zazione del settore, evitare discontinuità nell'assistenza. L'obiettivo a regime è quello di assicurare livelli uniformi essenziali e appropriati di assistenza per le tossicodipendenze in ambito penitenziario.
La commissione ha proceduto attraverso l'esame delle principali aree di criticità, che si riferivano sostanzialmente al trasferimento funzionale del personale sanitario del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, addetto all'assistenza dei tossicodipendenti, al modello organizzativo dei servizi, alle funzioni e competenze integrate, al contesto e alla sicurezza.
Sono stati raccolti gli elementi informativi necessari a delineare il quadro organizzativo dei servizi che è derivato dal trasferimento, sono stati formulati e attivati anche i protocolli sanitari regionali di trattamento per le tossicodipendenze in carcere ed è stato recentemente inserito anche l'ultimo, quello relativo all'utilizzo della buprenorfina in ambito penitenziario. Qui sono elencati i protocolli che abbiamo concordato con i colleghi di Servitecnia.
E' importante ricordare anche l'intervento per l'area minorile, che ha riguardato prevalentemente esclusivamente il nostro dipartimento.
Per l'area minorile, è stato predisposto e attivato un protocollo operativo specifico fra il Dipartimento Dipendenze della nostra azienda di Firenze e la Direzione regionale dei centri di giustizia minorile. Vi ricordo che in questo settore tale direzione è competente territorialmente per le Regioni della Toscana e dell'Umbria.
Qui ci sono alcuni dati che danno un'idea del problema delle tossicodipendenze in ambito minorile.
Il centro di prima accoglienza di Firenze, come vedete, ha visto, nel 1999, 75 ingressi di persone che assumevano sostanze stupefacenti di cui 45 stranieri.
L'ufficio di servizio sociale per minorenni, 45 soggetti in carico, assuntori di sostanze stupefacenti, l'istituto penale per minorenni MEUCCI, su un totale di ingressi del primo semestre 2000, di 89 soggetti, ben 74 erano stranieri. Tra gli assuntori di sostanze stupefacenti, 65 erano stranieri e 12 italiani.
Il lavoro avviato dalla Commissione ha trovato un approfondimento ulteriore in quello che è stato sviluppato sul piano della formazione integrata in questo specifico settore.
Come raccomandato dal progetto obiettivo nazionale per la tutela della salute in ambito penitenziario, è stato sviluppato dalla Regione Toscana un programma formativo articolato, finanziato sulla valenza regionale del Fondo nazionale antidroga, che ha visto due fasi. Nella prima, che si è già conclusa, si è iniziato un confronto tra operatori pubblici dell'amministrazione penitenziaria e del privato sociale su tematiche connesse all'evoluzione più recente del fenomeno delle dipendenze e della legislazione attinente, con una particolare attenzione all'accrescimento di competenze specifiche per la gestione degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione in ambito penitenziario. La seconda fase è mirata invece alla verifica dei modelli organizzativi attuati dai servizi e il progetto, triennale, è in corso d'attuazione, si è concluso il primo anno. La finalità della fase formativa attuale è quella di favorire l'integrazione e la complementarietà del lavoro di rete tra i soggetti istituzionali pubblici e tra loro e il privato sociale, di analizzare e omogeneizzare i modelli organizzativi attuati nei percorsi assistenziali interni ed esterni al carcere, di delineare linee guida regionali sull'articolazione organizzativa e sui livelli di assistenza specifica per tale settore, finalizzate anche allo sviluppo di modalità di revisione e valutazione dell'assistenza erogata.
Questi diagrammi di flusso illustrano il lavoro del primo anno, che si è appena concluso, di questo secondo progetto di formazione integrata. Come vedete, tra i soggetti ci sono il Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria, il coordinamento degli enti ausiliari della Regione Toscana, CEART e la rappresentanza delle aziende sanitaria.
Vi comunico che in occasione della Conferenza di Genova sono disponibili i dati preliminari del Report e sono disponibili allo stand della Regione Toscana o, eventualmente, se fossero terminati, volentieri ve li potremo inviare.

Riteniamo che ci sono aspetti che necessitano, in sede non solo regionale ma nazionale, di una ulteriore attenzione e approfondimento. Intanto, la necessità di verificare che i modelli organizzativi adottati e coordinati funzionalmente dalle aziende sanitarie, prevedano realmente livelli di prestazioni analoghi a quelli erogati sul territorio, in attuazione di quanto previsto dal decreto 230. Mentre a livello nazionale generalmente è sempre possibile, anche se talvolta con difficoltà, dare continuità o definire i percorsi socio - riabilitativi per i tossicodipendenti detenuti, eventualmente in istituti penitenziari di altre regioni, ancora oggi non è possibile garantire in tutti i carceri la continuità terapeutica o l'accesso ai trattamenti sanitari con farmaci sostitutivi.
A livello generale, i SERT toscani hanno adottato una articolazione organizzativa delle loro attività nei carceri, differenziata a seconda della tipologia e della dimensione dell'istituto penitenziario che ha avuto come principio di riferimento forte il mantenimento dell'appartenenza a una realtà territoriale per il detenuto tossicodipendente. Ne è conseguita una impostazione generale del modello organizzativo dei SERT in questo settore delineata quale proiezione operativa di SERT territoriali o di Dipartimenti Dipendenze all'interno dei carceri di competenza territoriale, non quindi servizi autonomi che svolgono una funzione di cerniera tra il carcere e il territorio.
Dovrebbe trovare una ulteriore valutazione e approfondimento specifico per il nostro settore relativo all'indirizzo applicativo per l'attuazione del decreto 394 e delle direttive contenute nella circolare 12 del Ministero della Sanità, per ciò che riguarda l'assistenza ai cittadini stranieri tossicodipendenti, tema emergente soprattutto nelle aree metropolitane.
Questo lucido mostra quello che è stato l'aumento crescente, sensibile nel periodo fra l'89 e il '96, e la provenienza geografica relativamente omogenea in quel periodo, dall'area del Magreb. Si consideri che per ciò che riguarda il nuovo complesso penitenziario di Sollicciano, i cittadini tossicodipendenti stranieri hanno rappresentato il 48% dei 2.515 utenti in carico al SERT penitenziario negli ultimi tre anni e in questo anno il 54,7 per cento dei 652 tossicodipendenti detenuti trattati. A livello regionale, nel '99, i detenuti tossicodipendenti stranieri, valutati e trattati dai colleghi dei SERT penitenziari toscani, sono stati 559. In merito all'area penitenziaria, per i detenuti tossicodipendenti stranieri è soprattutto da approfondire l'area di possibile attuazione delle misure alternative alla detenzione. In generale, su questo aspetto, le preliminari valutazioni effettuate sui percorsi assistenziali relativi all'applicazione delle misure alternative alla detenzione nei SERT toscani sono sostanzialmente positive, anche se resta da effettuare una più approfondita analisi delle singole realtà territoriali.
Un nodo critico e specifico è in particolare rappresentato dalle difficoltà diagnostiche, per la certificazione di tossicodipendenza soprattutto per la cocainomania, sicuramente risolvibili con una ulteriore integrazione, omogeneizzazione dei percorsi organizzativi dei servizi, che potrebbe incidere sensibilmente sul rischio attuale di invio ai SERT di soggetti che non necessariamente hanno bisogno di terapie specifiche per la tossicodipendenza, ma presentano sostanzialmente caratteristiche ascrivibili ai comportamenti antisociali.
Una finale considerazione va data, secondo noi, alla necessità di valutare le esperienze che sono state realizzate in questi anni presso le case circondariali a custodia attenuata, maschili e femminili, che sono presenti nella nostra Regione. Pensiamo all'esperienza iniziale di Sollicciano e alla più recente ma non meno significativa della custodia attenuata di Empoli (femminile), e sono ormai presenti e abbastanza diffuse anche a livello nazionale, dove i modelli organizzativi e l'integrazione degli interventi tra i SERT e gli istituti penitenziari risultano estremamente differenziati e non ancora qualitativamente verificati.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «La dottoressa Elena DUCCI, Regione Liguria, parlerà delle "Marginalità dure, carcere e tossicodipendenza: riflessioni sulle esperienze in

Liguria".»

