

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia
applicata**

**Corso di laurea in
SCIENZE SOCIOLOGICHE**

***La comunità terapeutica come misura alternativa al carcere.
Studio di una comunità di Vicenza.***

Relatore:

Prof. Francesca Vianello

Laureando:

Pietro Stocchiero

Matricola 1228143

A.A. 2021/2022

Indice

Introduzione	5
Capitolo 1	
La tossicodipendenza nelle carceri italiane	9
La normativa sulla tossicodipendenza in detenzione.....	13
La normativa sulla tossicodipendenza in esecuzione di pena esterna	14
Il dibattito sulle misure alternative al carcere.....	20
Capitolo 2	
Le Comunità Terapeutiche in Italia	29
La Comunità Nuova Vita di Vicenza	36
Capitolo 3	
La ricerca	39
Le interviste.....	39
Analisi delle interviste	47
Conclusioni	50
Bibliografia	53

Introduzione

La questione carceraria in Italia è una delle problematiche irrisolte che continua a riproporsi. La qualità della vita e le problematiche connesse ai progetti rieducativi e di reinserimento nella società sono caratteristiche che contribuiscono a determinare il livello di civiltà di una nazione. Partendo da queste premesse mi sono concentrato su uno degli aspetti collegati a questa tematica più generale. Questo progetto di laurea, infatti, si pone come obiettivo studiare e analizzare una determinata misura alternativa al carcere pensata appositamente per i detenuti con problemi di alcol-tossicodipendenza: “l’affidamento in prova in casi particolari in comunità terapeutica”. L’interesse per questo determinato argomento deriva dalla mia esperienza lavorativa in una comunità terapeutica come sorvegliante notturno; tale esperienza ha suscitato in me diverse curiosità e dubbi che mi hanno spinto ad approfondire e a documentarmi sui diversi aspetti di questa misura. L’obiettivo di questa tesi è quello di fornire un’analisi sull’affidamento in prova per detenuti tossicodipendenti in comunità terapeutica da un punto di vista giuridico e sociologico con lo scopo di individuare gli aspetti positivi, i vantaggi e le eventuali criticità di tale misura.

Nel primo capitolo cercherò di offrire una panoramica nazionale sui detenuti tossicodipendenti in carcere nel corso degli ultimi dieci anni attraverso i dati riportati dalla Presidenza del Consiglio dei ministri e dal Dipartimento per le Politiche Antidroga nella relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia contestualizzando il fenomeno e la sua evoluzione. Di seguito vengono esposte le normative sulla tossicodipendenza in carcere, dalla presa in carico del tossicodipendente agli accordi approvati dalla Conferenza Unificata, volti a proporre alle regioni modelli di riferimento per l’organizzazione della rete sanitaria nazionale e regionale per l’assistenza sanitaria delle persone detenute, con maggior attenzione ai detenuti tossicodipendenti e alle due principali sezioni dedicate a quest’ultimi, ovvero: le custodie attenuate e l’unità a Custodia Attenuata per il trattamento della Sindrome Astinenziale.

Il carcere però non è l’unica forma di esecuzione di una pena e non dovrebbe essere neanche la principale. È questo il messaggio che negli ultimi

anni il Consiglio d'Europa ha inviato agli stati membri, in particolare attraverso varie raccomandazioni volte a promuovere l'uso di misure alternative al carcere. Le misure alternative alla detenzione consistono nel seguire un determinato comportamento, definito possibilmente d'intesa fra il condannato e l'ufficio di esecuzione penale esterna che lo ha preso in carico; il contenuto del comportamento da assumere è ciò che viene normalmente indicato come un "programma di trattamento". In Italia, le misure alternative alla detenzione o di comunità vengono introdotte dalla legge n. 354 del 26 luglio 1975. Le misure alternative indicate sono la semilibertà, le diverse forme di detenzione domiciliare e di affidamento in prova al servizio sociale, la detenzione domiciliare e, infine, quella oggetto della mia tesi l'affidamento in prova in casi particolari che è una specifica forma di affidamento in prova, rivolta ai tossicodipendenti e agli alcolodipendenti che intendano intraprendere o proseguire un programma terapeutico. Durante il capitolo si analizza nello specifico l'affidamento in prova in casi particolari, quella rivolta ai detenuti tossicodipendenti, riportando l'attenzione, oltre alla normativa in sé, anche sull'ampio dibattito sulla funzionalità delle misure alternative al carcere per i tossicodipendenti sulle diverse incognite che complicano l'attuazione effettiva delle misure alternative alla detenzione come i principali problemi di disomogeneità che attualmente esistono nella formulazione della diagnosi di "tossicodipendenza", sulle farraginose procedure utilizzate per poter celermente inserire le persone nelle misure alternative, sullo scarso coordinamento con la magistratura di sorveglianza ed, in ultima analisi, sulla bassa percentuale di persone aventi diritto che fruiscono ad oggi dei benefici previsti dall'art. 94. I tossicodipendenti sono il 28% circa del totale della popolazione detenuta; proprio per questo una soluzione, suggerita dalle stesse istituzioni, è quella di ampliare l'uso delle misure alternative alla detenzione, per permettere di meglio tutelare il diritto alla salute. Il ricorso alle misure alternative non è particolarmente presente e molte persone restano in carcere nonostante i loro diritti esigibili e il possesso dei requisiti necessari per poter intraprendere percorsi alternativi finalizzati alla cura e alla riabilitazione. L'affidamento in prova al servizio sociale specifico per persone tossico/alcolodipendenti sta subendo un progressivo decremento nel corso

