a high prevalence of infections.

HIV and HCV transmission resulting from drug use in prisons

A large number of studies from countries in many regions of the world have reported HIV and/or HCV seroconversion within prisons or shown that a history of imprisonment is associated with prevalent and incident HIV, HCV, or hepatitis B virus (HBV) infection among IDUs. HIV infection has been highly associated with a history of imprisonment in countries in western and southern Europe (including among female prisoners),[44–49] but also in Russia,[50] Canada,[51] Brazil,[52] Iran,[53] and Thailand.[19,54] Use of non-sterile injecting equipment in prison was found to be the most important independent determinant of HIV infection.[2] The strongest evidence of extensive HIV transmission through injecting drug use in prison has emerged from documented outbreaks in Australia,[7] Lithuania,[8] Russia,[3] and Scotland, UK.[5,6] Outbreaks of HIV have also been reported from other countries.[1] HCV infection by sharing of injecting equipment in prison has been reported in Australia and Germany.[55–57]

	Location	Study population (N)	Injected in prison (%)	Shared equipment (%)
Rutter et al (1995)[22]	Australia (New South Wales)	7 studies	31–74%*	70–94%†
Gaughwin et al (1991)[23]	Australia (South Australia)	50	52%*	60%†
Canadian Correctional Service (1995)[24]	Canada	4285	11%	..
Ford et al (2000)[25]	Canada	350	18·3%	..
DiCenso et al (2003)[26]	Canada	105 women	19%	..
Martin et al (2005)[27]	Canada	102	21%	86%
Small et al (2005)[28]	Canada	>1200	27%	80%
Calzavara et al (2003)[29]	Canada	439 men, 158 women	3·3%	32%
Dufour et al (1995)[30]	Canada	450	2·4%	92%
Edwards et al (1999)[31]	England	378	11·6%	73%
Rotily et al (2001)[32]	Europe‡	871	13%	..
European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (2005)[33]	European Union, Norway	..	0·2–34%	..
Malliori et al (1998)[34]	Greece	544	24·1%	92%
Koulierakis et al (1999)[35]	Greece	861	20·2%	83%
Allwright et al (2000)[36]	Ireland	1178	..	70·5%
Rapid Situation Assessment (2005)§	Mauritius	100 men, 50 women, 50 youth (25 men, 25 women)	10·8% of adults, 2·1% of youth	..
Van Haastrecht et al (1998)[37]	Netherlands	497 IDUs	3%	0
Frost and Tchertkov (2002)[38]	Russia	1044	10%	66%
Dolan et al (2004)[39]	Russia	277	13%	..
Gore et al (1995)[40]	Scotland, UK	..	15·9%	..
Thaisri et al (2003)[41]	Thailand	689	25%	77·8%
Clarke et al (2001)[42]	USA	281 men, 191 women	31%¶	..

Unless otherwise indicated, data show the percentage of the total prison population who injected and the percentage of those who injected who shared equipment. *Data from Australia refer to the percentage of IDUs who injected. †Data from Australia refer to the percentage of IDUs who shared equipment. ‡Cross-sectional study in France, Germany, Italy, Netherlands, Scotland, and Sweden. §Unpublished data from the Rapid Situation Assessment Mauritius (2005), available from RJ on request. ¶Percentage of IDUs with history of imprisonment who had used illegal drugs in prison; nearly half of these had injected in prison.

Table 1: **Studies that have examined drug injecting behaviour in prison**

Strategies to address the risks associated with drug use

Needle and syringe programmes

The first prison needle and syringe programme (NSP) was established in Switzerland in 1992.[58] Since then, NSPs have been introduced in over 50 prisons in 12 countries in western and eastern Europe and in central Asia. In some countries, only a few prisons have NSPs, but in Kyrgyzstan and Spain, NSPs have been rapidly scaled up and operate in a large number of prisons. Only in one country, Germany, have prison NSPs been closed.[59] At the end of 2000, NSPs had been successfully introduced in seven prisons, and other prisons were considering implementing them. However, since then, six of the German programmes have been closed as a result of political decisions by newly elected state governments. The decision to cancel the programmes was made without consultation with prison staff. Since the closures, prisoners have returned to sharing injecting equipment and to hiding it, increasing the likelihood of transmission of HIV and HCV, as well as the risk of accidental needlestick injuries for staff.[60] Staff have been among the most vocal critics of the governments' decision to close down the programmes, and have lobbied the governments to reinstate the programmes.[2]

Changes to laws or regulations have been required in only a few countries to allow the opening of prison NSPs—eg, Kyrgyzstan and Moldova. Several models for the distribution of sterile injecting equipment have been used, including automatic dispensing machines, hand-to-hand distribution by prison health-care staff, drug counsellors, or external community health workers, and distribution by prisoners trained as peer outreach workers.

Systematic assessments of the effects of NSPs on HIV-related risk behaviours and of their overall effectiveness in prisons have been undertaken in ten projects. Summaries of the most relevant results are provided in table 2. There are no published evaluations of NSPs in eastern Europe and central Asia, but several reports, papers, and presentations provide information about these NSPs and their effects.[59,69] With the exception of one prison in which sharing continued because of insufficient supply with needles and syringes,[68] all available reports have shown that sharing of injecting equipment either ceased after implementation of the NSP,[64,70] or substantially declined.[62,65,67] IDUs in Moldovan prisons with NSPs also reported few incidents of sharing injecting equipment.[71]

No new cases of HIV were reported in any study. In five of the six prisons in which blood tests were done for HIV or hepatitis infection, no seroconversion was observed,[61] and self-reports in other prisons also indicated no new cases of infection. In another prison in which the incidence of HIV, HBV, and HCV was determined through repeated testing, no HIV and HBV seroconversions were observed, but four HCV seroconversions were noted, one of which had definitely occurred in prison.[64] Additionally, the following ancillary benefits are associated with the implementation of NSPs: (1) a reduction of overdose incidents and deaths;[59,66,72] (2) facilitation of greater prisoner contact with drug-treatment programmes;[62,65] (3) reduction in abscesses, improved relationships between prisoners and staff, and increased awareness of infection transmission and risk behaviours;[59,62] and (4) increased staff safety, because accidental injuries from hidden injecting equipment during cell searches decreased.[71,73] There have been no reports of syringes having been used as weapons in any prison with an operating NSP. The availability of sterile injecting equipment has not resulted in an increased number of prisoners injecting drugs, an increase in overall drug use, or an increase in the amount of drugs in prisons.[61,62,64–67] Once in place, acceptance of NSPs is generally high among staff and prisoners.[70,74,75]

Ensuring that prisoners have easy and confidential access to NSPs has been shown to be a key factor in guaranteeing their success. Prisoners are reluctant to use NSPs if they fear negative consequences, either because they could be seen using a dispensing machine,[68] or because they could only access the NSP through health-care or other staff.[65] When prisoners have limited access to an NSP, are not provided with the right type of syringes, or lack trust in the programme, benefits for staff are also reduced, because some prisoners will continue to hide needles and syringes, thus increasing the risk of needlestick injuries for staff.[68] In Moldova, only a small number of prisoners accessed the NSP when it was located within the health-care section of the prison.[59,71] Only when prisoners could obtain injecting equipment from fellow prisoners who were trained to provide harm-reduction services did the quantity of equipment distributed increase substantially.[59,71]

Bleach and decontamination strategies

Bleach or other disinfectants for sterilising needles and syringes have been made available in a wide range of prison systems in different parts of the world.[2] No studies

	Incidence of HIV/HCV	Needle sharing	Drug use	Injecting
Am Hasenberge (Germany)[61]	..	Strongly reduced	No increase	No increase
Basauri (Spain)[62]	No seroconversion	Strongly reduced	No increase	No increase
Hannöversand (Germany)[61]	..	Strongly reduced	No increase	No increase
Hindelbank (Switzerland)[63]	No seroconversion	Strongly reduced	Decrease	No increase
Berlin, Germany (Lehrter Strasse and Lichtenberg)[64]	..	Strongly reduced	No increase	No increase*
Lingen 1 (Germany)[65,66]	No seroconversion	Strongly reduced	No increase	No increase
Realta (Switzerland)[67]	No seroconversion	Single cases	Decrease	No increase
Vechta (Germany)[65,66]	No seroconversion	Strongly reduced	No increase	No increase
Vierlande (Germany)[68]	No seroconversion	Little change or reduction	No increase	No increase

*Two people who had previously only inhaled heroin reported injecting drug use on single occasions. ..=No data.

Table 2: **Assessments of NSPs in prisons (country)**

have reported any serious safety or security problems related to bleach programmes in prisons. The only study that examined whether there were any unintended consequences related to the distribution of bleach kits reported that, for both prisoners and staff, bleach had become a "fact of life" in prisons.[76]

Studies have shown that a large number of prisoners will clean syringes with bleach if it is accessible.[76–78] However, conditions in prisons make it even more unlikely than in the community that injecting equipment will be effectively decontaminated with bleach.[79] Studies that examined prisoners' use of bleach reported the following: (1) that only a small number of prisoners report adoption of recommended syringe-cleaning guidelines;[78] (2) that bleaching of equipment in prisons "does not occur consistently", and bleaching is often done too quickly when it is done;[77] and (3) that, although most prisoners claim always to clean used equipment, "because prisoners can be accosted at any moment by prison officers, injecting and cleaning is a hurried affair".[6]

Opioid substitution therapies

Since the early 1990s, there has been a marked increase in the number of prison systems providing opioid substitution therapy (OST) to prisoners.[2] To match the situation in the community, most prison systems make OST available in the form of methadone maintenance therapy (MMT). Buprenorphine maintenance therapy is available in only a small number of systems.[80]

All studies of prison-based MMT programmes found that prisoners who inject heroin and other opioids who receive MMT inject substantially less frequently than those not receiving this therapy.[81–84] However, a sufficiently high dose of methadone (more than 60 mg per day) is required,[81,83] and programmes need to allow for sufficiently long treatment duration (>6 months,[83] or even for the duration of incarceration[81]) if concomitant drug use is to be reduced. A 4-year follow-up study to a randomised controlled trial of MMT versus wait-list control in prison examined the longer-term impact of MMT on mortality, re-incarceration, and HCV and HIV seroconversion.[82,85] Retention in treatment was associated with reduced HCV infection, whereas short MMT episodes (less than 5 months) were significantly associated with greater risk of HCV.

Evaluations of prison-based MMT have found other benefits, including reduced mortality among prisoners retained in MMT.[85] A positive effect on criminal recidivism and re-incarceration has also been reported,[86–88] particularly if methadone is provided for longer, uninterrupted periods,[85] if moderate-to-high doses of methadone are provided,[89] and if provision of methadone is accompanied by additional support.[90] MMT also facilitates entry and retention in post-release treatment,[90,91] and the reduction in drug-seeking behaviour has a positive effect on institutional behaviour, thus improving prison safety.[87,90,92–94] Although concerns have often been raised about security, violent behaviour, and diversion of methadone, none of these problems have been associated with prison-based MMT programmes.[84,88,92,94]

Other forms of drug-dependence treatment

By contrast with OST, other forms of drug-dependence treatment—eg, therapeutic community programmes or counselling programmes—have not been introduced in prisons with HIV prevention as one of their objectives. Indeed, few studies of other forms of incarceration-based drug-dependence treatment have assessed programme effects on drug use, particularly during imprisonment, instead focusing on whether the programmes reduce recidivism.[95] Therefore, few data exist on the effectiveness of these forms of treatment as an HIV prevention strategy.

Drug-free units

Some prison systems have established so-called drug-free units (DFUs).[96–98] Typically, DFUs are separate living units within a prison that focus on limiting the availability of drugs and house prisoners who have volunteered to sign a contract promising to remain drug free. The establishment of DFUs recognises that, often because drug use is so common, anyone who is not using drugs or is attempting abstinence in prison may experience substantial difficulties. DFUs provide the possibility of living in an environment where other prisoners have also agreed to a regime in which no drugs will be available.

A few studies show that prisoners in DFUs report substantially lower drug use than do other prisoners,[98,99] and that even with increased levels of searching, less substance-related contraband is found in DFUs.[98] However, very little is known about the long-term effectiveness of DFUs. Programmes vary widely, so the precise factors that contribute to a positive rehabilitative environment are unknown.[80] Research on the impact of DFUs on criminal recidivism also remains limited and somewhat conflicting.[96,98,100,101]

Mandatory drug testing programmes

Mandatory drug testing programmes (MDTs) are used in several prison systems, mainly in high-resource countries such as England, Canada, Australia, and the USA. These programmes are intended to discourage prisoners from consuming illicit drugs through the imposition of sanctions on prisoners who test positive for illicit drugs. Concerns have been raised that these programmes may increase prisoners' risk of HIV infection. Whereas MDTs may contribute to reducing the demand for and use of cannabis in prisons, they seem to have little effect on the use of opioids.[24,102–108] Additionally, a small number of people may begin to inject drugs to avoid detection of smoked cannabis.[24,102,103,105–107,109]

Discussion

As in the community, where there has been evidence for over a decade that HIV epidemics among IDUs can be prevented, stabilised, and reversed,[79] there is now also an increasing body of knowledge and practice on effective prevention of the spread of HIV through drug use in prison. For the past decade, prison systems and governments have argued that measures such as needle and syringe programmes or opioid substitution therapy cannot be introduced in prisons for safety reasons, and that making them available would mean condoning drug use in prisons.[110] Many prisoners are in prison because of drug or drug-related offences. Preventing their drug use is seen as an important part of their rehabilitation. In the eyes of many, acknowledging that drug use is a reality in prisons would be to acknowledge that prison authorities have failed. Far from condoning drug use in prisons, however, making available to prisoners the means that are necessary to protect them from HIV (and HCV) transmission acknowledges that protection of prisoners' health needs to be the primary objective of drug policy in prisons. As the Scottish report on drug use and prisons pointed out, "the idea of a drug free prison does not seem to be any more realistic than the idea of a drug free society", and "stability may actually be better achieved by moving beyond this concept".[111]

Introducing preventive measures such as NSPs and OST is also not incompatible with a goal to reduce drug use in prisons. Making sterile injecting equipment available to prisoners who use drugs has not led to an increase in drug use. Similarly, making substitution therapy available to prisoners dependent on opioids does not mean giving up on the ultimate goal of getting prisoners off drugs. Rather, it is a realistic acknowledgment that for some this requires time, and that they need an option that will allow them to break the drug-and-crime cycle, reduce their contact with the black market, link with needed services, and reduce the risk of their becoming infected with HIV. Nevertheless, there are several limitations to our review. Not all papers could be obtained, and publications in languages other than English, French, German, Italian, Portuguese, and Spanish were not included.

NSPs are feasible in a wide range of prison settings. Providing clean needles and syringes is accepted by IDUs in prisons and contributes to a substantial reduction of syringe sharing. NSPs also seem to be effective in reducing resulting HIV infections, despite the fact that studies of NSPs could not provide conclusive evidence of the impact of the NSPs on the incidence of blood-borne viral infections. Although the reliability of research conclusions without support from randomised clinical trials is often questioned, the difficulty of doing such trials to assess public-health interventions should not be underestimated.[112] In this case, research ethics boards found that comparison of different groups with and without access to NSPs would be unethical, and therefore did not allow for randomised clinical trials to evaluate prison-based NSPs. Studies provided no evidence to suggest that prison-based NSPs have serious, unintended negative consequences for the health or safety of prisoners or prison staff.

The rationale for establishing NSPs in prisons where injecting drug use takes place is even stronger than in the community. Although people dependent on drugs inject less frequently during incarceration, each episode involves more risk because of the scarcity of sterile injecting equipment and the high prevalence of equipment sharing. Furthermore, the rapid turnover of prison populations means that there are potentially more changes in injecting partners than in community settings, which in turn results in substantial interaction between prison and community IDU populations. Since most prisoners leave prison at some point to return to their community, implementing NSPs in prisons benefits not only prisoners and prison staff, but also the people in the sexual and drug injecting networks in which prisoners participate after their release.

Although the number of prisons with NSPs continues to grow, it remains small, and many prison systems continue to resist introduction of such programmes. More research, particularly in resource-poor systems which have not yet evaluated their NSPs, could allow for more rapid expansion of NSPs in these settings. Such research would be most beneficial if it was designed to address operational issues and research gaps rather than replicate existing studies.[22] Additionally, it may be valuable to analyse what made rapid expansion of NSPs possible in some countries, with a view of replicating the experience in other countries.

Rather than providing NSP, many systems continue to provide bleach or other disinfectants. Such an approach is not supported by evidence. Because of their limited effectiveness in decontaminating injecting equipment, particularly in prisons, bleach programmes should be regarded as a second-line strategy to NSPs.

In the absence of effective drug-dependence treatment, a high proportion of drug-dependent prisoners are likely to continue using drugs and engage in criminal behaviours. Many will be at risk of contracting HIV, during imprisonment, and on their return to the community. The potential impacts of drug-dependence treatment programmes on HIV prevention programmes, include reduced injecting drug use, reduced use of non-sterile injecting equipment, reduced sexual risk behaviours, and opportunities for HIV counselling, education, and medical care.[113]

From an HIV prevention perspective, drug-dependence treatment efforts in prisons need to be particularly concerned with decreasing injecting drug use. Research shows that opioid use and injecting is more prevalent in most prison systems than use and injecting of cocaine.[2,106] A wealth of scientific evidence has shown that, in the community, OST is the most effective intervention

available for the treatment of opioid dependence.[114] More recently, a small but increasing body of research has delivered important findings regarding the effectiveness of MMT in prison settings in reducing injecting drug use in prisons and achieving other beneficial outcomes. Nevertheless, OST remains unavailable in most prison systems. By contrast with MMT, little research has examined buprenorphine maintenance therapy in prison settings, highlighting the need for further research on the provision of this type of therapy.[80]

The effectiveness of other types of drug-dependence treatment in the context of HIV has not been studied. However, good quality, accessible treatment has the potential to improve prison security, as well as the health and social functioning of prisoners, as long as it provides continuing treatment and post-release care and meets the individual needs of prisoners.[115] Such treatment in prison also has the potential to reduce the amount of drug use in prisons and on release. Given that many prisoners have severe problems with illegal drugs, it would be unethical not to use the opportunity that imprisonment provides for treatment.[116] Because relatively few prison-based treatment programmes have been the subject of rigorous outcome assessments,[95,117] there is an urgent need for independent and systematic outcome assessment of these interventions, and for examining their effectiveness in reducing injecting drug use and sharing of injecting equipment.

A broad range of search and seizure techniques and procedures are being used in an attempt to reduce the availability of drugs in prisons, including random cell searches, staff and visitor entry/exit screening and searches, drug-detection dogs, and other drug-detection technologies, perimeter security measures, and MDT. These measures are not aimed at addressing HIV in prisons, but may assist HIV prevention efforts by reducing the supply of drugs and injecting in prisons. At the same time, they could make such efforts more difficult. In particular, concerns have been raised that the disruption in supplies of drugs and injecting equipment in prison may result in the increased risk of infection transmission,[118] and that some prisoners may switch to injectable drugs to avoid detection of cannabis through drug testing. The high costs of MDT may not be justified in light of the limited evidence that such programmes reduce levels of drug use in prisons and their potential unintended negative consequences.[105,107,118,119] Efforts to improve the documentation and assessment of supply reduction strategies are also needed.[97]

Finally, as reported by the UN Office on Drugs and Crime, reducing the size of prison populations and prison overcrowding should be seen as an integral component of a comprehensive strategy to prevent HIV transmission in prisons.[13] According to UN agencies, this should include legislative and policy reforms aimed at substantially reducing the use of incarceration for non-violent drug users and developing alternatives to prison for people convicted of offences related to drug use, with the aim of reducing the number of drug users sent to prison.[13]

Future policy directions

The importance of implementing HIV interventions in prisons was recognised early in the epidemic.[120] After holding a first consultation on prevention and control of HIV in prisons in 1987,[121] WHO issued guidelines on HIV in prisons in 1993, emphasising that, "all prisoners have the right to receive health care, including preventive measures, equivalent to that available in the community."[122] Since the early 1990s, many countries in which injecting drug use is an important factor contributing to HIV incidence have introduced HIV prevention programmes in prisons. However, many of these programmes are small in scale, restricted to a few prisons, or exclude necessary interventions for which evidence of effectiveness now exists.

WHO, together with UN Office on Drugs and Crime and UNAIDS, commissioned our original review[2] to guide countries in their efforts to scale-up towards universal access to HIV prevention, treatment, care and support by 2010.[123] Such universal access commitments cannot be achieved without introducing and rapidly expanding comprehensive HIV programmes in prisons (including the interventions not covered in this review, for which evidence of effectiveness also exists [webappendix]).

As part of these programmes, measures to reduce the risk of HIV infection through drug use are particularly important because of the extensive evidence of injecting drug use in prisons around the world and the resulting risk of HIV and HCV transmission. Bleach programmes should be available in prisons where authorities continue to oppose the introduction of NSPs, and to complement NSPs. However, they cannot replace NSPs. Prison authorities in countries experiencing or threatened by an epidemic of HIV infections among IDUs should introduce NSPs urgently and expand implementation to scale as soon as possible. In countries in which OST is available in the community, introduction of OST programmes in prisons is another urgent priority. Prison authorities should also provide a range of other drug-dependence treatment options for prisoners with drug dependence, in particular for other substances, such as amphetamine-type stimulants and cocaine. Because there is little data on the effectiveness of these other forms of treatment as an HIV prevention strategy, studies of their effectiveness in terms of reducing drug injecting and sharing of injecting equipment should be undertaken. Improving the documentation and assessment of DFUs and of other drug-demand and drug-supply reduction measures should be another priority for prison systems making substantial investments in such measures. Finally, states should affirm and strengthen the principle of providing treatment, counselling, education, and

Search strategy and selection criteria

A comprehensive literature search was done in 2005–2006 and updated in 2007. Data were identified by searches of electronic library and HIV databases, websites of governmental and non-governmental bodies, conferences, and prison health and health news sites, as well as by references from relevant articles; many articles were identified through searches of the extensive files of the authors. Key search terms used included: "prison(s)", "jail(s), "detention centre(s)", "correctional facility(ies)", "prisoner(s)", "inmate(s)", "HIV", "human immunodeficiency virus", "hepatitis C", and "HCV". These search terms were combined with specific interventions (such as "bleach", "needle and syringe programmes", etc) and, where useful, with specific countries or regions. Studies and other materials reported in English, French, German, Italian, Portuguese, and Spanish were reviewed. Attempts were made to access information from low-income countries and to access the grey literature.

rehabilitation as an alternative to conviction and punishment for drug-related offences.

In addition to issuing evidence-based recommendations to prison systems, the UN Office on Drugs and Crime, WHO, and UNAIDS have scaled-up action in countries to assist implementation of HIV programmes in prisons and have issued guidelines for an effective national response to HIV in prisons.[13] These guidelines, along with other UN documents, recognise that governments and the international community have much to do to meet their "obligations on human rights, prison conditions, and public health" and state that "the transmission of HIV in prisons is an integral part of reducing the spread of infection in the broader society".[13] They suggest that, in addition to implementing comprehensive and evidence-based HIV programmes, transferring control of prison health to public-health authorities could also have a positive impact.[14] This recognises that health care in prisons can be delivered more effectively by public-health authorities, as long as they are provided with sufficient resources and guaranteed freedom of action.[14]

The renewed emphasis on HIV and broader health issues in prisons represents a recognition that "public health can no longer afford to ignore prison health".[124] We now know which HIV interventions are feasible and effective in prisons. Recognising that "prison health is public health",[125] that "prisoners are entitled to a standard of health equivalent to that available in the outside community, including preventive measures",[13] and that protecting and promoting the health of prisoners benefits not only prisoners, but also prison staff and the communities outside prison,[13] implementation of evidence-based HIV programmes in prisons is an important component of national AIDS programmes that can no longer be neglected.

Conflicts of interest
We declare that we have no conflicts of interest.

Acknowledgments
We thank Glenn Betteridge for assistance with revising the text and many colleagues for discussion.

References

1 Dolan J, Kite B, Aceijas C, Stimson GV. HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infect Dis* 2007; **7:** 32–43.
2 Jürgens R, WHO, UN Office on Drugs and Crime, UNAIDS. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons: comprehensive review [Evidence for Action Technical Papers]. Geneva, 2007. http://www.who.int/hiv/idu/OMS_E4Acomprehensive_WEB.pdf (accessed Nov 6, 2008).
3 Bobrik A, Danishevski K, Eroshina K, McKee M. Prison health in Russia: the larger picture. *J Public Health Policy* 2005; **26:** 30–59.
4 Macalino GE, Hou JC, Kumar MS, Taylor LE, Sumantera IG, Rich JD. Hepatitis C infection and incarcerated populations. *Int J Drug Policy* 2004; **15:** 103–14.
5 Taylor A, Goldberg D, Emslie J, et al. Outbreak of HIV infection in a Scottish prison. *BMJ* 1995; **310:** 289–92.
6 Taylor A, Goldberg D. Outbreak of HIV infection in a Scottish prison: why did it happen? *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 1996; **2:** 13–14.
7 Dolan K, Wodak A. HIV transmission in a prison system in an Australian State. *Med J Aust* 1999; **171:** 14–17.
8 MacDonald M. A study of health care provision, existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. Finland: Heuni, 2005.
9 Walmsley R. World prison population list (seventh edition). London: Home Office, 2007.
10 Bradford Hill A. The environment and disease: association or causation. *Proc R Soc Med* 1965; **58:** 295–300.
11 WHO South-East Asia Regional Office. HIV prevention, care and treatment in prisons in the South-East Asia Region. New Delhi, 2007. http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_TreatmentinPrisons.pdf (accessed Nov 6, 2008).
12 UN Office on Drugs and Crime, UNAIDS, World Bank. HIV and prisons in sub-Saharan Africa: opportunities for action. Vienna: UN Office on Drugs and Crime, 2007.
13 UN Office on Drugs and Crime, WHO, UNAIDS. HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings. A framework for an effective national response. New York, 2006. http://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_prisons_July06.pdf (accessed Nov 6, 2008).
14 Jürgens R, WHO, UN Office on Drugs and Crime, UNAIDS. Interventions to address HIV in prisons—HIV care, treatment and support [Evidence for Action Technical Paper]. Geneva, 2007. http://www.who.int/hiv/idu/oms_ea_hiv_treatment_df1.pdf (accessed Nov 6, 2008)
15 Jürgens R, WHO, UN Office on Drugs and Crime, UNAIDS. Interventions to address HIV in prisons—prevention of sexual transmission [Evidence for Action Technical Paper]. Geneva, 2007. http://www.who.int/hiv/idu/oms_ea_sexual_transmission_df1.pdf (accessed Nov 6, 2008).
16 Fazel S, Bains P, Doll H. Systematic review of substance abuse and dependence in prisoners. *Addiction* 2006; **101:** 181–91.
17 Ball A. Multi-centre study on drug injecting and risk of HIV infection: a report prepared on behalf of the international collaborative group for World Health Organization Programme on Substance Abuse. Geneva: WHO, 1995.
18 Normand J, Vlahov D, Moses LE, eds. Preventing HIV transmission: the role of sterile needles and bleach. Washington DC: National Academy Press, 1995.
19 Beyrer C, Jittiwutikarn J, Teokul W, et al. Drug use, increasing incarceration rates, and prison-associated HIV risks in Thailand. *AIDS Behav* 2003; **7:** 153–61.
20 Shewan D, Gemmell M, Davies JB. Behavioural change amongst drug injectors in Scottish prisons. *Soc Sci Med* 1994; **39:** 1585–86.
21 Hughes RA, Huby M. Life in prison: perspectives of drug injectors. *Deviant Behav* 2000; **21:** 451–79.

22 Rutter S, Dolan K, Wodak A, Heilpern H. Is syringe exchange feasible in a prison setting? An exploration of the issues [technical report no 25]. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, 1995.

23 Gaughwin MD, Douglas RM, Wodak AD. Behind bars—risk behaviours for HIV transmission in prisons, a review. In: Norberry J, Gerull SA, Gaughwin MD, eds. HIV/AIDS and prisons (conference proceedings). Canberra: Australian Institute of Criminology, 1991.

24 Correctional Service Canada. 1995 national inmate survey: final report [no SR-02]. Ottawa: Correctional Service Canada, 1996.

25 Ford PM, Pearson M, Sankar-Mistry P, Stevenson T, Bell D, Austin J. HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary. *QJM* 2000; **93:** 113–19.

26 DiCenso A, Dias G, Gahagan J. Unlocking our futures: a national study on women, prisons, HIV, and hepatitis C. Toronto: Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network, 2003.

27 Martin RE, Gold F, Murphy W, Remple V, Berkowitz J, Money D. Drug use and risk of bloodborne infections: a survey of female prisoners in British Columbia. *Can J Public Health* 2005; **96:** 97–101.

28 Small W, Kain S, Laliberte N, Schechter MT, O'Shaughnessy MV, Spittal PM. Incarceration, addiction and harm reduction: inmates experience injecting drugs in prison. *Subst Use Misuse* 2005; **40:** 831–43.

29 Calzavara LM, Burchell AN, Schlossberg J, et al. Prior opiate injection and incarceration history predict injection drug use among inmates. *Addiction* 2003; **98:** 1257–65.

30 Dufour A, Alary M, Poulin C, et al. Prevalence and risk behaviours for HIV infection among inmates of a provincial prison in Quebec City. *AIDS* 1996; **10:** 1009–15.

31 Edwards A, Curtis S, Sherrard J. Survey of risk behaviour and HIV prevalence in an English prison. *Int J STD AIDS* 1999; **10:** 464–66.

32 Rotily M, Weilandt C, Bird SM, et al. Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study. *Eur J Public Health* 2001; **11:** 243–50.

33 European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction. The state of the drugs problem in Europe. Annual report 2005. Luxembourg: European Community, 2005.

34 Malliori M, Sypsa V, Psichogiou M, et al. A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviours in Greek prisons. *Addiction* 1998; **93:** 243–51.

35 Koulierakis G, Agrafiotis D, Gnardellis C, Power KG. Injecting drug use amongst inmates in Greek prisons. *Addict Res Theory* 1999; **7:** 193–212.

36 Allwright S, Bradley F, Long J, Barry J, Thornton L, Parry JV. Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: results of a national cross sectional survey. *BMJ* 2000; **321:** 78–82.

37 Van Haastrecht H, Anneke JS, Van Den Hoek AR. High rates of drug use, but low rates of HIV risk behaviours among injecting drug users during incarceration in Dutch prisons. *Addiction* 1998; **93:** 1417–25.

38 Frost L, Tchertkov V. Prisoner risk taking in the Russian Federation. *AIDS Educ Prev* 2002; **14** (suppl B): 7–23.

39 Dolan K, Bijl M, White B. HIV education in a Siberian prison colony for drug dependent males. *Int J Equity Health* 2004; **3:** 7.

40 Gore SM, Bird AG, Burns SM, Goldberg DJ, Ross AJ, Macgregor J. Drug injection and HIV prevalence in inmates of Glenochil Prison. *BMJ* 1995; **310:** 293–96.

41 Thaisri H, Lerwitworapong J, Vongsheree S, et al. HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study. *BMC Infect Dis* 2003; **3:** 25.

42 Clarke JG, Stein MD, Hanna L, Sobota M, Rich JD. Active and former injection drug users report of HIV risk behaviors during periods of incarceration. *Subst Abus* 2001; **22:** 209–16.

43 MAP Network. MAP Report 2005. Drug injection and HIV/AIDS in Asia. http://www.mapnetwork.org/docs/MAP_IDU Book 24Jun05_en.pdf (accessed Nov 6, 2008).

44 Richardson C, Ancelle-Park R, Papaevangelou G. Factors associated with HIV seropositivity in European injecting drug users. *AIDS* 1993; **7:** 1485–91.

45 Koulierakis G, Gnardellis C, Agrafiotis D, Power KG. HIV risk behaviour correlates among injecting drug users in Greek prisons. *Addiction* 2000; **95:** 1207–16.

46 Davies AG, Dominy NJ, Peters A, Bath GE, Burns SM, Richardson AM. HIV and injecting drug users in Edinburgh: prevalence and correlates. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1995; **8:** 399–405.

47 Granados A, Miranda MJ, Martin L, et al. HIV seropositivity in Spanish prisons. VI International AIDS Conference; San Francisco, CA, USA; June 20–23, 1990. Abstract ThD116.

48 Martín V, Caylà JA, Morís ML, Alonso LE, Pérez R. Predictive factors of HIV-infection in injecting drug users upon incarceration. *Eur J Epidemiol* 1998; **14:** 327–31.

49 Estebanez PE, Russell NK, Aguilar MD, Béland F, Zunzunegui MV. Women, drugs and HIV/AIDS: results of a multicentre European study. *Int J Epidemiol* 2000; **29:** 734–43.

50 Heimer R, Irwin K, Borodkina O, Grund J-P, Baranova M, Girchenko P. Imprisonment as risk for HIV in the Russian Federation: evidence for change. Proceedings of the 16th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Belfast, UK; March 20–24, 2005. Abstract 813.

51 Calzavara L, Burchell A, Myers T, et al. Prevalence and predictors of HIV and hepatitis C in Ontario jails and detention centres. Final report. Toronto: University of Toronto, 2005.

52 Hacker MA, Friedman SR, Telles PR, et al. The role of "long-term" and "new" injectors in a declining HIV/AIDS epidemic in Rio de Janeiro, Brazil. *Subst Use Misuse* 2005; **40:** 99–123.

53 Zamani S, Kihara M, Gouya MM, et al. Prevalence of an factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centres in Tehran, Iran. *AIDS* 2005; **19:** 709–16.

54 Choopanya K, Vanichseni S, Des Jarlais DC, et al. Risk factors and HIV seropositivity among injecting drug users in Bangkok. *AIDS* 1991; **5:** 1509–13.

55 Haber PS, Parsons SJ, Harper SE, White PA, Rawlinson WD, Lloyd AR. Transmission of hepatitis C within Australian prisons. *Med J Aust* 1999; **171:** 31–33.

56 O'Sullivan B, Levy MH, Dolan KA, et al. Hepatitis C transmission and HIV post-exposure prophylaxis after needle-and syringe-sharing in Australian prisons. *Med J Aust* 2003; **178:** 546–49.

57 Keppler K, Stöver H. Transmission of infectious diseases during imprisonment—results of a study and introduction of a model project for infection prevention in Lower Saxony [in German; summarised in English in *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 1996; **2:** 18–19]. *Gesundheitswesen* 1999; **61:** 207–13.