Dott.ssa Elena DUCCI:- «Sono Elena DUCCI, responsabile del SERT ambito 5, strutture penitenziarie della ASL 3 genovese.
Vi porterò un contributo che è stato elaborato in un gruppo di lavoro regionale, rispetto all'assistenza ai tossicodipendenti in carcere nella Regione Liguria. Mi avvalgo di lucidi, così cercherò di essere il più sintetica possibile e controllata nel tempo. Il problema della tossicodipendenza è importante, per quanto riguarda la propria complessità nel contesto carcerario, siamo di fronte a una media del 30 per cento dei detenuti tossicodipendenti in Italia e del 49 per cento delle carceri in Liguria. In Liguria, ci troviamo di fronte a sette istituti di pena, di cui due nella Asl 1, poi un istituto di pena a Savona, un altro chiavarese, un altro nella ASL 5; a La Spezia e nel territorio genovese abbiamo la presenza di due istituti, la casa circondariale di Marassi e quella di Pontedecimo.
Abbiamo rilevato, dalla nostra osservazione, una notevole complessità per quanto riguarda l'entità della gravità delle situazioni dei tossicodipendenti in carcere. Questa gravità noi la vogliamo riassumere in questi tre punti, cioè nei percorsi devianti caratterizzati dalle persone tossicodipendenti, le quali recidivano più volte nel comportamento, nei percorsi tossicomanici, persone che da anni hanno alle spalle un'esperienza di vita dipendente, attualmente noi stiamo osservando in carcere, tra i nuovi giunti, la percentuale del 46% di poli abusatori, intendendo consumatori di eroina, di alcool e soprattutto di cocaina, nonché abbiamo rilevato la presenza sia di patologie correlate allo stato di tossicodipendenza sia di aspetti psicopatologici nella percentuale del 12 per cento, per quanto riguarda la convenzione nosografica del DSM 4, con persone osservate in uno stato non di astinenza recente, ma di astinenza protratta.
Attualmente, a livello della casa circondariale di Marassi, è in atto una ricerca per la valutazione più completa dell'entità del fenomeno della tossicodipendenza e anche dei processi evolutivi delle persone inserite in sezioni a custodia attenuata.
I servizi in Liguria si sono organizzati in gruppi di lavoro multi professionali che collaborano all'interno degli istituti di pena con il personale del presidio; questo per quanto riguarda la maggior parte dei servizi e la situazione della ASL 3, vediamo che il servizio si è costituito con una entità stabile, presente costantemente nei feriali e nei festivi ed è stato strutturato dalla Asl attualmente come nucleo operativo dell'ambito 5 territoriale, ASL 3 genovese.
Sulla normativa di legge hanno detto precedentemente i relatori, per cui non mi soffermerei oltre. Vorrei dire che evidentemente nell'organizzazione del servizio è mirata l'erogazione delle prestazioni inerenti la prevenzione, la cura e la riabilitazione degli stati di tossicodipendenza. Diamo particolare attenzione all'immediata presa in carico del detenuto tossicodipendente e all'uso di tutti i presidi farmacologici che possiamo utilizzare, dal trattamento con agonisti sintomatici, anche a mantenimento, e questa è una situazione che è presente in tutti gli istituti di pena liguri; deve essere comunque un po' meglio affrontata per quanto riguarda l'istituto di pena di Savona, proprio per poter attuare completamente il punto 1, cioè quello sulla immediata presa in carico e sull'uso di tutti i presidi attualmente disponibili.
Un'altra attenzione, evidentemente, è data alle patologie secondarie correlate allo stato di tossicodipendenza, in coordinamento con i sanitari del Ministero della Giustizia e all'intervento psichiatrico, in quanto che noi abbiamo notato come il momento della carcerazione, sia particolarmente delicato per quanto riguarda l'organizzazione personologica del tossicodipendente ed, anche se latentizzante, di alcuni nuclei psicopatologici sottostanti. Un altro aspetto molto delicato sono anche le patologie correlate agli stranieri che presentano tante volte dei momenti di crisi, correlati allo shock immigratorio in quanto l'evento del carcere, è vissuto come un momento di crisi, di forte fallimento rispetto al loro percorso di integrazione in un nuovo ambiente sociale. Noi cerchiamo comunque di strutturare programmi terapeutici socio riabilitativi, dopo una diagnosi e valutazione delle

risorse e bisogni del soggetto, finalizzati al fine pena e soprattutto all'ottenimento delle misure alternative.
Vi ho portato uno spaccato di alcuni istituti. Questo è lo spaccato dal quale possiamo anche arrivare alla percentuale degli utenti stranieri e delle problematiche a essi connesse.
Questo è lo spaccato dei tossicodipendenti seguiti nella casa circondariale di Sanremo, Asl 1, di cui vediamo, nel 1999, 350 con 230 detenuti stranieri e 120 detenuti italiani.
Questo invece è uno spaccato sulle persone con problemi di tossicodipendenza nella casa circondariale di Genova Pontedecimo, è una casa circondariale che accoglie detenute donne, quindi abbiamo una percentuale inferiore di problematiche connesse alla tossicodipendenza. Vediamo anche che negli utenti stranieri, la percentuale è completamente inversa da quella presentata della casa circondariale di Sanremo e comunque, nel 2000, vediamo che nelle persone entrate in carcere troviamo un 50% che era già conosciuta ai servizi e 50 per cento che non aveva mai avuto un contatto precedentemente con i servizi.
Questi invece sono i dati inerenti la casa circondariale di Marassi, che sappiamo che è quella che ha maggiore capienza nel territorio ligure. Ci troviamo di fronte alla presenza in tutto di 600 detenuti nel 1999, di cui il 77% degli italiani avevano già avuto un solo contatto col servizio; abbiamo il 23 per cento di persone non conosciute e invece degli stranieri, solo il 5 per cento aveva già avuto un contatto con i servizi.
Volevo dire che il punto di riferimento dell'assistenza nelle carceri, per quanto ci riguarda, è quello di avere un contatto con le persone tossicodipendenti e soprattutto di iniziare a instaurare con loro una relazione terapeutica, che noi vorremmo che potesse servire da ponte per quanto riguarda dei programmi di inserimento all'esterno.
Vediamo che, per questo, risulta importante la costituzione e la presenza di équipe multi professionali e contemporaneamente il coordinamento con tutte le risorse che sono presenti negli istituti di pena, sia il personale del presidio, sia il personale del privato sociale e delle comunità terapeutiche che in Liguria afferiscono, con permesso, all'interno degli istituti di riferimento.
Direi che il coordinamento tra le varie istituzioni lo riteniamo come un punto fondamentale, al fine di potere definire dei programmi efficaci di cura soprattutto personalizzati sulle esigenze della persona.
Come coordinamento intendiamo dire non solo un coordinamento da un punto di vista clinico, ma anche un coordinamento da un punto di vista organizzativo con tutte le risorse che lavorano all'interno del carcere.
Nell'area di Genova, è stata costituita la Consulta carcere/città che vede la copresenza del Comune di Genova, del DAP, del privato sociale e del SERT; il compito di questo organismo è quello di portare all'esterno il carcere, sia per quanto riguarda gli aspetti più problematici, sia per quanto riguarda alcuni aspetti sui quali potere riflettere, come per esempio l'esperienza della sezioni a custodia attenuata, oppure la collaborazione, come nello sportello del cittadino, con il servizio sociale adulti, iniziativa del Ministero della Giustizia, alla quale però la Consulta ha dato il suo contributo.
Volevo soffermarmi sull'esperienza delle sezioni a custodia attenuata. Non a caso, ho portato i dati del carcere di Sanremo, perché le due sezioni a custodia attenuata nella Regione Liguria sono presenti a Sanremo e nella casa circondariale di Marassi.
Qual è l'obiettivo? Vediamo che sono attive dal 1998, le consideriamo attualmente come delle esperienze di tipo sperimentale, da dove potere trarre degli elementi di riflessione. Gli obiettivi sono: uno di osservazione diagnostica, l'altro, pensiamo, con una valenza preventiva, per quanto riguarda dare l'avvio a dei programmi di cura che consideriamo di poter avviare all'interno degli istituti e poi di poter proseguire all'esterno, sia con la collaborazione dei SERT territoriali, sia con la collaborazione del privato sociale.
Ci siamo chiesti tante volte: l'attenzione è al detenuto o è al tossicodipendente? Secondo noi l'attenzione è innanzitutto al cittadino con i propri diritti e i propri doveri. Uno dei