dell'ultimo decennio e inoltre la maggior parte degli utenti prima di ottenere i permessi per la misura alternativa passano un periodo più o meno lungo in carcere. Aspetto quest'ultimo da non sottovalutare considerando gli effetti e i processi negativi a cui possono andare incontro i detenuti in un ambiente come il carcere. Nel secondo capitolo viene delineato il fenomeno delle prime comunità; viene riportato come sono nate e come si sono sviluppate le prime comunità terapeutiche nel territorio italiano, spiegando anche l'importanza e il ruolo che hanno avuto dalla fine degli anni 60 e primi anni 70 nella lotta nei confronti dell'abuso di droghe in Italia. Si procede poi, più nello specifico, presentando e descrivendo la storia e gli obiettivi di un Centro Terapeutico Specializzato per la Cura delle Dipendenze a Vicenza, in cui nel corso degli ultimi tre anni ho lavorato come operatore notturno. La comunità "Nuova Vita" è una cooperativa sociale che si occupa di servizi educativi e psicologici alla persona, con esperienza trentennale. Durante il corso degli anni il centro ha subito una serie di trasformazioni conseguenti all'evoluzione del fenomeno della tossicodipendenza e dei nuovi bisogni dell'utenza trattata. I servizi proposti si sono, perciò, sempre più individualizzati ed aperti sul territorio circostante mantenendo l'attenzione sempre alla cura e riabilitazione di persone con problematiche di dipendenza, o interessate da diverse patologie psichiche o di disagio sociale. Nel terzo capitolo viene sviluppata la parte di ricerca della tesi volta a indagare i diversi aspetti dell'affidamento in prova in comunità terapeutica. Ho scelto di adottare come metodo per la ricerca l'intervista qualitativa in quanto consente di studiare in profondità il fenomeno, cogliendone il senso, gli effetti e le ripercussioni. Nello specifico ho condotto delle interviste semi-strutturate a cinque ospiti della comunità in misura alternativa al carcere. I temi centrali dell'interviste si basano sulla loro esperienza in una comunità terapeutica in confronto alle loro esperienze passate vissute in carcere in relazione al loro problema di dipendenza col fine di comprendere attraverso le loro testimonianze il loro punto di vista e le difficoltà incontrate. Infine, si procede a commentare i risultati ottenuti dall'analisi dell'elaborazione dei dati, esponendo gli elementi più rilevanti dell'indagine svolta.

Capitolo 1

La tossicodipendenza nelle carceri italiane

La presenza di persone tossicodipendenti o alcolodipendenti in carcere per aver commesso reati di varia natura, comporta da sempre notevoli problemi sia per la gestione di queste persone all'interno di un ambiente di per sé problematico, sia per la complessità che la cura di tale stato di malattia comporta. La tossicodipendenza in carcere pone una vasta gamma di questioni all'Amministrazione Penitenziaria, tra cui la natura dinamica delle problematiche relative alle sostanze utilizzate, al modo in cui queste influenzano i comportamenti all'interno di diversi contesti carcerari, le riposte finalizzate alla riduzione dell'offerta e della domanda nonché le misure adottate di riduzione del danno. Secondo i dati del Ministero della Giustizia i detenuti tossicodipendenti, presenti alla data del 31 dicembre 2021 negli istituti penitenziari nazionali, erano 15.244, corrispondenti al 28% dell'intera popolazione carceraria: la quasi totalità è di genere maschile (97%), in linea con quanto rilevato nell'ambito della popolazione carceraria complessiva (96%) e un terzo di nazionalità straniera (33%). L'incidenza dei detenuti tossicodipendenti di nazionalità straniera sul totale della popolazione carceraria tossicodipendente è progressivamente aumentata dall'11% del 1992 al 34% degli anni 2017-2018, in linea con quanto già rilevato nella popolazione carceraria generale. I detenuti tossicodipendenti di nazionalità straniera rappresentano il 29,2% di tutta la popolazione carceraria straniera e il 33% dell'intera popolazione carceraria tossicodipendente; quota, quest'ultima, che nelle regioni Lombardia, Liguria, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana e nella provincia autonoma di Trento supera il 40%, mentre nelle regioni Campania, Puglia e Basilicata non raggiunge il 10%.