58 Nelles J, Harding T. Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism. *Lancet* 1995; **346:** 1507–08.

59 Lines R, Jürgens R, Betteridge G, Stöver H, Latishevschi D, Nelles J. Prison needle exchange: a review of international evidence and experience (2nd edn). Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2006.

60 Lines R, Jürgens R, Betteridge G, Stöver H, Latishevschi D, Nelles J. Prison needle exchange: a review of international evidence and experience (1st edn). Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2004.

61 Stöver H, Nelles J. 10 years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons: a review of different evaluation studies. *Int J Drug Policy* 2003; **14:** 437–44.

62 Menoyo C, Zulaica D, Parras F. Needle exchange in prisons in Spain. *Can HIV AIDS Policy Law Rev* 2000; **5:** 20–21.

63 Nelles J, Dobler-Mikola A, Kaufmann B. Provision of syringes and prescription of heroin in prison. The Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschöngrün. In: Nelles J, Fuhrer A, eds. Harm reduction in prison. Bern: Peter Lang, 1997: 239–62.

64 Stark K, Herrmann U, Ehrhardt S, Bienzle U. A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. *Epidemiol Infect* 2006; **134:** 814–19.

65 Stöver H. Evaluation of needle exchange pilot project shows positive results. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 2000; **5:** 60–64.

66 Jacob J, Stöver H. Drug use, drug control and drug services in German prisons: contradictions, insufficiencies and innovative approaches. In: Shewan D, Davies J, eds. Drug use and prisons: an international perspective. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 2000: 57–88.

67 Nelles J, Fuhrer A, Vincenz I. Evaluation der HIV- und Hepatitis-Prophylaxe in der Kantonalen Anstalt Realta. Schlussbericht. Berne: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, 1999.

68 Heinemann A, Gross U. Prevention of blood-borne virus infections among drug users in an open prison by vending machines. *Sucht* 2001; **47:** 57–65.

69 Wolfe D. Pointing the way: harm reduction in Kyrgyz Republik. Bishkek: Harm Reduction Association of Kyrgyzstan "Partners' network", 2005.

70 Nelles J, Fuhrer A, Hirsbrunner H, Harding T. Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? *BMJ* 1998; **317:** 270–73.

71 Pintilei L. Harm reduction in prisons of Republic of Moldova. Presentation at the Conference on HIV/AIDS in Prisons in Ukraine—From Evidence to Action: Prevention and Care, Treatment, and Support; Kiev, Ukraine; Nov 1–2, 2005.

72 Jacob J, Stöver H. The transfer of harm-reducton strategies into prisons: needle exchange programmes in two German prisons. *Int J Drug Policy* 2000; **11:** 325–35.

73 Jürgens R. HIV/AIDS in prisons: final report. Montréal: Canadian HIV/AIDS Legal Network and Canadian AIDS Society, 1996.

74 Meyenberg R, Stöver H, Jacob J, Pospeschill M. Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug. Oldenburg: BIS-Verlag, 1999.

75 Nelles J, Fuhrer A. Drug and HIV prevention at the Hindelbank penitentiary. Abridged report of the evaluation results of the pilot project. Berne: Swiss Federal Office of Public Health, 1995.

76 Correctional Service Canada. Evaluation of HIV/AIDS harm reduction measures in the Correctional Service of Canada. Ottawa: Correctional Service Canada, 1999.

77 Dolan K, Hall W, Wodak A. Bleach availability and risk behaviours in New South Wales [technical report no 22]. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, 1994.

78 Dolan KA, Wodak AD. A bleach program for inmates in NSW: an HIV prevention strategy. *Aust N Z J Public Health* 1998; **22:** 838–40.

79 WHO. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users [Evidence for Action Technical Paper]. Geneva: WHO, 2004.

80 Larney S, Mathers B, Dolan K. Illicit drug treatment in prison: detoxification, drug-free units, therapeutic communities and opioid substitution treatment [technical report no. 266]. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, 2007.

81 Dolan K, Wodak A, Hall W. Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in NSW prisons. *Drug Alcohol Rev* 1998; **17:** 153–58.

82 Dolan K, Shearer J, MacDonald M, Mattick RP, Hall W, Wodak AD. A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug Alcohol Depend* 2003; **72:** 59–65.

83 Boguna J. Methadone maintenance programmes. In: O'Brien O, ed. Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison. Cranstoun Drug Services, London, 1997: 68–70.

84 Heimer R, Catania H, Zambrano JA, Brunet A, Marti Ortiz A, Newman RG. Methadone maintenance in a men's prison in Puerto Rico: a pilot program. *J Correctional Healthcare*, 2005; **11:** 295–305.

85 Dolan K, Shearer J, White B, Zhou J, Kaldor J, Wodak A. Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction* 2005; **100:** 820–28.

86 Tomasino V, Swanson AJ, Nolan J, Shuman HI. The Key Extended Entry Program (KKEP): a methadone treatment program for opiate-dependent inmates. *Mt Sinai J Med* 2001; **68:** 14–20.

87 Johnson SL, van de Ven JTC, Gant BA. Institutional methadone maintenance treatment: impact on release outcome and institutional behaviour [research report no R-119]. Ottawa: Correctional Service Canada, 2001.

88 Levasseur L, Marzo JN, Ross N, Blatier C. Frequency of re-incarceration in the same detention centre: role of substitution therapy. A preliminary retrospective analysis. *Ann Med Intern (Paris)* 2002; **153:** 1814–19.

89 Bellin E, Wesson J, Tomasino V, et al. High dose methadone reduces criminal recidivism in opiate addicts. *Addict Res* 1999; **7:** 19–29.

90 Magura S, Rosenblum A, Lewis C, Joseph H. The effectiveness of in-jail methadone maintenance. *J Drugs Issues* 1993; **Winter:** 75–97.

91 Kinlock T, Battjes RJ, Schwartz RP. A novel opioid maintenance programme for prisoners: preliminary findings. *J Subst Abuse Treat* 2002; **22:** 141–47.

92 Wale S, Gorta A. Views of inmates participating in the pilot pre-release methadone program, study no. 2. Sydney: NSW Department of Corrective Services, 1987.

93 Hume S, Gorta A. Views of key personnel involved with the administration of the NSW prison methadone program. Process evaluation of the NSW Department of Corrective Services prison methadone program. Study no 5. Sydney: Research and Statistics Division, New South Wales Department of Corrective Services, 1988.

94 Herzog C, Fasnacht M, Stohler R, Ladewig D. Methadone substitution as an AIDS-preventive measures in the prison environment. Proceedings of the European Symposium on Drug Addiction and AIDS, Sienna, Italy; Oct 4–6, 1993.

95 Mitchell O, Wilson DB, MacKenzie DL. Does incarceration-based drug treatment reduce recidivism? A meta-analytic synthesis of the research. *J Experimental Criminology* 2007; **3:** 353–75.

96 European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction. The state of the drugs problem in Europe. Annual report, 2005. Luxembourg: European Community, 2005.

97 Black E, Dolan K, Wodak A. Supply, demand and harm reduction strategies in Australian Prisons: implementation, cost and evaluation. Sydney: Australian National Council on Drugs, 2004.

98 Grant BA, Varis DD, Lefebvre D. Intensive support units (ISU) for federal offenders with substance abuse problems: an impact analysis. Ottawa: Correctional Service Canada, 2005.

99 Incorvaia D, Kirby N. A formative evaluation of a drug-free unit in a correctional services setting. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 1997; **41:** 231–49.

100 Breteler MH, Van den Hurk AA, Schippers GM, Meerkerk GJ. Enrolment in a drug-free detention program: the prediction of successful behavior change of drug-using inmates. *Addict Behav* 1996; **21:** 665–69.

101 Schippers GM, van den Hurk AA, Breteler MH, Meerkerk GJ. Effectiveness of a drug-free detention treatment program in a Dutch prison. *Subst Use Misuse* 1998; **33:** 1027–46.

102 Singleton N, Pendry E, Simpson T, et al. The impact of mandatory drug testing in prisons [online report 03/05]. London: Home Office, 2005. http://rds.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr0305.pdf (accessed Nov 6, 2008).

103 Edgar K, O'Donnell I. Mandatory drug testing in prisons: the relationship between MDT and the level and nature of drug misuse [Home Office research study 189]. UK Home Office, 1998. http://rds.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/hors189.pdf (accessed Nov 6, 2008).

104 KPMG Consulting. Review of alcohol and other drug services in New South Wales correctional centres and juvenile justice centres: service evaluation. Sydney: KPMG Consulting, 2000.

105 MacDonald M. Mandatory drug testing in prisons. Birmingham: Centre for Research into Quality, University of Central England, 1997. http://www0.bcu.ac.uk/crq/publications/mdt.pdf (accessed Nov 14, 2008).

106 Bullock T. Changing levels of drug use before, during and after imprisonment. In: Ramsay M, ed. Prisoners' drug use and treatment: seven research studies [Home Office research study 267]. UK Home Office, 2003. http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/hors267.pdf (accessed Nov 6, 2008).

107 Hughes RA. Drug injectors and prison mandatory drug testing. *Howard J Crim Justice* 2000; **39:** 1–13.

108 MacPherson P. Use of random urinalysis to deter drug use in prison: a review of the issues [no R-149]. Ottawa: Correctional Service of Canada, 2004.

109 Gore SM, Bird AG, Ross A. Mandatory drug tests and performance indicators for prisons. *BMJ* 1996; **312:** 1411–13.

110 Jürgens R, Betteridge G. Prisoners who inject drugs: public health and human rights imperatives. *Health Hum Rights* 2005; **8:** 47–74.

111 Shewan D, Gemmell M, Davies JB. Drug use and Scottish prisons: summary report. Scottish Prison Service Occasional Paper, no 5, 1994.

112 Drucker E, Lurie P, Wodak A, Alcabes P. Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programmes and methadone maintenance on the ecology of HIV. *AIDS* 1998; **12** (suppl A)**:** S217–30.

113 Metzger D, Navaline H, Woody G. Drug abuse treatment as AIDS prevention. *Public Health Rep* 1998; **113:** S97–102.

114 WHO. WHO/UNODC/UNAIDS position paper. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Geneva, 2004. http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochure_E.pdf (accessed Nov 6, 2008).

115 Jürgens R, WHO, UN Office on Drug Crime, UNAIDS. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons—drug dependence treatments [Evidence for Action Technical Paper]. Geneva, 2007. http://www.who.int/hiv/idu/EADrugTreatment.pdf (accessed Nov 6, 2008).

116 Brooke D, Taylor C, Gunn J, Maden A. Substance misusers remanded to prison: a treatment opportunity? *Addiction* 1998; **93:** 1851–56.

117 Weekes J, Thomas G, Graves G. Substance abuse in corrections. FAQs. Canadian Centre on Substance Abuse, 2004. http://www.ccsa.ca/2004%20CCSA%20Documents/ccsa-011058-2004.pdf (accessed Nov 6, 2008).

118 Hughes RA. Illicit drug and injecting equipment markets inside English prisons: a qualitative study. *J Offender Rehabil* 2003; **37:** 47–64.

119 Kendall P, Pearce M. Drug testing in Canadian jails: to what end? *Can J Public Health* 2000; **91:** 26–28.

120 Harding TW. AIDS in prison. *Lancet* 1987; **2:** 1260–63.

121 WHO. Statement from the consultation on prevention and control of AIDS in prisons [WHO/SPA/INF/87.14]. Geneva: WHO, 1987.

122 WHO. WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons [WHO/GPA/DIR/93.3]. Geneva: WHO, 1993.

123 UN. Political declaration on HIV/AIDS. United Nations General Assembly, 60th session, 2 June 2006. New York, 2006.

124 WHO. Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: WHO Europe, 2007.

125 WHO. Declaration: prison health as part of public health. Moscow, 24 October 2003. Copenhagen: WHO Europe, 2003.

Health in prisons
a WHO guide to the essentials

Chapter 9
Di Heino Stöver e Caren Weilandt

Presentazione
"Uso di droga e servizi per i tossicodipendenti in carcere"

Punti chiave:

• Le stime suggeriscono che la metà dei detenuti nell'Unione europea hanno una storia di consumo di droga, molti dei quali con problematiche relative al consumo di sostanze per via iniettiva.
• Il consumo di droga è uno dei principali problemi dei sistemi carcerari. Esso minaccia la sicurezza, condiziona le relazioni tra detenuti e personale ed influenza episodi di violenza, bullismo e mobbing tra detenuti ma anche nei confronti di coniugi, parenti e amici.
• La prevalenza di malattie infettive (in particolare HIV e l'AIDS, epatite e tubercolosi) è spesso molto più alta nelle prigioni che al di fuori, ed è spesso legata all'uso di droghe iniettive.
• I servizi per le tossicodipendenze e le misure adottate per affrontare il problema delle malattie infettive in carceri dovrebbero essere equivalenti ai servizi prestati al di fuori delle prigioni. Ciò può essere realizzato al meglio attraverso una stretta cooperazione e comunicazione tra carcere e servizi del territorio.
• La continuità di trattamento per i detenuti che entrano ed escono dal carcere richiede una stretta collaborazione tra le carceri ed i servizi esterni al carcere.
• Le ricadute nella droga e le overdose mortali dopo il rilascio sono molto diffuse: questi rischi devono essere affrontati durante il tempo della prigionia.
• I detenuti dovrebbero poter usufruire di un'ampia gamma di servizi per le tossicodipendenze, in risposta a bisogni individuali e collettivi.
• Dovrebbero essere intrapresi percorsi di formazione del personale penitenziario e dei detenuti in materia di droga e problemi di salute correlati.
• I servizi per le tossicodipendenze nelle carceri dovrebbero essere oggetto di monitoraggio e valutazione.

9. Drug use and drug services in prisons -

Heino Stöver and Caren Weilandt

Key points

- Estimates suggest that half the prisoners in the European Union have a history of drug use, many with problematic and/or injecting drug use.
- Drug use is one of the main problems facing prison systems, threatening security, dominating the relationships between prisoners and staff and leading to violence, bullying and mobbing for both prisoners and often their spouses and friends in the community.
- The prevalence of infectious diseases (particularly HIV and AIDS, hepatitis and tuberculosis) is often much higher in prisons than outside, often related to injecting drug use.
- Drug dependence services and measures to address infectious diseases in prisons should be equivalent to the services provided outside prisons. This can best be achieved through close cooperation and communication between prison and community services.
- Continuity of treatment for prisoners entering and leaving prison necessitates close cooperation between prisons and external agencies.
- Relapse to drug use and fatal overdoses after release are widespread, and these risks need to be addressed during the time of imprisonment.
- A wide range of drug services should be available to prisoners, based on local and individual need.
- There should be training for prison staff and prisoners on drugs and related health problems.
- Drug services in prisons should be subject to monitoring and evaluation.

Drug use and the consequences for prisoners, prisons and prison health care

Prisons are often overcrowded, stressful, hostile and sometimes violent places in which individuals from poor communities and from ethnic and social minorities are overrepresented, including people who use drugs and migrants. A European study on health problems arising in prison (Tomasevski, 1992) highlighted three main issues: substance abuse, mental health problems and communicable diseases. These three problem areas are closely interrelated.

Although alternatives to imprisonment have been developed and introduced in many countries, more and more people who use drugs enter prison settings. Only some are in prison as a result of conviction for a drug offence. Most are imprisoned for other offences.

Generally, in many countries the number of prisoners has dramatically increased over the last two decades. Several factors have contributed to this, including poverty, migration, violence and the fact that increased incarceration is often politically expedient. Ultimately, however, repressive legislation against drugs in the context of increasing drug consumption in the community has often played an important role.

According to estimates by the United Nations and WHO and information provided by the national focal points of the European Information Centre for Drugs and

Drug Addiction, people who use drugs are over-represented in prisons throughout Europe. In most studies reporting about drug use in prisons, about 50% of inmates report illicit drug use. Between one third or less (Hungary and Bulgaria) and three quarters (Netherlands, Norway and United Kingdom) of the prison population in 20 countries of the European Union plus Bulgaria and Norway for which data are available reported having ever used an illicit drug. Cannabis, cocaine, heroin and amfetamines are the most widespread drugs being used (Klempova, 2006). Considering the high number of prison entrances and releases (turnover rate), a substantial number of people who use drugs go through prison systems annually.

This fact inevitably affects life in European penal institutions. Drugs have become a central theme: a dominating factor in the relationships between prisoners and between prisoners and staff. Many security measures are aimed at controlling drug use and drug trafficking within the prison system. Daily prison routine in many respects is dictated by drug-dependent inmates and drug-related problems: drug-related deaths, drug-induced cases of emergency, increase in the number of people who use drugs, dealer hierarchies, debts, mixed drugs, drugs of poor quality, incalculable purity of drugs and risks of infection (particularly with HIV and hepatitis) resulting from the fact that syringes and drugs are contaminated and shared. Drugs become the central medium and currency in prison subcultures. Many routine activities for inmates focus on the acquisition, smuggling, consumption, sale and financing of drugs.

Prison management is faced with increased public pressure to keep prisons drug-free. Few prison managers talk frankly and in public about drug use in prisons, establish adequate drug services and develop new drug strategies. People who confess that drug use is prevalent in prisons are frequently blamed for failing to maintain security in prisons. The number of prison managers who deny or ignore drug use in prison therefore remains great. Further, many prison physicians believe they can cure the inmates' drug problems by temporarily forcing them to stop using drugs. It therefore becomes obvious why dealing with people who are dependent on drugs in detention is difficult. The goal of rehabilitating the convicts must be pursued, but prison managers in many countries face rising drug consumption among inmates and political and economic circumstances that make solving the drug problem even more difficult. The current situation of judicial authorities is paradoxical. They have to find a solution to a problem that is not supposed to exist: drugs in prisons.

Needle-sharing is prevalent in prisons, but prisoners who use drugs on the outside usually will reduce their levels of use in prison. Many studies from countries around the world report high levels of injecting drug use, including among female prisoners. Studies also show that:

- the extent and pattern of injecting and needle sharing vary significantly among prisons;
- many people who inject before imprisonment reduce or stop injecting when they enter prison, but many resume injecting upon release;
- some people start injecting in prison; and
- those who inject in prison usually inject less frequently than outside but are much more likely to share injecting equipment than are drug injectors in the

community; further, they share injection equipment with a population – fellow prisoners – that often has a high rate of HIV and hepatitis C virus infections (Stöver, 2002).

The high rates of injecting drug use, if coupled with lack of access to prevention measures, can result in frighteningly rapid spread of HIV. There were early indications that HIV could be transmitted extensively in prisons. In Thailand, the first epidemic outbreak of HIV in the country probably began among injecting drug users in the Bangkok prison system in 1988. Six studies in Thailand found that a history of imprisonment was associated significantly with HIV infection. HIV outbreaks in prison have been documented in a number of countries, including in Australia, Lithuania, the Russian Federation and Scotland, United Kingdom.

In addition to illegal drugs, legal drugs (nicotine and tobacco, alcohol and prescribed pharmaceuticals) often contribute to the substance dependence and health problems of inmates. Many prisoners have a long history of regular use of legal drugs. Multiple drug use is widespread among people who use drugs in Europe.

For many prisoners, the first two weeks following release from prison is particularly dangerous, as many prisoners resume (higher levels of) drug use and are at very high risk of drug overdose. Prisoners who have not taken drugs frequently during detention often have difficulty in adapting to the new situation after release. They return to old habits and consume drugs in the same quantity and quality as before prison. The transition from life inside prison to the situation in the community is an extremely sensitive period. The longer a drug user stays in prison, the more difficult adapting to life outside prison will be. Even a prison sentence of only several weeks, during which no drugs are consumed, poses a considerable risk to released drug users: because of a reduced tolerance for opiates, even small quantities can be life-threatening.

In 1988, the WHO Regional Office for Europe (1990) developed recommendations for managing health problems of drug users in prisons. Since then, other efforts to address problems related to drug use in prisons have been undertaken, including efforts to tackle drug users' health problems in juvenile (WHO Regional Office for Europe, 2003a) and adult prisons and the whole criminal justice system (WHO Regional Office for Europe and Pompidou Group of the Council of Europe, 2002). Starting in 1995, the WHO Health in Prisons Project (http://www.euro.who.int/prisons) has addressed issues related to drug use in prisons.

Definition of a drug user

Throughout Europe, prison systems report that drug users are a significant and extremely problematic part of their total prison population, but only a few countries have developed and apply clear definitions of a drug user. Few countries have a comprehensive system to quantify the scale of this problem, even though most countries assume that "drug users" comprise a significant part of criminal justice and prison populations. Several questions arise.

- Who establishes who is a drug user? The doctor on admission, based on certain drug-related symptoms such as abscesses, puncture marks or positive urine testing? Or staff members or the prison administration? Or users themselves

when self-reporting drug use?
- On what basis are people considered to be drug users? Because of the type of criminal offence committed as noted in the prisoner's personal file (violating the drug law and/or other laws in order to finance drug use)?
- Which types of drugs are included? Illegal drugs only or also legal drugs such as alcohol?
- What are the criteria? Lifetime prevalence, drug use prior to incarceration (four weeks, one year?), drug use within prison, occasional drug use, frequency, quantity, setting, problematic drug use, multiple drug use or supplementary use of pharmaceutical products such as benzodiazepines or barbiturates? Which route of administration: injecting, smoking or inhaling?
- Are occasional drug users distinguished from people addicted to drugs?

Nature and prevalence of drug use and related risks in prisons
Drawing a detailed picture of drug use in prisons is difficult in a particular country, and even more so in all European countries. Drug use in prison takes place in extreme secrecy, and drug seizure statistics, the confiscation of needles and syringes and positive urine test rates only indicate some of the full story of drug use behind bars. The patterns of drug use vary considerably between different groups in the prison population. For instance, drug use among women differs significantly from that among men, with different levels and types of misuse and different motivations and behavioural consequences.

The following list summarizes some key information about drug use in European prisons (Stöver, 2002):
- The use of illegal drugs in prisons seems to be a longstanding phenomenon dating back to the late 1970s. Needle-sharing at that time was extremely widespread.
- Substances available outside prison can also be found inside prisons, with the same regional variation in patterns of use. The quality of these drugs is often poor compared with that of drugs in the community.
- The prevalence of drug use varies depending on the institution. Some studies have shown that drug use is more prevalent in large institutions, short-stay prisons, women's prisons and prisons close to a large urban centre. There is less drug use in remand prisons because of the lack of organized trafficking networks.
- In many prisons, the most commonly used drug besides nicotine is cannabis, which is used for relaxation purposes. Some studies have shown that more than 50% of the prisoners use cannabis while in prison. A much smaller percentage reports injecting drugs in prison.
- Several empirical studies indicate that the frequency of use usually declines after imprisonment. This may be due to the reduced supply of drugs or it may reflect the ability of drug-using inmates to reduce or stop drug use while in prison. A minority of prisoners uses drugs daily.
- Imprisonment per se does not seem to motivate individuals to reduce or stop drug use. Reduced drug use appears to be a consequence of the reduced availability of drugs, lack of resources to procure drugs or the fear of detection.
- Some prisoners use drugs in prison to fight boredom and to help them deal with the hardships of prison life or to overcome a crisis situation, such as bad news,

conviction and sentencing or violence. Imprisonment thus sometimes seems to provide reasons for taking drugs or continuing the habit or causes relapse after a period of withdrawal.

- In some countries, alcohol and tobacco are the most commonly used drugs among people admitted to prison or already in prison. In France, one third of new admissions say that they have harmful drinking patterns.
- Many countries report changes in the patterns of drug use (volume and type of drug) when the preferred drugs are scarce. Studies and observations of prison officers indicate that switching to alternative drugs (such as from opiates to cannabis) or to any substitute drugs with psychotropic effects no matter how damaging this would be (illegal drugs and/or medicine) is widespread. Due to a lack of access to the preferred drug or because of controls (such as mandatory drug testing), some prisoners seem to switch from cannabis to heroin, even if on an experimental basis, because cannabis is deposed within fatty tissue and may be detected in urine up to 30 days after consumption.
- Some prisoners use the prison as an opportunity to "take a break", to "recover physically" or to stop using drugs in prison. This time of abstinence is often accompanied by stabilization of general health status (including an increase in weight). Further, many drug users in prisons come from the more disadvantaged groups in society, with a high prevalence of low educational attainment, unemployment, physical or sexual abuse, relationship breakdown or mental disorder. Many of these prisoners never had access to health care and health promotion services before imprisonment. The health care services therefore offer an opportunity to improve their health and personal well-being.
- According to various studies undertaken in Europe, between 16% and 60% of people who injected on the outside continue to inject in prison.
- Needle-sharing and drug-sharing are widespread among prisoners who continue injecting. Although injecting drug users are less likely to inject while in prison, those who do are more likely to share injecting equipment and with a greater number of people. Many were accustomed to easy and anonymous access to sterile injecting equipment outside prisons and start sharing injecting equipment in prison because they lack access to equipment in prison. In the first documented outbreak of HIV within a prison population in 1993, 43% of inmates reported injecting within the prison – and all but one of these individuals had shared injecting equipment within the prison (Taylor & Goldberg, 1996).
- Figures from a European study and some national and prison-based surveys indicate that between 7% and 24% of prisoners who inject say that they started to inject while in prison.
- Some prisoners may also discover new substances while in prison (medicines or tablets) or develop habits of mixing certain drugs they did not mix outside.
- Although smoking heroin ("chasing the dragon") instead of injecting plays an increasing and significant role all over Europe, this route of administration is not widespread in prison because drugs are so expensive in prisons and injecting maximizes the effect of a minimal amount of drugs.
- There is a high risk of acquiring communicable diseases (especially HIV infection and hepatitis) in prison for those who continue to inject drugs and share equipment. Several studies conducted outside penal institutions reveal a strong correlation between previous detention and the spread of infectious diseases. Although injecting drug use in prison seems to be less frequent than in the com-

munity, each episode of injecting is far more dangerous than outside due to the lack of sterile injecting equipment, the high prevalence of sharing and already-widespread infectious diseases. Prisons are high-risk environments for the transmission of HIV and other infections for several reasons, including:
  – a disproportionate number of inmates coming from and returning to backgrounds where the prevalence of HIV infection is high;
  – authorities not officially acknowledging HIV, thus hindering education efforts;
  – activities such as injecting drug use and unsafe sexual practices (consensual or otherwise) continuing to occur in prison, with clean injecting equipment and condoms rarely being provided to prisoners;
  – tattooing using non-sterile equipment being prevalent in many prisons; and
  – epidemics of other sexually transmitted infections such as syphilis, coupled with their inadequate treatment, leading to a higher risk of transmitting HIV through sexual activity.
- A study carried out in 25 European prisons in 1996–1998 (Rotily & Weilandt, 1999) found an overall prevalence of HIV infection of 5.7%, with substantially higher rates in prisons in Portugal (19.7%) and Spain (12.9%). The proportion of prisoners living with HIV is many times higher than the proportion in the general population (for example, 25 times higher in Germany). Rates of hepatitis B virus and hepatitis C virus infection and tuberculosis in inmate populations are also generally many times higher than in the population as a whole. Where HIV coexists with tuberculosis infection, the annual risk of developing tuberculosis disease is between 5% and 15% versus the estimated 10% lifetime risk for those not infected with HIV.
- Prisoners often regard certain drugs (especially cannabis and benzodiazepines) as serving a useful function or as helping to alleviate the experience of incarceration. Marshall et al. (1999) found that many inmates seem to regard cannabis as essentially harmless. Alongside these attitudes, inmates recognize a need for treatment among those with serious drug problems and were aware of some of the health implications of injecting. They also displayed a possibly exaggerated concern about the problems of drug withdrawal. In the same study, prison officer staff shared many of these attitudes, some commenting on the uses of drugs as palliatives and the relative harmlessness of benzodiazepines and cannabis. Others were concerned about the development of a black market in drugs. In general, staff were acutely aware that the problem of drug misuse in prisons reflected a similar problem in the community.
- Many drug users in prison had no previous contact with drug services before imprisonment despite the severity of their drug problems.
- After release, many injecting drug users continue with their habit. A study (Turnbull et al., 1991) indicates that 63% of those who injected before prison inject again in the first three months after release. Prison therefore cannot be seen as providing a short- or longer-term solution to individuals' problems with drugs.

Prevention, treatment, harm reduction and aftercare

In general, drug services in European prisons can be divided into prevention, counselling, drug treatment services, self-help groups, harm-reduction measures and prerelease and aftercare programmes.

The drug services provided in prison differ widely among various prison systems. Several surveys on the extent and kind of interventions available to drug users in prisons (Zurhold et al. 2005), mainly in the countries of the European Union, show the following.

- Twenty-six countries state that they have a policy related to interventions for drug users in prison.
- Most of the interventions comprise abstinence-based drug treatment (available in 80% of the prisons in the European Union), detoxification, preventing drug use and reducing supply.
- Several countries have established drug-free units and therapeutic communities in separate sections of the prison (Austria, Finland, the Netherlands and Sweden) with the aim of reducing demand. The number of drug-free units is rapidly increasing.
- Methadone maintenance treatment is increasingly available.
- Harm-reduction measures comprising vaccination programmes and the distribution of condoms and disinfectants are available in almost all prisons in two thirds of the European Union countries but are completely absent in the other third of the countries.
- About 19 members of the Council of Europe seem to have a policy supporting pre- and postrelease programmes for drug-using offenders.

Research evidence (Turnbull & McSweeney, 2000) shows that treatment success depends on the duration of the intervention (the longer the intervention, the better the outcome) and its connection with additional services; and the provision of help and support on and after release, with aftercare being increasingly seen as an important component of an integrated treatment programme offered to drug-using prisoners.

omissis

Best practice

In addition to peer education by and for inmates, external organizations operating outreach activities (among injecting drug users) can conduct health promotion. Mainline, a health promotion and disease prevention organization in the Netherlands, maintains contact with detained drug users by low-threshold counselling in prison settings. In individual meetings with inmates, health issues, risk behaviour and the risks of drug use are discussed. An important feature is that as an external organization, Mainline is independent of the prison system and enjoys the trust of the prisoners. Evaluation of their activities has shown: a high level of acceptance among inmates, prison staff and administration; the activity enhances ongoing contact after release; their work is perceived as a valuable addition in the social support structure for drug users; and it is cost-effective.

Harm reduction programmes

A *Status paper on prisons, drugs and harm reduction* (WHO Regional Office for Europe, 2005) defined harm reduction measures in prisons: "In public health relating to prisons, harm reduction describes a concept aiming to prevent or reduce negative health effects associated with certain types of behaviour (such as drug injecting) and with imprisonment and overcrowding as well as adverse effects on mental health."

Harm reduction acknowledges that many drug users cannot totally abstain from using drugs in the short term and aims to help them reduce the potential harm from drug use, including by assisting them in stopping or reducing the sharing of injecting equipment in order to prevent HIV transmission that, in many ways, is an even

greater harm than drug use. In addition, the definition WHO adopted acknowledges the negative health effects imprisonment can have. These include the impact on mental health, the risk of suicide and self-harm, the need to reduce the risk of drug overdose on release and the harm resulting from inappropriate imprisonment of people requiring facilities unavailable in prison or in overcrowded prisons.

As shown above, many prisoners continue to use drugs in prison, and some people start using drugs in prison. Despite often massive efforts to reduce the supply of drugs, the reality is that drugs can and do enter prisons.

In prisons, as in the community, harm reduction measures have been successfully implemented in the past 15 years throughout Europe as a supplementary strategy to existing drug-free programmes. Harm reduction does not replace the need for other interventions but adds to them and should be seen as a complementary component of wider health promotion strategies.

The following hierarchy of goals should guide drug policy, in prisons as outside:
- securing survival
- securing survival without contracting irreversible damage
- stabilizing the addict's physical and social condition
- supporting people dependent on drugs in their attempt to lead a drug-free life.

The following text describes some of the most important measures.

Providing disinfectants

Providing bleach or other disinfectants to prisoners is an important option to reduce the risk of HIV transmission through the sharing of injection equipment, particularly where sterile injection equipment is not available. Many prison systems have adopted programmes that provide disinfectants to prisoners who inject drugs as well as instructions on how to disinfect injecting equipment before reusing it. Evaluations of such programmes (Correctional Service of Canada, 1999; Dolan et al., 1994, 1999; WHO, 2004) have shown that distributing bleach is feasible in prisons and does not compromise security.

However, studies in the community have raised doubts about the effectiveness of bleach in decontaminating injecting equipment. Today, disinfection as a means of HIV prevention is regarded only as a second-line strategy to syringe exchange programmes (United States Centers for Diseases Control and Prevention, 1993). Cleaning guidelines recommend that injecting equipment be soaked in fresh full-strength bleach (5% sodium hypochlorite) for a minimum of 30 seconds. More time is needed for decontamination if diluted concentrations of bleach are used. Further, a review of the effectiveness of bleach in the prevention of hepatitis C infection (Kapadia et al., 2002) concluded that, "although partial effectiveness cannot be excluded, the published data clearly indicates that bleach disinfection has limited benefit in preventing [hepatitis C virus] transmission among injection drug users".

In prisons, the effectiveness of bleach as a decontaminant may be reduced even further. There are at least three reasons for this (Small et al., 2005; Taylor & Goldberg, 1996).

- The type of injecting equipment available in prisons, often consisting of whatever can be fashioned into something that pierces the skin, may be more difficult to effectively disinfect with bleach than the syringes used outside prison (on which the studies were undertaken).
- Even when bleach is made available in some locations in prison, prisoners may have problems accessing it.
- Cleaning is a time-consuming procedure, and prisoners are unlikely to engage in any activity that increases the risk that prison staff will be alerted to their drug use.

Bleach programmes should therefore be introduced in prisons but only as a temporary measure where there is implacable opposition to needle and syringe programmes or in addition to such programmes (WHO, 2004).

Where bleach programmes are implemented, full-strength household bleach should be made easily and discreetly accessible to prisoners in various locations in the prison, together with information and education about how to clean injecting equipment and information about the limited efficacy of bleach as a disinfectant for inactivating HIV and particularly hepatitis C virus.

Needle and syringe exchange programmes

In the community, needle and syringe exchange programmes are widely available in many countries and have been proven to be the most effective measure available to reduce the spread of HIV through the sharing of contaminated injecting equipment. Nevertheless, in prisons, needle and syringe programmes remain rare. However, such programmes have been successfully introduced in a growing number of prisons in a steadily growing number of countries including Belarus, Germany, Kyrgyzstan, Luxembourg, the Republic of Moldova, Scotland (United Kingdom), Spain and Switzerland.