doveri è quello evidentemente della presa in considerazione della norma sociale vigente, dall'altra parte i diritti e sicuramente un diritto alla salute, che anche in ambito penitenziario deve essere, a nostro parere, tutelato.
Noi pensiamo che l'esperienza pedagogica riabilitativa della sezione a custodia attenuata, possa essere svolta con attenzione ai bisogni dell'individuo, con attenzione al lavoro di gruppo e soprattutto al lavoro di rete, in stretta correlazione con il territorio e comunque non può prescindere da un forte coordinamento interno tra il SERT e la Direzione dell'istituto; come coordinamento intendo anche la buona volontà e la buona motivazione a trovare delle risoluzioni, affinché queste persone possano progressivamente dal carcere poter dare avvio a una revisione critica del loro percorso.
Un ultimo problema che volevo appunto segnalare è il quello relativo ai detenuti stranieri che, come avete visto, rappresentano il 41% e nel carcere di Sanremo anche più del 50 per cento e che hanno diritto, per quanto riguarda la legge 230, all'assistenza all'interno delle strutture penitenziarie, ma ci pongono tuttora nella Regione Liguria dei problemi per quanto riguarda la continuità dell'assistenza sanitaria.
Come operatori dei SERT ci sentiamo nelle condizioni di dovere sollevare questo problema al fine di poter elaborare con tutti gli enti preposti, il Comune e la Regione, per potere appunto attuare la ricerca dei domicili di soccorso, e dare luogo a dei libretti sanitari temporanei, che, a nostro parere, anche per gli stranieri senza permesso di soggiorno, devono prendere atto che prestazioni essenziali sono quelle correlate alla cura della dipendenza, alla riabilitazione e alla cura delle patologie correlate.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Chiudiamo gli interventi, per così dire, istituzionali, nel senso di programmati nel piano di lavoro, sul versante generale e regionale più in particolare. Poi, ci saranno gli interventi volontari. Tenendo presente che l'obiettivo poi di questa giornata di lavoro è la stesura di un documento che verrà consegnato al dottor SCATASSA che, in base a quanto prestabilito, fedelmente lo leggerà in Assemblea, nella Plenaria di fronte al Presidente del Consiglio. Quindi, l'obiettivo è riuscire anche a poi fare sintesi di tutto quello che abbiamo detto ed essere d'accordo sulle conclusioni. Allora la parola al signor Giorgio INZANI del CORA.»

Giorgio INZANI:- «Sono un rappresentante del Coordinamento Radicale Antiproibizionista, che è qui presente a questa Conferenza con un opuscolo che non ha uno slogan in copertina, ma una definizione molto precisa, anche se a qualcuno può sembrare assiomatica: Il proibizionismo è un crimine. E' un crimine nella fattispecie di genocidio, è un crimine nella fattispecie di crimine contro l'umanità e cercherò di argomentare in cinque minuti, non di più perché ritengo che sia utile il più possibile confrontarci su queste cose, che cosa intendo dire.
In questa sessione si dovrebbe parlare di inclusione sociale. Ho sentito il lavoro anche ottimo che fanno queste persone che parlano di carcere. Come consigliere antiproibizionista, dal 1991 al 1995, le carceri della Lombardia le giravo in modo costante, mi rendevo conto che era un po' il gatto che si mangiava la coda; che senso aveva parlare di recupero o reinserimento sociale di gente che era automaticamente esclusa per lo stigma che la legge proibizionista gli aveva impresso? Non aveva nessun senso. Io, quelle persone nelle diciotto carceri della Lombardia, le trovavo, dal carcere di Lecco al carcere di Cremona.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Sandro LIBIANCHI, del SERT, istituto penitenziario di Rebibbia e membro della Consulta Tossicodipendenze e Affari Sociali.»

Dott. Sandro LIBIANCHI:- «Lavoro in un SERT a Rebibbia, dedicato esclusivamente al recupero dei tossicodipendenti detenuti; è l'unica esperienza ancora nazionale ed è auspicabile che essa venga allargata.

Quello a cui volevamo accennare oggi, sono gli obblighi che derivano dall'applicazione del decreto legislativo 230, in particolare della custodia attenuata per il trattamento dei tossicodipendenti, che è uno dei progetti principali dell'amministrazione penitenziaria a espressione o attualmente responsabilità delle Regioni e dei SERT, su cui ci vogliamo fermare, dicendo alcuni motivi per cui è importante riprendere questi argomenti e per cui è importante anche cercare di discuterne approfonditamente.

I principi su cui si basa la custodia attenuata sono le norme di sicurezza attenuate, un personale con una formazione specifica e fondamentalmente la collaborazione dei SERT. Quindi, già dal 1990, col DPR 309, era prevista un'ampia collaborazione dei SERT. I criteri di ammissione sono la motivazione al trattamento e la giovane età, compresa la territorialità; però di ognuno di questi indicatori il gruppo di studio che si è formato in questi giorni cercherà di dare un contributo alla definizione precisa di quali sono i caratteri dell'immissione a questo programma e vedere, in collaborazione con le figure istituzionali, sia da parte della Asl, sia da parte del carcere e in particolare dalla figura del magistrato di sorveglianza il quale è il detentore vero della misura alternativa a cui tendenzialmente dovrà andare il detenuto e che dovrebbe, a nostro avviso, addirittura entrare nell'équipe di selezione.

Numerose sono le attività; alcune sono state in alcune esperienze formate da poco tempo, ci sono dei gruppi famiglia/utente che vengono visti all'esterno dell'istituto, alcuni gruppi si fanno tra famiglie e operatori sempre all'esterno dell'istituto, ma sono ancora esperienze molto limitate di cui riferiremo quando avremo una base dati più ampia.

E' uniforme l'accezione che il percorso debba essere garantito da un'opportuna selezione a cui segue una fase di accoglienza in trattamento; noi oggi ancora non abbiamo chiaramente a disposizione dati che attraverso l'applicazione di indicatori di efficacia di trattamento ci diano la misura di quanto questo trattamento sia efficace nella riabilitazione della persona o non lo sia. Abbiamo soltanto delle indicazioni osservazionali che ci danno delle buone speranze. Abbiamo cercato, nel nostro gruppo di lavoro, di mettere insieme, è ancora in progress e quindi è in ampliamento, le sedi più importanti dove vengono espressi questi programmi, abbiamo fatto quindi un elenco di tutte le esperienze più significative. Stamattina ricordavano che erano addirittura 19, probabilmente uno dei caratteri più importanti è che sono essenzialmente due tipi di applicazione di questo programma. Uno, sono istituti di piccola e media dimensione, interamente dedicati a questo, dove logisticamente si ha una maggiore possibilità di applicare questi programmi e altri sono sezioni annesse ad istituti di media e grande dimensione.

A questo proposito, voglio ricordare che sul documento della Consulta nazionale per le tossicodipendenze, che è in distribuzione, credo che era proprio nella cartella, viene descritto con molta precisione la situazione della custodia attenuata e quelle che sono le proposte.

Alcuni vincoli. Sicuramente la fisicità dell'istituto, la struttura, sia essa sezione o istituto, condiziona fortemente quella che è l'espressione del programma. Sicuramente anche ancora l'équipe, che di volta in volta, viene formata nella relativa sede deve risentire di una formazione specifica e di un lavoro di gruppo espresso. Un'altra variabile importante sono tutte le risorse loco regionali e qui non sarà mai sufficiente ricordare quanto le Regioni devono prendere in carico questo problema prevedendo dei fondi specifici sul fondo nazionale di lotta alla droga, che siano riservati alla custodia attenuata, come già l'accordo del '94 diceva, e al trattamento dei tossicodipendenti in generale. Uno dei problemi più grossi è quello di creare una sorta di regolamento interno. Ci sono numerose bozze - sulla rivista del Ministero della Giustizia sono state pubblicate poco tempo fa a cura di alcuni direttori - delle proposte di regolamento interno. Sicuramente saranno, a mio avviso, da vedere anche nell'ottica non solo penitenziaria ma anche puramente di riabilitazione. Quindi, probabilmente, il lavoro che si dovrà fare è di integrare i due versanti.