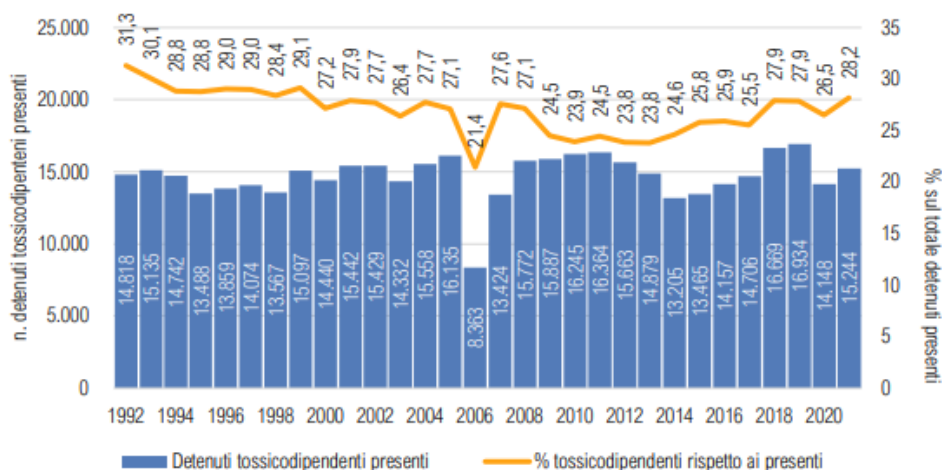
Detenuti complessivi e tossicodipendenti per nazionalità presenti il 31/12:

31/12	Complessivi presenti	Detenuti tossicodipendenti presenti		
		Totale	Stranieri	% stranieri
2010	67.961	16.245	5.083	31,3
2011	66.897	16.364	4.888	29,9
2012	65.701	15.663	4.864	31,1
2013	62.536	14.879	4.791	32,2
2014	53.623	13.205	3.966	30,0
2015	52.164	13.465	4.034	30,0
2016	54.653	14.157	4.534	32,0
2017	57.608	14.706	5.006	34,0
2018	59.655	16.669	5.605	33,6
2019	60.769	16.934	5.804	34,3
2020	53.364	14.148	4.620	32,7
2021	54.134	15.244	4.981	32,7

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Anni 2010-2021

Fino all'anno 2005, l'incidenza dei detenuti tossicodipendenti sul totale della popolazione carceraria presente si era mantenuta intorno al 28-29%, per raggiungere il valore minimo (21%) nel 2006, anno durante il quale è stato concesso l'indulto. Negli anni dal 2009 al 2017, la quota si è attestata attorno al 24-26% circa, per mostrare un leggero aumento nel corso dell'ultimo quadriennio.

Numero e percentuale di detenuti tossicodipendenti presenti al 31/12 di ciascun anno:

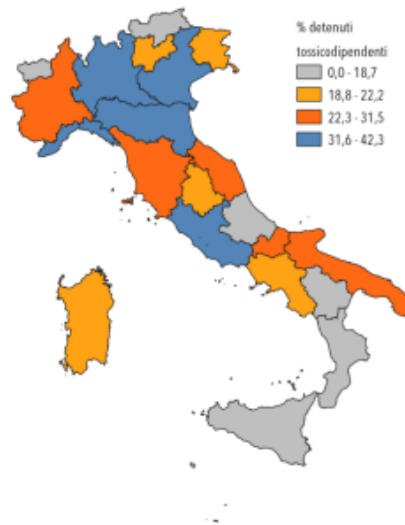


Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Serie storica Anni 1992-2021

Oltre alle informazioni fornite dal Ministero della Giustizia sui soggetti detenuti con problemi droga-correlati, sono disponibili i dati sulle persone assistite dai servizi per le dipendenze nei penitenziari dislocati sul territorio nazionale, sulla base del flusso informativo definito nell'ambito degli incontri del gruppo tecnico interregionale Dipendenze e fornito dalle Regioni e

Province Autonome. I flussi informativi sono stati censiti da tutte le Regioni e Province Autonome a eccezione di Puglia e Calabria; la regione Sicilia ha prodotto il debito informativo secondo modalità antecedenti l'attuale flusso e i dati non risultano utilizzabili, mentre le regioni Friuli-Venezia Giulia, Campania e Sardegna dispongono di informazioni parziali. Secondo i dati inviati dalle Amministrazioni regionali e dalle Province Autonome e in considerazione delle premesse di cui in precedenza, i detenuti che nel 2021 hanno ricevuto almeno una prestazione sanitaria in relazione ai disturbi derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti illegali ammontano a 15.887 unità, dei quali 5.608 notificati in Lombardia, che unitamente a quelli notificati nelle altre regioni dell'Italia nordoccidentale, rappresentano la metà delle persone tossicodipendenti ristrette in carcere. Il 45,9% dei detenuti tossicodipendenti in Italia risulta presente negli istituti penitenziari delle regioni settentrionali (31,5% e 14,4% nelle regioni rispettivamente nord-occidentali e nord-orientali), il 22,4% in quelli delle regioni centrali e il 31,7% in quelli delle regioni meridionali-insulari (rispettivamente 21,6% e 10,1%). A livello regionale, i detenuti tossicodipendenti rappresentano meno del 10% nelle regioni Valle d'Aosta e Calabria, mentre superano il 40% nelle regioni Lombardia e Liguria.