Evaluations of existing programmes (Lines et al., 2006; Stöver & Nelles, 2004; WHO, 2004) have shown that such programmes:

- do not endanger staff or prisoner safety, and in fact, make prisons safer places to live and work;
- do not increase drug consumption or injecting;
- reduce risk behaviour and disease transmission, including HIV and hepatitis C virus;
- have other positive outcomes for the health of prisoners, including a drastic reduction in overdoses reported in some prisons and increased referral to drug treatment programmes;
- have been effective in a wide range of prisons;
- have successfully employed different methods of needle distribution to meet the needs of staff and prisoners in a range of prisons; and
- have successfully cohabited in prisons with other programmes for preventing and treating drug dependence.

When prison authorities have any evidence that injecting is occurring, they should therefore introduce needle and syringe programmes, regardless of the current prevalence of HIV infection.

As early as 1993, the *Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons* (WHO, 1993) recommended that "in countries where clean syringes and needles are made available to injecting drug users in the community, consideration should be given to providing clean injection equipment during detention and on release". UNAIDS and many other national and international bodies have made the same recommendation. *The International guidelines on HIV/AIDS and human rights (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights* and UNAIDS, 2006) also specifically state that prison authorities should provide prisoners with means of preventing HIV transmission, including "clean injection equipment".

Best practice

Two prisons in Spain introduced needle and syringe programmes in 1998–1999 as a pilot study. Following positive results, nine other prisons joined voluntarily. Evaluation showed the following.

- Implementation in a prison setting is feasible and can be adapted to the conditions of a prison.
- Needle and syringe programmes in prison produce changes in the behaviour of prisoners that lead to less risky injection practices.
- Needle and syringe programmes in prisons help to persuade prisoners to take up drug treatment.
- Implementation of needle and syringe programmes does not generally lead to an increase in heroin or cocaine use.

In 2001, prison authorities issued a directive requiring all prisons to implement needle and syringe programmes as part of the prison regime. As of 2005, these programmes were operating in 33 prisons in Spain.

In Kyrgyzstan, one prison started a needle and syringe pilot project in October 2002. The prison decided to provide injecting equipment in a location where prisoners could not be seen by guards; they therefore took place in the medical wards. The pilot also provided secondary exchange using prisoners as peer volunteers. The project coordinators found that both options for providing injecting equipment were needed. In early 2003, an order was issued approving the provision of sterile needles and syringes in all prisons in Kyrgyzstan, and by April 2004 they were available in 11 prisons. In all institutions, needles and syringes are provided using prisoners trained as peer outreach workers who work with the health care unit. In April 2004, approximately 1000 drug users were accessing the needle and syringe programme. Drug users are provided with one syringe and three extra needle tips. This allows prisoners who inject drugs to inject more – up to three times a day without having to reuse a syringe. This also reduces the cost of the programme, since tips cost less than complete needles.

Transferring harm reduction strategies into the prison setting

Despite the evidence that prisons can successfully introduce harm reduction measures, with positive results for prisoners, staff and ultimately for the community, many are still afraid that introducing harm reduction measures would send the "wrong message" and make illicit drugs more socially acceptable. Many prisoners are in prison because of drug offences or because of drug-related offences. Preventing their drug use is an important part of their rehabilitation. Some have

said that acknowledging that drug use is a reality in prisons would be acknowledging that prison staff and prison authorities have failed. Others say that making needles and syringes available to prisoners would mean condoning behaviour that is illegal in prisons. However, since HIV seriously threatens prisons and communities, harm reduction measures must be introduced to protect public health.

Making available to prisoners the means necessary to protect them from HIV and hepatitis C virus transmission does not mean condoning drug use in prisons. Introducing needles and syringes is not incompatible with a goal of reducing drug use in prisons. Making needles and syringes available to drug users has not increased drug use but has reduced the number of injecting drug users contracting HIV and other infections.

Refusing to make needles and syringes available to prisoners, knowing that activities likely to transmit HIV and hepatitis C virus are prevalent in prisons, could be seen as condoning the spread of HIV and hepatitis C virus among prisoners and to the community at large.

As early as in 1993, WHO (1993) recommended a range of effective activities for preventing HIV infection and AIDS in prisons:

- measures to reduce the number of injecting drug users in prisons;
- measures to prevent drug use;
- information about the risks of injecting forms of drug application;
- information about the risks of needle-sharing;
- demonstrating means of disinfection and providing those means and means for hygienic drug use (alcohol swabs etc.); and
- providing sterile syringes.

Parte Terza

TOSSICODIPENDENTI E ALTERNATIVE AL CARCERE

Giovanni Jocteau

Le misure alternative riducono le recidive

Chi ne beneficia ha più chance di reinserirsi in società

Per chi è tossicodipendente l'Ordinamento penitenziario ha previsto la possibilità di curarsi fuori dal carcere, sulla base della constatazione che la dipendenza è una malattia. Ma oggi, complice la richiesta di sicurezza, sempre più tossicodipendenti restano in carcere. La pena assume così i tratti di un inutile e dannoso castigo. Inutile perché l'ambiente carcerario non favorisce processi di cura di sé. Dannoso perché poter fare i conti con la propria dipendenza dimezza le probabilità – una volta liberi – di ricadere in comportamenti illeciti. Incarcerare in nome della sicurezza, dunque, produce maggiore insicurezza.

La realtà detentiva italiana, 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.
Inoltre, è stato dimostrato da diverse ricerche [(1)] che i consumatori molto spesso continuano a fare uso di droghe anche durante il periodo di detenzione (il mercato della droga in carcere pare essere uno dei più fiorenti).
Le precarie condizioni igieniche in carcere, congiunte alla pressoché totale assenza di politiche di riduzione del danno (quali la distribuzione di siringhe sterili), costituiscono elevati fattori di rischio per la trasmissione di malattie infettive per chi assume sostanze per via iniettiva.
Come se non bastasse, le condizioni attuali delle carceri del nostro Paese sembrano aggravare ulteriormente la situazione. Il periodo attuale si caratterizza infatti per il numero più alto di detenuti mai registrato nell'era

1 | European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions, *The State of the Drug Problem in Europe*, Office for Official Publication of the European Communities, Luxemburg 2006.

repubblicana: 68.121 presenze al 15 agosto 2010 [(2)], a fronte di una capienza regolamentare di circa 43.000 posti.

L'efficacia delle misure alternative al carcere

Sulla scorta della constatazione che l'ambiente carcerario spesso non offre le possibilità di cura adeguate, anzi può contribuire a peggiorare le prospettive di vita dei condannati tossicodipendenti sia in fase esecutiva sia al momento della liberazione, il nostro Ordinamento ha previsto la possibilità di scontare la pena in affidamento terapeutico piuttosto che in carcere.

L'AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI

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 alcoldipendenza. 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 alcoldipendenza 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.
In caso di concessione, la misura terapeutica può consistere nell'affidamento comunitario (il condannato è tenuto a seguire un programma di disintossicazione presso una comunità), oppure nel meno afflittivo affidamento ambulatoriale (il condannato è libero ma è sottoposto ad alcune restrizioni, nonché all'obbligo di intraprendere un percorso di cura della dipendenza in collaborazione con i presidi medici territoriali e con i servizi sociali).

2 | A un simile livello di sovraffollamento, da cui discende l'impossibilità di garantire il rispetto dei diritti umani più elementari, anche in considerazione delle gravi carenze strutturali e di personale, si è arrivati attraverso un percorso che ha visto una costante crescita delle presenze in carcere negli ultimi due decenni (nel 1990 i detenuti erano meno di 30.000).
Tale dinamica, caratteristica di tutti i Paesi occidentali, non è conseguenza di un aumento dei reati, come testimoniato dalle statistiche sulle denunce alle forze dell'ordine, ma sembra piuttosto interpretabile alla luce di un sempre maggior ricorso alla pena privativa della libertà per i soggetti più marginali. Dai dati sulla popolazione reclusa emerge infatti come *le categorie sociali meno integrate abbiano visto una progressiva sovrarappresentazione in carcere*: gli stranieri sono passati da poco più del 15% del 1990 a sfiorare il 40% delle presenze nel 2010; la percentuale di tossicodipendenti si aggira ormai da anni su valori vicini al 30%, la maggior parte dei quali deve scontare pene di breve durata, spesso per la commissione di piccoli reati contro il patrimonio o in violazione della normativa sugli stupefacenti.

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 Toscana, dal quale emerge come scontare la pena in affidamento esterno limiti 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 detenzione.

Scontare la pena all'esterno abbatte la recidiva

Un primo interessante lavoro, svolto da Emilio Santoro e Raffaella Tucci [3], ha mirato a stabilire quanto influisca sulla recidiva scontare la pena in affidamento piuttosto che in carcere. Oggetto dell'indagine è stato un gruppo campione di condannati, considerato cinque anni dopo la fine della misura alternativa. I risultati mostrano come scontare la pena in affidamento diminuisca sensibilmente i rischi di ricaduta nella commissione di comportamenti illeciti.
Il lavoro, commissionato dal Cssa (Centro servizi sociali per adulti) della Regione Toscana, ha avuto l'obiettivo di offrire ai propri operatori indicazioni circa l'efficacia dei loro interventi. I soggetti selezionati come campione della ricerca sono stati suddivisi tra affidati ordinari (affidati al servizio sociale) e affidati terapeutici (affetti da problemi di alcol o tossicodipendenza).
Il campione selezionato era composto da 75 persone in affidamento ordinario e da 77 in affidamento terapeutico, costituenti rispettivamente il 17,86% e il 34,84% dei casi in carico nella Regione Toscana nel periodo di riferimento. Solo le rilevazioni relative agli affidati con problemi di dipendenze da alcol o droghe arrivavano pertanto a coprire oltre un terzo del totale, così da poter essere ragionevolmente considerate rappresentative dell'intera categoria.
Nei cinque anni successivi alla fine dell'affidamento 34 soggetti, pari al 22,37%, avevano nuovamente commesso reati. Questa percentuale risultava piuttosto bassa, soprattutto se paragonata al dato diffuso dall'Istat, secondo il quale negli ultimi anni circa il 60% dei condannati in procedimenti penali aveva già subito una condanna. Questo confronto suggerisce come la probabilità di ricaduta in comportamenti illeciti sia decisamente più alta per chi ha scontato la pena in detenzione piuttosto che in misura alternativa.

3 | 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.

Importanti indicazioni riguardano, poi, l'esiguo numero di extracomunitari beneficiari della misura alternativa, a conferma della particolare difficoltà incontrata dagli stranieri nell'accedere ai benefici previsti dall'ordinamento, per via della frequente mancanza di alcuni requisiti necessari per la concessione delle forme alternative di espiazione della pena.

Espiare la pena in carcere aumenta il rischio recidiva

Altro lavoro da cui emergono significative indicazioni è quello svolto da Fabrizio Leonardi [4], direttore dell'Osservatorio sulle misure alternative presso la Direzione generale dell'Esecuzione penale esterna, nel 2005. La sua indagine ha mirato a stabilire, anche in questo caso, la portata del fenomeno della recidiva degli affidati in prova al servizio sociale, ma ha riguardato tutti coloro che in Italia hanno finito di scontare la misura nel 1998. Lo studio si rivela di particolare interesse soprattutto perché è l'unico che offre un dato preciso sulla recidiva penitenziaria.
Il periodo di riferimento è stato quello compreso tra il 1998 e il 2005. I soggetti coinvolti nella rilevazione sono stati 8.817, di cui 8.071 uomini e 746 donne. Recidive sono risultate 1.667 persone, pari al 19% del totale.
La rilevazione ha riguardato anche il tipo di affidamento e le modalità della sua concessione. Per le persone alcol o tossicodipendenti, beneficiarie dell'*affidamento terapeutico*, la percentuale di recidiva si assesta su valori prossimi al 30% per chi ne ha fruito dallo stato di libertà, mentre per chi ha ottenuto la misura dopo un periodo di carcerazione il tasso si colloca sul livello del 40%. Riguardo agli *affidati ordinari*, per i provenienti dalla libertà la percentuale di soggetti autori di nuovi reati risulta del 17%, mentre per i provenienti dalla detenzione si giunge a valori di poco superiori al 20%.
In relazione al genere, gli uomini mostrano una maggior predisposizione alla recidiva (19,6%) rispetto alle donne (12,6%).
Ma il dato più significativo riguarda il raffronto di questi valori con il tasso di recidiva dei condannati alla detenzione, usciti anch'essi nel 1998. Per questi ultimi il tasso di recidiva corrisponde, infatti, al 68,45% [5].

E allora perché così poche misure alternative?

Un recente lavoro si è proposto di indagare le cause che escludono gran parte dei condannati tossicodipendenti dalle misure alternative alla detenzione, e di valutare i primi effetti dei cambiamenti introdotti dalla cosiddetta legge Fini-Giovanardi. Il lavoro è consistito nell'analisi di istanze relative all'ammissione all'affidamento

4 | Leonardi F., *Le misure alternative alla detenzione tra reinserimento sociale e abbattimento della recidiva*, in «Rassegna Penitenziaria e Criminologica», 2, 2007.
5 | Nonostante i consueti motivi per cui queste rilevazioni vanno considerate con cautela (si deve ricordare che a fruire delle misure alternative sono solo le persone in possesso di determinati requisiti, quindi quelle meno svantaggiate nell'universo carcerario, e che la diagnosi sulla loro pericolosità sociale, che si svolge preliminarmente alla concessione, dovrebbe servire proprio a garantire una maggior probabilità di successo del reinserimento), la differenza appare ugualmente troppo marcata per essere spiegata esclusivamente in relazione a queste variabili.

terapeutico presentati nel 2003 (prima delle modifiche legislative) e nel 2007 (dopo tali modifiche) [6].

L'esclusione di chi è privo di risorse sociali

I risultati dimostrano che l'esclusione dai benefici di legge sembra operare in maniera sistematica verso tutti i condannati in situazione di maggior esclusione sociale. La ricerca testimonia infatti come, tra soggetti che arrivano a proporre l'istanza, generalmente ottengano la concessione della misura quelli che dispongono di una rete relazionale più solida. Le persone disoccupate o con un lavoro precario risultano invece fortemente penalizzate.
Infatti, dai dati sulle rilevazioni relative ai fascicoli del 2003 emerge come, a fronte di una percentuale di concessioni del 64,71% per coloro che al momento della richiesta erano in possesso di un'occupazione stabile, la percentuale diminuisca in maniera sensibile fra coloro che risultavano occupati saltuariamente (55,86%) e cali drasticamente fra i disoccupati (38,26%).
Tale ruolo discriminante della situazione occupazionale si accentua nel 2007. In quest'anno diminuiscono ulteriormente le concessioni per i soggetti privi di occupazione (35,63%) e, soprattutto, calano di otto punti percentuali le concessioni a soggetti provvisti di occupazione saltuaria (47,75%). Parallelamente aumentano di quasi 11 punti percentuali le concessioni per i soggetti occupati stabilmente (75% dei casi). Si registra quindi un'accentuazione nella correlazione fra posizione lavorativa e prognosi comportamentale.

Il problema degli stranieri irregolari

Un altro dato significativo riguarda gli stranieri che, in entrambi gli anni della rilevazione, rappresentano solo il 5% dei richiedenti, a fronte di una presenza in carcere vicina al 40%. Il *ricorso limitato degli stranieri all'affidamento terapeutico* assume, tra l'altro, proporzioni ancora più anomale se si considera che sono proprio questi ultimi a scontare con maggior frequenza condanne brevi, il più delle volte per reati contro il patrimonio o per violazione della normativa sugli stupefacenti.
La spiegazione del fenomeno è riconducibile al fatto che, per l'accesso a una qualsiasi misura alternativa alla detenzione, gli stranieri, a parità di posizione giuridica con gli italiani, incontrano spesso ostacoli insormontabili. La *mancanza del permesso*

6 | La ricerca, commissionata nel 2007 dal Ministero del Welfare e terminata nel mese di aprile 2009, è stata svolta da unità di ricerca di diverse Università (Bari, Bologna, Firenze, Padova e Torino). Nel tentativo di far luce sui nodi problematici sopra esposti, lo studio (in corso di pubblicazione) si è avvalso di strumenti di rilevazione sia quantitativi che qualitativi.
La raccolta dati quantitativa ha riguardato l'analisi di un campione rappresentativo di fascicoli presso i Tribunali di Bari, Bologna, Brescia, Catania, Firenze, Lecce, Milano, Palermo, Roma e Torino. Le rilevazioni qualitative sono state condotte tramite interviste a diverse figure professionali coinvolte nel processo decisionale, quali magistrati del Tribunale di sorveglianza, dirigenti e medici del SERT, operatori delle comunità terapeutiche, dirigenti e assistenti sociali UEPE (Ufficio esecuzione penale esterna), medici responsabili, medici del SERT interno e membri dell'équipe osservazione e trattamento degli istituti penitenziari, forze dell'ordine, avvocati e condannati tossicodipendenti.

LE MISURE ALTERNATIVE NON SONO UNO SCONTO DI PENA

Sulle misure alternative merita riportare queste riflessioni di Laura Baccaro:
«In questo scenario di pandemiche richieste sicuritarie le misure alternative alla detenzione non trovano molti sostenitori nell'opinione pubblica. Ci si dimentica che l'attività di rieducazione e le misure di reinserimento sociale vanno proprio nell'ottica sicuritaria per eccellenza. Infatti, quando si parla di "sicurezza", non si dovrebbe parlare solo del tempo "certo" di incapacitazione o reclusione di soggetti devianti ma soprattutto del tempo più lungo che trascorreranno una volta liberati. Nell'ottica perversa istillata dai mass media e dalla politica emergenza-sicurezza, sembra invece che dal carcere non si esca mai, cioè il carcere come contenitore dei problemi ibernati al suo interno…
Chiaramente le misure alternative si scontrano contro questa sorta di "certezza della sicurezza" perché vengono presentate quasi come una sorta di premio della devianza, un'impunità, cioè anche se si commettono reati non si viene puniti, intendendo che il carcere è la sola punizione esistente. Si è creata e alimentata culturalmente l'equazione "più carcere = più sicurezza"…
Ma attualmente assistiamo a un aumento senza sosta del numero di reclusi con le carceri invivibili, assenza di spazi e di attività, personale ridotto. In alcune carceri ci sono state azioni di protesta e di rivolta, subito passate sotto silenzio dalla stampa. Le uniche proposte del governo nel pacchetto sicurezza stabiliscono che, per finanziare l'edilizia carceraria, vengano utilizzati i fondi della Cassa delle Ammende, per legge destinati a sostenere i percorsi di reinserimento dei detenuti nella società e le famiglie di chi sta in carcere. Cioè nessuna azione è pensata a livello sociale. Anzi il numero di misure alternative è sceso a livelli storici, i Tribunali di Sorveglianza, sulla scia del sentimento sicuritario, faticano a concederle, a livello sociale non ci sono fondi così che il detenuto non ha la possibilità di accedere a un lavoro esterno e a un alloggio…
I cittadini italiani chiedono sicurezza. Hanno diritto alla sicurezza. Ma in che modo parcheggiare in celle invivibili i detenuti in attesa di nulla contribuisce alla sicurezza?
Dobbiamo sempre tenere a mente che il principale creditore della 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 diminuzione del crimine e della recidiva».

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

di soggiorno, infatti, preclude il soddisfacimento di alcuni parametri indispensabili per la concessione della misura.
L'impossibilità di stipulare un contratto di locazione a norma di legge, ad esempio, esclude dalla facoltà di scontare una pena presso la propria abitazione (come nel caso dell'affidamento terapeutico ambulatoriale), dal momento che l'assenza di una soluzione abitativa regolare impedisce alle forze dell'ordine di poter adempiere alla funzione di controllo delle prescrizioni della misura. Nel caso di istanza per l'affidamento comunitario, poi, solo se si è in possesso di una residenza regolare si ha diritto alla copertura delle spese per il trattamento da parte dell'Asl.
Inoltre, lo status di irregolare è accompagnato dall'assenza di un contratto di lavoro a norma di legge, elemento di grande rilevanza per l'ammissione alle misure alternative. L'esistenza di un'attività lavorativa, infatti, da un lato garantisce che il periodo di esecuzione della pena fuori dal carcere sia speso in modo proficuo, dall'altro costituisce spesso un incentivo verso la concessione poiché si tende, per quanto possibile in relazione alle esigenze cautelative, a evitare che il condannato perda il lavoro a causa della detenzione e si trovi disoccupato (condizione quest'ultima più facilmente criminogena).

Ulteriori ostacoli alla concessione di misure alternative alla detenzione sembrano essere la *scarsa informazione* e la *mancanza di una difesa di fiducia*. Dalla ricerca è emerso infatti come, anche nelle carceri che offrono la possibilità alle persone prive di permesso di soggiorno di eleggere la residenza presso l'istituto stesso, il numero di richieste da parte di stranieri estremamente esiguo.

Sviluppare politiche di inclusione sociale

Le ricerche sull'efficacia dei programmi terapeutici alternativi al carcere hanno evidenziato una minor tendenza alla ricaduta nella commissione di reati per chi ha scontato la pena in misura alternativa piuttosto che in carcere, soprattutto per quei soggetti che non sono mai passati per un periodo di detenzione [(6)]. Ma hanno anche mostrato come sia esiguo il numero di persone tossicodipendenti che ne beneficiano.
Riguardo alle dinamiche che impediscono l'accesso alle cure esterne per molti tossicodipendenti, l'unica soluzione al problema sembra passare per un'implementazione normativa volta a rendere più concreto il ricorso ai benefici previsti dalla legge per i condannati più marginali (i «detenuti sociali» per citare la definizione ripresa in quest'inchiesta). Fino a quando i soggetti in situazione di maggior disagio sociale non disporranno di un'effettiva possibilità di fruire del trattamento terapeutico esterno, non pare ipotizzabile una soluzione del problema.
La legge Fini-Giovanardi, però, non sembra essersi mossa in questo senso, e la principale modifica apportata, che ha previsto l'innalzamento della soglia di pena per fruire dell'affidamento terapeutico, non ha ottenuto un effettivo ampliamento 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).
Le riforme legislative non hanno dunque contribuito a limitare l'esclusione dai benefici previsti dall'ordinamento penitenziario che opera in maniera sistematica in particolare verso gli stranieri, e che costituisce, peraltro, una palese violazione dell'articolo 3 della Costituzione, laddove prevede l'uguaglianza di tutti i cittadini davanti alla legge. A parità di posizione giuridica, infatti, in fase di esecuzione penale sono riservati trattamenti differenti a seconda del livello di integrazione sociale del condannato.
I risultati delle ricerche suggeriscono quindi che solo il dispiegamento di efficaci politiche di inclusione può essere in grado di garantire la fruizione delle misure alternative a un maggior numero di detenuti. Poiché in fase decisionale requisiti quali il lavoro e la stabilità abitativa si dimostrano cruciali per l'ottenimento di un programma esterno al carcere, è su provvedimenti volti a offrire maggiori opportunità di inserimento sociale esterno che sembra si debbano orientare le risorse.

6 | Su questo aspetto di veda l'esperienza milanese, che ha fatto ormai scuola, raccontata nel viaggio tra le esperienze.

Curare la dipendenza nel tempo della pena

Perché bisogna invertire la rotta dal penale al sociale

di
Leopoldo Grosso

Se in questi anni (anche per l'illusione repressiva che l'impatto con il carcere potesse sviluppare una motivazione per la cura della dipendenza) si è operato secondo una logica che ha spostato la problematica dal sociale al penale, si tratta oggi di invertire la rotta. Non serve a nessuno, né al detenuto tossicodipendente né alla società, che il tempo della pena trascorra nel chiuso di un carcere, pieno di corpi ma vuoto di senso. Si tratta allora di rilanciare un piano di misure alternative alla detenzione, che si rivelano ben più efficaci del carcere nel prevenire la «doppia ricaduta» – nella dipendenza e nel crimine – una volta in libertà.

Il carcere continua a essere il punto di arrivo dell'esperienza di molte persone dipendenti da sostanze psicoattive. Non diversamente da quanto avveniva per le prime persone tossicodipendenti degli *anni '60* e dei *primi '70* (la cui unica risposta alternativa alla detenzione consisteva, allora, nell'ospedale psichiatrico).

Il carcere, esito di molte storie di dipendenza

Anche negli *anni '80*, nonostante l'applicazione della prima legge sulle dipendenze in Italia (che risale al 1975 [1]), il carcere non ha smesso di essere il terminale della fase di escalation della dipendenza per molte persone utilizzatrici di eroina per via endovenosa. L'«epidemia» della tossicodipendenza condusse molte persone alla vita di strada, a delinquere per procurarsi le dosi necessarie a evitare la carenza, e alla fine al carcere: condanne brevi, ma che diventavano lunghe per via del cumulo di reati commessi in successione.

Il carcere è stato ancora l'esito non solo di molte storie di dipendenza, ma anche di alcuni consumatori negli *anni '90*, quando la modifica della legge sulle dipendenze, la «Vassalli-Iervolino», su iniziativa del governo Craxi, introdusse nei fatti, insieme a molti altri cambiamenti, il reato di detenzione per uso personale, di cui si limitarono i danni col referendum abrogativo del 1992.

Intanto, altre sostanze psicoattive si affacciavano sul mercato – le cosiddette «nuove droghe» o sostanze di sintesi – rendendo più chiaro e netto il confine tra consumo e dipendenza, ma senza che si avvertisse il bisogno di adattare la legislazione al cambiamento del fenomeno che, sul piano della sua interpretazione e della sua ricaduta normativa, rimaneva appiattito sul concetto di tossicodipendenza.

Il carcere continua a essere il contenitore di persone dipendenti e consumatrici ancora in questo *primo decennio del 2000*, allorché, nonostante l'affermazione sul mercato e la prevalenza d'uso delle sostanze da prestazione (di cui il consumo di cocaina costituisce l'espressione più evidente), l'ulteriore modifica legislativa – la «Fini-Giovanardi» – aggrava le pene per i reati correlati alla dipendenza, «parifica» in una stessa tabella di gravità cannabis ed eroina eliminando distinzioni cliniche e giuridiche, introduce criteri restrittivi per la determinazione dell'uso personale e, in combinazione con altri dispositivi di legge, in particolare la cosiddetta ex-Cirielli, dispone la non applicazione dei percorsi alternativi alla detenzione per i recidivi.

L'attuale legislazione comporta un aspetto paradossale che svela l'ipocrisia dell'intento di chi, in coda di legislatura, l'ha imposta senza dibattito parlamentare. Il paradosso sta nel fatto che da un lato si amplia la possibilità, per le persone alcoldipendenti e tossicodipendenti (sia in custodia cautelare in attesa del processo sia condannate per via definitiva), di beneficiare di opportunità alternative allo stato di detenzione (fino a un cumulo di pena di sei anni di condanna), ma dall'altro si nega il ricorso a tale possibilità per chi è già incorso in una condanna.

Ciò fa sì che oggi i detenuti consumatori e dipendenti in Italia, in violazione della legge 309, pur con la contrazione dell'uso

1 | La legge del '75, fortemente voluta dalle forze sociali e politiche più sensibili, sostenuta anche con uno sciopero della fame da parte del Gruppo Abele, aprì le porte alla cura delle persone dipendenti, istituì i SERT e riconobbe gli sforzi del privato sociale e delle comunità terapeutiche. Consentì di evitare l'esito del manicomio, non però quello del carcere.

dell'eroina per via endovenosa avvenuta negli ultimi 15 anni (l'eroina assunta per via endovenosa espone al rischio più alto di induzione alla criminalità), siano stimati ancora intorno a più di un terzo della popolazione carceraria.

Ma quali storie approdano in carcere?

La dipendenza da sostanze psicoattive omologa gli stili di vita dei consumatori, ma non azzera le loro differenze.

Le storie con meno risorse sociali

La dipendenza non risparmia nessuna delle classi sociali, ma gli effetti negativi delle sue conseguenze si concentrano su coloro che possiedono meno strumenti: ossia coloro che sono meno protetti dalla famiglia, hanno più bassi livelli di istruzione, sono meno in grado di far valere i propri diritti. AIDS, altre malattie infettive e correlate alla dipendenza, rischio overdose e incidenti di varia natura indotti dallo stile di vita, ma soprattutto la carcerazione si distribuiscono in maniera inversamente proporzionale al reddito e alla cultura della classe sociale di appartenenza. La detenzione in particolare è un'esperienza che accomuna i più sprovveduti e coloro che per troppo tempo, per mantenersi la dipendenza, sono rimasti legati al carro della microcriminalità.

La dipendenza, come molte altre «malattie sociali», su cui confluiscono aspetti sanitari, culturali ed educativi, risponde a determinanti di salute che hanno a che fare con l'organizzazione complessiva dei sistemi sociali rispetto ai quali gli stili di vita risultano più una variabile dipendente che autonoma. L'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) non smette mai di ricordare come molti comportamenti ad alto rischio sanitario quali il fumo, l'assunzione di alcol, il consumo di sostanze psicoattive illegali presentino un gradiente sociale inverso molto pronunciato [(2)].

Una ricerca condotta dal DAP (Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del Ministero di Grazia e Giustizia) negli anni 2004-2006 su un campione di detenuti tossicodipendenti nei diversi carceri di Italia, evidenziava come tra le persone dipendenti in carcere la comorbilità tossico-psichiatrica (coloro per i quali allo stato di dipendenza si aggiungeva la diagnosi psichiatrica) riguardasse circa il 50% delle presenze, a testimonianza di una maggior fragilità di questa fascia di popolazione.

Lo zoccolo duro: le persone doppiamente recidive

Il carcere è stracolmo di persone dipendenti recidive. Persone tossicodipendenti che, 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), in secondo luogo la «ricaduta» nella criminalità quale ri-approdo, spesso inevitabile, per il mantenimento della propria dipendenza.

Talvolta non sembrano configurabili altri progetti di vita e il risucchio e il richiamo esercitato dai propri ambienti di appartenenza, che hanno connotato la propria gioventù e parte della vita adulta, appaiono

2 | Con *gradiente sociale di salute* si indica il legame esistente tra fattori sociali (istruzione, reddito, classe sociale…) e salute. Gradiente sociale inverso, riferito alla dipendenza, sta a significare che la probabilità di approdarvi e il rischio di conseguenze negative (sul piano sanitario e sociale) connesse a tale comportamento crescono in ragione inversa delle risorse sociali di cui gli individui dispongono.

fortemente intricati con la seduzione della sostanza stupefacente.
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 correlati – costituisce lo zoccolo duro delle presenze delle persone dipendenti in carcere. Nel grande *tourbillon* delle entrate e uscite dalle case circondariali e dagli istituti di pena, con l'elevata turnazione dei detenuti dipendenti, spesso per pene di lieve entità, le persone recidive, quasi «delinquenti abituali», rappresentano la sfida più difficile per gli educatori e gli operatori dei servizi di riabilitazione.
Talvolta ancora fortemente identificati nella propria dipendenza e stile di vita, altre volte impauriti e impotenti rispetto a meccanismi personali e di contesto di cui non sanno come liberarsi, più spesso a metà strada tra il vagheggiare un'alternativa senza solidi ancoraggi realistici e il rimanere posizionati sulle proprie abitudini rassicuranti nonostante tutto, tutti comunque manifestano comportamenti ambivalenti, contraddittori, passivo-aggressivi, con oscillazioni repentine tra entusiasmi e attivazioni illusorie da una parte e delusioni altrettanto improvvise a cui fanno seguito comportamenti recriminatori dall'altra.

I detenuti stranieri dipendenti: i più diseguali

L'esperienza della dipendenza, come quella del consumo di sostanze psicoattive illegali, è trasversale alla popolazione detenuta italiana e straniera.
Gli stranieri spesso risultano dipendenti come esito della deriva e del fallimento del loro progetto migratorio. Costretti, per la mancanza e il venir meno dei necessari supporti, oltreché, molto spesso, per la loro condizione di «clandestinità», a vivere in strada, su di essi l'alcoldipendenza e l'eroinadipendenza si innestano con relativa velocità, rendendo le persone ancora più emarginate e vulnerabili.
L'esperienza della *dipendenza*, insieme a quella della *vita di strada*, tende a omologare e appiattire i comportamenti su queste due uniche dimensioni, rendendo meno evidenti le differenze etniche e attenuando le specificità culturali. In carcere – e questo vale anche per la popolazione detenuta italiana – è importante tutelare le persone dipendenti rispetto ai consumatori, spesso ingaggiati in attività più connesse alla criminalità organizzata.
I detenuti dipendenti stranieri, come tutti i detenuti migranti, godono di meno benefici degli italiani e qualche giurista ha parlato di un vero e proprio *doppio ordinamento giuridico e penitenziario* a sfavore degli stranieri. Questi, nella stragrande maggioranza, non possono beneficiare dei permessi premio e ancor meno delle misure alternative, anche quando ne hanno diritto, per il semplice fatto che all'esterno non trovano gli appoggi sufficienti per una residenzialità, pur breve, in grado di fornire sufficienti garanzie alla magistratura di sorveglianza.
Di fatto i loro diritti, in quanto detenuti, vengono dimezzati. Anche la comunità terapeutica, rispetto alla quale il magistrato non avrebbe riserve, è spesso preclusa in quanto molte Asl non ritengono di doversi sobbarcare la retta per persone che non hanno un permesso di soggiorno (nonostante leggi e circolari ribadiscano il contrario).

Fenomenologia della esperienza carceraria

Non vi è un unico modo di vivere l'esperienza della detenzione. Essa può configurarsi come periodo di cambiamento o di radicamento del proprio percorso di vita.

L'impatto con la sezione «nuovi giunti»

La «prima volta» in carcere per alcuni è shock, per i più è l'inizio di un lento e faticoso processo di adattamento, per altri è un incidente di percorso previsto e messo in conto.

Le diverse reattività individuali al primo impatto con la realtà detentiva nelle sezioni «nuovi giunti» discriminano gli atteggiamenti in relazione a due questioni-chiave, che definiscono anche i più alti livelli di rischio:

- da una parte coloro che vivono con disperazione lo stigma della carcerazione in relazione al proprio ambiente di provenienza e all'immagine di sé;
- dall'altra coloro che patiscono la promiscuità dell'ambiente carcerario, la temono, dubitano di sapersene difendere anche in relazione al proprio stato di dipendenza.

Ai primi, spesso consumatori più che dipendenti, pare crollare un mondo addosso, e la drammatizzazione dell'esperienza carceraria costituisce un brusco confronto con il dato di realtà. In precedenza l'agio e la spensieratezza della vita condotta escludevano dal proprio orizzonte mentale la possibilità di un tale evento, in quanto il consumo e gli eventuali piccoli «traffici» connessi apparivano «naturali» nell'ordinarietà della gestione del proprio stile di vita.