Quali possono essere gli obiettivi che dobbiamo perseguire per riuscire a ottenere un pro-

getto unitario? Uno dei problemi più grossi è proprio quello della selezione. Noi ancora oggi vediamo che queste iniziative della custodia attenuata vedono al loro interno una popolazione di pazienti estremamente eterogenea, ognuno dei quali ha delle caratteristiche che talvolta mal si accordano con altre. Basta pensare a quanto può essere difficile accordare un programma terapeutico per cocaino - dipendenti con quello per eroino - dipendenti, ancorché in fase di non attività. Ancora vissuto l'invio in custodia attenuata viene vissuto come una certa premialità (se sei buono e ti comporti bene puoi avere la custodia attenuata) più che una scelta personale di percorso da intraprendere in visione di una misura alternativa.
Non disponiamo ancora di indicatori di efficacia, di qualità, indicatori di attività di servizio tali da poter, come dicevamo all'inizio, quantificare l'intervento che facciamo.
La verifica in itinere è uno dei problemi più grossi, l'esame delle urine in istituto penitenziario, quando è positivo, perché abbastanza frequentemente può succedere, in generale è un problema serio che va valutato in équipe, ma ci sono tanti altri discorsi: è un reato, è un possesso di droga e quant'altro.
Ancora una volta, devono essere stabiliti, a nostro avviso, dei requisiti minimi sia strutturali e organizzativi tali da poter incidere sui programmi e da poter attuare delle risorse che si hanno su quelle strutturali che si vanno a incontrare.
Un altro problema è quello degli indirizzi per la terapia psicofarmacologica. Uno dei punti cardini della custodia attenuata è che non si debbano prendere psicofarmaci, l'alcool è molto limitato o assolutamente bandito in qualche istituto. Noi riteniamo che sarebbero ancora da dare delle linee guida, bisognerebbe tentare una spiegazione più medicalizzata, se c'è bisogno della materia psicofarmacologica e quali ne sono i limiti e quali ne sono i tempi e i modi.
L'ultimo punto è questo: noi siamo di fronte a iniziative di cui le Regioni debbono farsi carico e farne fare carico alle Usl. Queste strutture diventano, secondo l'articolo 3 del decreto 230, dei veri e propri centri di costo, con dei centri di responsabilità, debbono avere quindi obiettivi aziendali e rientrare in quelli che sono gli interessi dell'azienda, probabilmente anche attraverso un sistema premiante e una valutazione di diagnosi per gruppi specifici.
Anche se non è ancora stata dimostrata alcuna efficacia trattamentale dimostrata o terapeutica diversa dalla detenzione in regime ordinario, la custodia attenuata rappresenta comunque una forma avanzata di trattamento penitenziario per tossicodipendenti detenuti.
Lo sviluppo di una progettazione unitaria implica lo specificare e realizzare delle attività trattamentali e terapeutiche che esiteranno in un cambiamento misurabile, il problema degli indicatori, della capacità di un sistema sanitario, in questo caso, nazionale, di migliorare lo stato di salute della popolazione tossicodipendente detenuta.
Una buona strategia operativa deve prendere l'avvio da una collaborazione diretta e strutturata tra operatori dei SERT delle strutture penitenziarie che attuano interventi in custodia attenuata con l'adozione di indicatori di esito, di qualità e di attività ed è quello che abbiamo fatto.»

Dott. Giovanni MOSCHINI:- «Sono Giovanni MOSCHINI, sono il fondatore di una comunità, GRUPPO VAL DI NIEVOLE, che ha sede a Montecatini Terme. Lascio comunque la parola a Ivan COLOMBO, che è responsabile della Associazione genitori comunità INCONTRO di Pistoia, che ci spiega un attimo un progetto simpatico, brillante, che potrebbe andare bene.»

Dott. Ivan COLOMBO:- «In questo clima di Conferenza, abbiamo sentito spesso parlare di delega alle autonomie locali di iniziative, di attività.
Il mio compito è quello di portare all'attenzione di tutti un documento realizzato, sottoscritto e pensato nella Provincia di Pistoia, dalle comunità terapeutiche. I promotori sono

appunto Giovanni MOSCHINI, del Gruppo Val di Nievole, LOTTA ALLA DROGA, il Centro di Solidarietà di Pistoia, con Suor Gertrude MAGNANI, e Franco MARCHESINI, per l'Associazione Genitori Comunità INCONTRO di Pistoia.
E' importante perché è stato sottoscritto da un ampio ventaglio di enti pubblici, ossia ve li leggo velocemente, dal Presidente della Provincia di Pistoia, da tutti i Sindaci dell'area pistoiese e dai Sindaci della Val di Nievole, dal Vescovo di Pescia, dal Vescovo di Pistoia, dall'onorevole Fabiano CRUCIANELLI, dall'onorevole Francesco BOSI, dai Consiglieri regionali Anna Maria CELESTI, Agostino FRAGAI, Fabio PACINI e dai responsabili dell'unità funzionale SERT, Claudio BARTOLINI, per la zona Val di Nievole e Emilio MAIONCHI per la zona di Pistoia. A livello personale ha aderito anche il Direttore dell'Asl di Pistoia, Walter DOMENICONI.
E' importante perché quindi rappresenta una trasversalità sia istituzionale, ma anche politica perché queste persone che hanno aderito coprono tutto l'arco costituzionale.
Il documento riguarda, ve lo leggo velocemente, il rapporto naturalmente tossicodipendenza e carcere e recita che il testo unico del 309 non opera una sostanziale distinzione tra chi spaccia per necessità in quanto tossicodipendente e chi invece lo fa per procurarsi, non essendo tossicomane, una illecita ricchezza, differenziando la quantità della pena, ma non la qualità che resta comunque la privazione della libertà e la sottoposizione a misure coercitive. A noi, operatori professionali, impegnati da oltre vent'anni, ci sembra una terribile ingiustizia e una aperta violazione di un dettato costituzionale relativo al diritto alla salute. Sappiamo ormai troppo bene quanto il carcere costituisca una scuola di delinquenza e aggravi le condizioni psico - sociali che stanno a fondamento dei comportamenti di addiction e nulla è più ingiusto di dare le stesse cose a persone diverse. A noi piace ricordare questo insegnamento per porre con forza all'attenzione dei nostri più diretti rappresentanti, i primi responsabili della salute dei cittadini, ossia i Sindaci e delle massime autorità dello Stato, la necessità di modificare questa realtà delle cose, che mette sullo stesso piano il tossicodipendente e il delinquente comune, che spesso è al servizio di organizzazioni criminali. La necessità di un ripensamento del rapporto tra tossicodipendenza e carcere non nasce solo da considerazioni etiche o costituzionali, è necessario anche da un punto di vista economico. La popolazione carceraria in Italia è costituita in grande prevalenza da tossicodipendenti, l'abbiamo visto in questi giorni, spesso detenuti anche per lunghi periodi; è comunque una popolazione che inevitabilmente, vista la recidiva, dovrà essere assistita per un lungo periodo dai servizi pubblici. Il disagio psichico, la mancanza di identità e di formazione professionale ne fanno una categoria debole, emarginata, incapace di impadronirsi e utilizzare gli strumenti della promozione di un soddisfacimento e congruo inserimento o inclusione nel contesto sociale. Senza voler sottolineare altri aspetti quali il sovraffollamento carcerario, sappiamo che comunque la carcerazione, i costi di un detenuto, per lo Stato sono altissimi e assolutamente inutili al recupero dei soggetti. Sono comunque energie, forze vitali sottratte al processo produttivo, all'autonomia economica e destinati all'assistenzialismo più o meno a vita. E' quindi indispensabile correggere questo stato di cose, è necessario rimodulare il trattamento dei soggetti presi in flagranza di reato, distinguendo i tossicodipendenti da coloro che non lo sono. Per la nostra esperienza, sappiamo che le forze di polizia ed i carabinieri sono sufficientemente attrezzate per operare questa distinzione, si tratta solo di attrezzarli e di dar loro un preciso mandato. E' soprattutto indispensabile un ripensamento di principi giuridici che definiscano la materia con interventi sul codice penale e sul codice di procedura penale e i regolamenti penitenziari.
Quindi, noi, come rappresentanti di questa comunità e con la sottoscrizione di cui vi ho detto prima, chiediamo ai Ministeri interessati che nel più breve tempo possibile, per uscire dalla genericità delle ipotesi e passare a un livello decisamente operativo, costituiscano una commissione specifica sul tema del rapporto tra tossicodipendenza e carcere per elaborare un diverso modello di intervento da tradurre poi in concreti atti legislativi. Siccome siamo, per nostra cultura e storia, abituati a dare operatività a quello che dicia-