Numero e percentuale detenuti tossicodipendenti presenti il 31/12/2021 per regione di detenzione:



	Detenuti tossicodipendenti presenti 31/12/2021	
	n.	% sul totale detenuti
Piemonte	1.030	25,6
Valle d'Aosta	3	2,2
Lombardia	3.215	41,0
Liguria	553	42,3
Nord-occidentale	4.801	36,1
PA di Bolzano	0	0,0
PA di Trento	63	21,1
Veneto	723	31,7
Friuli Venezia Giulia	114	19,7
Emilia Romagna	1.300	39,9
Nord-orientale	2.200	33,6
Toscana	759	25,1
Umbria	299	21,4
Marche	191	22,6
Lazio	2.159	38,9
Centrale	3.408	31,5
Abruzzo	325	18,7
Molise	98	31,4
Campania	1.418	21,2
Puglia	1.185	31,5
Basilicata	58	15,4
Calabria	211	7,9
Meridionale	3.295	21,2
Sicilia	1.103	18,5
Sardegna	437	22,2
Insulare	1.540	19,4
ITALIA	15.244	28,2

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Anno 2021

La normativa sulla tossicodipendenza in detenzione

La presa in carico della tossicodipendenza in carcere è stata la prima area di intervento sanitario trasferita alle Regioni. Infatti, fin dall'inizio degli anni 90 il Testo Unico 309/90 (Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza) aveva affidato ai servizi sanitari territoriali esterni, l'assistenza e la cura dei soggetti tossicodipendenti in stato di detenzione. Successivamente, la riforma della sanità penitenziaria ha previsto il transito della tossicodipendenza alle Regioni ancor prima del trasferimento di tutte le altre funzioni di sanità penitenziaria. Pertanto, la tossicodipendenza è transitata funzionalmente al Servizio Sanitario Nazionale in applicazione dell'art.8, c.1 del Decreto Legislativo 230/99. Con l'assegnazione dei fondi alle Regioni, avvenuta in data 31 luglio 2003, si è definitivamente concluso il trasferimento della tossicodipendenza dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale.

Le strategie adottate per contrastare il fenomeno della droga e delle patologie correlate negli istituti penitenziari hanno trovato nuovo impulso a seguito dell'emanazione del Decreto della Presidenza del Consiglio dei ministri in data 1/4/2008, che ha definitivamente trasferito alle Regioni la competenza in materia di assistenza sanitaria alle persone detenute. In data 22 gennaio 2015 è stato approvato dalla Conferenza Unificata, un accordo volto a proporre alle regioni modelli di riferimento per l'organizzazione della rete sanitaria nazionale e regionale per l'assistenza sanitaria delle persone detenute. Nel documento è raccomandata l'attenzione ai detenuti tossicodipendenti; in particolare, è previsto l'impegno delle regioni e delle aziende sanitarie, attraverso una specifica programmazione, realizzata con il contributo dei provveditori regionali dell'amministrazione penitenziaria, a garantire ai detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti che necessitano di un regime particolarmente assistito, cure adeguate in ambito detentivo, anche attraverso l'attivazione di sezioni dedicate, apposite per detenuti tossicodipendenti, affrontate nell'art. 96 commi 3 e 4 del decreto del presidente della Repubblica 309/90.

Le due principali sezioni dedicate ai detenuti tossicodipendenti sono:

- Custodie attenuate: destinate alla permanenza di persone con diagnosi medica di alcol-tossicodipendenza in fase di divezzamento avanzato dall'uso di sostanze stupefacenti e possono occupare un intero istituto ("I.C.A.T.T.": Istituto a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti) o una o più sezioni ("Se.A.T.T.": Sezioni Attenuate per il Trattamento dei Tossicodipendenti) all'interno di istituti penitenziari di grandi dimensioni.
- Unità a Custodia Attenuata per il trattamento della Sindrome Astinenziale ("C.A.S.A."): è rappresentato da aree di osservazione clinica in istituto dedicate alla gestione della sindrome astinenziale in entrata al carcere.

La normativa sulla tossicodipendenza in esecuzione di pena esterna

Il carcere però, non è l'unica forma di esecuzione di una pena e non dovrebbe essere neanche la principale. È questo il messaggio che negli ultimi anni il Consiglio d'Europa ha inviato agli stati membri, in particolare attraverso varie raccomandazioni volte a promuovere l'uso di misure alternative al carcere. Queste misure mantengono il condannato nella comunità ed implicano una certa restrizione della sua libertà tramite l'imposizione di condizioni e/o obblighi e che sono eseguite dagli organi previsti dalle norme in vigore. Tale nozione designa le sanzioni decise da un tribunale o da un giudice e le misure adottate prima della decisione che impone la sanzione o al posto di tale decisione, nonché quelle consistenti in una modalità di esecuzione di una pena detentiva al di fuori di uno stabilimento penitenziario. Tutte le amministrazioni occidentali, compresa quella italiana, incaricate di tale parte dell'esecuzione penale condividono tale definizione.