Ai secondi la vulnerabilità derivante dallo stato di carenza per l'improvvisa assenza della sostanza, il timore di essere esposti a ricatti, il doversi confrontare con gruppi di detenuti con cui in strada si era entrati in conflitto, creano stati di ansia e agitazione non facilmente gestibili, che spesso contribuiscono ad avverarne le paure e al precipitare delle situazioni.

Superato lo shock del primo impatto

Col tempo, superata la crisi del primo impatto, subentra una fase in cui si tratta di fare i conti con regole, esplicite e implicite, con i comportamenti da assumere nei diversi contesti situazionali, con la gestione di appartenenze e gruppalità. Si tratta di organizzare i propri bisogni e interessi per reggere il trascorrere del tempo, riuscire a mantenere il minimo di privacy indispensabile, imbastire i rapporti con gli agenti e il personale psicoeducativo dell'istituzione.

In questa fase l'esperienza carceraria può significare un periodo di scelta o di non-scelta. La *scelta* può essere la conferma del proprio «destino di tossicomane» e del proprio progetto di vita negli interstizi del mondo della criminalità; oppure può configurarsi come scelta di reversibilità, di «rientro» nella «normalità» e di accettazione di un percorso riabilitativo e di reintegrazione sociale.

La *non-scelta* consiste invece nel lasciarsi vivere addosso le contraddizioni della carcerazione contingente, dalle quali si rimane irretiti in dinamiche che non aiutano a sciogliere le ambivalenze di fondo che accompagnano ogni stato di dipendenza. L'ambivalenza di base è costituita dal bisogno di continuare a essere quel che si è, che si scontra col desiderio di poter essere anche qualcosa d'altro, una diversa rappresentazione di sé, spesso evocata nei momenti di crisi e che richiede l'ingaggio in una progettualità alternativa.

Il rischio che prevalga l'adattamento all'istituzione

Spesso l'agito carcerario (ossia l'essere preda delle dinamiche di adattamento

all'istituzione) si impone come esperienza prevalente per molti detenuti e per i detenuti tossicodipendenti in particolare. Esso non consente di pensare e di scegliere, e conduce a un lungo periodo di non-scelta, di fatto protratto fino al «fine-pena», quando da «liberi» ci si cimenterà, con più o meno consapevolezza, con il rischio della «doppia ricaduta».
Il lungo tempo a disposizione del detenuto rischia così di essere apparente. Gli obblighi di comportamento tra i ristretti con lui e la passivizzazione indotta da una tv che costituisce l'unica finestra sul mondo rubano, proprio nella gestione della quotidianità minuta, la possibilità per il detenuto di capitalizzare diversamente il proprio tempo e metterlo a disposizione della riflessione.

Quale lavoro è possibile in carcere?

Le contraddizioni di cui sono portatori i detenuti tossicodipendenti e la necessità di fare i conti con alcune dinamiche della vita carceraria aprono lo spazio all'intervento degli operatori.
Tutti gli operatori ne sono coinvolti, indipendentemente dalle loro mansioni specifiche: sia gli agenti predisposti alla sicurezza sia gli educatori ministeriali e il personale sanitario preposto al trattamento.

Quattro indicazioni

Direttive ed esperienze europee, ma anche la legislazione italiana, l'ordinamento penitenziario e alcune «buone prassi» nazionali forniscono importanti indicazioni di lavoro. Si possono individuare quattro aree su cui è importante concentrare le proprie energie.

Assicurare continuità al trattamento o prendere in carico Alcune persone tossicodipendenti che approdano in carcere sono già conosciute dai servizi ambulatoriali dei SERT, mentre altre sono ancora sconosciute e fanno parte del cosiddetto «sommerso».
Per le prime il collegamento con il servizio di provenienza consente di ridefinire la terapia, affiancando a un intervento farmacologico antiastinenziale la rielaborazione delle situazioni e delle «scelte» che hanno portato alla detenzione. Aprire uno spazio di riflessione su quanto accaduto, in grado di spiegare e interpretare l'agito che ha condotto in carcere, significa mettere a fuoco dinamiche personali, relazionali e condizioni di contesto che costituiscono, se ci si riesce, un utile e indispensabile apprendimento per definire il programma futuro.
Per coloro che non sono conosciuti dai servizi, il carcere si conferma quale importante punto-rete per l'intercettazione dell'utenza sommersa e come opportunità per iniziare il percorso di cura della dipendenza.

Ridurre il danno e promuovere la cura di sé
Proteggere il detenuto dalla propria dipendenza, dalla possibilità di reiterare il proprio comportamento «tossico» anche in stato detentivo, sia compromettendosi in «giri» e commerci di varia natura con gli altri detenuti, sia con un viraggio sul consumo di psicofarmaci e alcol, costituisce una priorità.
Gli strumenti consistono soprattutto nel ricorso a una terapia di mantenimento metadonico ai dosaggi utili per la copertura del *craving*, che in Italia non è garantita in tutti gli istituti di pena (in nessun carcere invece è consentita la disponibilità di materiale sterile per il consumo di droghe, nonostante si siano ormai verificati numerosi episodi di overdose, anche fatali).
Nel tentativo di riveicolare un'attenzione positiva per il proprio corpo e per la propria salute, lo stato di detenzione dovrebbe poter costituire l'occasione, anche grazie alla presenza del sistema sanitario nazio-

nale, di accertare la presenza o meno di malattie droga-correlate, di effettuare gli *screening* necessari e avviare gli eventuali percorsi di cura.

Progettare il dopo: la reintegrazione sociale
Gettati i presupposti per la conduzione della terapia della dipendenza all'interno delle mura carcerarie, si tratta di definire, con la persona detenuta, un realistico progetto per il «dopo», in modo da riuscire a creare le condizioni per condurre, una volta «fuori», un diverso stile di vita.
Possedere una dimora e poter esercitare un lavoro in grado di fornire il reddito sufficiente per la propria autonomia personale sono le condizioni indispensabili anche per il successo della continuazione della cura presso i servizi ambulatoriali.
Aiuti materiali e concreti (accesso alla dimora e al lavoro), trattamento farmacologico anticraving, accompagnamento relazionale ed eventuale presenza di vincolo giudiziario, costituiscono gli «ingredienti» utili a sostenere la motivazione al cambiamento e alla realizzazione di un diverso progetto di sé. I quattro aspetti implicati si rinforzano vicendevolmente e l'indicatore più significativo è rappresentato dalla *compliance* al trattamento, non inficiata da sporadici e limitati episodi di consumo, su cui è importante aprire una riflessione, ma che da segnali di allarme non possono essere considerati di per sé rivelatori del fallimento del progetto.

Prevenire la ricaduta e i rischi connessi alla scarcerazione È noto come le prime otto settimane dall'uscita dal carcere rappresentino il più alto rischio di overdose.
La ritrovata situazione di libertà, l'essere circondato dagli amici di sempre, il ritrovarsi in situazioni di alta esposizione al consumo, il riproporsi di stimoli condizionati, oppure il semplice desiderio di «festeggiare» l'avvenuta scarcerazione nel modo più consueto, costituiscono (considerato l'equilibrio dei nuovi assetti fisiologici dell'organismo in virtù di una diminuita tolleranza all'eroina) un rischio elevato in molti casi rivelatosi fatale.
La prevenzione più efficace abbina lo strumento farmacologico («sostitutivo» di protezione) con un lavoro di almeno tre incontri specifici mirati all'acquisizione delle necessarie consapevolezze e delle relative abilità di *coping*. L'aggancio al servizio e la continuità della cura «dentro-fuori» ne sono i presupposti.

Per un piano nazionale di misure alternative

Tuttavia la realizzazione di queste quattro aree di lavoro rischia di essere impedita da un'*emergenza* (termine riduttivo e inappropriato) già da tempo denunciata: il sovraffollamento carcerario, dovuto a una legislazione che favorisce sempre di più percorsi che dal sociale portano al penale.

Garantire i diritti dei detenuti alla cura
Perché si possa ridurre il sovraffollamento di detenuti che oggi rende irrealizzabile il dettato legislativo della legge 309 sulla dipendenza, diventa essenziale predisporre un progetto nazionale con l'obiettivo di programmare e definire, nella piena applicazione della normativa vigente, progetti individuali di misura alternativa per i detenuti dipendenti che ne hanno diritto.
Si tratta di renderne effettiva la realizzazione nei diversi contesti territoriali, oppure nelle comunità terapeutiche e riabilitative che si dichiarano disponibili ad accogliere le persone dipendenti che lo desiderino e per le quali il magistrato non ritenga opportuno l'affidamento ai servizi territoriali.

L'iniziativa, che per essere efficace deve possedere un respiro nazionale, si pone lo scopo di portare a regime l'applicazione del dettato legislativo, e quindi non si configura come un piano «una tantum», che non abbia continuità nel tempo.
L'obiettivo è istituire un dispositivo permanente in grado di garantire i diritti dei detenuti tossicodipendenti alla cura in misura alternativa, in modo da creare un costante flusso di uscita (meglio ancora sarebbe di non ingresso, se si generalizzasse la vecchia esperienza del «SERT in Pretura») che eviti il ricrearsi di situazioni di sovraffollamento delle carceri con la conseguenza di peggiorare la qualità della vita di tutti i detenuti. L'indicatore più tragico di questa situazione è l'aumento delle morti in carcere.

Migliaia di detenuti rimangono esclusi

La necessità di rilanciare un piano nazionale che implementi le misure alternative nasce dal constatare che migliaia di detenuti tossicodipendenti e alcoldipendenti ristagnano in carcere quando potrebbero viceversa fruire di percorsi di cura alternativi. Le ragioni del mancato ricorso a questo dispositivo legislativo appaiono molteplici:
• la scarsa informazione tra i detenuti (in particolare stranieri);
• la parziale assenza di copertura giuridica da parte degli avvocati difensori;
• l'esiguità temporale di molte condanne che è uguale o addirittura inferiore al tempo della procedura per ottenere la misura;
• il debole investimento dei servizi nel predisporre progetti alternativi comunque impegnativi (si privilegia una logica selettiva rispetto ad alcuni «casi», in genere già noti e conosciuti dai servizi stessi);
• la scarsa dotazione di risorse umane e finanziarie a disposizione per la realizzazione di tali progettualità;
• la propensione delle ASL al risparmio in questo tipo di settore;
• l'esiguità della retta di rimborso alle comunità terapeutiche;
• l'orientamento della magistratura, e della magistratura di sorveglianza in particolare, nel privilegiare la misura degli arresti domiciliari in comunità terapeutica, all'interno di una nuova tendenza (che si è imposta di recente) che ha registrato la drastica diminuzione delle concessioni di ogni opportunità di conversione della pena.

Chi dovrebbe accedere alle misure alternative

La *diagnosi clinica della dipendenza* dovrebbe costituire l'unico criterio discriminatorio per l'accesso a misure alternative alla carcerazione, indipendentemente dal tipo di reato commesso, da quale sostanza consumata, dalle vie di assunzione utilizzate.
Se per le persone dipendenti da eroina per via endovenosa l'esame medico obiettivo, la storia pregressa di trattamenti documentati, la presenza di patologie correlate possono fornire elementi sufficientemente validi per la diagnosi, non è invece così per tutte le persone consumatrici o dipendenti da altre sostanze di cui, in particolare, non viene fatto un uso endovenoso.
Per queste situazioni, sempre più presenti all'interno del carcere, bisogna ricorrere agli esami di laboratorio e in particolare all'esame che più di ogni altro è in grado di documentare nel tempo a ritroso il correlato biochimico di un consumo quantomeno continuativo: l'«esame del capello».
Anche per questo motivo risulta difficile fare una stima di quanti siano oggi i detenuti dipendenti, al di là del fatto che siano recidivi o meno, che possono o non possono fruire delle misure alternative.
Il calcolo non può che essere condotto Regione per Regione, sommando i dati che

vengono riportati da ogni SERT per ogni istituto di pena per quanto riguarda il numero delle persone dipendenti diagnosticate al momento (al netto della lista di attesa e dei tempi delle procedure diagnostiche) e trattate.
Alla rilevazione di tale dato si dovrebbe accompagnare la valutazione della situazione giuridica, per capire di quanto si riduca il numero degli aventi beneficio alla pena alternativa alla detenzione, sempre che, su iniziativa legislativa, non si decida di rivedere la norma (la legge ex Cirielli) che esclude dai benefici le persone recidive, almeno per quelle dipendenti, costituendo la recidiva (come sostiene una nota definizione dell'OMS) la caratteristica principale delle situazioni di dipendenza.

LA DIFFICOLTÀ DI DISCRIMINARE CHI HA DIRITTO E CHI NO

Il personale dei SERT, oggi preposto come sistema sanitario nazionale alla diagnosi di dipendenza in carcere, deve riuscire a distinguere tra:
- il consumatore occasionale o controllato di cocaina, che è talvolta usato come pedina del narcotraffico, soprattutto per il trasporto della merce (si pensi a chi usa il proprio stomaco come contenitore di «ovuli» di cocaina nel trasporto aereo e non solo) e può essere anche condannato per associazione a delinquere;
- colui che commette un crimine, sovente non premeditato, proprio perché sotto effetto di una sostanza eccitante pur consumata sporadicamente;
- chi, trovato in possesso di un quantitativo di sostanza psicoattiva giudicato superiore al consumo personale, può risultare o una persona dipendente dedita allo spaccio, oppure una persona che ricava un certo business dal suo trafficare, ma non è dipendente perché fa un uso della sostanza compatibile e controllato, riuscendo a non usarla quotidianamente e a dosi non elevate.

L'importanza di distinguere è data dalla necessità di discriminare chi è ammissibile e chi no ai benefici di legge per quanto riguarda la fruizione delle misure alternative.

Per una legislazione che inverta la rotta

Se in questi anni, anche per l'illusione repressiva che l'impatto giudiziario potesse comportare lo sviluppo di una motivazione per la cura della dipendenza, si è operato secondo una logica che di fatto ha spostato la problematica dal sociale al penale, si tratta oggi di invertire la rotta.
Non si tratta di rinunciare al vincolo penale per coloro che hanno commesso reati perché indotti da uno stato di dipendenza. Si tratta di rinunciare alla detenzione perché inefficace come strumento di cura, e spesso iatrogeno. 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.
Ciò impone una revisione della normativa esistente, in più di una direzione: dalla riforma del processo penale (non bisogna mai dimenticare il fatto che il 60% dei detenuti è in attesa di giudizio, e che il ricorso alla custodia cautelare si abbina alla lunghezza dell'attesa e della celebrazione del processo), alle modifiche della legge sull'immigrazione là dove i migranti sono discriminati rispetto all'uguaglianza del diritto nei confronti dei cittadini italiani, alla soppressione dell'ex Cirielli nella parte riguardante la recidiva, all'abolizione della Fini-Giovanardi nel correttivo posto alla 309.

Leopoldo Grosso, psicologo, è vice presidente dell'Associazione Gruppo Abele di Torino: universtrada@gruppoabele.org

Il corpo e lo spazio della pena
Architettura, urbanistica e politiche penitenziarie

a cura di Stefano Anastasia, Franco Corleone, Luca Zevi.

2011 – EDIESSE
13,00 Euro
ISBN 978-88-230-1601-9



La vertiginosa crescita delle incarcerazioni nell'ultimo ventennio ha fatto esplodere il problema del sovraffollamento penitenziario, e con esso quello della qualità della pena nel rispetto della dignità della persona detenuta. Tra timide riforme e occasionali provvedimenti deflattivi, la costruzione di nuove carceri e la saturazione di quelle esistenti continuano a dominare l'agenda politica.

La struttura architettonica, la qualità edilizia e la collocazione urbanistica del penitenziario corrispondono alla sua funzione e al modo di interpretare la pena privativa della libertà. Chi si propone di riformare la pena non può rinunciare, quindi, a ripensare lo spazio penitenziario, almeno fino a quando il carcere resterà dominante nelle nostre culture e nelle nostre pratiche punitive.

Testi di Sebastiano Ardita, Vittorio Borraccetti, Cesare Burdese, Alessandro De Federicis, Patrizio Gonnella, Francesco Maisto, Corrado Marcetti, Alessandro Margara, Mauro Palma, Sonia Paone, Eligio Resta, Leonardo Scarcella, Adriano Sofri, Maria Stagnitta, Grazia Zuffa.

Stefano Anastasia, ricercatore in Filosofia e Sociologia del diritto nell'Università di Perugia, è stato presidente dell'associazione Antigone e della Conferenza nazionale del volontariato della giustizia.

Franco Corleone, sottosegretario alla Giustizia dal 1996 al 2001, è Garante dei detenuti nel Comune di Firenze e presidente della Società della Ragione.

Luca Zevi, architetto e urbanista, direttore del «Manuale del Restauro Architettonico» e del «Nuovissimo Manuale dell'Architetto », ha insegnato nelle Università di Roma e Reggio Calabria.

Giovanni Torrente, Claudio Sarzotti

Dieci anni di Sert nelle carceri
Quando la cura incontra la custodia

Da ormai dieci anni i servizi per le dipendenze entrano in carcere per curare le persone tossicodipendenti. Per la prima volta le logiche della custodia – tipiche dell'istituzione penitenziaria – si devono confrontare con le logiche della cura – proprie della sanità territoriale. Un incontro/scontro tra culture antitetiche che, a guardare le esperienze di questi anni, lascia irrisolto un quesito. Quanto gli esterni sono in grado di cambiare il carcere e quanto, invece, è il carcere a produrre un processo di istituzionalizzazione sugli operatori che vi entrano?

Con il Dpr 230 del 1999 la competenza per la tutela della salute in ambito carcerario è passata dal Ministero di giustizia a quello della salute. Era una legge da tempo attesa fra i sostenitori di un approccio al tema dell'esecuzione penale affine a quello che, ormai quasi 25 anni prima, aveva condotto alla riforma dell'Ordinamento penitenziario (con la legge 354 del 26 luglio 1975). Il permanere di una separazione tra la sanità pubblica e la sanità carceraria era infatti visto come un'anomalia, non coerente con gli *intenti di democratizzazione nell'esecuzione della pena* che avevano spinto all'approvazione del nuovo Ordinamento. Inoltre, relativamente alla materia della tossicodipendenza in carcere, la separazione era individuata come una delle ragioni dell'arretratezza del servizio sanitario rivolto ai detenuti tossicodipendenti [(1)].

Una grande riforma di civiltà

Com'è noto, l'attuazione della riforma sanitaria ha conosciuto un percorso a dir poco travagliato e solo oggi, a più di dieci anni dall'emanazione del decreto, il passaggio di consegne della medicina in carcere

1 | Tale arretratezza si manifestava, tra l'altro, attraverso un approccio culturale che negava la possibilità che in qualche modo la droga entrasse in carcere, rifiutando quindi qualsiasi politica di riduzione del danno all'interno degli istituti penitenziari. Al contrario, i casi di *overdose* verificatisi negli anni hanno dimostrato come questa possibilità sia tutt'altro che remota.

comincia a essere realtà. Le ragioni di tale ritardo sono squisitamente politiche e sono state ben sintetizzate da uno dei padri della riforma dell'allora ministro Rosy Bindi, ovvero Bruno Benigni:

> Purtroppo le riforme in Italia, per quanto giuste e civili, hanno il ricorrente e triste destino di cadere nelle mani di coloro che le hanno osteggiate e che sono portatori di culture diverse, spesso opposte. Così è accaduto con la legge 833, con la legge 180 e con la legge 194, tutte del 1978, approvate nella fase dei governi di solidarietà nazionale e tutte gestite negli anni a seguire da ministri liberali che in Parlamento, ironia della sorte, avevano votato contro quelle leggi. [2]

Così è stato anche per la legge 230 del 1999. Emanata da un governo di centro-sinistra, è stata insabbiata da un governo di centro-destra e riavviata da un successivo governo di centro-sinistra, mentre un nuovo governo di centro-destra è chiamato oggi a fornirne la completa attuazione.
L'ambito della tossicodipendenza costituisce in parte un'eccezione al clima di ostruzionismo che ha accompagnato l'entrata in vigore del resto della riforma. Infatti, da dieci anni ormai i SERT afferenti alle ASL territoriali operano all'interno delle carceri.

I SERT, testa di ponte della sanità in carcere

Non è ancora possibile proporre considerazioni definitive sull'impatto prodotto dall'ingresso dei SERT nelle carceri. Tuttavia l'esperienza maturata permette di avanzare alcune prime considerazioni che muovono dal confronto fra quelli che erano gli obiettivi della riforma e i punti di forza e di debolezza che si sono rivelati nella sua applicazione.

Gli obiettivi della riforma del 1999

Tra gli obiettivi più rilevanti della riforma, due più di altri la caratterizzano. Tali obiettivi possono essere definiti come le funzioni manifeste della normativa, vale a dire gli *scopi espliciti* che l'intervento legislativo si è proposto.
• *Una maggior qualità del servizio sanitario penitenziario*, sulla base del principio costituzionale secondo il quale la persona detenuta è titolare di tutti i diritti soggettivi riconosciuti al cittadino purché compatibili con il suo stato di privazione della libertà (principio più volte ribadito dalla Corte Costituzionale dopo la «storica» pronuncia n. 26 del 1999). Tra questi diritti compatibili quello alla salute è senza dubbio uno dei più rilevanti e dei più «a rischio» in condizioni detentive che non rispettino la dignità della persona reclusa così come previsto dall'art. 27 della nostra Costituzione. Rischio che viene sottolineato da tempo dalle normative internazionali, che hanno introdotto anche nel nostro Ordinamento il principio della «parità di trattamento» e di «equivalenza delle cure» tra cittadini reclusi e cittadini in stato di libertà.

2 | Benigni B., *La salute in carcere: una riforma da applicare*, in «Antigone», 1, 2009, p. 131.

• *Un più razionale ed efficace utilizzo delle risorse umane e finanziarie nel settore della sanità*, sulla base di un giudizio non positivo della situazione precedente che è stata efficacemente descritta dal rapporto ispettivo della Corte dei Conti del 2005 – rapporto nel quale sono stati evidenziati sprechi, incongruenze e arretratezze di un sistema sostanzialmente poco trasparente e quindi a forte rischio di corruzione. Un sistema che, tra l'altro, per mantenersi a galla doveva già ampiamente avvalersi in molte realtà locali delle risorse dell'ente regionale, in una situazione peraltro di poca chiarezza rispetto all'efficacia e al controllo della spesa pubblica.

Accanto a tali obiettivi primari, è possibile individuare almeno *altri tre obiettivi*, che potremmo definire *latenti*, impliciti, ma non per questo meno importanti.
• *Il decentramento organizzativo del sistema penitenziario.* La riforma della sanità penitenziaria rappresenta uno dei più rilevanti tentativi di attuare questo principio qualificante della riforma del 1975. Il legislatore del 1975, com'è noto, auspicava una società dei liberi che si facesse carico dell'esecuzione penale e che intervenisse ampiamente all'interno del carcere anche attraverso la gestione di specifiche attività intramurali (si pensi a quelle culturali). L'organizzazione di un servizio così delicato come quello sanitario da parte di organismi che possiedono sede, background professionale, dinamiche organizzative estranee all'universo dell'istituzione totale rappresenta certamente una straordinaria occasione per rilanciare tale obiettivo programmatico.
• *Apertura del carcere al territorio*. Tale obiettivo è strettamente legato al precedente. L'ingresso dei SERT nelle carceri, favorendo il contatto tra stili organizzativi e di leadership provenienti da realtà istituzionali e professionali molto eterogenee (il sistema sanitario nazionale e quello penitenziario), costituisce un passo nella direzione auspicata dal legislatore: una maggior democratizzazione dell'istituzione carceraria.
• *Partecipazione della popolazione detenuta alla vita carceraria come strumento trattamentale.* Anche questo era un obiettivo tra i più qualificanti della riforma del 1975. La sfida di allora era quella di considerare il detenuto una persona adulta che, mediante la partecipazione all'organizzazione della vita carceraria, potesse riacquistare un'autonomia sociale e relazionale resa precaria dalla condizione detentiva. In tale prospettiva, anche il diritto alla salute inteso come acquisizione di stili di vita responsabili verso il proprio e l'altrui benessere potrebbe essere uno straordinario strumento educativo (si pensi alle strategie di prevenzione del rischio contagio HIV).

Obiettivi raggiunti? Sì e no

Dopo dieci anni dal passaggio delle competenze in capo al Ministero della salute è lecito domandarsi in quale misura tali obiettivi, seppur limitatamente al caso delle tossicodipendenze, siano stati raggiunti.
Nel tentativo di proporre spunti di discussione, è possibile affidarsi alle osservazioni avanzate dagli organismi che si occupano di monitorare le condizioni di detenzione.

In particolare, nel nostro caso intendiamo riferirci ai riscontri prodotti dall'osservatorio sulle condizioni detentive dell'associazione Antigone [3].

I passi avanti nella cura delle dipendenze

Relativamente all'impatto della riforma sulla cura delle tossicodipendenze, occorre da subito affermare che quello che emerge è un quadro sostanzialmente positivo.

Più personale ha prodotto più qualità

In primo luogo, l'ingresso dei SERT nelle carceri ha avuto impatto positivo da un punto di vista che potremmo definire «quantitativo». Durante le visite di Antigone nelle carceri si è infatti potuto osservare come il personale del SERT negli istituti sia spesso composto da équipe di medici, psicologi, educatori, assistenti sociali e altri specialisti nella cura delle tossicodipendenze *in misura adeguata* rispetto all'entità del fenomeno all'interno del carcere visitato.
In diverse occasioni, anzi, si è potuto osservare come il personale a disposizione per la cura delle tossicodipendenze sia, in proporzione, assai superiore rispetto alle evidenti carenze di personale che caratterizzano gli altri settori dell'amministrazione penitenziaria. Non è così raro il caso in cui, soprattutto nei piccoli istituti, il numero di educatori e psicologi forniti dall'ASL sia superiore al totale di professionisti appartenenti a tali figure assegnati all'istituto per l'assistenza ai detenuti non tossicodipendenti [4].
In relazione al primo obiettivo manifesto della normativa, è quindi possibile affermare che i riscontri sin qui emersi paiono suggerire un miglioramento del servizio penitenziario in materia di cura della tossicodipendenza, perlomeno dal punto di vista delle risorse destinate al servizio e dei progetti attuati.

La logica custodiale ha dovuto confrontarsi con la logica della cura

In secondo luogo, la riforma ha presentato aspetti positivi su un piano che potremmo definire «qualitativo». L'apertura del carcere nei confronti dell'esterno, come detto, è un fattore determinante ai fini di una *maggiore democratizzazione* dell'istituzione carceraria. In questo senso il decentramento organizzativo sembra aver prodotto un mutamento sostanziale all'interno di una struttura tradizionalmente assai verticistica.
L'ingresso di personale non direttamente dipendente dall'amministrazione penitenziaria ha contribuito a innescare, seppur limitatamente all'ambito di cura delle

3 | L'associazione Antigone da diversi anni si occupa di compiere un monitoraggio indipendente sulle condizioni detentive nelle carceri italiane, attraverso l'analisi di alcuni parametri di vivibilità delle prigioni. Una caratteristica peculiare di tale osservatorio è il fatto che gli esperti dell'associazione entrano in carcere, intervistano gli operatori penitenziari e, soprattutto, osservano in prima persona le condizioni di detenzione all'interno degli istituti visitati. Al termine di un ciclo annuale di visite l'osservatorio produce un rapporto pubblico sulle condizioni detentive negli istituti di pena nazionali. L'ultimo rapporto di Antigone (il settimo) è stato pubblicato nell'ottobre 2010 e si intitola *Da Stefano Cucchi a tutti gli altri. Un anno di vita e morte nelle carceri italiane*.
4 | In alcune situazioni, le sezioni riservate a detenuti tossicodipendenti che hanno intrapreso un percorso di cura risultano essere vere e proprie isole felici rispetto al resto del carcere.

tossicodipendenze, procedure di azione spesso sconosciute alla stessa amministrazione. In particolare, il confronto fra cultura custodiale del carcere e cultura della cura della persona che caratterizza gli operatori del SERT pare – anche se solo in parte e con tutte le differenze dei singoli casi – costituire una prima bozza del lavoro di rete che dovrebbe essere la via per un miglioramento del servizio penitenziario in un'epoca di affermazione del *New Public Management*.
Ovviamente, tali modifiche operative sostanziali sono maggiormente riscontrabili all'interno di quelle sezioni, costituite all'interno di alcuni istituti, riservate a detenuti che hanno intrapreso un percorso di disintossicazione dalle sostanze stupefacenti. In tali sezioni è evidente come le prassi operative siano sostanzialmente differenti rispetto a quelle delle altre zone del carcere, attraverso una maggiore attenzione alla persona, anche a discapito delle esigenze strettamente legate alla custodia dei detenuti.

Ma alcuni nodi restano problematici

Il giudizio sostanzialmente positivo in relazione ad alcuni dei principali obiettivi della riforma non deve tuttavia essere inteso come assenza di nodi problematici.

Operatori a rischio istituzionalizzazione

Dal punto di vista dell'impatto prodotto dall'ingresso di operatori esterni in carcere, un quesito appare al momento irrisolto: *quanto gli esterni sono in grado di cambiare il carcere o quanto, piuttosto, è il carcere a produrre un processo di istituzionalizzazione sugli operatori che vi entrano?* L'osservatorio di Antigone ha rilevato situazioni nelle quali gli operatori esterni in breve tempo hanno acquisito le logiche dell'istituzione penitenziaria, di fatto non caratterizzando il proprio agire in maniera molto differente rispetto agli altri operatori.

QUANDO IL CARCERE COLONIZZA LE MENTI DEGLI OPERATORI

Nel corso delle interviste svolte da Antigone, alcuni operatori penitenziari hanno affermato che al momento dell'entrata in vigore della riforma avevano il timore dell'impatto prodotto dall'ingresso di operatori esterni al carcere.
In particolare, temevano un eccesso di richieste di traduzione dei detenuti in ospedale per visite o esami.
Alcuni intervistati hanno tuttavia affermato che «per fortuna, i nuovi operatori hanno capito velocemente dove si trovavano», adeguandosi di conseguenza alle esigenze del carcere.
Tali dichiarazioni inducono il timore che in alcuni istituti di pena la logica della sicurezza, che è propria dell'istituzione penitenziaria, possa prevalere anche nei confronti di quegli operatori esterni che si trovano a lavorare in ambito carcerario.
Se tale impatto fosse generalizzato si vedrebbero vanificati i possibili effetti di un maggiore pluralismo in carcere che la riforma avrebbe dovuto comportare, e seri interrogativi dovrebbero essere avanzati anche sul possibile reale impatto della riforma della sanità penitenziaria nel suo complesso.
In questo senso, il lavoro di rete, attraverso il continuo confronto fra l'istituzione carceraria e l'esterno, potrebbe costituire un vero e proprio antidoto a tale processo di istituzionalizzazione.
L'obiettivo dovrebbe quindi essere quello di disporre di una pluralità di operatori che – fra l'altro – operano anche in carcere, portando quindi all'interno dell'istituzione una cultura propria dell'esterno, senza lasciarsi pertanto travolgere dalle logiche della prigione.

Una riforma a macchia di leopardo

Le informazioni che si ricavano dalle visite effettuate mostrano inoltre *significative differenze in relazione ai singoli istituti* e sulla base delle dinamiche che si realizzano al loro interno. Ciò che, in generale, appare è come istituti che già potevano vantare forti relazioni con l'esterno abbiano colto l'occasione della riforma per incrementare tali relazioni.
Al contrario, istituti che si caratterizzavano per una gestione autoreferenziale e chiusa verso la comunità esterna non paiono aver mutato tale atteggiamento culturale, in qualche modo coinvolgendo anche gli operatori esterni che si sono ritrovati a lavorare al loro interno.

Molta confusione su chi oggi sia da considerare «tossicodipendente»

Dal punto di vista della gestione della tossicodipendenza in carcere, numerosi interrogativi paiono invece correlati al fatto che non si è aperto un confronto tra operatori esterni, operatori interni e magistratura sul cambiamento degli stili di consumo. Un nodo problematico è oggi quello della definizione del tossicodipendente.
Com'è noto, infatti, proprio in questi ultimi anni si sono riscontrati significativi mutamenti nel consumo di sostanze stupefacenti. A fronte di una relativa diminuzione nel consumo di eroina, e quindi della (quasi) scomparsa della figura «classica» del tossicodipendente eroinomane, appaiono sulla scena una pluralità di nuove figure di consumatori, caratterizzati spesso dall'assunzione di una molteplicità di sostanze e da situazioni in cui la dipendenza del consumatore è di difficile definizione.

OGNI SERT CERTIFICA LA TOSSICODIPENDENZA IN MODO DIVERSO

Uno studio in materia, condotto da un team di ricercatori delle università di Torino, Padova, Bologna, Firenze e Bari (commissionato nel 2007 dal ministro della solidarietà sociale del governo Prodi, Paolo Ferrero), i cui risultati sono attualmente in corso di pubblicazione, ha rilevato come i mutamenti negli stili di consumo abbiano contribuito a produrre prassi nella certificazione dello stato di tossicodipendenza differenti fra i singoli SERT.
Tale diversità negli orientamenti comportamentali può essere schematizzata all'interno di una *duplice tendenza*:
• una prima, di carattere restrittivo, è volta a concedere la certificazione dello stato di tossicodipendenza soltanto a coloro che appaiono tossicodipendenti acclarati, spesso facendo riferimento a una nozione di dipendenza conforme a un modello di consumatore «eroinomane classico»;
• una seconda propende per una certificazione positiva anche nei confronti di altri soggetti consumatori di sostanze la cui definizione di tossicodipendente appare meno chiara, soprattutto se rapportata a una visione tradizionale del fenomeno.
In mezzo a tali tendenze di carattere opposto, si ravvisa una pluralità di prassi operative differenti che determinano un elevato indice di incertezza su cosa debba intendersi per tossicodipendente e su quali siano le possibilità per un detenuto di essere certificato tale sulla base dell'istituto cui è assegnato.
È appena il caso di sottolineare come tali differenti prassi (oltre a determinare un elevato indice di inaffidabilità dei dati statistici sulla popolazione detenuta tossicodipendente) mettano potenzialmente in crisi sia l'obiettivo primario della riforma – vale a dire la tutela della salute del cittadino detenuto – sia quello correlato della maggiore partecipazione dei detenuti alla vita carceraria. In questo senso, appare opportuno sviluppare con maggiore frequenza momenti di confronto fra operatori, carcere e comunità esterna, in vista sia di una discussione del problema che di un confronto sulle linee operative adottate.