mo, a far seguire quindi una pratica operativa, ci proponiamo e lo stiamo proponendo ora, in questi giorni, un progetto pilota che mette insieme il privato sociale, quindi gli operatori privati, con gli operatori pubblici e del Ministero di Grazia e Giustizia per la gestione di due centri operativi, al di fuori dal carcere.
Abbiamo già stanziato a questo proposito, sul fondo unico Lotta alla droga, una quota parte destinata alla formazione di questi operatori per omogeneizzare il linguaggio, per cominciare a capirci per poter lavorare insieme, perché questo è il primo passo e per darci piccoli ma praticabili obiettivi e studiare un protocollo di valutazione che ci consenta anche di intervenire sulle recidive.
Questo è quello che poniamo sul tappeto insieme a, credo sia opportuno sottolineare questa valenza istituzionale, questo vasto consenso di tutta la Provincia di Pistoia con i primi cittadini, il Vescovo e quant'altri hanno aderito, ma soprattutto anche questa uniformità, questo consenso trasversale politico che va dall'estrema destra all'estrema sinistra su un problema tecnico. Come tecnici vogliamo porci.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «La dottoressa Chiara BALDASSARRI, SERT di Napoli, operatrice della Consulta Tossicodipendenza e Affari Sociali.»
Dott.ssa Chiara BALDASSARRI:- «Oggi abbiamo sentito parlare di carcere, di stranieri sia in carcere, sia fuori. Vorrei dare solamente degli spunti per quanto riguarda una grossa metropoli come Napoli che ha in questo momento un'emergenza non indifferente, come del resto ho sentito anche per le altre metropoli, quella dell'immigrazione, degli stranieri presenti sul nostro territorio, tossicodipendenti.
In tutte le varie sessioni ho sentito parlare, sia ieri, sia oggi della cosiddetta rete, questa rete che ormai è sulla bocca di tutti, la rete istituzionale tra servizi; ma penso che noi dobbiamo cominciare a parlare di una rete a bassa soglia, come si suol dire oggi per i servizi, anche la rete deve essere a bassa soglia, deve essere tra gli operatori, deve essere veramente per strada per potere affrontare alcuni problemi pratici. I nodi della rete devono essere dei nodi attivi e non dei nodi problematici che non sanno che cosa fa il nodo vicino. Quindi, non è una interconnessione, ma spesso sono dei nodi problematici di questa rete.
A Napoli noi abbiamo attive le unità di strada e, con le unità di strada, naturalmente sono arrivati ai servizi gli stranieri, in particolar modo i senza fissa dimora e gli irregolari. Volevo darvi solamente un dato del 23.11, quindi della settimana scorsa. Nei SERT di Napoli, sono in trattamento farmacologico con farmaci sostitutivi 153 stranieri, di cui 139 sono homeless e senza documenti, sono irregolari. Naturalmente, non tutti i SERT di Napoli prendono gli stranieri irregolari, molti responsabili di SERT pretendono il documento e stiamo anche cercando di provvedere a questa cosa.
Nella Consulta venne fuori il problema degli stranieri da trattare e quindi dei documenti da fare a questi stranieri e di individuare almeno un SERT nelle aree metropolitane; questa era l'indicazione che avevamo dato in Consulta, di almeno un SERT nelle aree metropolitane che accogliesse gli extracomunitari, che accogliesse gli irregolari.
Alla luce di questi dati, dico che non va più bene questa indicazione che abbiamo dato in Consulta, perché a Napoli il SERT individuato dovrebbe fare solamente gli extracomunitari, solo gli irregolari perché un SERT, già così come stiamo, abbiamo 153 presenze giornaliere con farmaci solo sostitutivi negli extracomunitari, quindi si dovrebbe fare solamente un SERT ad hoc per fare questo e quindi quelli territoriali non verrebbero più assistiti.
La provenienza, ho visto anche dalle altre relazioni, è in particolare modo da Marocco, Algeria e Tunisia, e sono questi che poi ci portano i maggiori problemi, perché sono delle persone che non arrivano da noi tossicodipendenti ma lo diventano e a Napoli lo diventano in particolar modo con l'utilizzo del cobret, questa eroina che circola da tanto tempo oramai a Napoli; quelli che la fumano sono quelli, a maggior rischio, anche di tubercolosi perché, andando a controllarli, abbiamo riscontrato una maggiore positività

per la tubercolosi, mentre quelli del Nord Europa arrivano già tossicodipendenti, sono tossicodipendenti per via iniettiva e abbiamo il problema invece che dal Nord Europa sta arrivando la sieropositività per HIV, per cui a Napoli abbiamo con una prevalenza molto bassa.
Questa commistione di extracomunitari che a volte c'è tra quelli del Magreb e quelli del Nord Europa, fa sì che ci sia anche una trasmissione di infezione, cioè la trasmissione di infezione da HIV l'abbiamo riscontrata, per esempio, tra quelli del Nord Europa che infettano algerini, marocchini e tunisini. Questo, praticamente, complica ancora di più le cose.
Volevo dire che il 15 per cento degli utenti delle unità mobili è rappresentato da extracomunitari e la maggioranza di questo 15% è di senza fissa dimora ed è irregolare.
Stiamo cercando di costruire questa famosa rete tra le unità mobili e i SERT però gli interventi successivi sono molto difficili. Mandare uno straniero irregolare in comunità: il 99 per cento delle comunità non li accoglie, perché nessuno paga né noi possiamo pagare per loro e quindi voglio mettere il punto su questa situazione. Gli stranieri aumentano sempre di più e noi penso che dobbiamo in qualche modo intervenire su questo grosso problema, che c'è particolarmente nelle grosse metropoli. Lo slogan dell'Asl Napoli 1 è quello di continuare a sognare l'impossibile, cerchiamo di fare però seriamente e professionalmente quello che è possibile.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «La dottoressa Lucia CASTELLANO, direttore dell'Istituto Penitenziario, ovviamente del Ministero Giustizia.»

Dott.ssa Lucia CASTELLANO:- «Dirigo la struttura penitenziaria a custodia attenuata di Eboli, in provincia di Salerno. Volevo fare, molto brevemente, il punto della situazione, soprattutto rispetto a quanto si è detto tre anni fa a Napoli in questo stesso contesto. La situazione che ho vissuto oggi è piuttosto differente da quella di Napoli, perché quella di Napoli forse era un po' più aperta alla speranza, per lo meno di una linea politica univoca che non abbiamo riscontrato in questo contesto, almeno che non ho riscontrato io come operatore. Volevo comunicare il mio disagio di operatore penitenziario che dovrebbe seguire delle linee di indirizzo, che non si sentono in maniera molto netta e molto lineare.
Il Ministro ci ha parlato di decarcerizzazione e ci ha consigliato come linea politica quella di affidare in qualche maniera alle comunità la gestione e anche il tutoraggio dei tossicodipendenti, cosa che, sinceramente, come operatore penitenziario, mi lascia quantomeno perplessa, perché c'è un tutoraggio affidato istituzionalmente ai centri di servizio sociale e ai SERT per cui mi chiedo, proprio come esecutore di ordini, come amministrativo, qual è poi la linea che noi dovremo seguire. Aggiungo quello che diceva il consigliere MAISTO, con grande lucidità e con grande anche drammaticità, sul problema di questo decreto legge che in qualche maniera, se applicato ai tossicodipendenti, ci fa fare un passo indietro. Mi chiedo e chiedo a voi e a questa Conferenza di riportare in termini anche propositivi qual è poi il ruolo, a questo punto, rebus sic stantibus, di questa custodia attenuata, nella contro conferenza, fortemente attaccata su certi piani, perché giudicata in qualche maniera una scelta elitaria per pochi, a fronte di una massa di tossicodipendenti buttata lì. In realtà, non è esattamente così, questo attacco che è stato fatto in maniera anche molto vivace ieri sera, nasce molto anche dall'ignoranza e mi ricollego a quello che era l'intervento del Consigliere FROTTA sul primo livello, che è poi il fondamento della custodia attenuata, cioè il famoso articolo 96 del Testo unico del 309/90 e quindi chiedo a questa Conferenza, a questo incontro, di farsi promotore anche a livello politico perché il primo livello funzioni, perché sia fatto effettivamente un filtro che comanda non Dio, ma il legislatore all'articolo 96 e quindi possa essere attuata la scelta della custodia attenuata che, fermiamo bene la nostra attenzione, non è una scelta premiale, non è un paradiso per pochi eletti, ma è una scelta terapeutica la cui valenza è