Il sistema dell'esecuzione penale esterna ha dedicato, a partire dalla entrata data in vigore della normativa istitutiva dell'ordinamento penitenziario (Legge n.354/1975), particolari risorse ed attenzione alla cura e al trattamento delle persone affette da dipendenza da sostanze psicotrope. In particolare, l'Art.47bis della Legge n.354/1975 (modificato dalla Legge n.663/1986 anche

chiamata “Legge Gozzini”), sancisce la preminenza dei bisogni trattamentali rispetto alle istanze afflittive con una disciplina di maggior tutela per le persone condannate a pene detentive che intendono intraprendere o proseguire un programma terapeutico/riabilitativo. La norma, mediante la sospensione dell’esecuzione della pena, consente di dare immediato avvio, ovvero di proseguire, il programma terapeutico, mediante una procedura semplificata e sulla base di una decisione emessa dal Tribunale di Sorveglianza. Nell’intento del legislatore questa modalità ha una duplice funzione: dare effettività al pieno recupero psicofisico della persona, con una possibile diminuzione del rischio di recidiva, e contestualmente, garantire la sicurezza della collettività. Il servizio sociale penitenziario avvia in pratica la presa in carico della persona fragile sia nella fase istruttoria, congiungendosi con gli organi deputati a fornire il trattamento sanitario in un’ottica di lavoro di rete, sia nella fase esecutiva, allo scopo di monitorare e verificare l’adeguata attuazione del programma e riportare alla Magistratura di Sorveglianza gli esiti del programma stesso. A seguito della abrogazione dell’Art.47bis (Art.3 Legge n.165/1998), si rinviene nell’Art.94 del decreto del Presidente della Repubblica n.309/1990 una nuova disciplina organica che regola l’intera materia delle dipendenze, compresa la procedura di accreditamento degli Enti ausiliari delle regioni che erogano i servizi di riabilitazione per tossicodipendenti. Altra disposizione di particolare favore per i condannati tossicodipendenti è contenuta nell’Art.90 decreto del Presidente della Repubblica n.309/1990 a tenore del quale: “Nei confronti di persona che debba espiare una pena detentiva inflitta per reati commessi in relazione al proprio stato di tossico-dipendente, il Tribunale di sorveglianza può sospendere l’esecuzione della pena detentiva per cinque anni qualora, all’esito dell’acquisizione della relazione finale di cui all’articolo 123, accerti che la persona si è sottoposta con esito positivo ad un programma terapeutico e socioriabilitativo eseguito presso una struttura sanitaria pubblica od una struttura privata autorizzata ai sensi dell’articolo 116. Con l’Art.4 bis del decreto-legge n.272/2005, convertito con modificazioni nella Legge n.49/2006, all’Art.73 del decreto del presidente della Repubblica n.309/1990 è stato introdotto il comma 5bis che prevede, in presenza di reati di minore gravità commessi da persone tossicodipendenti o da utilizzatori di sostanze

stupefacenti o psicotrope, la possibilità di sostituire la pena detentiva e pecuniaria con la sanzione del lavoro di pubblica utilità, con le modalità previste dall'Art.54 del Decreto Legislativo n.274/2000. La disposizione individua l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna (UEPE) quale organo incaricato di verificarne l'effettivo svolgimento dell'attività gratuita in favore della collettività. Infine, a completamento del quadro delle norme di riferimento, si segnalano le modifiche introdotte al decreto legislativo n.285/1992 (Codice della strada) dalla Legge del 29 luglio 2010, n.120 e, in particolare, dall'Art.187, comma 8bis, nel quale si prevede, nei casi di guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti, la possibilità di sostituire la pena detentiva e la pena pecuniaria con il lavoro di pubblica utilità, mediante la partecipazione ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo della persona tossicodipendente, come definito dagli Articoli 121 e 122 decreto del presidente della Repubblica n.309/1990. Le misure e le sanzioni di comunità, quindi, orientano la definizione di un programma di intervento individualizzato sulla base dei bisogni terapeutici e riabilitativi dei condannati tossicodipendenti. Nella prassi giurisdizionale, come previsto dall'ordinamento penitenziario, non è tuttavia raro assistere all'applicazione delle misure alternative ordinarie alle persone tossicodipendenti: la magistratura di sorveglianza può, in alcuni casi, disporre la sottoposizione del condannato tossicodipendente all'affidamento in prova al servizio sociale o alla detenzione domiciliare, in mancanza dei requisiti di legge per l'accesso alle misure specifiche o per carenza di posti presso le comunità terapeutiche accreditate. Gli UEPE intervengono nel procedimento sia nella fase istruttoria, collaborando alla definizione del programma terapeutico con i servizi sanitari e le comunità terapeutiche, sia nella fase dell'esecuzione della misura stessa per le azioni di supporto, verifica delle prescrizioni e attuazione del programma trattamentale. A tal fine, gli UEPE lavorano in stretta collaborazione con le Regioni, i Servizi Sanitari, la Magistratura di Sorveglianza e gli Istituti penitenziari.