Troppo pochi tossicodipendenti accedono alle misure alternative

Un ultimo nodo critico che attualmente pare accompagnare la cura delle tossicodipendenze in carcere è la concreta difficoltà da parte dei SERT nell'avviare percorsi che offrano al detenuto la possibilità di scontare parte della pena in misura alternativa. Malgrado le possibilità formalmente offerte sul piano legislativo, vi è uno scarso accesso alle misure alternative da parte delle persone tossicodipendenti detenute. Inoltre, tale accesso appare come altamente selettivo [5].

Al riguardo, occorre ravvisare come gli affidamenti terapeutici si scontrino con sempre più frequenza con una scarsità di risorse che limita la possibilità di concessione del beneficio. Gli affidamenti comunitari richiedono infatti un contributo finanziario da parte degli enti locali per il pagamento delle rette. E siccome la giurisprudenza di molti tribunali di sorveglianza attribuisce una netta preferenza agli affidamenti comunitari rispetto a quelli ambulatoriali (in ragione del più elevato livello di controllo che le comunità possono garantire rispetto a un SERT), ciò determina che, in presenza di risorse sempre più ridotte, gli operatori si trovino di fronte alla *necessità di svolgere una selezione* che inevitabilmente si fonda sulle possibilità di buona riuscita del percorso.

Come non escludere gli esclusi?

L'accesso alle misure alternative da parte dei soggetti tossicodipendenti non pare costituire un'eccezione al processo di accesso selettivo alle misure extra-carcerarie che caratterizza tutto il sistema dell'esecuzione penale.

Il carcere, società diseguale

Anche in questo caso, la disponibilità di risorse individuali e sociali, di abilità spendibili ai fini del processo di risocializzazione, di una rete esterna al carcere, si rivelano strumenti indispensabili per poter accedere alla misura [6].

Coloro che appaiono esclusi dalla misura alternativa sono ancora una volta *gli ultimi*. O coloro che, utilizzando la terminologia di Goffman, non hanno imparato, o non sono in grado, di «lavorarsi il sistema» [7] (mancata conoscenza della normativa, incapacità di dimostrare una reale volontà di affrancarsi dal consumo di sostanze, scarse abilità relazionali con gli operatori, ecc.) oppure ancora coloro che non hanno risorse esterne sufficienti per garantirsi una prognosi risocializzativa favorevole.

5 | Per i dati relativi all'accesso alle misure alternative da parte dei soggetti tossicodipendenti si rimanda all'articolo di Giovanni Jocteau, *Le misure alternative riducono le recidive*, nell'inchiesta di novembre, *Solo il carcere nel futuro delle nuove «classi pericolose»?*, in «Animazione Sociale», 247, 2010.

6 | Un'efficace rappresentazione della popolazione detenuta rispetto alle risorse sociali e individuali di cui i detenuti dispongono si deve a Luigi Berzano (1994), il quale propone una lettura della popolazione detenuta sulla base di quattro categorie principali. La categoria più svantaggiata, secondo l'autore, è quella composta da coloro che sono dotati di 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, secondo Berzano, il carcere assume il ruolo di ultimo stadio di un processo di esclusione che ha avuto origine ben prima della condanna penale.

7 | All'interno della vastissima produzione dell'autore sul tema dell'istituzione totale, il concetto di «lavorarsi il sistema» è descritto in particolare all'interno del celebre *Asylums* (1968).

Fra questi ultimi, spiccano inevitabilmente i *soggetti stranieri privi di permesso di soggiorno*. La letteratura in materia ha ravvisato come solo un numero marginale di stranieri ottenga l'affidamento terapeutico. Le motivazioni per le quali gli stranieri tossicodipendenti scontano interamente (o quasi) la pena in carcere sono molteplici e paiono essere riconducibili in primis allo status sociale, oltre che giuridico, dello straniero. L'assenza di una residenza certa, di un permesso di soggiorno, di un lavoro paiono elementi determinanti nel produrre una prognosi di inaffidabilità del recluso e quindi il diniego della misura.

Con un po' di coraggio qualcosa si può cambiare

È su questo campo, l'inclusione degli ultimi, che, a parere di chi scrive, si gioca molta della credibilità di chi opera nel sociale in un ambito tortuoso come quello della giustizia penale. In particolare, l'uscita dal carcere per la cura, la disintossicazione e la permanenza in società del cittadino straniero, tossico e privo di permesso di soggiorno, debbono essere gli obiettivi cui necessariamente gli operatori del sociale impegnati nel campo penitenziario debbono ambire. Le ricerche compiute in materia hanno dimostrato come la decarcerizzazione, specie se adeguatamente supportata dal punto di vista dell'accoglienza sul territorio, offra possibilità di reinserimento sociale ben superiori rispetto al carcere [8].

In questi anni le misure alternative alla detenzione hanno dimostrato di poter supportare adeguatamente i percorsi di reinserimento attraverso numerose buone prassi diffuse sul territorio. Il rafforzamento di tali buone prassi e l'adozione di scelte coraggiose, volte a includere quelle categorie di condannati che oggi sono di fatto escluse dall'accesso alle misure alternative, appare quindi come la strada principale verso cui l'operatore del sociale impegnato nell'ambito dell'esecuzione penale inevitabilmente deve tendere.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

• AA. VV., *Oltre il tollerabile. Sesto rapporto sulle condizioni di detenzione in Italia*, in «Antigone», 1, 2009.
• Baratta A., *Fondamenti ideologici dell'attuale politica criminale sulle droghe*, in «Difesa Penale», 2, 1992, pp. 49-61.
• Berzano L., *La pena del non lavoro*, FrancoAngeli, Milano 1994.
• Fiorio C., *Libertà personale e diritto alla salute*, Cedam, Padova 2002.
• Ferrajoli L., *Uguaglianza penale e garantismo*, in Cottino A., Sarzotti C. (a cura di), *Diritto, uguaglianza e diritto penale*, L'Harmattan Italia, Torino 1995, pp. 39-48.
• Goffman E., *Asylums*, Einaudi, Torino 1968.
• Margara A., *Ripensare l'ordinamento penitenziario*, in «La Nuova Città», VII, 8-9-10, 2005, pp. 29-137.
• Sarzotti C., *L'assistenza sanitaria: cronaca di una riforma mai nata*, in Anastasia S., Gonnella P. (a cura di), *Inchiesta sulle carceri italiane*, Carocci, Roma 2002, pp. 109-121.
• Sarzotti C., *La questione organizzativa e la politica del personale penitenziario*, in Astarita L., Bonatelli P., Marietti S. (a cura di), *Dentro ogni carcere. Antigone nei 208 istituti di pena italiani*, Carocci, Roma 2006, pp. 173-181.

8 | Per una disamina di tali ricerche si rimanda ancora all'articolo di Giovanni Jocteau.

Simone Spensieri, Gianluca Seimandi, Francesco Nappi

Quando il Sert si appassiona al dettaglio

Come resistere all'emotività indotta dai mass media

«Colombiano, tossicodipendente, violento». I mass media sono una potente fabbrica di sguardi, pensieri, persone. Alimentano un immaginario semplificato, parlano alla pancia, dividono in «noi» e «loro». Succede così che un ragazzo in cura al Sert si ritrovi all'improvviso in prima pagina, rappresentato come «mostro». E che il Sert sia messo nella difficile condizione di dover rispondere al mandato di cura in modo stressato, riducendo drasticamente ciò di cui avrebbe bisogno: il tempo del pensiero. È importante, in questi frangenti, entrare in contatto con ciò che abbiamo appreso noi di queste storie.

Le storie sono asce di guerra da disseppellire.
(Wu Ming)

(Bastonate allo zio. Un giovane di 24 anni, originario della Colombia *ma* residente a F., adottato da una famiglia italiana, aggredisce furiosamente lo zio sessantacinquenne in preda a un raptus. Accecato dalla rabbia lo colpisce ripetutamente alla testa procurandogli numerose lesioni e traumi. Il ragazzo tossicodipendente avrebbe chiesto in prestito il cellulare che gli sarebbe stato negato. La reazione è stata violenta e imprevedibile, lo zio è ricoverato in fin di vita all'Ospedale di L.)

Gli ingredienti giornalistici per la notizia di cronaca ci sono tutti: giovane colombiano, adottato, tossicodipendente, in preda a un raptus improvviso, procura violenza allo zio. Non c'è che dire, va subito pubblicata. Infatti Alex (così chiameremo quel ragazzo) finisce su tutti i giornali locali descritto come un imprevedibile violento attentatore: una notizia che racconta un fatto.
Un fatto che, però, è raccontato in modo superficiale e inesatto, presentato con un taglio sensazionalistico che sfocia nel surreale, senza alcun tentativo né di contestualizzazione storica e affettiva, né di significazione in relazione all'esperienza delle persone coinvolte. Narrato in termini che in realtà lo violentano e lo destrutturano. Ciò che è scritto su quei giornali è molto più lontano dall'essere un dato di cronaca di quanto diventi invece un dispositivo di allarme.

Dubbi su una cronaca irregolare

Siamo gli operatori del SERT che hanno in cura Alex e i suoi genitori adottivi. Questo incidente avviene mentre Alex sta facendo il *day hospital* propedeutico all'ingresso in Comunità previsto entro pochi giorni.

L'allarmismo dei giornali crea pressione sul SERT

La pressione creata dall'allarmismo dei giornali è molto forte, quella di molti colleghi anche: «Cos'aspettate? Ricoveratelo... potrebbe succedere qualunque cosa, Alex potrebbe aggredire chiunque!».
Ecco la prima e immediata risonanza che quegli articoli stanno provocando.
D'altra parte Alex ci aveva già raccontato qualcosa, ancora prima che leggessimo i giornali. La situazione è scottante, ma decidiamo comunque di prendere tempo per capire meglio cosa sia successo. Non seguiamo la pressione giornalistica, ci sforziamo di pensare ad Alex per come lo conosciamo noi (lo seguiamo da circa sei anni) e soprattutto facciamo una valutazione del rapporto terapeutico che abbiamo con lui, pensando che – proprio in questo momento – quel rapporto vada privilegiato come dispositivo di contenimento e protezione del ragazzo. La protezione a cui facciamo riferimento è rivolta alla dimensione affettiva ed emotiva di Alex, la cui sollecitazione probabilmente è alla base di quell'aggressione.
Convochiamo genitori e figlio il giorno successivo, per poter valutare meglio l'accaduto con loro, i diretti interessati.

Decidiamo di non precipitare gli eventi

Aspettiamo dunque, apparentemente senza prendere alcuna posizione rispetto ai toni allarmistici suscitati da quella notizia nel nostro SERT, che si sente chiamato a esercitare anche una funzione di sicurezza, ma in realtà con la consapevolezza che non precipitare gli avvenimenti (applicando un TSO clinicamente incerto) possa evitare di aggiungere un'esperienza destrutturante ad Alex che proprio ora ha bisogno di un contenimento affettivo importante.
Il giorno seguente, la madre, sorella dello zio coinvolto nel litigio, sorprendentemente assolve Alex:

> Conosco mio fratello, è un iroso, beve, sicuramente quel giorno era ubriaco. Chissà cosa gli avrà detto per farlo uscire di testa. Probabilmente l'ha chiamato «negro», lui è razzista, non l'ha mai sopportato. Poi non è stato preso a bastonate, Alex l'ha spinto e mio fratello ha battuto accidentalmente la testa. Lo stesso giorno l'abbiamo ricoverato al pronto soccorso, ma ci hanno detto subito che era fuori pericolo, tutto si sarebbe sistemato in pochi giorni. Per fortuna è andata bene.

Già, «per fortuna» è andata bene allo zio, ne siamo tutti consapevoli, ma cosa è successo ad Alex da lì in poi? Che rischi ha corso lui? E quali noi?

Cura o sicurezza? A volte dobbiamo scegliere

Alex che aveva già fatto il colloquio di ingresso in comunità, che aveva confermato la disponibilità nonostante il fatto, il giorno prima del suo ingresso è stato arrestato

per lesioni aggravate (in questi casi la durata della prognosi della vittima fa scattare una denuncia automatica all'aggressore). E noi abbiamo dovuto presentare tempestivamente, in giornata, una richiesta di misura alternativa al carcere nella comunità, che è stata favorevolmente accolta dal giudice.

Fare il Tso ci avrebbe tutelato come operatori

Il rischio che ha corso Alex, dunque, è stato altissimo – avrebbe potuto rimanere in carcere – così come lo è stato quello che abbiamo corso noi, sul piano della responsabilità concernente il nostro lavoro, perché non l'abbiamo ricoverato dopo quel fatto, nonostante la pressione dei giornali e di alcuni colleghi, continuando invece a portare avanti il day hospital e gli incontri con gli operatori della comunità terapeutica. Anche loro, come noi, si sono mostrati protesi a cercare di dare un senso all'accaduto per rispondere al mandato di «cura» ed elaborare un progetto terapeutico che non muovesse «solo» da questo fatto, ma che lo collocasse nella biografia personale di Alex, affinché potesse svelare le dinamiche profonde in cui ha preso forma.
La questione che ci poniamo è se «cura» e «sicurezza» siano sempre due dimensioni coincidenti. In questi casi l'operatore sociale è chiamato a declinare la propria responsabilità in funzione non solo del paziente, ma pure della collettività, che chiede risposte di alleviamento d'ansia visibili e immediate, che spesso trovano conforto col realizzarsi di interventi precipitosi (e a rischio, a loro volta, di promuovere le stesse stereotipie che stiamo cercando di evidenziare). Interventi che si vestono di intenzioni terapeutiche, ma che rischiano di essere meri processi di normalizzazione di fenomeni che si pongono in dimensioni più complesse e sfumate, richiedono un più ampio spazio di esposizione al pensiero e un maggiore ricorso alla valutazione della relazione terapeutica che in quel momento abbiamo col paziente.

Ma avrebbe distrutto la fiducia, base del rapporto terapeutico

Il ricovero in Tso non è uno strumento inappropriato a priori, ci mancherebbe, ma la sua messa in atto rispetto a situazioni di allarme come quella descritta rischia di mandare in cortocircuito l'intero rapporto terapeutico, tradendo *in primis* il suo principale nutrimento, la *fiducia*, che in certi casi invece si configura come il vero dispositivo di sicurezza e protezione del ragazzo, dei familiari, dei curanti e della stessa società.
Ovviamente il rapporto terapeutico è qualcosa di invisibile, per questo non immediatamente rassicurante e spesso difficile da percepire anche da chi vi è coinvolto in prima persona che, a maggior ragione in certi momenti, avrebbe bisogno di potersi confrontare con l'intera équipe di lavoro, in modo disteso e con l'intenzione della detensione, per lasciar affiorare l'intuizione più appropriata ad affrontare la reale complessità degli attori coinvolti nella scena.

L'occasione per approfondire una storia monca

Il rischio, per noi curanti, è stato di appiattire lo stato emotivo che Alex ha portato nei colloqui, perdendo di vista il respiro del percorso che stavamo costruendo con

lui. Un percorso che mirava a condurlo in uno spazio di espressione ove manifestare un sé al di fuori dell'ambiente che lo circondava, fuori dai propri ruoli che sentiva ormai vincolanti e claustrofobici, fuori proprio da quell'immagine deviante che la tossicodipendenza e altri reati minori gli stavano costruendo addosso.

Il rischio di far scattare la logica dell'aggravamento diagnostico

È per tali ragioni che un affrettato e impulsivo ricovero coatto, con ogni probabilità, avrebbe prodotto un ulteriore aggravamento nello scollamento del suo mondo affettivo, rischiando di destrutturarlo maggiormente, allentando molto anche il suo rapporto con i terapeuti che, in una situazione come questa, devono invece rimanere punti di riferimento solidi, autorevoli ed emotivamente contenitivi.
Un ricovero in TSO, inoltre, avrebbe anche potuto far saltare l'ingresso in comunità, dirottandolo magari verso una struttura «a doppia diagnosi» più contenitiva, di cui già si sentiva l'odore, proprio seguendo la logica dell'aggravamento diagnostico che inevitabilmente si sarebbe prodotta. La destrutturazione psicotica avrebbe forse prevalso, materializzando così quella logica del non-senso scaturita dagli articoli di cronaca, falsando la realtà emotiva di Alex, anch'essa sconvolta certo, ma sicuramente bisognosa di attenzioni affettive significative e inequivocabili.
Gli strumenti di cura, è chiaro, non hanno un solo significato, ma muovono componenti personali e relazionali consistenti (in certi casi in modo assai repentino), fungendo come veri e propri agenti performativi nei processi di soggettivazione. Ciò che temevamo succedesse era che Alex perdesse questo tipo di contenimento affettivo, relazionale e clinico, basato sulla fiducia reciproca. Questo timore ci ha portato anche a valutare che, in questa vicenda, un eventuale isolamento sociale dovesse semmai essere istituito dalle forze dell'ordine attraverso un eventuale arresto (seppur non auspicabile, certo) e non dalle forze terapeutiche attraverso TSO equivocabili.
Successivamente all'arresto, poi, abbiamo dovuto tempestivamente presentare al giudice il progetto dell'inserimento in comunità, riuscito nel tempo record di una sola giornata, che ci ha ancora dato un evidente capitale simbolico da spendere nel rapporto terapeutico.

La possibilità di rinsaldare il rapporto terapeutico

Ci chiediamo anche quanto consapevolmente noi curanti lasciamo che i pregiudizi sociali e certe categorie mal utilizzate alimentino la costruzione di individui devianti, abdicando a un ruolo di in-formazione della comunità in cui operiamo, per concentrarci solo sul soggetto sofferente, ricalcando proprio quel processo di scorporazione dal corpo pubblico che stiamo denunciando a partire dall'analisi degli articoli di cronaca che riguardano Alex.
I frammenti della storia di Alex che conosciamo non sono stati così determinanti per aiutarci a non precipitare questa sua crisi, almeno non quanto lo è stato la misura del rapporto terapeutico che avevamo e abbiamo con lui. Rapporto che, alla luce di come sono andati i fatti, per come si è rinforzato proprio in questa vicenda, si pone come premessa a un approfondimento di quella storia ancora troppo monca che continua a sfuggirci tra le dita.

Il «fatto di cronaca» scatena l'immaginario

Ma che effetto fa a questi ragazzi leggere le proprie vicende sui giornali? Che effetto può fare vedersi descritti attraverso categorie anche molto specialistiche, come lo è una diagnosi medica per esempio, che arbitrariamente i giornalisti usano come coordinate che li identificano così duramente? Come contribuiscono quelle letture a costruire la soggettività di quegli individui?

Il giornalismo è una fabbrica di sguardi, pensieri e persone

Il potere performativo del giornalismo di cronaca è chiaro e inequivocabile, è uno strumento efficacissimo di costruzione della soggettività e della collettività, è una fabbrica di sguardi, pensieri e persone.
Come si sarà sentito Alex, leggendo l'articolo che lo ritraeva alla stregua di un pericoloso e imprevedibile criminale, frutto di un'essenza debitrice all'adozione (come può essere facilmente sgretolata la complessità del mondo familiare, del ruolo dei genitori, dell'amore che lega i figli ai genitori), all'essere ancora un colombiano (ma cosa svela questo termine così provocatoriamente utilizzato in quell'articolo? Che Alex sia un immigrato? Un extracomunitario? Uno straniero? Un diverso? Un «cosa»?) e un tossicodipendente («la» superdiagnosi della criminalità e della devianza)? Lui che da anni lavora proprio sul senso della propria adozione, sulle proprie appartenenze al mondo sudamericano, sul significato dell'uso di stupefacenti, rifiutando completamente la diagnosi di tossicodipendenza come premessa al suo percorso di cura.
Cosa avrà pensato Alex che ancora, dopo tanti anni, stiamo cercando di conoscere dopo un lunghissimo lavoro proteso a costruire con lui uno «spazio di relazione» in cui le narrazioni della sua storia possano prendere forma in modo più denso e continuativo?

Da operatori è importante appassionarsi al dettaglio

Ciò che è stato tranquillamente omesso, in questa vicenda giornalistica, è stata la sofferenza di Alex, tutta relegata nella violenza dirompente del suo agito, tutta corrosa dall'allarmante incomprensione di un movente affidato a categorie che sono state ricostruite nell'immaginario del lettore come inequivocabili segni di devianza: l'essere un colombiano, un adottato, un tossicodipendente. Nome e cognome in evidenza, nessun rispetto della privacy, nessuna esplorazione della storia, la narrazione di un emblema sociale tanto banale quanto potente.
Roberto Beneduce (2007) ci invita ad *appassionarci al dettaglio*, proprio per evitare che si perda il senso di ciò che succede e di ciò che facciamo. Tutto altrimenti avverrebbe entro una logica di causa-effetto quanto mai ingannevole: colombiano, tossicodipendente, violento, non mancavano moventi, cause e ragioni per l'immaginario del lettore, non mancavano ragioni per un TSO, non mancavano pressioni perché i curanti dovessero subito agire in modo visibile e sicuro.
Dobbiamo sempre fare attenzione a interpretare il concetto di «protezione» così come quelli di «vulnerabilità» e «sicurezza», per non cadere nel trappolone del «fatto

di cronaca» che stressa i concetti, semplifica, spaventa, irrigidisce tutti: lettori, cittadini, Forze dell'ordine, curanti, ragazzi, parenti... Il «fatto di cronaca» ci porta tutti a Medellin, centro del narcotraffico colombiano, dove il vero papà di Alex è stato ammazzato con un colpo di pistola, per strada, sotto i suoi occhi terrorizzati.
È davvero troppo facile, troppo seducente l'assonanza, ma per fortuna è un'altra storia, ci sono altri sentimenti, altri anni, altri posti, altre contingenze e una comunità al posto della strada.

Darsi il tempo del pensiero

Quell'articolo ha fomentato una crisi molto forte, ha ridotto le possibilità che il litigio con lo zio potesse trasformarsi in un'immediata ricerca di aiuto, ha sollevato lo spauracchio dell'insicurezza sociale, ha ripristinato ancora le categorie della devianza con una leggerezza ormai imbarazzante, e ha messo il servizio pubblico nella difficilissima condizione di dover rispondere al mandato di cura in modo stressato, riducendo drasticamente ciò di cui avrebbe più bisogno: il tempo del pensiero.

Quando tutto avviene di fretta

L'allarme generato dalla colluttazione tra Alex e lo zio, la notizia che mette in mostra la cattiveria e la devianza del ragazzo, costruito nell'immaginario del lettore come un alieno figlio di nessuno («colombiano adottato») e vizioso («tossicodipendente»), la paura del SERT che teme di non rispondere adeguatamente sul piano del tempestivo contenimento della scheggia impazzita, tutto avviene di fretta, di corsa per non schiantarci tutti; eppure sarebbe stata proprio quella tensione a farci uscire tutti fuori strada.
Giorgio Agamben ne *La comunità che viene* sostiene che l'istituzione non può permettersi di riconoscere l'individuo tale qual è, nella sua identità qualunque: c'è sempre il bisogno di relegarlo a una categoria, impedendogli di presentarsi così com'è, impedendogli di rappresentarsi.
Ci siamo ritrovati pressati nel residuo del nostro spazio di relazione con Alex, ormai chiuso in una posizione di difesa, non certo a proteggere la cattiva azione, ma a tentare di salvare la propria «normalità» di fronte alla sconvolgente notizia che l'aveva sbattuto sulla prima pagina del diario della criminalità.
L'incidenza di questa notizia nel percorso di cura di Alex, dunque, è stata decisiva sui tanti piani in cui quel percorso si struttura: quello che riguarda il processo di soggettivazione dell'individuo, quello sul quale si confronta con le realtà sociali in cui vive, quello in cui si relaziona con le istituzioni che lo governano, e quello in cui incontra noi curanti, presi nella morsa delle sue stesse tensioni di cui, ovviamente, sentiamo la risonanza.

La forza di un'équipe in questi momenti

La forza di un'equipe in momenti come questo è fondamentale per non perdere il lume della ragione e la possibilità che abbiamo avuto di lavorare in stretta connessione tra SERT e comunità terapeutica ha evidentemente facilitato molto il nostro intervento in rete. Una rete che non si è costruita *ad hoc*, a fronte di un'urgenza

improvvisa, ma che è stata formulata molto prima, durante l'organizzazione del Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze dell'ASL 4 chiavarese che ha previsto che gli operatori del SERT e delle comunità terapeutiche che ne fanno parte, potessero collaborare già a partire dalla presa in carico territoriale, senza aspettare il fatidico momento dell'ingresso in Comunità.
Ci sembra importante valorizzare questo dato strutturale poiché spesso gli accordi all'interno dei Dipartimenti mirano in primo luogo a calmierare i costi aziendali, senza dare altrettanto valore alle fini e quotidiane relazioni tra operatori, che vanno oltre i protocolli relativi alle modalità di presa in carico dei pazienti o ai classici iter motivazionali di ingresso in comunità, e che solo così possono trovare un piano d'azione immediato e riformulato nel momento dell'urgenza più ambigua. Al di là dei protocolli, perché spesso è proprio lì che osserviamo la violenza burocratizzata a cui rischiamo di abituarci pigramente. Invece sono le dimensioni arbitrarie che dovremmo cogliere, affinché la storia, apparentemente banale e ripetuta, possa assurgere a un'epica che pure, spesso, manca nel nostro lavoro di operatori.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Agamben G., *La comunità che viene*, Bollati Boringhieri, Torino 2001.
- Beneduce R., *Etnopsichiatria*, Carocci, Roma 2007.
- Bourgois P., *Cercando rispetto*, Derive e Approdi, Roma 2005.
- Queirolo Palmas L., Torre A., *Il fantasma delle bande*, Fratelli Frilli, Genova 2005.
- Spensieri S., Seimandi G., Valentini L., *Per una pratica dell'ospitalità tra paziente e operatore. L'irriverenza di un approccio etnopsichiatrico nei servizi,* in «Animazione Sociale», 3, 2008.

GLI AUTORI

Roberto Camarlinghi è giornalista di Animazione Sociale: rcamarlinghi@gruppoabele.org. **Francesco d'Angella** è consulente e formatore dello Studio APS di Milano: dangella@studioaps.it. **Giovanni Torrente**, educatore alla Casa circondariale di Ivrea, è membro del direttivo di Antigone: giovanni.torrente@unito.it. **Claudio Sarzotti**, docente di sociologia del diritto all'Università di Torino, è direttore della rivista «Antigone»: claudio.sarzotti@unito.it. **Paola Schiavi** è psicologa psicoterapeuta presso il SERD dell'ULSS 21 di Legnago (Vr): paola.schiavidue@gmail.com. **Emanuele Bignamini**, psichiatra, dirige il Dipartimento dipendenze 1 dell'ASL Torino 2: bignamini@asl3.to.it. **Simone Spensieri** è psichiatra psicoterapeuta al SERT dell'ASL 4 chiavarese: sifraga02@libero.it. **Gianluca Seimandi** è educatore nella comunità terapeutica Un'Occasione di Sestri Levante (Ge): chiapala@libero.it. **Francesco Nappi** è psicologo psicoterapeuta al SERT dell'ASL 4 chiavarese.

IL PROGETTO

Il mondo degli operatori sociali oggi si interroga di fronte al progressivo diffondersi di vocabolari punitivi. Vocabolari che trasformano l'approccio al disagio sociale sempre più nei termini di «colpa e sanzione» anziché «prevenzione e riabilitazione» e che sottraggono terreno e legittimità al lessico del lavoro sociale, educativo, animativo. La scelta di dedicare alla carcerizzazione dei problemi sociali l'inchiesta di novembre (*Solo il carcere nel futuro delle nuove «classi pericolose»?*) e di questo mese nasce dalla volontà di capire come si possa arginare la deriva dal sociale al penale e rilanciare l'ideale riabilitativo. In particolare, con quest'inchiesta di carattere metodologico, si è cercato di mostrare come questo rilancio passi attraverso la costruzione di progettualità di cura che chiedono agli operatori – oggi più di un tempo – di mettere in gioco la responsabilità del pensiero, di far leva sul sapere accumulato in questi anni.

Tossicodipendenti in terapia alternativa al carcere: l'inarrestabile ascesa delle Comunità Terapeutiche

Maria Stagnitta, Grazia Zuffa

(da S.Anastasia, F.Corleone, L.Zevi, a cura di, *Il corpo e lo spazio della pena*, Ediesse, Roma, 2011)

La droga fa male. Anzi, è il Male. Perciò drogarsi è sbagliato e va punito. Questo è l'assunto che si è radicato nel corso del secolo scorso e che ha portato al regime globale di proibizione. In Italia, il proibizionismo è stato introdotto con la legge 1041 del 1954, dietro la convinzione che punire i consumatori riduca la domanda di droga contribuendo così a ridurre l'offerta. A sconfessare questa politica, è sufficiente la constatazione della continua espansione del mercato illegale e della massiccia presenza di persone tossicodipendenti in carcere.

Nel 1975 la legge 685, pur mantenendo la proibizione, cercò di alleviare la posizione del consumatore/piccolo spacciatore, stabilendo la "non punibilità" del detentore di "modica quantità" di sostanze stupefacenti. Dieci anni dopo, la legge 297/1985 introdusse una misura alternativa alla detenzione specifica per le persone tossico/alcodipendenti (art 47bis). Tale norma prevedeva la possibilità per la persona condannata di scontare la pena all'esterno del carcere, attraverso l'adesione ad un programma terapeutico riabilitativo. Programmi che, nella maggioranza dei casi, si svolgevano presso strutture residenziali (Comunità Terapeutiche), gestite prevalentemente dal privato sociale. Le comunità terapeutiche avevano cominciato a svilupparsi in Italia a partire dagli anni settanta, in maggior numero e con più successo rispetto agli altri paesi europei.

Prima della legge 685/75 la risposta istituzionale alla tossicodipendenza consisteva nella reclusione in carcere o nel ricovero in ospedale psichiatrico. Il volontariato, soprattutto cattolico, per primo percepì la gravità del problema e avviò le prime esperienze di recupero, accogliendo e accompagnando le persone nel tentativo di emanciparsi dalla dipendenza. L'approccio (rigorosamente *drug-free*) prendeva spunto da una visione della tossicodipendenza quale problema di tipo educativo, prima ancora che medico/sanitario o giudiziario. Furono allestite le prime case di accoglienza, vere e proprie comunità di vita: per lo più collocate in campagna, lontano dai luoghi di spaccio e dalle "tentazioni" della vita legata alla droga. La difficoltà del recupero dalla dipendenza non consisteva tanto nella disintossicazione – si credeva- quanto nell'evitare le ricadute una volta disintossicati. In comunità, le persone non venivano lasciate sole e il tempo trascorreva in compagnia. La scommessa fu vinta: si dimostrò che per alcune persone era possibile emanciparsi dalla dipendenza. Si era sperimentato un "accompagnamento" di gruppo intenso, costante e protratto, imperniato sulla quotidianità ma che al tempo stesso apriva orizzonti nuovi. In quegli anni, l'impegno collettivo e l'investimento relazionale rappresentavano un valore largamente condiviso: anche di questo si nutriva la scelta della vita comunitaria. La spinta alla partecipazione e alla responsabilizzazione sociale forniva forza e credibilità al progetto riabilitativo.

Le leggi antidroga e le misure alternative al carcere

Nel corso degli anni ottanta, l'opinione pubblica intravide nella comunità lo strumento risolutore. Gli interventi dei servizi pubblici territoriali erano per lo più finalizzati a convincere la persona ad affidarsi ad un trattamento comunitario residenziale.

La svolta punitiva, voluta fortemente da Craxi con la legge del 1990 (D.P.R. 309/90), rafforzò il ruolo esclusivo delle comunità. Molti dei servizi e delle comunità, nati e cresciuti nella filosofia non punitiva, non apprezzarono l'inasprimento penale del nuovo testo: la resistenza si organizzò intorno al cartello significativamente denominato "Educare non punire". Esso contribuì ad un riequilibrio della legge, a partire dal potenziamento e dalla riorganizzazione dei servizi per le dipendenze e dall'allargamento delle misure alternative. Fu istituita la sospensione condizionale della pena detentiva (art.90); fu introdotto l'affidamento in prova in casi particolari (art 94), con un tetto di pena innalzato a 4 anni rispetto ai 3 dell'affidamento ordinario (calcolato sulla pena residua e non su quella inflitta).
Ciò nonostante, l'impostazione punitiva/repressiva della legge usciva pressoché inalterata: anche nell'identificazione dei luoghi della cura l'elemento del controllo rimaneva centrale. Infatti, i commi 3 e 4 dell'articolo 96 stabilivano che le Unità Sanitarie Locali, in intesa con gli Istituti Penitenziari e i servizi sanitari interni, dovessero provvedere alla cura e alla riabilitazione di detenuti tossico/alcol dipendenti: a tal fine il Ministero di Grazia e Giustizia avrebbe dovuto organizzare, su basi territoriali, reparti carcerari opportunamente attrezzati. In alcuni Istituti sono state create sezioni apposite, in altri territori sono state aperte strutture detentive ad hoc denominate "custodie attenuate". Ancora, all'art. 95, comma 1 si dice che "la pena detentiva di persone condannate per reati connessi allo stato di tossicodipendenza deve essere scontata in istituti idonei allo svolgimento di un programma terapeutico-riabilitativo". Sono le Comunità Terapeutiche, meglio ancora se residenziali, ad offrire al meglio tali requisiti di idoneità, agli occhi del legislatore ma anche di chi deve applicare la legge.
La legge 49/2006 sancisce il ritorno alla "linea dura", dopo la bocciatura della legge del 1990 nel referendum popolare abrogativo del 1993. A dispetto della dichiarata volontà del legislatore di favorire l'uscita dal carcere delle persone tossicodipendenti per finalità di cura, l'accesso alle misure terapeutiche alternative diventa più difficile: ciò, nonostante l'allargamento dei limiti di ammissibilità per i programmi alternativi, tramite l'innalzamento del tetto di pena da 4 a 6 anni. La nuova normativa, infatti, inserisce dei vincoli dal punto di vista medico-burocratico che spesso si traducono in ostacoli all'ottenimento della misura. Ad esempio alla domanda deve essere allegata (pena l'inammissibilità):

- la certificazione attestante lo stato di tossicodipendenza o di alcooldipendenza rilasciata da una struttura pubblica o privata accreditata. Il certificato deve indicare la procedura con cui è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope. Non è facile ottenere tale attestato per le persone che non erano in carico ad un Sert al momento dell'ingresso in carcere.
- il programma terapeutico redatto dal Servizio Pubblico, la cui idoneità deve essere valutata dal Magistrato di Sorveglianza che ne decide l'ammissibilità o meno. I Sert hanno la titolarità e la responsabilità della definizione del programma, ma spesso, a causa di mancanza di risorse umane, economiche e di altri strumenti (come alloggi sociali e borse lavoro) non sono in grado di adempiere al loro mandato.