stata anche sottolineata dal Ministro nell'intervento di ieri, quando diceva che, se carcere deve essere, che sia un carcere a custodia attenuata, il che significa una scelta terapeutica molto precisa e anche molto severa, molto più severa che non il carcere ordinario per i tossicodipendenti. La custodia attenuata non si deve porre come il premio per pochi o come l'élite della carcerazione perché il trattamento penitenziario va fatto in ogni patria galera ed è la legge del '75 che ce lo impone e dovremmo attuarla.
Il problema è che invece la custodia attenuata si pone come altro dal carcere, nel senso che vengono attuati in custodia attenuata dei progetti terapeutici, il che non ha niente a che vedere con una premialità tout court che invece deve essere data, quando lo meritano, a tutti i detenuti siano essi comuni o tossicodipendenti e allora forse il grande equivoco dell'attacco alla custodia attenuata nasce proprio dalla confusione tra trattamento e scelta terapeutica. Laddove noi riusciremo e credo che ci riusciremo, nel '97 ci credevo, nel 2.000 ci credo ancora e non so se nel 2.003 ci crederò con la stessa convinzione, ad attuare effettivamente un primo livello degno di questo nome, a filtrare poi i detenuti che scelgono di essere inviati alla custodia attenuata per fare un programma che è alternativo sia alle misure alternative che al carcere ordinario, che è una scelta di uscire fuori dal tunnel della droga "sfruttando" il tempo della carcerazione, se noi riusciremo a fare questo, il carcere a custodia attenuata non sarà più il carcere dell'élite. Se la magistratura di sorveglianza, che vedo assente purtroppo, in questa Conferenza, ancora una volta, salvo il Consigliere MAISTO perché purtroppo per noi non fa più il magistrato di sorveglianza, capirà che le scelte terapeutiche che noi portiamo avanti per i nostri utenti sono scelte di cui tenere conto compatibilmente con la loro insindacabile autonomia costituzionalmente protetta, allora forse riusciremo a far decollare questo percorso dandogli la valenza che merita.
Do ragione a chi l'attacca adesso, a chi dice che costa tantissimi soldi; è vero che costa però è vero che se noi riusciamo a dare questo tipo di assetto alla custodia attenuata cioè non la premialità, abbiamo trovato l'America; certo, se noi li rapportiamo alle carceri ordinarie, diventano dei premi e basta.
Quello che chiedo con molta forza a questa Conferenza, in questo momento, è proprio forse di sintetizzare queste cose che ho detto e di portarle come proposte. C'è bisogno di far funzionare un circuito penitenziario alternativo, c'è bisogno del regolamento interno che ci è stato promesso dal Ministero come regalo di Natale o forse della Befana e quindi starà arrivando, siamo in attesa che sia passato come circolare questo lavoro che ha fatto la collega del carcere di Sollicciano, sulle modalità operative per distinguere il circuito penitenziario a livello nazionale, e siamo ancora in attesa che sia creata almeno una custodia attenuata per ogni Regione.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Francesco BELLOSI, responsabile di comunità dell'Associazione GABBIANO.»

Francesco BELLOSI:- «Sono responsabile di una casa alloggio per malati di AIDS e di un centro residenziale a bassa soglia che si trova in Valtellina, in uno sperduto paese che si chiama Tirano.
Devo dire, a smentire il dottor BARRA, che sono molto depresso come operatore, non ho neanche, come dire, le ferie vicine. Sono molto depresso perché sono sceso da quella valle sperando che, come dire, il clima di intolleranza, di ostilità che marcia in modo sostenuto fosse una prerogativa locale e invece mi rendo conto che il dato è estremamente ampio, per cui viviamo una realtà in cui siamo qui a parlare di decarcerazione, siamo qui a parlare di inclusione sociale in una realtà che non marcia, appunto galoppa verso l'esclusione sociale da una parte e verso una sollecitazione continua alla carcerizzazione.
Volevo parlare di due casi particolari però, non per fare le storie delle persone, ma per dire come dei casi possano diventare un paradigma.

Il primo. Nel novembre dello scorso anno mi viene chiesta la disponibilità ad accogliere un detenuto del carcere di Opera. E' in cirrosi ed è in un grave stato di deficienza immunitaria, è un caso che il dottor CASELLI credo conosca perché, come coordinamento delle case alloggio, gli abbiamo inviato una lettera su questo caso. Il detenuto si chiamava Salvatore QUATTROCCHI. Per due volte gli è stata rifiutata qualunque misura alternativa dentro il discorso che comunque la sua realtà sanitaria di persona in cirrosi estremamente avanzata, tanto che poi ne è morto, era ritenuta compatibile con il regime carcerario. Del tutto casualmente, il 15 agosto accompagnavo l'onorevole Giuliano PISAPIA in una visita dentro l'iniziativa l'Estate in carcere e sono venuto a sapere, dai detenuti, che la sera prima era morto questo loro compagno, ma non al centro clinico, in una normalissima sezione del carcere, perché c'è questo aspetto e questa è una delle ragioni che si aggiunge molto probabilmente alle cose già dette da Vittorio AGNOLETTO stamattina per cui una legge fatta, pensata perché i detenuti malati di AIDS o comunque gravemente malati possano uscire, in realtà non escono.

Secondo caso. Abbiamo avuto come ospite per un anno e mezzo una persona malata di AIDS in detenzione domiciliare, evaso sei volte, perché le sue condizioni psichiche non gli permettevano di capire molto che non poteva uscire dalla struttura, essendo nella misura della detenzione domiciliare. Ho scritto al magistrato di sorveglianza che era responsabile di questo caso, ho spiegato con chi avevamo a che fare ed è arrivata la mutazione della misura alternativa dalla detenzione domiciliare all'affido. In questi giorni però questo uomo avrebbe dovuto essere giudicato dal Tribunale di Sondrio per sei evasioni. La cosa è prescritta perché due mesi fa è morto.

Questo per dire che cosa, che cosa c'è di paradigmatico in questa storia? C'è di paradigmatico che sempre più arrivano persone nelle case alloggio e in comunità, nella misura della detenzione domiciliare, una misura che tende, mi dispiace dirlo, a trasformare in piccole carceri le comunità, in piccole carceri le case alloggio. Da questo punto di vista, noi dovremmo avere la forza in una qualche misura di ribellarci, perché esistono delle possibilità alternative e le possibilità alternative sono quelle appunto di misure non così custodialiste, di avere delle persone in detenzione domiciliare o agli arresti domiciliari; mi limito alla detenzione perché è la misura più usata in questo momento perché, in una qualche misura, può sciacquare la coscienza, nel senso che mette a riparo. In momenti di particolare allarme sociale, nella nostra struttura i Carabinieri possono venire anche due, tre, quattro volte al giorno, a volte all'una di notte, alle volte alle quattro del mattino. Ma non è solo questo aspetto; parliamo di inclusione sociale quando già parliamo di percorsi lavorativi per persone, cosa che è già difficile in quanto tossicodipendenti; se poi si aggiunge che sono detenuti, questa difficoltà aumenta a dismisura.

Volevo fare una brevissima considerazione su questo meccanismo dell'inclusione e dell'esclusione sociale. Mi sembra estremamente significativo un fatto, nessuno dei media, che poi raccolgono l'allarme dell'opinione pubblica, che a sua volta incide sulle decisioni politiche, dice mai che su 100 detenuti che escono, 78 cadono nella questione della recidiva. A me non è mai capitato di leggere su un giornale che il tal reato, la tal cosa è stata fatta da un ex detenuto che ha scontato la pena, ma Dio ce ne scampi, se capita che uno di questi detenuti è in misura alternativa scatta un allarme sociale altissimo.

Credo che i reati commessi dai detenuti in misura alternativa sono sicuramente sono molto, bassi però questo ci dice che cosa? Che il carcere, nella sua realtà criminogena, è accettato dall'opinione pubblica. Tu finisci la tua pena, riprendi a delinquere, questo è il meccanismo perverso che viene accettato.

I percorsi faticosi di tentare delle strade alternative che permettano di abbattere questo fatto della recidiva, che tra l'altro era presente anche, molto presente nella proposta CUSANI di amnistia e indulto, che era appunto indulto revocabile e amnistia condizionata, non vengono assolutamente presi in considerazione.