Le misure alternative alla detenzione o di comunità consistono nel seguire un determinato comportamento, definito possibilmente d'intesa fra il condannato e l'ufficio di esecuzione penale esterna che lo ha preso in carico; il

contenuto del comportamento da assumere è ciò che viene normalmente indicato come un “programma di trattamento”. In Italia, le misure alternative alla detenzione o di comunità vengono introdotte dalla legge 26 luglio 1975, n.354. Le misure alternative previste dall'ordinamento penitenziario sono la semilibertà, le diverse forme di detenzione domiciliare e di affidamento in prova al servizio sociale.

- La detenzione domiciliare:

La misura alternativa della detenzione domiciliare è stata introdotta dalla legge n. 663 del 10/10/1986, di modifica dell'Ordinamento penitenziario (o.p.). In seguito, sono state aggiunte ipotesi di detenzione domiciliare per figure specifiche di condannati: le misure alternative alla detenzione nei confronti dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria e la detenzione domiciliare speciale per le condannate madri. La legge 9 agosto 2013 n. 94 ne ha ulteriormente esteso l'applicabilità eliminando gli automatismi che escludevano dal beneficio alcune categorie di soggetti, come i recidivi per piccoli reati e rendendone più semplice l'accesso per i condannati che al momento della irrevocabilità della sentenza fossero già liberi, a meno che non siano autori di gravi reati (come quelli in materia di criminalità organizzata o di maltrattamenti in famiglia). La misura consiste nell'esecuzione della pena nella propria abitazione o in altro luogo di privata dimora, in luogo pubblico di cura, assistenza e accoglienza e, solo in caso di donne incinte o madri di prole di età inferiore ad anni dieci con lei convivente, di case famiglia protette. L'ordinamento prevede varie forme di detenzione domiciliare.

- La semilibertà:

Può essere considerata come una misura alternativa impropria, in quanto, rimanendo il soggetto in stato di detenzione, il suo reinserimento nell'ambiente libero è parziale. È regolamentata dall'art. 48 dell'ordinamento penitenziario (l.354/1975) e consiste nella concessione al condannato e all'internato di trascorrere parte del giorno fuori dall'Istituto di pena per partecipare ad attività lavorative, istruttive o comunque utili al reinserimento sociale, in base ad un programma di trattamento, la cui responsabilità è affidata al direttore dell'istituto di pena.

- Affidamento in prova al servizio sociale:

È considerata la misura alternativa alla detenzione per eccellenza, in quanto si svolge totalmente nel territorio, mirando ad evitare al massimo i danni derivanti dal contatto con l'ambiente penitenziario e dalla condizione di privazione della libertà. L'applicazione dell'affidamento da un lato fa venir meno ogni rapporto del condannato con l'istituzione carceraria e dall'altro comporta l'instaurarsi di una relazione di tipo collaborativo con l'ufficio di esecuzione penale esterna. L'introduzione dell'affidamento in prova al servizio sociale nell'ordinamento penitenziario italiano testimonia l'adesione a una linea di pensiero largamente applicata negli altri Stati occidentali, fondata sull'opportunità di articolare il sistema di difesa sociale con il ricorso a misure penali differenziate, in misura proporzionale alle esigenze di controllo delle manifestazioni delinquenti e a quelle di trattamento dei loro autori. È regolamentata dall'art. 47 dell'Ordinamento penitenziario, così come modificato dall'art. 22 della Legge n.165 del 27 maggio 1998 (Legge Simeone - Saraceni): consiste nell'affidamento del condannato al Servizio Sociale, fuori dall'istituto di pena, per un periodo uguale a quello della pena da scontare. L'affidamento in prova al servizio sociale è previsto anche per i soggetti affetti da Aids o grave deficienza immunitaria, vi è poi una figura di affidamento in prova al servizio sociale anche per il condannato militare ed è considerata una misura alternativa alla detenzione anche l'espulsione dello straniero. Infine, nel caso su cui mi concentrerò, vi è l'affidamento in prova al servizio sociale dell'art.94 309/1990 per quanto riguarda i tossicodipendenti e alcolodipendenti.

Affidamento in prova in casi particolari (art. 94 D.P.R. 309/90) è una particolare forma di affidamento in prova, rivolta ai tossicodipendenti e agli alcolodipendenti che intendano intraprendere o proseguire un programma terapeutico.

Nella legge vengono elencati i requisiti per l'ammissione ovvero:

- pena detentiva inflitta, o anche residuo di pena, non superiore a quattro anni;
- il condannato deve essere persona tossicodipendente o alcol dipendente che ha in corso, o che intende sottoporsi, ad un programma di recupero;

- il programma terapeutico deve essere concordato dal condannato con una ASL o con altri enti, pubblici e privati, espressamente indicati dalla legge (art. 115 D.P.R. 309/90);
- una struttura sanitaria pubblica deve attestare lo stato di tossicodipendenza o alcol dipendenza e la idoneità, ai fini del recupero, del programma terapeutico concordato.