Per quanto riguarda l'ammissibilità del programma, vale la pena di sottolineare i criteri cui il Magistrato di Sorveglianza deve attenersi. Il programma deve essere adeguato:

- alle possibilità di recupero del soggetto
- alla prevenzione del pericolo di recidiva del reato e delle condotte connesse

Generalmente il magistrato, più attento alle esigenze di sicurezza che di cura, tende a privilegiare i programmi che prevedono l'inserimento in una struttura residenziale. Com'è ovvio, i programmi residenziali sono relativamente costosi. Poiché, come si è

detto, il budget a disposizione dei Sert è limitato, molte volte i detenuti tossicodipendenti rimangono in carcere.
Lo stesso si può dire per i soggetti in custodia cautelare in regime di arresti domiciliari (art 89). Per alcuni reati è previsto esplicitamente l'obbligo del trattamento residenziale. Inoltre, i provvedimenti del giudice spesso contengono prescrizioni e vincoli che condizionano la vita quotidiana della struttura comunitaria e la relazione operatore – utente. Ad esempio:

- i controlli da parte delle Forze dell'Ordine che avvengono anche nelle ore notturne;
- l'obbligo dell'accompagnamento dell'utente/detenuto nelle uscite dalla comunità, anche quelle di routine;
- la presentazione di istanze per ottenere l'autorizzazione a spostamenti dalla struttura perfino per esigenze di salute
- l'obbligo di segnalare all'autorità giudiziaria le violazioni del programma terapeutico commesse dall'utente.

La cura sotto controllo

Come si vede, le istanze di controllo tendono a prendere il sopravvento su quelle di cura. E ciò spiega in parte la fortuna dei programmi in comunità terapeutica per le persone provenienti dal carcere, in quanto trattamenti residenziali. Torneremo ancora sulle ragioni della preferenza della magistratura. Prima però è d'obbligo porsi una domanda: davvero la finalità e gli strumenti di controllo sono solo un portato "esterno" delle agenzie penali? Per rispondere, occorre guardare all'interno delle comunità, alla loro storia e ai differenti modelli culturali.
Non esiste una tradizione univoca. Basti pensare alla comunità di San Patrignano, dove è evidente l'influenza del modello che si può definire "manicomiale". Il tossicodipendente è visto come profondamente "inabilitato" (e moralmente "degradato") dalla droga, fino ad assumere alcune caratteristiche della persona "incapace", o almeno parzialmente capace, "di intendere e di volere": da qui la affermata necessità di una qualche forma di coazione alla cura. "Il tossicodipendente è un bullone arrugginito della macchina sociale che va *scartavetrato*" – la colorita immagine è del fondatore di San Patrignano, Vincenzo Muccioli, alla I Conferenza nazionale governativa sulla tossicodipendenza. In questa filosofia, l'approccio custodiale e quello terapeutico si integrano perfettamente nell'azione "scartavetrante" (Zuffa, 2000, 100). Coerentemente, i dirigenti di San Patrignano sono sempre stati in prima fila nel richiedere inasprimenti punitivi della legislazione antidroga, fino a proporsi come gestori di speciali strutture carcerarie per tossicodipendenti.
Esiste un secondo filone culturale, che rivendica l'autonomia dell'intervento terapeutico e la sua inconciliabilità con la logica penale/coercitiva: rappresentato dalle comunità che a suo tempo si impegnarono nel già citato cartello "Educare e non punire", contro il disegno di legge governativo Jervolino –Vassalli. La filosofia anti custodiale di queste comunità terapeutiche è sinteticamente descritta da Don Mario Picchi durante un'audizione in Senato sul testo del suddetto disegno di legge: *le comunità sono chiuse dall'esterno, ma sono aperte dall'interno* – dice il fondatore della Comunità Ceis di Roma. A significare che le porte hanno una funzione unicamente protettiva rispetto all'esterno, per chi *ha scelto* liberamente (e liberamente rinnova ogni giorno la sua scelta) di seguire un percorso di riabilitazione in comunità.
Dal rifiuto della cura coatta all'adozione del famoso slogan di basagliana memoria "la libertà è terapeutica", il passo è però lungo. La rivendicata libertà di scelta del tossicodipendente poco toglie al rigore della disciplina dentro le mura della comunità. Già si è accennato al modello operativo delle comunità terapeutiche centrato sul

cambiamento dello "stile di vita" della persona tossicodipendente. Non è qui luogo di approfondire ulteriormente il tema. Basti dire che sia il modello rieducativo che quello (successivo e tuttora minoritario) orientato sulla cura della "malattia" della dipendenza, per quanto differenti e per certi versi opposti, convergono tuttavia su alcuni capisaldi: la gravità del problema/disturbo della dipendenza con la conseguente lunghezza del percorso riabilitativo, la necessità di sconfiggere la "negazione" del problema/disturbo, l'accettazione dell'aiuto esterno, da ritenersi indispensabile per vincere la dipendenza. (Tucker, Pukish King, 1999, 116).
Il messaggio è chiaro: dalla tossicodipendenza si esce (quando si esce) a prezzo di molti sforzi e di un lungo e faticoso percorso di rinuncia alla vita "da tossico". E' la premessa per una quotidianità segnata da una fitta rete di regole comportamentali, molte delle quali interferenti con la privacy: destinate a "difendere" il "tossico" da se stesso e da quel "esterno" che minaccia di trascinarlo nuovamente allo stile di vita precedente[1]. Ciò comporta ad esempio la limitazione delle visite di parenti e amici, ancora più onerosa stante che, almeno per un lungo periodo, non è permesso al tossicodipendente di allontanarsi dalla comunità; ma anche il controllo sulle telefonate. Per non dire della regola fondante, l'obbligo dell'astinenza da sostanze psicoattive illegali, ma anche legali (alcol, e, fino a non molti anni fa, psicofarmaci e farmaci sostitutivi come il metadone). In alcune comunità ci sono perfino limitazioni alla corrispondenza, almeno nei primi tempi.

Regole, diritti e privacy

La rigida regolamentazione della vita quotidiana è dunque il tratto di unione fra la comunità e il carcere, seppur dettata da logiche diverse. Anzi, alcune regole, quali quelle descritte sopra, sono più stringenti in comunità che non in carcere: si vedano l'obbligo dell'astinenza dall'alcol oppure la sospensione delle visite o delle telefonate, non prevista negli istituti di pena, se non per precise esigenze cautelari disposte espressamente dal magistrato.
Sembra dunque che il mandato terapeutico porti ad un regime quotidiano più invasivo della privacy della persona in cura rispetto a quello della pena detentiva. Paradossalmente, ma non tanto: in carcere, i diritti fondamentali della persona sono garantiti almeno in via di principio dalla legge e dalla costituzione. Il prigioniero si vede (o dovrebbe vedersi) sottratta unicamente la libertà di movimento. Nel *setting* terapeutico (ancora di più nell'approccio rieducativo), la parola "diritti" assume sfumature più complesse. Di nuovo, c'è uno spartiacque fra quelle comunità che giustificano la coercizione (finanche "forte") con la finalità di "scartavetrare" il tossico arrugginito, e quelle di cui stiamo parlando, che sostengono i diritti di cittadinanza delle persone tossicodipendenti, sia fuori che dentro le mura comunitarie. Tuttavia, il rispetto della privacy è un ambito di per sé più sfuggente; tanto più quando si tratti di indirizzi psicologici o educativi che mirano ad una profonda ristrutturazione comportamentale.
Per illustrare questo delicato nodo, proponiamo di analizzare il caso recente di un programma terapeutico alternativo alla detenzione predisposto da un servizio pubblico per le dipendenze in vista dell'approvazione del magistrato. E' un caso limite, per certi versi. Tuttavia non può dirsi isolato ed è comunque indicativo di un orientamento ben radicato nei servizi dipendenze (sia servizi pubblici che comunità del privato sociale). Al detenuto (che chiameremo Antonio), candidato agli arresti domiciliari in comunità, il Sert inserisce come prescrizione il divieto di visite e di telefonate della compagna (che

[1] C'è da dire che la limitazione dei contatti con l'esterno ha anche lo scopo di difendere la credibilità del servizio *drug free*, visto che le sostanze possono arrivare in comunità attraverso i contatti degli utenti coi visitatori. Anche i servizi di prima accoglienza, ispirati alla riduzione del danno, hanno lo stesso problema, in quanto finalizzati a offrire una "tregua", seppure limitata nel tempo, dall'uso di sostanze.

chiameremo Elisa), a meno che la stessa non accetti a sua volta di sottoporsi ad un programma terapeutico presso un servizio per le dipendenze (sic!). Agli occhi degli operatori, Elisa non rappresenta un anello importante della vita affettiva di Antonio, così com'egli la considera. La donna è niente più che una "tossica", potenziale agente di "contagio". Se Antonio vuole continuare ad avere rapporti con lei, dovrà rimanere in carcere. Altrimenti, anche Elisa *deve* "cambiare", per amore *e* per forza. L'approccio coercitivo, intrinseco alla logica della "alternativa terapeutica", concede agli operatori un enorme potere sulla vita dei "pazienti". Ed essi se ne avvalgono appieno, con questa prescrizione dal sapore di "istituzione totale", appena celato, o se si vuole esaltato, dall'impeto "salvifico" verso il "paziente" (e la sua compagna). Di fronte a intrusioni nella sfera più personale così umilianti, quale sarà la risposta dei tanti Antonio che popolano le carceri italiane? Presumibilmente, non potrà che adeguarsi ai dettami del potere (congiunto e collusivo) delle istituzioni terapeutiche e di quelle giudiziarie. E' probabile però che Antonio tenti di salvaguardare il nucleo più intimo di sé nonché la propria immagine mettendo in atto forme di resistenza passiva e comportamenti di trasgressione: i classici meccanismi con cui si cerca di fronteggiare la spoliazione identitaria dell'istituzione totale.

Uno sguardo ai paradigmi delle dipendenze

C'è da chiedersi se un approccio di questo tipo sia in accordo con un principio terapeutico fondamentale, quello dell'alleanza terapeutica. Agli occhi degli operatori, il tossicodipendente è "manipolatore" e perfino menzognero: questo stereotipo guida l'orientamento autoritario degli operatori sociosanitari. Come si è visto, all'utente non rimangono che l'abbandono del programma o la trasgressione, quali forme di opposizione. Proprio queste mosse ribadiscono agli occhi dei terapeuti la necessità del "disciplinamento". Al circolo vizioso non si sfugge se non mettendo in discussione alla radice il modello operativo dei programmi per le dipendenze (ben oltre l'aspetto particolare dei programmi alternativi al carcere).

Come spiega lo psicologo Alan Marlatt, il paradigma tradizionale nel campo delle dipendenze è quello *top/down*, in cui gli obiettivi del trattamento sono dettati dall'operatore. La svolta sta nello scegliere un approccio più "centrato sul cliente", che comporta la ricerca di "obbiettivi condivisi" fra il terapeuta e il cliente quale componente essenziale dell'alleanza terapeutica (Marlatt, 2002). La svolta cui allude Marlatt è parte integrante del nuovo paradigma di riduzione del danno, che evidentemente non ha ancora sostituito quello tradizionale, nonostante da qualche tempo i servizi dipendenze seguano l'indicazione dei "programmi personalizzati". Il più delle volte però la "personalizzazione" si ferma alla possibilità di prescrivere *all'utente* anche programmi non finalizzati all'astinenza, come quelli con farmaci sostitutivi; raramente contempla la scelta *insieme all'utente* del percorso più opportuno.

L'indicazione di Marlatt rovescia il cannocchiale puntato sul problema. Spesso, le comunità lamentano l'eccessivo rigore delle prescrizioni dei giudici che intralciano lo svolgimento dei programmi, come si è visto. A volte criticano l'interferenza della magistratura nella predisposizione dei programmi terapeutici, con un indebito sconfinamento e confusione di campi (rafforzato dalla legge del 2006). Perfino sono scettiche rispetto alla preferenza accordata dai magistrati ai programmi in comunità rispetto a quelli sul territorio, perché si suppone motivata dalle esigenze di controllo più che dall'opportunità terapeutica. Eppure, sarebbe auspicabile rivolgere il cannocchiale anche su di sé, per decifrare e correggere gli inconvenienti del paradigma tradizionale delle dipendenze.

Cerchiamo ora di tirare le somme riguardo il successo della comunità terapeutica come alternativa al carcere. Da un lato, le comunità sono ancora considerate come la "cura per

eccellenza" da larga parte dell'opinione pubblica (e ciò non può non influire sui giudici, che dopo tutto non sono esperti del campo); dall'altro, le loro caratteristiche di residenzialità in un ambiente "chiuso" agli estranei, meglio si prestano ai requisiti di controllo rispetto ai programmi sul territorio; infine, il (perdurante) paradigma *top/down* dei servizi dipendenze 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.

Agenzie penali e terapeutiche: concorrenza o connivenza?

Vale la pena di riflettere più a fondo sulla dialettica di competenze fra agenzie penali e terapeutiche. Nel contesto delle alternative alla pena, è quasi scontato che il mandato custodiale prevalga su quello della cura. Ma ciò non spiega del tutto lo sconfinamento giudiziario in ambito terapeutico. Converge nella "invasione di campo" anche il mandato riabilitativo che la Costituzione italiana assegna alla pena. Le terapie alternative sono un ramo delle più generali azioni riabilitative e rieducative che impegnano il personale a formazione psicosociale e pedagogica afferente al Ministero di Giustizia: in precedenza organizzato nel Centro Servizio Sociale Adulti, CSSA, oggi nel Ufficio Esecuzione Penale Esterna, UEPE. Non c'è dunque da stupirsi se spesso sono gli assistenti sociali o gli educatori del UEPE a richiedere i controlli delle urine al posto degli operatori delle dipendenze. Detto a margine: il test delle urine è una forma di controllo personale che in quanto tale ben si presta ad esser fatta propria dalle agenzie penali. Si dirà che i controlli, quanto più sono invasivi, tanto più sono giustificati in nome dello zelo "salvifico". Di nuovo, nessuna meraviglia: il "solidarismo autoritario" è un tratto ideologico che unisce sia il modello tradizionale delle dipendenze che quello "premiale" del riscatto del carcerato.

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

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

Riferimenti bibliografici

Corleone F., Margara A. (eds) (2010), Lotta alla droga, i danni collaterali. L'impatto sul carcere e sulla giustizia della legge contro gli stupefacenti in Toscana, Forum Droghe, Fondazione Michelucci, Edizioni Polistampa, Firenze.

Margara A., Migliori S. (2011), Le misure alternative oggi: i dati e un approfondimento degli stessi, Fondazione Michelucci (paper)

Marlatt A. (2007), Foreword in Tatarsky A., Harm Reduction Psychotherapy, Rowman&Littlefield Publishers, Inc., Lanham

Tucker J.A., Pukish King M. (1999), Resolving alcohol and drug problems: influences on addictive behavior change and help seeking processes, in Tucker J.A., Donovan D.M., Marlatt G.A. (eds), Changing Addictive Behavior, The Guilford Press, New York London

Zuffa G. (2001), I drogati e gli altri. Le politiche di riduzione del danno, Sellerio Editore, Palermo (seconda edizione)

Zuffa G. (2004/5), Carcere e tossicodipendenza ovvero la retorica della galera dei "poveracci", in La Nuova Città, ottava serie, n.8-9-10, Edizioni Polistampa, Firenze, 173-177

Appendice

DOCUMENTI

Linee indirizzo Carcere e Droga DPA pag. 110

Linee guida Regione Toscana pag. 127

Intesa Stato-Regioni – Schede pag. 138

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

CARCERE & DROGA

Linee di indirizzo per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere per persone tossicodipendenti e alcoldipendenti sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale.



Roma, Novembre 2011

Allegato A

Articolo 94: Affidamento in prova in casi particolari

1. Se la pena detentiva deve essere eseguita nei confronti di persona tossicodipendente o alcooldipendente che abbia in corso un programma di recupero o che ad esso intenda sottoporsi, l'interessato può chiedere in ogni momento di essere affidato in prova al servizio sociale per proseguire o intraprendere l'attività terapeutica sulla base di un programma da lui concordato con un'azienda unità sanitaria locale o con una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116. L'affidamento in prova in casi particolari può essere concesso solo quando deve essere espiata una pena detentiva, anche residua e congiunta a pena pecuniaria, non superiore a sei anni od a quattro anni se relativa a titolo esecutivo comprendente reato di cui all'articolo 4-bis della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni. Alla domanda è allegata, a pena di inammissibilità, certificazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da una struttura privata accreditata per l'attività di diagnosi prevista dal comma 2,lettera d), dell'articolo 116 attestante lo stato di tossicodipendenza o di alcooldipendenza, la procedura con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche, l'andamento del programma concordato eventualmente in corso e la sua idoneità, ai fini del recupero del condannato. Affinchè il trattamento sia eseguito a carico del Servizio sanitario nazionale, la struttura interessata deve essere in possesso dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ed aver stipulato gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del citato decreto legislativo.

2. Se l'ordine di carcerazione è stato eseguito, la domanda è presentata al magistrato di sorveglianza il quale, se l'istanza è ammissibile, se sono offerte concrete indicazioni in ordine alla sussistenza dei presupposti per l'accoglimento della domanda ed al grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di detenzione, qualora non vi siano elementi tali da far ritenere la sussistenza del pericolo di fuga, può disporre l'applicazione provvisoria della misura alternativa. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui al comma 4. Sino alla decisione del tribunale di sorveglianza, il magistrato di sorveglianza è competente all'adozione degli ulteriori provvedimenti di cui alla legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni.

3. Ai fini della decisione, il tribunale di sorveglianza può anche acquisire copia degli atti del procedimento e disporre gli opportuni accertamenti in ordine al programma terapeutico concordato; deve altresi' accertare che lo stato di tossicodipendenza o alcooldipendenza o l'esecuzione del programma di recupero non siano preordinati al conseguimento del beneficio. Si applicano le disposizioni di cui all'articolo 92, commi 1 e 3.

4. Il tribunale accoglie l'istanza se ritiene che il programma di recupero, anche attraverso le altre prescrizioni di cui all'articolo 47, comma 5, della legge 26 luglio 1975, n. 354, contribuisce al recupero del condannato ed assicura la prevenzione del pericolo che egli commetta altri reati. Se il tribunale di sorveglianza dispone l'affidamento, tra le prescrizioni impartite devono essere comprese quelle che determinano le modalità di esecuzione del programma. Sono altresi' stabilite le prescrizioni e le forme di controllo per accertare che il tossicodipendente o l'alcooldipendente inizi immediatamente o prosegua il programma di recupero. L'esecuzione della pena si considera iniziata dalla data del verbale di affidamento, tuttavia qualora il programma terapeutico al momento della decisione risulti già positivamente in corso, il tribunale, tenuto conto della durata delle limitazioni alle quali l'interessato si è spontaneamente sottoposto e del suo comportamento, può determinare una diversa, più favorevole data di decorrenza dell'esecuzione.

5. L'affidamento in prova al servizio sociale non può essere disposto, ai sensi del presente articolo, più di due volte.
6. Si applica, per quanto non diversamente stabilito, la disciplina prevista dalla legge 26 luglio 1975, n. 354, come modificata dalla legge 10 giugno 1986, n. 663.

6-bis. Qualora nel corso dell'affidamento disposto ai sensi del presente articolo l'interessato abbia positivamente terminato la parte terapeutica del programma, il magistrato di sorveglianza, previa rideterminazione delle prescrizioni, può disporne la prosecuzione ai fini del reinserimento sociale anche qualora la pena residua superi quella prevista per l'affidamento ordinario di cui all'articolo 47 della legge 26 luglio 1975, n. 354.

6-ter. Il responsabile della struttura presso cui si svolge il programma terapeutico di recupero e socio-riabilitativo è tenuto a segnalare all'autorità giudiziaria le violazioni commesse dalla persona sottoposta al programma. Qualora tali violazioni integrino un reato, in caso di omissione, l'autorità giudiziaria ne dà comunicazione alle autorità competenti per la sospensione o revoca dell'autorizzazione di cui all'articolo 116 e dell'accreditamento di cui all'articolo 117, ferma restando l'adozione di misure idonee a tutelare i soggetti in trattamento presso la struttura.

Allegato B

Scheda Diagnostica

Il periodo di riferimento per le osservazioni clinico-anamnestiche è quello immediatamente precedente la carcerazione

A. Documentazione disponibile sulla possibile assunzione di sostanze o sullo stato di dipendenza

1. Documentazione del Ser.T — Sì / No
2. Autodichiarazione del paziente — Sì / No

B. Osservazione e accertamento all'ingresso

1. presenza segni e/o sintomi di astinenza psico-fisica rilevati dal medico all'ingresso — Sì / No

2. analisi tossicologiche

	Non eseguito	Negativo	Positivo
Eroina	□	□	□
Cocaina	□	□	□
Amfetamine	□	□	□
Metadone	□	□	□
Cannabis	□	□	□
Altro:_____	□	□	□

C. Criteri diagnostici per la dipendenza secondo DSM-IV

SOSTANZA PRIMARIA:_____

Una 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. Il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato — Sì / No
   b. Un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza — Sì / No
2. Astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti:
   a. La caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza (riferirsi ai Criteri A e B dei set di criteri per Astinenza dalle sostanze specifiche) — Sì / No
   b. La stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza — Sì / No

3. La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto — Sì / No
4. Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza — Sì / No
5. Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza (per es., recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per es., fumando "in catena"), o a riprendersi dai suoi effetti — Sì / No
6. Interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza — Sì / No
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 (per es., il soggetto continua ad usare cocaina malgrado il riconoscimento di una depressione indotta da cocaina, oppure continua a bere malgrado il riconoscimento del peggioramento di un'ulcera a causa dell'assunzione di alcool). — Sì / No

D. Tipo di dipendenza (selezionare le condizioni appropriate se presenti)

Codice ICD IX	Testo	Continua	Episodica	In remissione
303	Sindrome di dipendenza da alcool	□	□	□
304.0	Dipendenza da oppioidi	□	□	□
304.2	Dipendenza da cocaina	□	□	□
304.3	Dipendenza da cannabinoidi	□	□	□
304.4	Dipendenza da amfetamina e altri psicostimolanti	□	□	□
304.5	Dipendenza da allucinogeni	□	□	□
304.6	Altra dipendenza da droghe specificata:_____	□	□	□

Nota: criteri diagnostici per il tipo di dipendenza secondo ICD IX CM

Continua	• per l'alcool si intende l'assunzione giornaliera di grandi qualità o la consumazione elevata in ogni fine settimana o in giorni non lavorativi • per le droghe si intende l'assunzione giornaliera, o quasi giornaliera, di droghe
Episodica	• per l'alcool si intende abuso continuo nel corso di settimane o mesi, seguito da lunghi periodi di sobrietà • per le droghe si intende uso per brevi periodi o nei fine settimana
In remissione	• si riferisce alla completa cessazione di assunzione di alcool o droghe o al periodo in cui il paziente sta diminuendo l'assunzione e sta andando verso la cessazione

Allegato C

Dati sui detenuti con uso o dipendenza da sostanze accertati dal Ser.T.

Scheda 1: Distribuzione dei soggetti accertati per sesso e classi di età:

	Totale dei soggetti con uso o dipendenza da sostanze accertati		di cui:			
			detenuti con dipendenza (diagnosi ICD-IXCM)		*detenuti consumatori (in assenza di diagnosi di dipendenza)*	
classi di età	**Maschi**	**Femmine**	**Maschi**	**Femmine**	**Maschi**	**Femmine**
18-24 anni						
25-34 anni						
35-44 anni						
45-54 anni						
55-64 anni						
> 64 anni						

Scheda 2: Distribuzione dei soggetti con uso o dipendenza da sostanze, in base alla sostanza primaria utilizzata

Sostanza	Totale dei soggetti con uso o dipendenza da sostanze accertati	di cui:	
		detenuti con dipendenza (diagnosi ICD-IXCM)	*detenuti consumatori (in assenza di diagnosi di dipendenza)*
Oppiacei			
Cocaina			
Amfetamine			
Cannabinoidi			
Altro: (specificare)			

Scheda 3: Dati sui detenuti con alcoldipendenza accertata dal Ser.T

	Di cui detenuti con alcol dipendenza (diagnosi ICD-IX-CM)	
classi di età	**Maschi**	**Femmine**
18-24 anni		
25-34 anni		
35-44 anni		
45-54 anni		
55-64 anni		
> 64 anni		

Allegato D

Riferimenti normativi concernenti l'assistenza, riabilitazione, cura e reinserimento dei soggetti tossicodipendenti e/o alcooldipendenti

Legge 26 luglio 1975, n. 354
concernente "Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà." riferito in particolare all'art. 1 concernente trattamento e rieducazione, all'art.13 concernente l' Individualizzazione del trattamento, all'art.72 concernente le competenze degli Uffici locali di esecuzione penale esterna che in particolare propongono all'autorità giudiziaria il programma di trattamento da applicare ai condannati che chiedono di essere ammessi all'affidamento in prova e alla detenzione domiciliare;

DPR n. 230 del 30 giugno 2000
concernente il regolamento di attuazione delle norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà;

Titolo VIII Capo II del DPR 9 ottobre 1990 n. 309
concernente le disposizioni processuali e di esecuzione attraverso cui si disciplina la presa in carico, la cura e la riabilitazione dei cittadini tossicodipendenti e/o alcooldipendenti.

DPR 9 ottobre 1990 n. 309, art. 94
disciplina le prestazioni socio-sanitarie per tossicodipendenti detenuti;

Titolo X del DPR 9 ottobre 1990 n. 309
concernente le attribuzioni regionali, provinciali e locali e i servizi per le tossicodipendenze.

DPR 9 ottobre 1990 n. 309, art. 113
concernente l'attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze;

DPR 9 ottobre 1990 n. 309, art. 114
concernente il perseguimento di obiettivi in tema di prevenzione e recupero dei tossicodipendenti;

DPR 9 ottobre 1990 n. 309, art. 115
concernente la disciplina delle attività degli enti ausiliari con finalità di prevenzione del disagio psico-sociale, assistenza, cura, riabilitazione e reinserimento dei tossicodipendenti;

DPR 9 ottobre 1990 n. 309, art. 116
secondo cui le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano, la libertà di scelta di ogni singolo utente relativamente alla prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze;

DPR 9 ottobre 1990 n. 309, art. 117
concernente l'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali, in materia di convenzione finalizzate all'esercizio delle funzioni di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale rivolte ai soggetti tossicodipendenti;

DPR 9 ottobre 1990 n. 309, art. 118
concernente l' organizzazione dei servizi per le tossicodipendenze presso le unità sanitarie locali;

Decreto legislativo 22 giugno 1999 n. 230
concernente il riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419, l'art. 1 stabilisce che i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di liberta, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali;

Legge 30 novembre 1998, n. 419, art. 5
recante la delega al Governo ad emanare uno o più decreti legislativi di riordino della medicina penitenziaria;

Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230
recante norme per il riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419;

Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 art. 5, comma 2
prevede che il progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario ha durata triennale ed è approvato con decreto, di natura non regolamentare, del Ministro della sanità e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 art. 8
prevede il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti;

Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999
concernente la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti";

DM sanità 21 aprile 2000
concernente l'approvazione del progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario che stabilisce in particolare all'art. 3.2. fra le attività di cura quelle indirizzate all'assistenza ai detenuti tossicodipendenti;

DPCM 29 novembre 2001
concernente la"definizione dei livelli essenziali di assistenza" che stabilisce che la presa in carico delle persone tossicodipendenti e/o alcooldipendenti a vario titolo entrate nell'area penale si realizza in collaborazione tra i Servizi Penitenziari e Servizi dell'Azienda USL, che a tal fine si avvale del Ser.T.;

Titolo XI del DPR 9 ottobre 1990 n. 309
concernente gli interventi preventivi, curativi e riabilitativi;

DPR 9 ottobre 1990 n. 309, art. 122
concernente la definizione del programma terapeutico e socio-riabilitativo;

DM 12 luglio 1990, n. 186
concernente il regolamento per la determinazione delle procedure diagnostiche e medico-legali per accertare l'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, delle metodiche per quantificare l'assunzione abituale nelle 24 ore e dei limiti quantitativi massimi di principio attivo per le dosi medie giornaliere;

Legge 24 dicembre 2007, n. 244
concernente le disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato per l'anno 2008 che determina il trasferimento al Servizio sanitario nazionale di tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, ivi comprese quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche delle spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti di cui all'articolo 96, commi 6 e 6-bis, del testo unico di cui al DPR 9 ottobre 1990, n. 309.

DPCM 1 aprile 2008
concernente disciplina, 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, e la disciplina delle Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale e gli Obiettivi di salute e Livelli essenziali di assistenza.

Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196
concernente il "Codice in materia di protezione dei dati personali";

Legge 4 novembre 2010, n. 183
di modifica agli articoli 1 e 19 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

Accordo conferenza unificata del 18 maggio 2011
Concernente le schede relative alla rilevazione dei detenuti adulti, minori e giovani adulti tossicodipendenti e alcoldipendenti integrativo dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta dell'8 luglio 2010.

Allegato E

Dipendenze da sostanze stupefacenti: principi per la definizione di organizzazioni e processi orientati al recupero e alla guarigione della persona tossicodipendente

Nella definizione di una nuova organizzazione e programmazione degli interventi nell'ambito delle dipendenze, riveste una particolare importanza definire chiaramente alcuni aspetti chiave in grado di condizionare tale definizione. Si ritiene necessario, pertanto, fornire alcuni principi di base come "driver" per la definizione di un nuovo approccio, e di conseguenza assetti organizzativi, più orientati al recupero e alla guarigione della persona tossicodipendente.

1. Vision generale sulla dipendenza da sostanze (vedi anche Allegato F)

1.1. Tossicodipendenza come malattia.
Si riconosce la tossicodipendenza come una "malattia prevenibile, curabile e guaribile, che spesso ha andamento cronico e recidivante". Altresì si considera l'uso anche occasionale di sostanze stupefacenti come un "comportamento a rischio per la salute fisica, mentale e sociale dell'individuo" che è necessario prevenire e cessare se già in atto. A supporto di tale orientamento, le persone tossicodipendenti e le loro famiglie possono trovare assistenza sanitaria e sociale gratuita presso le strutture del sistema sanitario pubblico. I cittadini tossicodipendenti possono infatti usufruire di una serie di offerte terapeutiche personalizzate e cioè selezionate in base ai loro bisogni e alle loro caratteristiche (offerte di prevenzione delle patologie correlate, terapie farmacologiche integrate con supporto psicosociale in ambulatorio o trattamenti residenziali presso comunità terapeutiche, ecc.) anche in considerazione del loro stato di cambiamento comportamentale.

1.2. Prevenzione, diagnosi e trattamento precoce.
Gli interventi di prevenzione sono da considerare come prioritari e fondamentali per la riduzione della domanda di droga. La diffusione dell'uso delle sostanze stupefacenti è da considerarsi un problema di sanità pubblica e sicurezza sociale: le azioni di prevenzione devono pertanto essere sostenute e mantenute nel tempo per promuovere ambienti sani e sicuri e per proteggere il potenziale intellettuale, creativo, produttivo e spirituale delle giovani generazioni. In particolare, la prevenzione selettiva ed ambientale sono da promuovere e sostenere costantemente. Un fattore strategico nella prevenzione dello sviluppo della tossicodipendenza è la possibilità e la necessità di anticipare la scoperta dell'uso di sostanze da parte di adolescenti e giovani (early detection). Un intervento terapeutico precoce è più efficace perché limita i tempi di esposizione alle sostanze e a rischi correlati al loro impiego e, nel lungo periodo, riduce i costi della tossicodipendenza (in termini di servizi e infrastrutture) sul sistema sanitario e sociale.

1.3. Evidenze scientifiche ed etica.
Si riconosce inoltre che le azioni e gli interventi nel campo dell'addiction devono essere basati sulle evidenze scientifiche, su una costante valutazione della efficacia in pratica (effectiveness) degli interventi, ma anche e contemporaneamente fondati sull'etica, sui valori sociali e culturali della comunità ed il rispetto dei diritti umani.

1.4. Neuroscienze dell'addiction: dalla ricerca scientifica alla clinica.
Si sottolinea, al fine di assicurare un intervento efficace ed innovativo, l'importanza della ricerca scientifica soprattutto nell'ambito delle neuroscienze dell'addiction. Si ritiene fondamentale la trasduzione dei risultati delle ricerche nel campo clinico ed educativo e si considera indispensabile incentivare il contatto e la creazione di network di collaborazione tra ricercatori, clinici e professionisti della riabilitazione al fine di rendere sempre più efficaci gli interventi terapeutici ed orientare le ricerche verso aree di utilità pratica. A questo fine risultano di fondamentale importanza anche lo sviluppo e l'attivazione di trials clinici finalizzati a valutare nuovi ed innovativi farmaci, e nuovi processi educativi che possano essere di aiuto ai trattamenti integrati della tossicodipendenza.

1.5. Terapie integrate.
Inoltre le terapie farmacologiche integrate con il supporto psicologico e sociale offerte dal sistema sanitario pubblico italiano riguardano sia il trattamento delle tossicodipendenze, sia le patologie infettive correlate (in particolare l'infezione da HIV e le epatiti), oltre che le patologie psichiatriche.

1.6. Bilanciamento delle azioni.
La strategia globale italiana è pertanto bilanciata e cioè fortemente orientata a ridurre il consumo di droga attraverso attività integrate di prevenzione, di trattamento/riabilitazione, di reinserimento sociale e lavorativo e tramite l'applicazione della normativa e delle azioni di contrasto del traffico e dello spaccio. Tali azioni sono orientate a favorire il contatto precoce delle persone tossicodipendenti dei consumatori occasionali, specialmente dei più giovani, con le strutture di cura e a promuovere l'inserimento in adeguati percorsi terapeutici finalizzati al recupero (recovery) e alla guarigione (healing).

1.7. Forte orientamento al recupero e alla guarigione.
La riabilitazione ed il reinserimento sociale e lavorativo sono processi indispensabili e fondamentali su cui orientare i sistemi assistenziali per le persone tossicodipendenti. Gli operatori devono poter strutturare le loro attività e le loro organizzazioni con un approccio globale fortemente orientato, fin dal primo contatto con i pazienti, al recupero e alla guarigione.