Volevo chiudere invitando Leopoldo GROSSO a questo tipo di discorso, cioè che le comunità preferiscano due cose. Innanzi tutto che nei meccanismi delle pene alternative

non ci sia una strada stretta per cui o carcere o comunità ma al di là del carcere o della comunità, ci sono molte altre possibilità. Il secondo aspetto è che in questo ventaglio largo la possibilità delle comunità sia possibilmente non la più ristretta, ma la più ampia e quindi ad esempio tra un affidamento ai servizi e una detenzione domiciliare, noi comunque preferiamo l'affidamento in prova.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Giuseppe BATTELLI, operatore sociale, dell'Associazione IL PIOPPO.»

Giuseppe BATTELLI:- «Vengo da Napoli, dove giorni fa è successo un fatto drammatico di criminalità, è stata uccisa una bambina, è stato l'ultimo caso in cui ho sentito di nuovo elevare la bandiera della certezza della pena. Credo che sia una bandiera sollevata in modo, non dico infame, ma davvero non bisogna essere ricercatori o giuristi per sapere che in Italia, se c'è una cosa certa, è la pena.
Quando una pena passa in giudicato, abbiamo qui un magistrato che può confermarlo, non c'è Cristo che la tolga, tolte l'amnistia e la grazia.
Guardate, questa cosa mi fa un po' arrabbiare, perché porta ad altre conseguenze. Questa storia della certezza della pena viene sbandierata in un modo propagandistico, ma indulge delle cose anche sul piano tecnico che sono molto pericolose, secondo me.
Mi riferisco chiaramente ad alcune forze politiche che quando di tratta di tossicodipendenti o di immigrati poveri sono pronte a parlare della certezza della pena, ossia del fatto che non vengano seppelliti, la verità è proprio questa, non la certezza della pena, perché la pena è certa, salvo poi queste forze urlare alla persecuzione giudiziaria quando le maglie giudiziarie stringono la loro sede. Qual è l'aberrazione che si innesta su questa bandiera?
E' che queste forze politiche, amministrative, il mondo finanziario, comunque delle potenze decisionali, finiscono per stringere l'assedio a quei Tribunali di sorveglianza i quali, ovviamente, ubbidiscono anche alle pressioni sociali che gli arrivano addosso tutti i giorni.
Collaboro da alcuni anni con due istituti a custodia attenuata che sono quello di Eboli e quello di Lauro, in provincia rispettivamente di Salerno e di Avellino. Devo dire che, a completamento di quanto diceva la dottoressa CASTELLANO poco fa, la custodia attenuata non solo non è una questione d'élite, non solo non è una questione premiale, ma a me affascina l'idea che attraverso questa sperimentazione è possibile finalmente affacciare per lo meno l'ipotesi di una realizzazione costituzionale relativamente all'esecuzione delle pene.
Noi abbiamo una parte delle pene, tutte le pene, che si chiama retributiva, ossia in qualche modo si rimborsa il danno e un'altra parte che dovrebbe essere formativa, di reinserimento, di accompagnamento anziché di punizione.
Non a caso la custodia attenuata rompe un po' il circolo custodialistico che è nient'altro che la realizzazione, l'esecuzione di quel mandato di vendetta sociale che esplicitamente, ad ogni occasione, viene affacciata e che il carcere da sempre, per tradizione consumata, realizza. Questo è custodialismo.
La custodia attenuata in qualche modo affaccia una rottura, prospetta l'ipotesi, mi immagino che se funziona bene, se otterremo un follow - up in tempi ragionevolmente brevi, positivi, come mi auguro, nonostante sia applicata su una fattispecie di esecuzione penale, quella specifica per i tossicodipendenti - la definizione è dell'OMS che non condivido in pieno - secondo cui la tossicodipendenza è una patologia cronica dall'andamento recidivante. Non sono d'accordo, né io né il mio gruppo, che si tratti di una patologia e tuttavia il suo carattere tendenzialmente cronico, sicuramente è da accettare e ha queste ricadute.
Noi ci troviamo di fronte ai Tribunali di sorveglianza che prescrivono nelle custodie attenuate una delle condizioni per potere accedere, non dico alle misure alternative, ma

anche all'esecuzione penale ordinaria. Parlo di quell'articolo 21, ossia l'ammissione al lavoro all'esterno, che è esecuzione penale ordinaria, senza ancora arrivare alle misure alternative, alla semi libertà, all'affidamento, dove per tradizione il Tribunale di sorveglianza, facendo leva sul fatto che si tratta di tossicodipendenti, prescrive tra le altre cose quella di non fare uso di sostanze.
Noi sappiamo benissimo che invece i tossicodipendenti, proprio per la caratteristica specifica delle loro condizioni hanno delle ricadute, ma è proprio quello il momento in cui bisogna lavorare perché se non ce le avessero, più non ce ne sarebbe bisogno.
I Tribunali di sorveglianza trattano il tossicodipendente alla stregua del mafioso, di qualsiasi altro criminale quando sappiamo benissimo che prevalentemente, nella gran parte dei casi, i tossicodipendenti certo delinquono, commettono dei reati, ma lo fanno per necessità e in modo maldestro. Non è un caso che, quando non sanno chi afferrare afferrano un extracomunitario o un tossicodipendente, non è un caso che abbiamo questo affollamento delle carceri anche di tossicodipendenti. Certo non sono innocenti, fanno dei reati però li fanno in una condizione il cui contesto base va valutato.
Direi di vedere se è possibile fare uscire anche da questa Conferenza una sollecitazione a smetterla con la bugia della certezza della pena, perché è una bugia. In realtà dietro questo si nasconde la volontà di dire buttate le chiavi per questa gente qui. E' una vergogna, è una miseria, io dico è una infamia.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «SABBION/PANTE', del SERT di Monselice, di Padova, sul Programma di disintossicazione in una struttura di accoglienza.»

Dott.ssa Roberta SABBION:- «Mi discosto per un po' da quella che è la problematica del carcere e tutto ciò che è connesso. Rispetto al collega che ha parlato poco fa invece qui mi sento un po' meno depressa, mi sento fortunata per alcune cose.
Nella mia realtà, la collaborazione, il lavoro nel servizio pubblico, sono responsabile del SERT nel Veneto, USL 14, e la mia collaborazione vuoi perché il personale da noi non è numericamente elevato, vuoi perché un po' per mie caratteristiche cerco sempre di integrare un programma terapeutico con quanto compete a me, con quanto compete alle strutture del privato sociale, è in atto da anni.
Questo mi permette di effettuare programmi veramente personalizzati perché ogni persona ha, per quanto riesco, il proprio programma.
Siamo partiti con il trattamento metadonico da molti, anni quando ancora, non in tutte le Regioni e in tutte le Usl nel Veneto, veniva utilizzato il metadone.
I vantaggi e gli svantaggi collegati a questo. Chiaramente i vantaggi perché abbiamo potuto contattare un numero elevatissimo di persone altrimenti non contattabili. Lo svantaggio che si è presentato in itinere, prevedibile forse, ma all'inizio l'importanza era un'altra, era quello di riuscire ad andare oltre, quando le condizioni lo permettano e quando l'interessato lo richiedeva.
Un'integrazione sia nel mondo lavorativo, sia nel mondo sociale per alcuni passava proprio, anche per esigenze mentali, dal fatto di poter togliere il metadone.
Personalmente, forse per la mia inesperienza, la mia incapacità, al servizio non riuscivo ad ottenerlo, non riuscivo a chiederlo, portando avanti il progetto e il programma a domicilio, perché le tentazioni, la possibilità di trovarle, questa è l'esperienza di tutti noi operatori che lavoriamo nel campo, mi impediva di riuscire ad arrivare al fatidico zero e rimanere il tempo necessario poi per impostare un successivo programma.
Alla luce di questo, grazie proprio alla collaborazione che già avevo con le strutture del privato sociale, ho chiesto e quattro anni fa la Comunità di Monselice che è in provincia di Padova mi ha dato la sua disponibilità, di poter effettuare un programma esclusivamente per la disintossicazione del metadone.
Altre comunità accettavano già soggetti in trattamento metadonico, però con lo scopo poi proseguire con il programma terapeutico.