L'affidamento in prova in casi particolari non può essere concesso alla stessa persona per più di due volte. Durante l'affidamento il Centro di Servizio Sociale ha il compito di effettuare i propri interventi con una particolare attenzione alla collaborazione, ed al coordinamento, con i servizi del territorio responsabili del programma riabilitativo, svolgendo gli interventi d'aiuto e di controllo previsti per l'affidamento in prova al servizio sociale:

- aiutare il condannato a superare le difficoltà di adattamento alla vita sociale, al fine di favorire il suo reinserimento;
- controllare la condotta del condannato in ordine alle prescrizioni;
- svolgere azione di tramite tra l'affidato, la sua famiglia e gli altri suoi ambienti di vita, in collaborazione con i servizi degli Enti Locali, delle ASL e del privato sociale;
- riferire periodicamente, con frequenza minima trimestrale, al Magistrato di Sorveglianza sull'andamento dell'affidamento ed inviare allo stesso una relazione finale alla conclusione della misura;
- fornire al Magistrato di Sorveglianza ogni informazione rilevante sulla situazione di vita del condannato e sull'andamento della misura.

Il Magistrato di Sorveglianza può sospendere l'affidamento e trasmettere gli atti al Tribunale di Sorveglianza per le decisioni di competenza nei casi in cui il Centro di Servizio Sociale lo informa di un nuovo titolo di esecuzione di altra pena detentiva che fa venir meno le condizioni per una prosecuzione provvisoria della misura (residuo pena inferiore a quattro anni); o in caso l'affidato attuasse comportamenti tali da determinare la revoca della misura.

L'affidamento può concludere con esito positivo del periodo di prova, che estingue la pena ed ogni altro effetto penale. In questo caso il Tribunale di Sorveglianza che ha giurisdizione nel luogo in cui la misura ha avuto termine emette l'ordinanza di estinzione della pena.

Nel caso in cui l'affidamento non andasse a buon fine vi è la revoca della misura, che può avvenire nei seguenti casi:

- comportamento del condannato, contrario alla legge o alle prescrizioni dettate, ritenuto incompatibile con la prosecuzione della prova;
- sopravvenienza di un altro titolo di esecuzione di pena detentiva che determini un residuo pena superiore a quattro anni.

In questi casi il Tribunale di Sorveglianza, che ha giurisdizione nel luogo in cui l'affidato ha la residenza o il domicilio, emette l'ordinanza di revoca e ridetermina la pena residua da espiare (nel primo caso, anche valutando quanta parte del periodo trascorso in affidamento possa essere computato come pena scontata).

Il dibattito sulle misure alternative al carcere

Nella ricerca di dati e informazioni riguardanti le misure alternative alla detenzione per tossicodipendenti ho notato come sia poco presente un dibattito scientifico riferito in specifico agli utenti che soffrono di questa patologia in relazione al carcere. La presenza di persone tossicodipendenti o alcolodipendenti in carcere, per aver commesso reati di varia natura, comporta da sempre notevoli problemi sia per la gestione di queste persone all'interno di un ambiente di per sé così problematico, sia per la complessità che la cura di tale stato di malattia comporta. Non vi è dubbio che chi è affetto da tale condizione patologica debba e possa trovare opportune cure al di fuori del carcere e che esistano da tempo dispositivi di legge che permettono di poter realizzare tale intervento. Il D.P.R. 309/90 prevede esplicitamente tale possibilità per tutti coloro che siano in possesso di determinati requisiti e che abbiano un bisogno di cure in relazione alla presenza reale di uno stato di tossicodipendenza o alcol dipendenza. Prima dell'avvento dello storico D.P.R. 309/90 "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" (tornato in vigore con la dichiarazione di parziale incostituzionalità della legge Fini-Giovanardi), la condizione del detenuto tossicodipendente non contemplava affatto regimi alternativi allo stato detentivo, sia che si trattasse di persona giudicabile, che di condannato definitivo. Il legislatore si era infatti

limitato a prevedere la possibilità di usufruire delle cure mediche, specialistiche e riabilitative direttamente in carcere. Ma il dibattito sull'istituzione di appositi padiglioni per i detenuti con problemi di droga, luoghi ad hoc per la cura e la riabilitazione con personale medico e infermieristico specializzato già divideva gli addetti ai lavori. Si creò un movimento di protesta che considerava tale modello pregiudizievole e lesivo dei diritti dei detenuti tossicodipendenti costretti a vivere in una sorta di ghetto da cui sarebbe stato complicato venir fuori. Un altro aspetto correlato alla questione droghe è ovviamente quello relativo alla salute. Molti dei detenuti per reati di droga (e non solo) hanno appunto anche problemi di dipendenza legati all'utilizzo della stessa. Per chiarezza, va ricordato che le persone tossicodipendenti o alcolodipendenti all'interno delle carceri, sono presenti per aver commesso vari tipi di reati e non per la condizione di tossicodipendenza. La legge punisce penalmente chi traffica o spaccia sostanze stupefacenti o chi commette altri tipi di reati anche non in relazione con il D.P.R. 309/90 ma non punisce penalmente alcuna persona per il suo stato di malattia quale la dipendenza e infatti non vi sono persone carcerate per il solo uso di sostanze stupefacenti.