2. Principi guida per la cura della dipendenza da sostanze orientata al recupero (recovery) e alla guarigione (healing)

2.1. Definizione di recupero e guarigione.
Il recupero della persona tossicodipendente con la guarigione dalla malattia della dipendenza da sostanze, è il risultato di processi terapeutico-riabilitativi incrementali che perseguono l'affrancamento totale dall'uso di sostanze stupefacenti e alcoliche, il raggiungimento di una vita appagante e uno stato di benessere globale e di vera autonomia della persona tossicodipendente. Si tratta non solo di ristabilizzare una condizione di salute ma anche di rilanciare un'identità positiva e relazioni e ruoli significativi nella propria famiglia, gruppo dei pari e comunità. Il recupero e la guarigione sono facilitati, oltre che dal trattamento, da relazioni e da ambienti incentivanti e positivi che alimentano la speranza di miglioramento della propria condizione, l'empowerment personale, le scelte con-

sapevoli e le opportunità di una vita libera, sana, equilibrata e socialmente integrata. Tutto questo a supporto della piena espressione del potenziale individuale delle persone tossicodipendenti che attraverso questo percorso di guarigione possono diventare e diventano, a tutti gli effetti, membri attivi e produttivi della comunità.

2.2. Il recupero è possibile.
Il recupero della persona con problemi derivanti da dipendenza da sostanze stupefacenti o da alcol è un processo di cambiamento possibile e sostenibile, attraverso cui un individuo può raggiungere l'astinenza totale da tali sostanze, il miglioramento della salute, del benessere psicosociale e della qualità della vita.

2.3. Orientamento dei trattamenti:
verso il recupero della persona tossicodipendente e la guarigione.
Tutti i trattamenti della dipendenza da sostanze stupefacenti e alcol (e di conseguenza i processi assistenziali a tal fine utilizzati) devono essere orientati e finalizzati fin dall'inizio al recupero della persona e alla guarigione della malattia. Questo si ottiene, di norma, nel medio lungo periodo, con il raggiungimento e il mantenimento dello stato di sobrietà dalle sostanze stupefacenti e contestualmente con la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo, della persona nella società e nella famiglia, permettendogli e aiutandola quindi a costruirsi e mantenere una vita dignitosa, autonoma e soddisfacente lontano dalle sostanze stupefacenti. L'accesso e la permanenza in trattamento non devono essere comunque condizionati all'accettazione perentoria da parte del paziente, della cessazione immediata dell'uso di sostanze stupefacenti. Questo in quanto i trattamenti devono tenere conto della fase di cambiamento comportamentale della persona e di eventuali e temporanei stati di refrattarietà al cambiamento che necessitano di una corretta gestione senza inficiare la possibilità di restare in trattamento.

2.4. Esistono percorsi differenziati per arrivare alla guarigione.
Gli individui sono unici con specifiche esigenze, specifici punti di forza, propri e differenziati atteggiamenti verso la salute, comportamenti e aspettative di guarigione. I percorsi di recupero sono estremamente personali e generalmente comportano una ridefinizione dell'identità della persona di fronte alle crisi o un processo di cambiamento progressivo. Inoltre, i percorsi hanno spesso una base sociale, sono fondati su convinzioni culturali, credenze o tradizioni e coinvolgono le risorse informali della comunità. Il percorso di recupero potrebbe includere uno o più cicli di trattamento psicosociale e/o farmacologico. E' un processo di cambiamento che permette di fare scelte sane e migliorare la qualità della vita.

2.5. Il recupero deve essere autodeterminato e consapevole, sotto la propria responsabilità e definito in base alle proprie caratteristiche. La volontà della persona con dipendenza da sostanze stupefacenti e la capacità di fare e mantenere scelte consapevoli e di salute nel tempo, è molto compromessa e fragile. Per questo da una parte il percorso verso il recupero può prevedere uno o più periodi di tempo in cui le attività (sempre nel rispetto del diritti della persona) sono supportate, dirette o guidate sostanzialmente da altri, ma è necessario che la persona sviluppi la consapevolezza che il recupero è fondamentalmente un processo autodeterminato. La persona in trattamento è "l'agente del recupero" e ha e deve poter avere l'autorità di esercitare scelte e prendere decisioni consapevoli e razionali basate sui suoi obiettivi di guarigione che hanno un impatto sul processo. Il processo di recupero deve portare gli individui verso il loro massimo livello di autonomia di cui loro sono capaci. Attraverso la loro autodeterminazione e responsabilizzazione, gli individui diventano ottimisti e fiduciosi rispetto ai loro obiettivi di vita e alla possibilità di raggiungerli.

2.6. Il percorso di guarigione è fortemente supportato dagli operatori.
All'interno dell'autonomia decisionale, è necessario che la persona tossicodipendente abbia un buon supporto dagli operatori soprattutto nell'analizzare la propria situazione al fine di rendersi consapevole e di poter operare scelte e decisioni nel migliore dei modi. Gli operatori possono giocare un ruolo molto importante nel supportare questo processo di cambiamento e maturazione, anche facendo in modo di aiutare la persona a rispettare le regole base utilizzate per la corretta gestione dei trattamenti, i rapporti di cura e le relazioni interpersonali.

2.7. Recupero e consapevolezza.
L'inizio di un percorso di guarigione implica prima di tutto il riconoscimento personale della problematicità dell'uso di sostanze (consapevolezza dell'esistenza di una condizione di salute negativa) e della necessità di cambiamento e trasformazione. Le persone prima di tutto devono riconoscere e accettare di avere un problema di salute derivante dall'uso di sostanze ed essere disposti a prendere le iniziative necessarie per affrontarlo; tra queste iniziative in genere è compresa la ricerca di aiuto per i disordini derivanti dall'uso di sostanze. Il processo di cambiamento può riguardare aspetti fisici, emotivi, intellettuali e spirituali della vita di una persona.

2.8. Il recupero è olistico, un processo globale di equilibrio e armonizzazione.
Il recupero di un individuo è un processo attraverso il quale egli raggiunge un equilibrio nella relazione tra corpo, mente (dimensione individuale), ambiente circostante ovvero la famiglia, il gruppo dei pari, il contesto sociale e lavorativo (dimensione sociale), e comunità (dimensione culturale).

2.9. Il recupero ha anche dimensioni culturali.
Il processo di recupero di ogni persona è unico ed influenzato anche dalle sue credenze e dalle tradizioni culturali. Gli operatori devono considerare che l'esperienza culturale di un individuo determina o condiziona spesso il percorso di recupero adatto a lui.

2.10. Un processo incrementale di miglioramento.
Il recupero consiste in un miglioramento continuo ed incrementale della salute e del benessere. Il recupero non è un processo lineare. Consiste in una crescita continua ed un miglioramento del funzionamento generale della persona. Ci possono essere ricadute e ritorni alla situazione precedente che devono essere considerati parte connaturata nel processo di affrancamento da sostanze, ma sicuramente gestibili. Il benessere della persona è il risultato di una migliore cura ed equilibrio della mente, del corpo e dello spirito, e questo è un prodotto del processo di recupero.

2.11. Il percorso verso la guarigione viene rinforzato dalla speranza e dalla gratitudine.
Le persone che seguono un percorso di recupero spesso trovano la speranza in coloro che condividono e supportano la loro ricerca o l'esperienza del recupero. In questo modo si sentono compresi nei loro intenti di recupero, percepiscono che è possibile superare gli ostacoli che si presentano, coltivano la gratitudine per le opportunità che ogni giorno le persone che li supportano e che il percorso di recupero offre.

2.12. Recupero significa anche affrontare la discriminazione e superare la vergogna e lo stigma.
Il recupero è un processo mediante il quale le persone si confrontano e si sforzano di superare la stigmatizzazione e i sentimenti negativi in grado di compromettere la propria autostima, quali la vergogna e lo stigma.

2.13. Il recupero può essere supportato dai pari già guariti e dalle persone alleate.
Un denominatore comune nel processo di recupero è la presenza e il coinvolgimento delle persone che contribuiscono a dare speranza e supporto e a suggerire strategie e risorse per il cambiamento.

I pari (che hanno già intrapreso e superato il precorso di recupero), così come i familiari (se positivi) e gli altri alleati, costituiscono reti di sostegno vitali per coloro che sono in via di guarigione. Essere d'aiuto agli altri e sperimentare la guarigione reciproca contribuisce a creare una comunità di supporto positivo tra coloro che stanno seguendo un percorso di recupero.

2.14. Recupero significa rientrare con ruolo attivo nella società e ricostruire la propria vita nella comunità.
Il recupero implica un processo di costruzione o ricostruzione di ciò che una persona ha perso o non ha mai avuto a causa della sua condizione e delle conseguenze della tossicodipendenza. Il recupero prevede la creazione di una vita nelle reali possibilità esistenti in relazione a molteplici condizioni della persona (risorse individuali e sociali, stati di malattia, condizioni legali, ecc.). Recupero è costruzione o ricostruzione di una famiglia sana e di relazioni sociali e personali. Coloro che seguono un percorso di recupero spesso mettono in atto un miglioramento della qualità della loro vita, nell'ambito dell'istruzione, dell'occupazione e dell'abitazione. Inoltre, ricoprono sempre più ruoli costruttivi all'interno della comunità aiutando gli altri e dedicandosi ad attività produttive.

2.15. Il recupero deve essere dimostrabile.
I trattamenti e gli interventi orientati al recupero devono trovare costanti conferme di efficacia, sicurezza, eticità e sostenibilità finanziaria, mediante un monitoraggio continuo degli esiti e in grado di fornire dati quantitativi e scientifici.

2.16. Il recupero verso la guarigione è una realtà.
Può succedere e succede.

3. Descrizione degli elementi di base per lo sviluppo di sistemi di assistenza orientati al recupero (recovery oriented system)

3.1. Necessità di applicare un nuovo paradigma nella costruzione dell'organizzazione di assistenza alle persone tossicodipendenti.
L'approccio (e di conseguenza l'organizzazione dedicata all'assistenza) ai disturbi da uso di sostanze dovrebbe evolvere da un modello prevalentemente basato sulla gestione degli episodi acuti e sulla cronicizzazione gestita della malattia (ritenzione di lungo termine in trattamento, mantenimento) ad uno più orientato al trattamento attivo dei disturbi finalizzato fin da subito alla riabilitazione e al recupero, con molta attenzione quindi alla prevenzione e gestione precoce delle ricadute, durante tutto il corso della vita e soprattutto nel periodo post trattamento. Questo non esclude affatto l'utilizzo di farmaci sostitutivi ma implica che tali trattamenti vengano sempre integrati con percorsi riabilitativi e di reinserimento ben strutturati, supportati e valutati nel tempo.

3.2. Interventi centrati sulla persona.
I sistemi orientati al recupero supportano approcci di cura centrati sulla persona e autodeterminati che vanno ad accrescere i punti di forza e di resilienza individuali, delle famiglie e della comunità aumentando la loro responsabilità rispetto alla salute e al benessere permanenti, sostenibili e al recupero da problemi di alcol e droga. I sistemi orientati al recupero tengono in considerazione, e di conseguenza orientano i propri processi, il sistema valoriale dell'individuo e delle sue caratteristiche.

3.3. Approccio sanitario e sociale globale.
L'efficienza e l'efficacia di questo modello di sistema si basano sulla presenza di servizi continui e

duraturi, finalizzati ad esiti concreti, basati sul monitoraggio e sulla ricerca, flessibili ed adeguatamente finanziati e valorizzati. Rendere più accessibili i servizi di prevenzione, trattamento e riabilitazione, potenziare l'aspetto individuale del recupero, coinvolgere anche le risorse delle comunità nei processi di recupero sono gli elementi chiave per un approccio sanitario globale, efficace ed orientato al recupero. L'organizzazione dipartimentale risulta pertanto la più idonea a garantire questo approccio.

3.4. Prevenzione delle patologie correlate.
Le persone che consumano sostanze stupefacenti hanno un rischio aumentato sia di overdose, sia di acquisizione e trasmettere varie infezioni virali (HIV, HCV, HBV) e altre malattie trasmesse sessualmente (sifilide, gonorrea, ecc.). Pertanto, affinché il recupero della persona sia totale, è dovere degli operatori offrire e promuovere (quanto più precocemente possibile e periodicamente) specifiche offerte che preventive della mortalità droga correlata e, tra i pazienti e il loro partner, test di screening per queste infezioni, perseguendo così una strategia di diagnosi precoce e assicurando, di conseguenza, una tempestiva entrata in terapia per gli aventi bisogno, oltre che un miglior contenimento dell'eventuale diffusione inconsapevole delle infezioni. Si ritiene di estrema importanza, inoltre, al fine di poter migliorare la diagnosi precoce e la corretta gestione clinica delle patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti, che i dipartimenti possano garantire ai pazienti, oltre alle modalità operative mirate agli accertamenti sierologici, anche un adeguato supporto medico e psicologico (counselling) per queste infezioni, nella stessa sede dove viene eseguito il trattamento della dipendenza. Grazie alla corretta gestione anche di questi aspetti sarà possibile quindi ridurre il rischio di acquisizione di malattie infettive o di controllarne l'evoluzione clinica, se già acquisite, al fine di promuovere ulteriormente il completo recupero della persona.

3.5. Molteplicità delle offerte.
Nei sistemi di cura orientati al recupero gli individui disporranno di una gamma di offerte terapeutiche appropriate alle loro caratteristiche ed esigenze e in grado di soddisfare i loro bisogni di salute, durante l'intero percorso di guarigione. Le scelte possono includere anche il supporto spirituale adatto alle esigenze di recupero dell'individuo.

3.6. Coinvolgimento della famiglia e degli altri alleati.
I sistemi di cura orientati al recupero riconoscono il ruolo importante che le famiglie e gli altri alleati possono ricoprire. La famiglia e gli altri alleati parteciperanno, se esistenti condizioni positive che rendano possibile e utile il loro coinvolgimento, alla progettazione e alla realizzazione del processo di recupero e di sostegno. Essi possono essere di supporto nell'aiutare gli individui ad accedere al percorso di recupero e a mantenerlo. Inoltre, i sistemi devono occuparsi anche del trattamento e degli altri bisogni delle famiglie e degli altri alleati.

3.7. Servizi personalizzati e completi per l'intero corso della vita.
I sistemi di cura orientati al recupero saranno personalizzati, completi, adattati alle esigenze dei vari momenti di cambiamento, e flessibili. Entro certi limiti, si adatteranno quindi ai bisogni individuali piuttosto che pretendere che siano le persone ad adattarsi al sistema. Saranno progettati in modo da supportare il recupero durante tutto il percorso di trattamento e prevenzione delle ricadute nella vita.

3.8. Sistemi integrati nella comunità.
I sistemi di cura orientati al recupero dovranno essere saldamente inseriti ed integrati nella comunità allo scopo di rafforzare la disponibilità e il sostegno delle famiglie, di reti sociali, delle istituzioni della comunità e di altre persone coinvolte nel processo di recupero.

3.9. Continuità della cura.
I sistemi orientati al recupero offriranno una continuità di cure, compresi il pretrattamento (primo contatto e intake), il trattamento, la prevenzione delle patologie correlate e delle ricadute e il supporto continui durante tutto il percorso. Gli individui avranno una gamma completa di servizi appropriati alle varie fasi assistenziali, cui poter accedere in qualsiasi momento del programma. La loro possibilità di scelta andrà supportata ed aiutata dagli operatori anche in relazione alla caratteristiche psicologiche (fase del cambiamento) e sociali (risorse attivabili) della persona tossicodipendente, sostenendo soprattutto lo sviluppo della sua consapevolezza.

3.10. Counseling compartecipato e alleanza terapeutica.
I sistemi di cura orientati al recupero si conformeranno ad un modello di counseling compartecipato e cooperante tra paziente e operatore, più focalizzato sulla collaborazione e meno sulla gerarchia, senza perdere l'autorevolezza. I sistemi saranno progettati in modo tale che gli individui si sentano e diventino sempre di più responsabili delle loro scelte comportamentale e di guidare consapevolmente il loro recupero, all'interno di un rapporto basato su un'alleanza terapeutica consapevole e ricercata.

3.11. Processi assistenziali che enfatizzano i punti di forza del paziente.
I sistemi e i processi di cura e riabilitazione orientati al recupero enfatizzeranno e valorizzeranno i punti di forza, le risorse e le resilienze individuali dei pazienti attraverso processi assistenziali e riabilitativi che sviluppino e potenzino le life skills del paziente.

3.12. Sistemi culturalmente sensibili e rispettosi delle credenze personali.
I sistemi di cura orientati al recupero saranno culturalmente sensibili e cioè adeguati e in grado di dare risposte tenendo conto della cultura e rispettando gli orientamenti della persona. Verranno riconosciute e considerate le diverse credenze e i diversi costumi e il loro impatto sugli esiti dei percorsi di recupero. Inoltre, va considerato e ben gestito che le culture e le credenze degli operatori e delle persone di aiuto che supportano il recupero della persona tossicodipendente, influiscono sul processo di guarigione. I sistemi di cura orientati al recupero rispetteranno anche le credenze spirituali, religiose e/o laiche di coloro a cui sono destinati e forniranno collegamenti ad una serie di opzioni terapeutiche che siano coerenti e rispettosi di tali valori.

3.13. Inclusione di supporto tra pari, di testimonianze e di esperienze di individui in via di recupero e delle loro famiglie.
I sistemi di cura orientati al recupero comprenderanno anche servizi, supervisionati da operatori esperti e di supporto tra pari. Gli individui con esperienza personale di guarigione, metteranno a disposizione la loro preziosa testimonianza. Le testimonianze e le esperienze di persone in via di guarigione e dei loro familiari saranno utili alla progettazione e all'implementazione dei sistemi di cura. Le persone che seguono un percorso di recupero e i loro familiari saranno anch'essi parte attiva nelle decisioni. Saranno rappresentati pienamente e autenticamente nei consigli consultivi, nelle commissioni, nei gruppi di lavoro e nei comitati a livello locale, regionale e nazionale.

3.14. Supporto costante alla motivazione del paziente.
I sistemi di cura orientati al recupero forniranno un costante monitoraggio e feed-back dei risultati del paziente, avendo cura di attuare una costante sensibilizzazione assertiva per promuovere una persistente partecipazione, motivazione e coinvolgimento del paziente nei processi di cura. A tal fine i sistemi prevedono specifici processi e linee di indirizzo orientate al supporto motivazionale.

3.15. Servizi integrati.
I sistemi di cura orientati al recupero coordineranno e/o integreranno gli sforzi per realizzare un

processo integrato che risponda efficacemente ai molteplici punti di forza, desideri e bisogni individuali. L'integrazione avviene anche tra le diverse unità operative presenti sul territorio in modo da assicurare la continuità assistenziale e un omogeneo e coerente approccio al paziente, oltre a creare delle importanti economie di risorse e di tempo.

3.16. Sistemi di cura orientati dagli esiti dei trattamenti.

I sistemi di cura orientati al recupero saranno guidati da indicatori quantitativi e qualitativi di processo e di esito. Questi indicatori saranno sviluppati anche in collaborazione con i soggetti in recupero. Gli indicatori di outcome rifletteranno gli effetti globali a medio-lungo termine del processo di recupero sull'individuo, sulla famiglia, sulla comunità, e non solo la remissione dei sintomi biomedici. I risultati saranno misurabili e comprenderanno, oltre al rilevamento del non uso di sostanze e la riduzione del rischio infettivo e di overdose, anche parametri di riferimento delle variazioni della qualità della vita e del grado di reinserimento sociale e lavorativo del paziente.

3.17. Sistemi basati sulla ricerca scientifica e sulle neuroscienze.

I sistemi di cura orientati al recupero saranno basati sulla ricerca scientifica e sulle neuroscienze. E' necessario sostenere ed implementare nuovi studi sugli individui in guarigione, sui luoghi di recupero e sui processi di recupero, compresi gli aspetti culturali e spirituali. La ricerca terrà conto e sarà completata anche con dati derivanti dalle esperienze delle persone in recupero, oltre che di quelle degli operatori.

3.18. Sistema di accreditamento e formazione.

A garanzia della persistenza dell'orientamento dei sistemi al recupero e alla riabilitazione, tali sistemi garantiranno che i concetti di recupero, di riabilitazione e di benessere costituiscano elementi fondamentali dei programmi di formazione, di studio, di accreditamento/certificazione, di autorizzazione e di controllo. Gli operatori del settore dovranno disporre inoltre di una formazione continua ad ogni livello, per rafforzare e mantenere i principi dei sistemi di cura "recovery oriented" nelle loro prassi professionali.

DELIBERAZIONE 27 dicembre 2011, **n. 1232**

D.G.R.T. n. 848/2010: approvazione linee di indirizzo per la presa in carico di persone detenute tossicodipendenti e alcoldipendenti per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere e destinazione risorse.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 "Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419" con il quale è stato avviato un graduale processo di trasferimento dell'assistenza sanitaria all'interno degli istituti penitenziari dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale";

Atteso che il Decreto legislativo 230/1999 sopracitato all'art. 1 stabilisce che i detenuti e gli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, hanno diritto alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali e uniformi di assistenza;

Vista la Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008) che sancisce, ai commi 283 e 284 dell'articolo 2, il transito definitivo al Sistema Sanitario nazionale di tutte le funzioni sanitarie svolte dal Ministero della Giustizia;

Preso atto del DPCM 1 aprile 2008, nel quale sono riportate le "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, ivi comprese quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche delle spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti di cui all'art. 96, comma 6 e 6 bis del T.U. di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309;

Vista la Legge Regionale 11 agosto 1993, n. 54 "Istituzione dell'Albo regionale degli Enti Ausiliari che gestiscono sedi operative per la riabilitazione e il reinserimento dei soggetti tossicodipendenti: criteri e procedure per l'iscrizione";

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40 "Disciplina del Servizio sanitario regionale";

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale";

Richiamata la Legge Regionale 2 dicembre 2005, n. 64 "Tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari ubicati in Toscana", che stabilisce che la Regione Toscana garantisce ai detenuti e agli internati nelle carceri toscane, i livelli essenziali di assistenza sanitaria concernenti le prestazioni preventive, diagnostico-terapeutiche e riabilitative, alla pari degli individui in stato di libertà;

Visto il Piano Integrato Sociale Regionale (P.I.S.R.) 2007-2010 approvato con deliberazione del Consiglio regionale toscano n. 113 del 31 ottobre 2007;

Visto il Piano Sanitario Regionale (P.S.R.) 2008-2010 approvato con deliberazione del Consiglio regionale toscano n. 53 del 16 luglio 2008;

Dato atto che il Piano Sanitario Regionale ed il Piano Integrato Sociale Regionale restano in vigore, ai sensi del comma 1 dell'art. 104 della L.R. 29 dicembre 2010, n. 65, fino al 31 dicembre 2011;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 1165 del 21 ottobre 2002 "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di interventi nel settore delle dipendenze patologiche e sperimentazione regionale delle tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali di cui all'Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999", e successive modifiche e integrazioni, che stabilisce anche il sistema tariffario delle suddette prestazioni, basate sull'appropriatezza degli interventi e sull'intensità di cura delle persone con problemi di dipendenza da sostanze legali e illegali;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 848 del 27 settembre 2010 "Trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie penitenziarie. Disposizioni per gli interventi di inserimento in comunità terapeutiche di soggetti detenuti tossico/alcoldipendenti (misure alternative alla pena) e costruzione del percorso assistenziale." con la quale tra l'altro:

- è stata destinata la somma complessiva di Euro 350.000,00 (trecentocinquantamila/00) da erogare alle Aziende USL per l'adeguamento delle tariffe per il trattamento terapeutico in Comunità per le persone detenute tossico/alcoldipendenti sottoposte a misure alternative alla detenzione a quelle previste dalla deliberazione di Giunta regionale 693/2009;
- è stato disposto che tale adeguamento decorre dal 27/09/2010;
- è stato stabilito che la somma di Euro 350.000,00 (trecentocinquantamila/00) copre l'adeguamento delle tariffe per il periodo 27/09/2010-31/12/2010 e che per gli anni successivi la copertura degli oneri necessari è assicurata dalla dinamica prevista per l'andamento del fondo ordinario di gestione e saranno ricompresi all'interno delle assegnazioni alle Aziende USL del suddetto fondo;

- è stato disposto che la somma di Euro 350.000,00 (trecentocinquantamila/00) venga ripartita tra le Aziende USL a seguito di formale richiesta delle stesse sugli oneri sostenuti per l'adeguamento delle tariffe nel periodo 27/09/2010-31/12/2010;

- è stato, altresì, incaricato il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze, istituito con deliberazione di Giunta regionale n. 13 del 12 gennaio 2009, a definire, di concerto con il PRAP toscano e la Magistratura di Sorveglianza, una proposta di percorso assistenziale e procedure idonee per la presa in carico di persone detenute tossico/alcoldipendenti sottoposti a misure alternative alla detenzione qualora vogliano o abbiano già intrapreso programmi di recupero;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 441 del 30 maggio 2011 "Qualità della salute dei cittadini detenuti. Linee d'intervento prioritarie per il biennio 2011-2012" che dispone, al punto 8 dell'allegato 1, l'implementazione di percorsi alternativi alla detenzione per detenuti tossicodipendenti o alcoldipendenti allo scopo di consentire la piena attuazione di quanto previsto dal DPCM 1.4.2008 sopra citato;

Visto l'Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, 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" sancito dalla Conferenza Unificata in data 18 maggio 2011 (Rep. n. 48/CU del 18 maggio 2011);

Richiamata la deliberazione di Giunta regionale n. 487 del 13 giugno 2011 "Approvazione Accordo di Collaborazione tra la regione Toscana, le Aziende USL e il Coordinamento degli Enti Ausiliari della Regione Toscana (C.E.A.R.T.) in materia di prevenzione e recupero di persone con problemi di dipendenza";

Considerato che le azioni sopra esposte si inquadrano all'interno della cornice programmatica del

PSR 2011-2015, approvato con risoluzione del Consiglio Regionale n. 49 del 29 giugno 2011, nella parte in cui sono delineate le linee di indirizzo per la programmazione regionale in materia di diritti di cittadinanza e coesione sociale ed in particolare per gli aspetti che riguardano le politiche integrate socio sanitarie;

Vista la proposta di Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015, approvato dalla Giunta Regionale Toscana il 19 dicembre 2011;

Visto il DPEF 2012 adottato dal Consiglio Regionale con risoluzione n. 56 del 27 luglio 2011;

Atteso che il Gruppo di lavoro, previsto dalla deliberazione di Giunta regionale n. 848/2010 sopracitata, coordinato dal Settore Servizi alla persona sul territorio della Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, ha elaborato e condiviso il documento allegato al presente atto per formarne parte integrante e sostanziale (allegato A) denominato "Linee di indirizzo per la presa in carico di persone detenute tossicodipendenti e alcoldipendenti per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere";

Precisato che le linee di indirizzo e le procedure individuate dall'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto, sono finalizzate a garantire l'effettiva fruizione del diritto dei detenuti tossicodipendenti o alcoldipendenti alla corretta e tempestiva diagnosi, alla cura e al percorso terapeutico-riabilitativo, alla reinclusione sociale e lavorativa nonché ad implementare i flussi di uscita dal carcere e di conseguenza migliorare le condizioni di vita dei detenuti dovute alla grave situazione di sovraffollamento in cui si trovano gli istituti penitenziari;

Valutata la necessità e l'opportunità, per i motivi sopra esposti, di supportare le Aziende USL toscane per l'attuazione sull'intero territorio regionale delle Linee di indirizzo, allegate al presente atto, assegnando specifiche risorse;

Preso atto che risultano disponibili Euro 171.251,63 (centosettantunomiladuecentocinquantuno/63) a valere sulla prenotazione n. 2/2011 assunta con deliberazione di Giunta regionale toscana n. 848 del 27 settembre 2010 sul capitolo n.26057;

Ritenuto di ridurre la prenotazione n. 2/2011 assunta sul capitolo n. 26057 con deliberazione di Giunta regionale toscana n. 848 del 27 settembre 2010 per Euro 171.251,63 (centosettantunomiladuecentocinquantuno/63);

Ritenuto, pertanto opportuno destinare, in favore delle Aziende USL toscane la somma complessiva di Euro 671.251,63 per la presa in carico di persone detenute tossicodipendenti e alcoldipendenti sottoposti a misure alternative alla detenzione qualora vogliano o abbiano già intrapreso programmi di recupero, da imputarsi come segue:

- Euro 171.251,63 (centosettantunomiladuecentocinquantuno/63) sul capitolo n.26057 "Progetto Obiettivo Dipendenze - Trasferimenti correnti ad Enti Pubblici" (classificato "fondo sanitario vincolato") del bilancio di previsione 2011 che presenta la necessaria disponibilità;

- Euro 500.000,00 (cinquecentomila/00) sul capitolo n. 24047 "Interventi diretti della Regione in sanità" (classificato "fondo sanitario vincolato") del bilancio pluriennale 2011-2013, annualità 2012, che presenta la necessaria disponibilità;

Dato atto che, per la corretta riallocazione delle risorse anche ai fini della classificazione economica, verrà predisposta apposita variazione di bilancio con storno della prenotazione assunta col presente atto sul bilancio pluriennale 2011-2013, annualità 2012, di Euro 500.000,00 a valere sul capitolo n. 24047 verso il capitolo n. 26057 (classificato "fondo sanitario vincolato");

Considerato che l'assunzione dei successivi impegni di spesa relativi alla quota di Euro 500.000,00 prenotata col presente atto sul capitolo n. 24047 sarà subordinata all'adozione dell'atto deliberativo di variazione di bilancio nel corso dell'esercizio 2012;

Vista la L.R. n. 66 del 29 dicembre 2010 che approva il Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2011 e il Bilancio pluriennale 2011/2013 e successive modifiche;

Vista la deliberazione della Giunta regionale 10 gennaio 2011, n. 5, con la quale è stato approvato il Bilancio gestionale 2011 e pluriennale 2011/2013 e successive modifiche;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare le "Linee di indirizzo per la presa in carico di persone detenute tossicodipendenti e alcoldipendenti per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere" allegate al presente atto (all. A) per formarne parte integrante e sostanziale;

2. di destinare alle Aziende USL toscane per la concreta attuazione delle Linee di indirizzo di cui al precedente punto 1., la somma complessiva di Euro 671.251,63, da imputarsi come segue:

- Euro 171.251,63 (centosettantunomiladuecentocinquantuno/63) sul capitolo n. 26057 "Progetto Obiettivo Dipendenze - Trasferimenti correnti ad Enti Pubblici" (classificato "fondo sanitario vincolato") del bilancio di previsione 2011 che presenta la necessaria disponibilità riducendo contestualmente di pari importo la prenotazione n.2/2011 assunta sul capitolo n. 26057 con deliberazione di Giunta regionale toscana n. 848 del 27 settembre 2010;

- Euro 500.000,00 (cinquecentomila/00) sul capitolo n. 24047 "Interventi diretti della Regione in sanità" (classificato "fondo sanitario vincolato") del bilancio pluriennale 2011-2013, annualità 2012, che presenta la necessaria disponibilità;

3. di dare atto che, per la corretta riallocazione delle risorse di Euro 500.000,00, anche ai fini della classificazione economica, verrà predisposta apposita variazione di bilancio con storno della prenotazione assunta col presente atto sul bilancio pluriennale 2011-2013, annualità 2012, a valere sul capitolo n. 24047 verso il capitolo n. 26057 (classificato "fondo sanitario vincolato");

4. di subordinare l'assunzione dei successivi impegni di spesa relativi alla quota di Euro 500.000,00 prenotata col presente atto sul capitolo n.24047 all'adozione dell'atto deliberativo di variazione di bilancio nel corso dell'esercizio 2012;

5. di rinviare a successivi atti la definizione dei criteri di riparto delle risorse prenotate con il presente atto in favore delle Aziende USL toscane.

Il presente atto è pubblicato integralmente sul B.U.R.T. ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera f) della L.R. 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18 comma 2 della medesima Legge Regionale 23/2007.

Segreteria Della Giunta
Il Direttore Generale
Antonio Davide Barretta

SEGUE ALLEGATO

Allegato A

Linee di indirizzo per la presa in carico di persone detenute tossicodipendenti e alcoldipendenti per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere

Premessa:
Il presente documento è finalizzato a identificare una procedura agile ed efficace per l'accesso del detenuto tossicodipendente o alcoldipendente a percorsi terapeutico-riabilitativi alternativi allo stato di detenzione e ottimizzare un percorso di presa in carico per le persone tossicodipendenti e alcoldipendenti dal momento della loro carcerazione al momento della loro uscita dal carcere.
Gli obiettivi sono:

- garantire l'effettiva fruizione del diritto dei detenuti tossicodipendenti o alcoldipendenti alla corretta e tempestiva diagnosi, alla cura e al percorso terapeutico-riabilitativo e alla reinclusione sociale;
- implementare i flussi di uscita dal carcere per migliorare le condizioni di vita dei detenuti dovute alla grave situazione di sovraffollamento in cui si trovano gli istituti penitenziari.

Le presenti linee di indirizzo sono rivolte alle persone tossicodipendenti o alcoldipendenti che si vengono a trovare in stato detentivo e costruito in ottemperanza delle norme vigenti che regolamentano i percorsi alternativi alla detenzione.

Il percorso si propone di coinvolgere in una operatività integrata, anche operatori non appartenenti al SSN che, a vario titolo, afferenti ad Istituti diversi e con diversi compiti, sono implicati nella osservazione e verifica dell'andamento dei programmi terapeutici (Magistratura di Sorveglianza, UEPE, operatori penitenziari,) o nella effettuazione degli stessi (Enti Ausiliari, Cooperative Sociali, Associazioni di Volontariato, Gruppi di mutuo auto aiuto).

I **princìpi informatori** del presente percorso sono i seguenti:

- da un "sistema di attesa" ad un "sistema d'iniziativa": accogliere e favorire in ogni modo le richieste di progettualità alternative al carcere da parte dei detenuti; data la difficoltà di sviluppare un cambiamento terapeutico all'interno del carcere, anche per i noti contesti di sovraffollamento e di difficoltà strutturali di vario genere, diviene prioritario incoraggiare i detenuti tossicodipendenti e alcoldipendenti ad una precoce comunicazione con gli operatori sanitari preposti;
- l'importanza della diagnosi: la diagnosi di tossicodipendenza e di alcoldipendenza rappresenta il *primum movens* del percorso; per tale motivo essa deve:
  a) essere accurata;
  b) utilizzare i criteri diagnostici previsti dall'Accordo Stato/Regioni del 18 maggio 2011 (ICD-9-CM, codici 303, 304, 305 e 292);
  c) essere tempestiva (non oltre i 30 giorni dal momento della dichiarazione di tossicodipendenza o di alcoldipendenza da parte dell'interessato).