Questo però non era l'obiettivo e non era, almeno all'inizio, il desiderio, né dell'interessato, né a volte rientrava in un programma proponibile da parte degli operatori del SERT. La struttura ha messo a disposizione nove posti letto in uno spazio separato rispetto a quello dove invece conduce il programma terapeutico classico. Dopo un anno di preparazione degli operatori in quanto essi non sapevano cos'era il metadone, come ci si doveva comportare, che cosa comportava l'assunzione di metadone in termini emotivi, in termini fisici e quindi cosa comportasse l'astinenza successiva, dopo un anno di preparazione, abbiamo iniziato con questo progetto.
Che cosa volevamo ottenere? Un percorso, un cammino parallelo tra quello che il fisico richiedeva, scalando il metadone, e quello che per la mente comportava, sempre correlato allo scalaggio del metadone.
Ci siamo resi conto che, quando uno procedeva senza l'altro, non riuscivamo ad ottenere assolutamente niente, vale a dire se il fisico era disintossicato ma la testa ancora non c'era, non riuscivamo ad ottenere assolutamente niente.
Ci siamo proposti tre mesi di programma e, indicativamente, nel primo mese veniva scalato il metadone, nel secondo veniva affrontata l'astinenza e nel terzo e questo forse è la cosa più utile si andava a valutare assieme al SERT di provenienza e all'interessato, che tipo di programma si poteva portare avanti o proporre per continuare.
Questi tre mesi quindi non sono né l'inizio né la fine di un progetto terapeutico, sono semplicemente uno strumento che i servizi pubblici possono utilizzare e la comunità ha messo a disposizione.
Da un punto di vista farmacologico, gli interessati non sanno la dose di metadone che assumono quotidianamente. Questa è stata una scelta degli operatori dettata dai ragazzi stessi, i quali ci hanno detto se io non so quanto prendo, probabilmente non mi aspetto determinati sintomi e questo infatti è successo. Non sapendo la dose precisa che assumono giorno per giorno sono costretti a riascoltare il proprio corpo e a dirci che cosa effettivamente provano.
Tenendo conto poi che, durante il giorno, questi ragazzi lavorano la terra, hanno attività fisica e quant'altro, noi potevamo fare notare come certi dolori potevano essere compatibili per esempio con l'attività fisica svolta, oppure che certe situazioni d'ansia erano compatibili col momento che stavano trascorrendo.
I primi ragazzi ci dicevano dammi il Tavor, adesso ci dicono non riesco a riposare, sono ansioso. Quindi, abbiamo cercato di trasformare la richiesta dal farmaco a "dimmi cosa provi". Il progetto è partito nell'aprile del '98, a tutt'oggi noi abbiamo 69 persone, 58 maschi e 11 femmine che sono transitate per l'intero percorso. Solo alcuni sono stati allontanati, alcuni per una ricaduta, altri perché avevano messo in condizione, purtroppo, di ricadere altri soggetti. Questi, comunque, hanno ripreso i contatti con il proprio SERT di provenienza e quindi, anche se allontanati, non sono stati persi. Tutti hanno concluso il metadone e sono arrivati ad assumere l'antagonista prima dell'uscita dalla struttura.
Il successivo programma terapeutico è stato, ripeto, poi concordato. Diciannove di questi sono tuttora in contatto con il SERT e astinenti, 11 invece risultano essere ricaduti, alcuni hanno ripreso il trattamento metadonico e per alcuni abbiamo identificato, già all'interno della struttura, la necessità della ripresa del trattamento, perché avevamo evidenziato che non era ancora giunto il momento perché potessero rimanere senza, il rischio di ricaduta, di overdose o di morte era effettivamente troppo elevato. I 17, in itinere, hanno maturato l'idea di intraprendere un percorso comunitario, dico in itinere perché nessuno di quelli che entra in questo particolare percorso dall'inizio già sa di fare la comunità o almeno solo 2 dei 69 finora, ma altri 17 poi, man mano, nell'ultimo mese di valutazione, lo hanno chiesto. Sono 4 e adesso ne sono entrati altri 4; quindi sono 8 attualmente inseriti e 3 sono deceduti, 2 per overdose, purtroppo; ci stiamo un po' interrogando se avevamo noi sottovalutato l'uscita; non siamo onnipotenti e uno è morto per AIDS, era già malato all'entrata. I dati e il resto poi verranno comunicati all'occorrenza.»

Francesca CORSINI:- «Faccio parte dell'unità di strada della LILA di Genova, che opera sul territorio da sette anni e collabora con la comunità di SAN BENEDETTO e, in alcuni casi, anche con i servizi.

Ora, l'esperienza che volevo portare qua, rispetto a strategie di riduzione del danno, somministrazione di metadone ed eventuali sperimentazioni di somministrazione controllata di eroina, è un po' la voce della strada cioè di chi noi tutti i giorni incontriamo sulla strada ed è utente e in qualche modo parte in causa dei discorsi che facciamo.

Tutti i dati che ho sentito fino adesso mi facevano venire in mente persone. Nessuno dei trattamenti, dei programmi terapeutici, dei dati che sono stati portati fino adesso, danno garanzie di un successo al cento per cento e allora si discute su cosa è meglio, cosa è peggio. Secondo me, quando si parla di valutazioni, di criteri di valutazione di questi programmi, bisognerebbe partire anche un attimo da quella che è la realtà della strada, nel senso che quando sento parlare di valutazione di interventi di riduzione del danno, mi vengono in mente le nostre esperienze, ad esempio l'uso di siringhe; la restituzione delle siringhe usate viene usata come criterio di valutazione di alcuni interventi. Noi sappiamo che i ragazzi le raccolgono a mani nude per strada. Allora, in questo caso, chiaramente il criterio di valutazione che ho sentito usare diventa un po' dubbio se questo è il modo. Dipende da qual è la sostanza che viene usata, se una persona assume eroina, si fa due volte al giorno e usa due siringhe, se si fa di cocaina usa almeno sei siringhe al giorno. A partire da questo, noi crediamo che ci sia la necessità di risposte e valutazioni diverse, bisognerebbe iniziare a conoscere sempre di più la strada.

Per conoscere la strada, noi usiamo le unità mobili in generale. Abbiamo però noi una carenza di mezzi in alcuni casi perché ad esempio, su tutta una serie di informazioni e di utilizzo su chi ancora fa uso di sostanza, potrebbe essere una grossa risorsa per quanto riguarda la conoscenza delle sostanze perché, in alcuni casi, quando si parla ad esempio di nuove droghe, i servizi sono carentissimi in questo. Le unità di strada, ultimamente a Genova avevano avuto un calo fortissimo di utenza perché lo spaccio e il consumo erano cambiati e noi siamo riusciti a riadeguarci palando con gli utenti, con le persone che consumano.

Tutto questo però è difficile, se non si va verso un certo tipo di politica, ad esempio la politica della depenalizzazione dell'uso e dei reati connessi all'uso, che permetterebbe anche di integrare, all'interno dei progetti di riduzione del danno, una collaborazione stretta anche con persone che fanno ancora uso di sostanze e che in questi casi sono sempre esclusi da questa soluzione.

Rispetto a questo volevo anche dire una cosa riallacciandomi a quello che diceva stamattina AGNOLETTO sulla somministrazione controllata di eroina, che ha definito progetto di nicchia, come salvavita.

Un'altra delle realtà che noi vediamo normalmente sulla strada è quella di tantissimi ragazzi che hanno assunto una strategia di sopravvivenza all'interno di quello che viene offerto adesso, prendono il metadone, tornano a farsi, riprendono il metadone, tornano a farsi, esperienze che ho sentito qua citare come numeri. Allora, ancora una volta a noi viene da dire che c'è una diversità sulla strada e va presa in considerazione. Se una strategia, se un programma terapeutico va bene per 20 persone e non per le altre 80, va bene per 20 persone, possiamo usarlo, cioè non è detto che una cosa escluda l'altra. Anche quando si fanno paragoni per valutare le sperimentazioni di eroina rispetto all'uso del metadone, mi chiedo quanto poi, rispetto a questo, si sappia anche di quello che viene detto dai ragazzi normalmente. Ci sono parecchi casi di uso di metadone in cui è lo stesso utente a dire che, a soglie troppo alte, sta male, ha dei problemi a rapportarsi normalmente, non sta bene, e a soglie troppo basse, torna a farsi. Questa è la realtà.

Allora bisogna differenziare, non avere delle preclusioni di tipo politico, morale, di preconcetti rispetto a quelle che sono le strategie, ma usarle tutte, tutte quelle che possiamo mettere in campo perché le persone sono tante, sono diverse e se una strategia va bene