La presenza di diagnosi positiva per tossicodipendenza o alcoldipendenza costituisce *conditio sine qua non* per l'avvio del percorso.

- le opzioni terapeutico-riabilitative ed educativo-riabilitative:

  - l'espiazione della pena con percorsi alternativi alla detenzione deve poter effettuarsi secondo un ventaglio completo di opportunità terapeutico-riabilitative o educativo-riabilitative che devono essere garantite anche a persone in stato di detenzione al pari delle persone libere;
  - nessuna opzione di tale ventaglio deve essere escludibile a priori, poiché solo in tal modo è possibile garantire ai detenuti tossicodipendenti o alcoldipendenti la formulazione di programmi terapeutici commisurati al tipo, gravità e fase di malattia di ogni singolo soggetto;
  - i programmi possono sinteticamente suddividersi in ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali, misti;
  - le strutture preposte all'attuazione di tali programmi sono: i SERT., le Comunità residenziali o semiresidenziali a gestione pubblica o degli Enti Ausiliari della Regione Toscana;
  - i programmi terapeutici possono essere svolti, in ciascuna di queste strutture, con un impianto prevalentemente pedagogico riabilitativo o prevalentemente terapeutico riabilitativo; in alcuni casi i programmi possono includere processi terapeutici volti all'inclusione sociale (es. inserimenti lavorativi, inserimenti socio-terapeutici, tirocini formativi, diritto allo studio, etc);
  - i programmi possono essere misti (es. ambulatoriale + semiresidenziale) oppure possono essere sequenziali (es. residenziale e poi ambulatoriale e viceversa);

- percorso e step-care: ogni tipo di percorso (presso SERT o presso Comunità) deve essere percepito, sia dai vari professionisti che dalla Magistratura di Sorveglianza e dall'Autorità Giudiziaria in genere, come un processo che in modo equivalentemente valido "accompagna" il soggetto; l'accompagnamento deve prevedere un sistema di *step-care*, cioè l'evolversi ed il progredire del programma terapeutico secondo il seguente criterio: **obiettivo ⇨ ⇨ suo raggiungimento ⇨ obiettivo successivo ⇨ suo raggiungimento**, e così via (metodo *step by step*);

- garanzie e professionalità al lavoro: la struttura SERT deve garantire, oltre alla corretta e tempestiva diagnosi, la individuazione e formulazione del programma terapeutico ritenuto più idoneo al soggetto, relativamente al tipo e gravità della dipendenza, alla fase di malattia, al grado di motivazione personale, alle aspettative e alla realizzabilità delle stesse da parte del soggetto e delle sue condizioni socio-relazionali e strutturali di partenza; l'obiettivo primario è evitare di proporre programmi approssimativi o comunque inadatti, fonte di potenziali fallimenti, che sono esiti disastrosi da scongiurare a causa del forte disagio psichico e sociale che ne possono derivare; il processo di diagnosi, individuazione e formulazione del programma terapeutico e sua attuazione è componente fondamentale della *mission* dei SERT;

- durata dei programmi terapeutici in relazione alla durata delle pene: tutti i programmi hanno una durata; quando terminano, i SERT effettuano per il soggetto una fase di follow-up; tale monitoraggio ha peraltro piena valenza di programma ai fini dell'espiazione di pena, in quanto esso consiste in una verifica puntuale e continuativa del raggiungimento o meno degli obiettivi di step individuati per il soggetto; il follow up è condotto con elementi documentabili e periodicamente aggiornati;

Attuatori:

SERT
Nel percorso assistenziale di persone tossicodipendenti o alcoldipendenti detenuti interagiscono sia il SERT sul cui territorio insiste l'iistituto di pena o comunque il luogo di espiazione della pena **(SERT penitenziario)** sia il Ser.T. territorialmente competente in base alla residenza del paziente **(SERT territoriale)**.

- Il **SERT penitenziario** garantisce l'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti o alcoldipendenti, indipendentemente dal loro luogo di residenza, con mandato di continuità assistenziale in favore di quei soggetti tossicodipendenti o alcoldipendenti già in carico al **SERT territoriale** o con mandato di diagnosi per coloro che si dichiarano tossicodipendenti o alcoldipendenti e non sono conosciuti dal **SERT territoriale.**
- Al **SERT territoriale** compete la predisposizione, la scelta e gli oneri di qualsiasi programma terapeutico-riabilitativo formulato per l'attuazione della misura alternativa alla pena; per estensione acquisisce la responsabilità ed i relativi oneri anche relativamente a soggetti non conosciuti - ma residenti nel proprio territorio - che, in regime detentivo, vengono diagnosticati come tossicodipendenti o alcoldipendenti dal **SERT penitenziario**.
- Di norma il **SERT penitenziario** è emanazione del **SERT territoriale** ed esiste un'automatica continuità assistenziale ed una regolare interrelazione tra i due SERT.
- Può accadere che un soggetto, residente in una certa provincia, sia detenuto in un carcere sito in altra provincia; in questo caso il **SERT penitenziario** e il **SERT territoriale** sono normalmente non collegati;
- la comunicazione tra **SERT Penitenziario** e **SERT territoriale** è elemento cruciale per il buon funzionamento del percorso; essa deve essere regolamentata, distinguendo pertanto i compiti dell'uno e dell'altro;

UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna)

Tribunale di Sorveglianza

Personale penitenziario afferente al Ministero della Giustizia: educatori, operatori Servizio Nuovi Giunti, corpo di Polizia Penitenziaria

altri attuatori (Comunità Terapeutiche a gestione pubblica e degli Enti Ausiliari della Regione Toscana, Cooperative Sociali, Associazioni di Volontariato, Gruppi di mutuo auto aiuto)

Le *"equipes pluriprovenienti"*
L'attuazione del percorso è prerogativa dei vari attuatori sopramenzionati; poiché ciascun attuatore interviene con un proprio specifico compito ed in specifiche fasi del percorso, occorre attivare un'integrazione sinergica.
All'interno del carcere, punto di partenza prevalente del percorso, l'equipe pluriproveniente (operatori penitenziari, UEPE e SERT penitenziario) deve riunirsi, nell'ambito di un protocollo operativo formalizzato, con frequenza regolare per aggiornare lo status dei singoli casi.
Ugualmente nel momento di attuazione della misura alternativa, ove la equipe pluriproveniente ha necessariamente una diversa composizione (SERT territoriale, UEPE, Ente Ausiliario se implicato nel programma terapeutico-riabilitativo del singolo caso o altri attuatori).

Le equipes pluriprovenienti ossono essere integrate, ove necessario, da rappresentanti di ulteriori unità operative (es. Psichiatria, nei casi con doppia diagnosi, Malattie Infettive, nei casi con patologie infettivologiche droga-correlate).

1. **Fasi del percorso:**
   descrizione - modalità di attuazione e tempistica - protocolli - motivazione del detenuto e preparazione/accompagnamento al percorso

A)

I. contatto/accoglienza
II. diagnosi di presenza/assenza di tossico-alcoldipendenza e/o di patologie droga-alcol correlate; diagnosi di "attualità" di tossico-alcoldipendenza; specifiche di percorso per soggetti territorialmente già conosciuti / non conosciuti

B)

III. presa in carico (in caso di diagnosi positiva) e avvio iter valutativo-motivazionale
IV. scelta e formulazione di programma terapeutico, dichiarazione di idoneità dello stesso e sua condivisione con il soggetto fruitore
V. invio all'Autorità Giudiziaria procedente del programma proposto
VI. preparazione/accompagnamento del detenuto al percorso previsto

C)

VII. attuazione del programma terapeutico con verifiche in itinere
VIII. conclusione del programma ed avvio del follow-up
IX. dimissione

Fase A
contatto/accoglienza e diagnosi di presenza di tossicodipendenza o di alcoldipendenza

Il soggetto è condotto in carcere; nel momento in cui si dichiara tossicodipendente o alcoldipendente agli operatori del Servizio Nuovi Giunti, è indirizzato al medico del SERT penitenziario, che avvierà il processo diagnostico; se il soggetto risulta già conosciuto o in carico ad un SERT territoriale, il SERT penitenziario richiederà informazioni cliniche e diagnostiche al SERT territoriale ed attualizzerà la diagnosi; viceversa, se il soggetto non risulta conosciuto dal SERT territoriale, sarà il SERT penitenziario ad effettuare l'iter diagnostico ed a fornirne le risultanze al SERT territoriale.
Il flusso di informazioni, sia verso il SERT territoriale (casi non precedentemente conosciuti) che verso il SERT penitenziario (casi già conosciuti da attualizzare) deve comprendere i seguenti dati: caratteristiche socio-anagrafiche e tossicologiche, percorsi precedenti eventualmente effettuati, eventuali patologie correlate alla dipendenza.
In alcuni casi è il soggetto stesso che si mette in contatto, tramite una lettera, con il SERT territoriale, richiedendone l'intervento.
Aggregato fondamentale alla fase diagnostica è il documento stilato, all'ingresso del soggetto in carcere, dal Servizio Nuovi Giunti che registra non soltanto la "dichiarazione di tossicodipendenza o di alcoldipendenza" spontaneamente rilasciata dal soggetto, ma anche i primi essenziali elementi clinici eventualmente presenti e che non attengano al mero dato anamnestico. Questo documento deve essere sempre reso disponibile al medico del SERT penitenziario, che può avvalersene ai fini

della diagnosi.
In ogni caso, ove la diagnosi confermi la presenza di tossicodipendenza o di alcoldipendenza, si avvierà il percorso assistenziale-terapeutico oggetto del presente documento.
Poiché spesso la richiesta di aiuto al SERT è affidata alla motivazione spontanea del singolo soggetto detenuto, è opportuno che la stessa venga incoraggiata dagli operatori penitenziari e monitorata nel tempo.
La diagnosi di tossicodipendenza o alcoldipendenza deve essere basata non solo sul mero riscontro anamnestico ma su elementi clinici o documentali recenti al fine di garantire a tutti i soggetti detenuti l'uguaglianza delle procedure diagnostiche e dei processi decisionali che ne conseguono.

Fase B
presa in carico e avvio iter valutativo-motivazionale – scelta e formulazione di programma terapeutico-riabilitativo, dichiarazione di idoneità dello stesso e sua condivisione con il soggetto fruitore – invio all'Autorità Giudiziaria procedente del programma proposto

Il soggetto che ha ricevuto nella fase A una diagnosi di dipendenza da droghe illegali o da alcol è preso in carico.
Per l'attuazione della parte iniziale della fase B del percorso il SERT territoriale può:

- intraprendere esso stesso l'iter valutativo-motivazionale, mediante invio di propri operatori e fissazione di colloqui di questi in carcere (rispettando ovviamente le procedure previste dall'Amministrazione Penitenziaria per gli incontri con il detenuto), volti all'identificazione del programma terapeutico;

oppure

- se la logistica, la geografia o l'organizzazione interna del lavoro non glielo permettono, può fornire delega in tal senso al SERT penitenziario, che pertanto svolgerà l'iter valutativo-motivazionale per suo conto e ne trasmetterà le risultanze e/o le proposte terapeutico-riabilitative al SERT territoriale attraverso una relazione scritta.

In entrambi i casi il SERT territoriale, raccolti i dati motivazionali provenienti anche dalle varie professionalità che hanno operato nel carcere (psicologo, assistente sociale, medico, educatore, etc), procede alla discussione del caso all'interno del proprio staff e formula/redige il programma terapeutico-riabilitativo ritenuto più idoneo al caso, secondo criteri condivisi: tipo e grado di dipendenza, fase di malattia, livello motivazionale, attitudini, situazione familiare-abitativa-occupazionale-relazionale del soggetto, oltre alla verifica della disponibilità/fattibilità del programma per lui individuato.

Si consideri comunque che il colloquio tra operatori SERT e detenuto, per la formulazione ed attivazione di un percorso riabilitativo, verte sulla congruenza della richiesta e sull'appropriatezza della risposta.

La richiesta di intervento finalizzata ad effettuare un percorso terapeutico in attuazione di una misura alternativa alla pena (affidamento in prova per casi particolari), fruibile dai soggetti "definitivi", il SERT territoriale è responsabile della formulazione e dell'attuazione del piano terapeutico individuato, sia ambulatoriale che semiresidenziale o residenziale.

Il SERT territoriale, sulla base della conoscenza del caso e/o supportato da informazioni assunte dal SERT penitenziario e dai familiari, propone un programma terapeutico riabilitativo.

Il soggetto deve essere tempestivamente e dettagliatamente informato del programma per lui individuato ed esprimere il suo parere favorevole, prima che tale programma venga comunicato agli organismi competenti (Autorità Giudiziaria competente).

La formulazione e redazione del programma terapeutico-riabilitativo è di competenza esclusiva del SERT territoriale che in tal modo si assume oneri e responsabilità connessi a tale programma, sia nella sua parte declaratoria (disponibilità ad attuarlo, comunicazione di idoneità e fattibilità all'interessato e all'Autorità Giudiziaria competente) che in quella attuativa (fase C del percorso);

Una volta che il programma terapeutico-riabilitativo è stato deciso, condiviso con l'interessato e redatto, il SERT territoriale provvede a darne comunicazione all'Autorità Giudiziaria procedente, o per il tramite dell'UEPE o per il tramite dei legali rappresentanti del soggetto o per il tramite degli operatori afferenti all'area penitenziaria; medesima comunicazione deve comunque pervenire anche agli operatori afferenti all'area penitenziaria.

Tale diffusione comunicativa del programma terapeutico ha lo scopo, rendendone edotti tutti gli attori e il fruitore, di avviare il processo di preparazione ed accompagnamento del detenuto alla fase attuativa. È infatti da questo momento che possono avviarsi i colloqui con operatori della comunità terapeutica (nel caso in cui il programma la preveda) o con altri attori terzi, quali le Cooperative Sociali, le Associazioni di Volontariato, i Gruppi di mutuo auto aiuto.
Tali colloqui preparatori potranno aver luogo in carcere – se il soggetto si trova in stato di detenzione – o fuori dal carcere, nel caso di soggetti liberi con condanne definitive la cui esecuzione è stata sospesa in attesa di decisioni del Tribunale di Sorveglianza.

E' opportuno che il detenuto venga messo a conoscenza della modalità che il SERT territoriale utilizzerà (diretta o per il tramite del SERT penitenziario) per l'iter motivazionale.

Di tale informativa si farà carico il SERT penitenziario.

La formulazione e redazione del programma terapeutico-riabilitativo, pur essendo di esclusiva competenza e responsabilità del SERT territoriale, dovrebbe comunque tener conto delle rilevanze ed osservazioni/proposte provenienti dai vari attori del percorso; è opportuno, pertanto, che il programma sia la risultanza di una discussione in "equipe pluriproveniente"; in tal senso, inoltre, è di fondamentale importanza la comunicazione - ex ante ed ex post - tra i vari attori istituzionali che concorrono alla proposta di programma terapeutico e tra essi ed il soggetto detenuto potenziale fruitore dello stesso.

Medesimamente e per le stesse motivazioni la comunicazione deve fluire anche in direzione degli attori terzi non afferenti SSN o al Ministero della Giustizia (volontariato, comunità terapeutiche);

Tra la condivisione della scelta e l'avvio del programma il detenuto deve poter usufruire di prestazioni motivazionali che lo preparino al suo eventuale percorso esterno.

Occorre pertanto attivare nelle strutture penitenziarie percorsi gruppali di tipo "focus", di durata predefinita per numero di incontri, all'interno dei quali, a seconda della scelta del programma, si affronta il tema del cambiamento. Nel caso di rientro sul territorio i temi verterebbero sulle difese da attivare rispetto alle recidive, sulla normativa da rispettare e sulla necessità o modalità di mantenere la motivazione. Per chi dovesse fare ingresso in Comunità, il gruppo affronterebbe argomenti relativi alle caratteristiche delle varie strutture, alle difficoltà relazionali, alla solidarietà, all'impegno da assumersi ed al rapporto esistente tra il percorso residenziale e la misura alternativa. I conduttori dei gruppi potrebbero essere afferenti da più istituzioni tra quelle coinvolte

(SERT territoriale, SERT Penitenziario, UEPE oppure personale terzo, purché opportunamente formato).
La partecipazione ai gruppi ed i colloqui con un tutore individuale, dovrebbero essere utili per far avvicinare il detenuto tossicodipendente al futuro percorso e favorire, in lui, la conoscenza del programma, la motivazione al cambiamento e la sperimentazione di un percorso ideale in attesa di vivere quello reale.

Fase C
attuazione del programma terapeutico nella misura alternativa - verifiche in itinere - fine del programma ed avvio del follow-up – dimissione

L'attuazione del programma terapeutico nella misura alternativa ha inizio dal momento della concessione della stessa da parte dell'Autorità Giudiziaria.
A partire dall'avvio del programma attori e fruitore ne conoscono gli estremi e le rispettive responsabilità, ivi compresa – per il fruitore – la conoscenza delle regole previste dal programma (ad esempio la permanenza in Comunità e le regole connesse) e la consapevolezza che la non adesione alle stesse sarà annotata dagli operatori.

Parte integrante e sostanziale del programma (sia che esso abbia svolgimento ambulatoriale che semiresidenziale o residenziale in Comunità terapeutiche o misto) sono le verifiche in itinere; poiché il programma prevede la metodologia di step-care, tali verifiche devono essere in linea con essa e documentare, step by step, il raggiungimento degli obiettivi via via previsti e la predisposizione al passaggio agli obiettivi successivi. Nel caso del percorso ambulatoriale ogni intervento previsto dai SERT è da condividere con gli assistenti sociali dell'UEPE, preferibilmente nel quadro di accordi generali che definiscano competenze, metodologie di collaborazione e comunicazione, tempi e modalità delle verifiche. E' opportuno redigere REPORT periodici sull'andamento dei percorsi individuali ed effettuare incontri programmati di verifica sull'andamento dei vari programmi. La tempistica delle verifiche potrà essere concordata tramite specifici protocolli d'intesa tra UEPE, e SERT.

L'oggetto delle verifiche è l'aderenza del soggetto fruitore al proprio programma, il grado di raggiungimento degli obiettivi di step, le eventuali criticità o difficoltà incontrate, la fattibilità ed aderenza all'obiettivo di step successivo.
Il documento scritto che certifica ed attesta l'avvenuta verifica è il prodotto delle osservazioni effettuate dall'équipe pluriproveniente esterna (SERT territoriale, UEPE, eventuali attori terzi), le quali, convergendo al SERT responsabile del programma, vengono poi da esso emanate nella direzione dell'Autorità Giudiziaria per il tramite dell'UEPE.
Il momento di convergenza delle varie informazioni oggetto delle verifiche sarà "istituzionalizzato" mediante protocollo operativo tra SERT territoriale e UEPE.
Quando il programma terapeutico-riabilitativo giunge al termine, il SERT territoriale predispone per il soggetto un programma di follow-up, volto a verificare il mantenimento o meno degli obiettivi raggiunti.
Nel caso in cui il programma terapeutico abbia una durata inferiore alla durata della pena comminata, il SERT territoriale deve dare comunicazione all'Autorità Giudiziaria, per il tramite dell'UEPE, dell'avvio della fase di follow-up, che evidentemente è parte integrante della fase riabilitativa del programma.
La durata del follow-up è variabile dipendente della durata del fine pena.
La dimissione del soggetto avviene al termine del follow-up.
Nel caso in cui il programma terapeutico abbia una durata superiore alla durata della pena comminata, il SERT territoriale proseguirà in verifiche e documentazione delle stesse fino al fine pena, con le modalità sopradescritte.

Nel caso di percorsi in Comunità Terapeutica è opportuno che il SERT territoriale, l'UEPE e la Comunità terapeutica ospitante, effettuino incontri congiunti a cadenza concordata con il soggetto inserito, come verifica in itinere del percorso e a eventuali modifiche del programma terapeutico.

Valutazione

a) a livello territoriale

La valutazione delle presenti Linee di indirizzo verrà effettuata, a livello territoriale, sull'efficienza ed efficacia dell'applicazione del percorso individuale attivato, mediante riunioni con cadenza periodica mensili-bimestrali delle equipes pluriprovenienti (quelle presenti nel carcere o quelle esterne al carcere), anche al fine di effettuare aggiustamenti in itinere del percorso assistenziale generale sulla base di report specifici relativi ai percorsi attuati e sull'emersione di eventuali criticità rilevate corredate da proposte idonee a superarle. Tali report dovranno essere inviati al competente ufficio regionale (P.O. "Prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze") con cadenza bimestrale.

b) a livello regionale

La valutazione a livello regionale per verificare l'andamento del sistema verrà effettuata dal Tavolo regionale che ha predisposto le presenti linee di indirizzo con il coordinamento del Settore servizi alla persona sul territorio della Direzione Generale diritti di cittadinanza e coesione sociale della Giunta regionale toscana.

Il tavolo prenderà in esame i report trasmessi dalle equipes pluriprovenienti ed effettuerà incontri con rappresentanti delle stesse.

Il Tavolo redigerà un report finale sull'attuazione sull'intero territorio regionale delle presenti linee di indirizzo con l'individuazione delle eventuali criticità riscontrate e delle proposte per superarle.

Il report verrà utilizzato dalla Giunta regionale per le eventuali modifiche che si rendessero necessarie alle presenti linee di indirizzo.

MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DEL D.P.C.M. 1° aprile 2008

Detenuti adulti, minorenni e giovani adulti tossicodipendenti o alcoldipendenti negli istituti penitenziari e minori con dipendenza patologica sottoposti a provvedimento penale

Premessa

In data 8 luglio 2010 è stato approvato in Conferenza Unificata il Documento: MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DEL D.P.C.M. 1° aprile 2008 recante "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".

In una prima versione, tale documento aveva incluso anche alcune schede di rilevazione relative al monitoraggio dei dati sui detenuti con problemi sanitari droga-correlati accertati dai Sert delle Aziende Sanitarie; successivamente tali schede di rilevazione sono state concordemente stralciate dal documento complessivo durante i lavori del Tavolo Tecnico di Consultazione Permanente DPCM perché necessitanti di ulteriori approfondimenti tecnici da parte dell'apposito Sottogruppo di Lavoro dello stesso Tavolo.

Il presente documento di Monitoraggio sullo stato di attuazione del DPCM relativo ai detenuti portatori di dipendenza patologica è quindi da considerarsi un'appendice integrativa, concordata in sede tecnica dal Sottogruppo di Lavoro, del Documento per il Monitoraggio dell'Attuazione del DPCM approvato l'8 luglio 2010 in Conferenza Unificata ~~di~~ cui sopra.

Modalità della rilevazione

Le schede compilate dovranno essere inviate entro il 15 giugno 2011 (per i dati relativi all'anno 2010). Successivamente in analogia secondo quanto stabilito dal DM Salute 20 settembre 1997 relativamente alle schede SEM per le schede 1 e 2 (entro 30 giorni dalla data delle rilevazioni di tipo puntuale o istantaneo cui fanno riferimento) fino alla completa attuazione dei flussi SIND. Le schede da 3 a 6bis hanno valenza annuale e devono essere trasmesse a regime entro il 31 gennaio successivo all'anno cui fanno riferimento.

Per l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, dovranno essere fornite le seguenti informazioni:
:

- personale dedicato
- distribuzione dei soggetti per classi di età, sesso, provenienza geografica e posizione giuridica
- dati clinici su diagnosi e trattamento

Dovrà inoltre essere rilevato:

- il numero delle comunità terapeutiche (strutture residenziali sanitarie) utilizzate per progetti personalizzati di cura e riabilitazione di minori sottoposti a provvedimento penale, suddivise in pubbliche e private accreditate/autorizzate
- il numero delle comunità ministeriali socio educative

Per le comunità terapeutiche, dovrà essere rilevato:

- il numero di minori presenti
- la tipologia di pazienti
- il personale e le ore di lavoro

Per le comunità socio educative ministeriali, dovrà essere rilevato:

- il numero di minori presenti
- il personale sanitario (appartenente al Servizio sanitario nazionale) che presta assistenza sanitaria in favore dei minori ospitati e ore di lavoro

In appendice vengono forniti i *fac-simile* delle schede di rilevazione.

Trasmissione dei dati ed eventuali ricadute operative.

Le schede di rilevazione, raccolte dalle Regioni e Province Autonome e sottoposte all'attenzione dei rispettivi Osservatori permanenti interistituzionali per le opportune valutazioni e necessaria condivisione, sono trasmesse al Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio e al Ministero della Salute tramite le Direzioni competenti che provvedono alla loro elaborazione coerentemente con la prospettiva dell'attivazione dei previsti Sistemi Informativi Nazionali. I dati elaborati sono messi a disposizione del Tavolo di consultazione permanente presso la Conferenza Unificata per le ulteriori valutazioni e per eventuali modalità organizzative conseguenti e condivise che potranno essere oggetto di successivi ed eventuali accordi elaborati in sede di Tavolo Tecnico di Consultazione Permanente DPCM e siglati in Conferenza Unificata.

Scheda 1

Denominazione Istituto Penale Adulti:

_____

Scheda TOX - CARCERE

RILEVAZIONE PUNTUALE (1) AL ANNO..... **□ 30 GIUGNO** **□ 31 DICEMBRE**

DATI SUI DETENUTI CON USO O DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI ACCERTATI DAL Ser.T. (2)

n° totale detenuti rilevati dal SerT con uso o dipendenza da droga .....di cui:

- n° detenuti con dipendenza da sostanze (secondo criteri ICD-IX-CM) (3) .....
- n° detenuti assuntori di sostanze senza dipendenza (4) .....

- n° detenuti su cui è stato eseguito il drug test volontario all'ingresso (5) .....

Distribuzione dei soggetti accertati per sesso e classi di età:

	Totale dei soggetti con uso o dipendenza da droga accertati		**Di cui:**			
			detenuti con dipendenza (diagnosi ICD-IXCM)		*detenuti assuntori (in assenza di diagnosi di dipendenza)*	
classi di età	**Maschi**	**Femmine**	*Maschi*	*Femmine*	*Maschi*	*Femmine*
18-24 anni						
25-34 anni						
35-44 anni						
45-54 anni						
55-64 anni						
> 64 anni						

Distribuzione dei soggetti con uso o dipendenza da droga, per provenienza geografica e posizione giuridica:

Provenienza geografica	**n° con almeno una sentenza definitiva**	**n° in attesa di giudizio**	**N° con posizione giuridica mista**
cittadini italiani residenti nella regione in cui insiste l'Istituto			
cittadini italiani con residenza in altra regione			
cittadini stranieri comunitari			
cittadini stranieri extra comunitari			
di cui iscritti al SSN (6)			
con cittadinanza non nota			

DATI SUI DETENUTI CON USO O DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI ACCERTATI DAL Ser.T

*Distribuzione dei soggetti con uso o dipendenza da droga, in base alla sostanza **primaria** utilizzata*

Sostanza	**Totale dei soggetti con uso o dipendenza da droga accertati**	**Di cui:**	
		detenuti con dipendenza (diagnosi ICD-IXCM)	*detenuti assuntori (in assenza di diagnosi di dipendenza)*
Oppiacei			
Cocaina			
Amfetamine			
Cannabinoidi			
Altro: (specificare)			

N° soggetti con dipendenza da sostanze che presentavano poliabuso all'ingresso (7):.....

N° totale di soggetti con dipendenza da sostanze in trattamento (farmacologico, psico-sociale, integrato):.....di cui:

- n° detenuti in trattamento solo farmacologico .....
  di cui in trattamento sostitutivo .....
- n° detenuti in trattamento solo psicosociale .....
- n° detenuti in trattamento farmacologico e psicosociale (integrato) .....
  di cui in trattamento sostitutivo integrato .....

(le categorie sono mutuamente esclusive)

N° totale di detenuti tossicodipendenti che hanno **richiesto** l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90) (8):	
N° totale di detenuti tossicodipendenti che al momento della richiesta **possedevano** i requisiti (pena < 6 anni, non aver già beneficiato 2 volte dell'affidamento) per l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90) (8):	
N° totale di detenuti tossicodipendenti che **sono usciti** dal carcere in base ad un'ordinanza del Tribunale di Sorveglianza per l' affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90) (8):	

Detenuti accertati dal Ser.T. sottoposti a test per HIV, HBV e HCV

Tipo Test	**n° detenuti sottoposti a test**	**n° detenuti risultati positivi al test**	**n° sieroconversioni accertate in carcere** (test negativo in carcere– retest positivo in carcere) (9)
HIV			
HCV			
HBV			

Note:

1. per rilevazione puntale si intende il conteggio dei soggetti presenti alla data specifica (30 giugno o 31 dicembre)
2. si intendono i soggetti per i quali è stato possibile verificare la presenza di problematiche sanitarie conseguenti al consumo di sostanze
3. sono ammessi i codici gruppi 304 del ICD-IX-CM solo per la condizione di dipendenza
4. sono ammessi i codici gruppi 292, 305 del ICD-IX-CM escludendo le condizioni riferite all'alcol
5. questo dato rileva esclusivamente il numero di soggetti che si è sottoposto volontariamente al drug test e non alla valutazione e conteggio della esecuzione di procedure diagnostiche cliniche
6. cioè detentori di un numero di tessera sanitaria. Sono esclusi i soggetti con codice STP (Straniero Temporaneamente Presente)
7. è da riportare il numero di soggetti che presentano il consumo di almeno un'altra sostanza oltre alla primaria
8. è da riportare il numero complessivo dei soggetti che hanno richiesto, hanno i requisiti e, successivamente, hanno ottenuto l'affidamento in prova dall'inizio dell'anno alla data della

rilevazione. Si tratta quindi di una rilevazione cumulativa di 6 mesi (30 giugno) e 12 mesi (31 dicembre).

9. si intendono i soggetti per i quali è stata osservata la sieroconversione (primo test negativo eseguito in carcere e successivo test positivo eseguito in carcere) nel corso della detenzione

A SETTEMBRE IN LIBRERIA

EDIESSE S.R.L.
Viale di Porta Tiburtina, 36 - 00185 Roma
tel. 06 44870283 - 44870325 fax 06 44870335

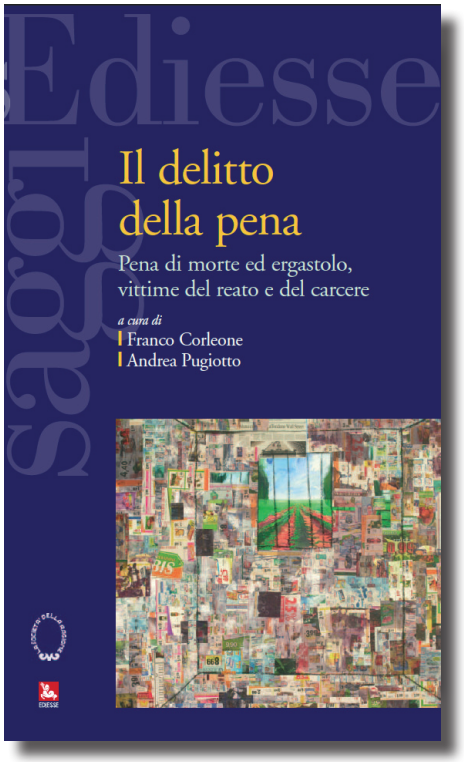
IN INTERNET:
Catalogo: www.ediesseonline.it
E-mail: ediesse@cgil.it

Franco Corleone, Andrea Pugiotto (a cura di)

Il delitto della pena

Pena di morte ed ergastolo, vittime del reato e del carcere

Saggi di: Marco Alessandrini, Alessandro Bernardi, Giuditta Brunelli, Stefania Carnevale, Pietro Costa, Franco Corleone, Federico D'Anneo, Giovanni De Luna, Daniele Lugli, Luigi Manconi, Riccardo Noury, Andrea Pugiotto, Paolo Veronesi



Collana	**Saggi**
Formato	12 x 20
Pagine	260
Prezzo	13,00
Codice ISBN	978-88-230-1698-9
Codice arg.	4 - 33
Uscita	**Settembre 2012**

Oggi, soprattutto oggi, e qui, in Italia, quella della pena e della sua esecuzione è – secondo le parole del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano – «una questione di prepotente urgenza sul piano costituzionale e civile» che ha raggiunto un «punto critico insostenibile», «una realtà che ci umilia in Europa e ci allarma, per la sofferenza quotidiana – fino all'impulso a togliersi la vita – di migliaia di esseri umani chiusi in carceri che definire sovraffollate è quasi un eufemismo». Per restituire il carcere alla sua vincolante dimensione costituzionale, orientata al recupero sociale del reo e al doveroso rispetto della sua dignità personale, è necessario tornare ai fondamentali del diritto (*lex*) e dei diritti (*iura*), attraverso una riflessione plurale, documentata, non reticente.
Il volume tenta di rispondere a tale esigenza, proponendo – opportunamente rielaborati – gli interventi svolti nel ciclo di quattro incontri pubblici, promosso tra settembre e ottobre 2011 a Ferrara, per iniziativa del Dottorato di ricerca in Diritto costituzionale dell'Ateneo estense, dedicati al tema del carcere, della pena e delle vittime (della detenzione e del reato). Adoperando come detonatore quattro recenti pubblicazioni di larga diffusione (*Il diritto di uccidere*, a cura di P. Costa, Feltrinelli, 2010; *Contro l'ergastolo*, a cura di S. Anastasia e F. Corleone, Ediesse, 2009; *La Repubblica del dolore*, di G. De Luna, Feltrinelli, 2011; *Quando hanno aperto la cella*, di L. Manconi e V. Calderone, Il Saggiatore, 2011) i vari contributi si misurano – spesso dialetticamente - con alcuni dei limiti più estremi e insostenibili del momento punitivo ed espiativo: la pena di morte, l'ergastolo, lo statuto delle vittime del reato, le morti e le violenze in regime di detenzione e di privazione di libertà.

Franco Corleone, sottosegretario alla Giustizia dal 1996 al 2001, è garante dei detenuti nel Comune di Firenze e Presidente della Società della Ragione.
Andrea Pugiotto, ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Ferrara, è coordinatore del Dottorato in Diritto costituzionale del medesimo Ateneo e responsabile della Scuola di formazione per una consapevole cultura costituzionale promossa a Rovigo dal Dipartimento di Scienze giuridiche dell'Università di Ferrara.