I tossicodipendenti sono il 28% circa del totale della popolazione detenuta; proprio per questo una soluzione, suggerita dalle stesse istituzioni, è quella di ampliare l'uso delle misure alternative alla detenzione, per permettere di meglio tutelare il diritto alla salute. Un auspicio però che tuttavia fatica a diventare realtà. La sospensione dell'esecuzione (art. 90 TU stupefacenti) e l'affidamento in prova in casi particolari (art. 94 TU stupefacenti), le due principali misure alternative immaginate ad hoc per le persone tossicodipendenti e alcolodipendenti, non sono di facile applicazione poiché disciplinate da norme caratterizzate da un massimo di discrezionalità unito a un minimo di certezza e di scientificità. In diversi casi poi, il ricorso alle misure alternative non è particolarmente presente e molte persone restano in carcere nonostante i loro diritti esigibili e il possesso dei requisiti necessari per poter intraprendere percorsi alternativi finalizzati alla cura e alla riabilitazione.

“L'art 90 è una norma particolarmente ambigua che consente ai soggetti condannati per reati la cui pena residua o congiunta non superi i sei anni od i

quattro anni, se si tratta di un titolo esecutivo comprendente un certo tipo di reati, di domandare la sospensione della esecuzione della pena detentiva. Il legislatore pone due ulteriori condizioni affinché il soggetto condannato possa accedere a tale istituto:

- La commissione di un reato quale immediata conseguenza della condizione di tossicodipendente;
- Il positivo svolgimento da parte del soggetto condannato ad un programma terapeutico concluso o in via di conclusione svolto in una struttura accreditata del pubblico e/o del privato autorizzata ai sensi dell'art. 116.

Certamente la norma mostra in tutta la sua integrità i buoni e condivisi intenti del legislatore del 1990 nel cercare di evitare che il tossicodipendente condannato entri nei circuiti penitenziari. Peccato che, nella realtà delle cose, l'istituto in questione è stato peggiorato notevolmente dalla legge n. 49 del 2006 (Fini-Giovanardi) e diventa quasi automatico finire in carcere più rapidamente di quanto si pensi". (Rapporto Antigone, 2017)

Prima della riforma, infatti, il detenuto poteva uscire dal carcere, provvisoriamente, semplicemente presentando la domanda di affidamento e la relativa documentazione, in attesa della pronuncia del Tribunale di Sorveglianza. Sulla domanda di scarcerazione provvisoria decideva il pubblico ministero, come organo puramente amministrativo, senza potere discrezionale, con un semplice controllo sul rispetto dei limiti di pena prescritti dalla legge. Dopo la riforma tutto è stato reso più difficile poiché con la legge Fini-Giovanardi, la domanda di sospensione della carcerazione viene direttamente valutata dal magistrato di sorveglianza con ampi margini di discrezionalità. La legge gli consente di decidere sulla base di criteri molto elastici demandando al detenuto l'onere di provare cose e circostanze sostanzialmente impossibili da provare. Il magistrato è chiamato a lavorare sulla base di due sostanziali criteri: il quantum di pena e il presunto pregiudizio che possa derivare dalla protrazione dello stato detentivo. Si chiede dunque al magistrato un giudizio che difficilmente egli è in grado di formulare. I giudici non hanno competenze medico specialistiche e spesso non conoscono le carceri e la vita dei detenuti. Secondo il legislatore, solo un programma di recupero che la persona che

richiede il beneficio avrebbe comunque svolto, anche prescindendo dal suo attuale stato di condannato o di detenuto, manifesterebbe quella che si definirebbe e verrebbe percepita come una “volontà buona”. Se è invece la condizione di condannato o di detenuto, dunque uno stato di prostrazione e disagio a farlo riflettere sulla opportunità di seguire un programma e di chiudere con la dipendenza, la sua volontà sarebbe percepita come “di comodo” e, come tale, non va presa in positiva considerazione ai fini del conseguimento del beneficio. Nella prassi dei tribunali, la concessione della sospensione è poco praticata e sono tanti i condannati tossicodipendenti che finiscono nel circuito penale. Altra considerazione negativa prevista nella nuova formulazione dell’art. 90 e 91 del D.P.R., è stata l’equiparazione delle strutture pubbliche a quelle private purché riconosciute e accreditate ai sensi dell’art. 116. Questa novità non è da sottovalutare considerato che, oggi, una struttura privata è legittimata a rilasciare la certificazione dello stato di tossicodipendenza del soggetto e del programma riabilitativo. La retta per accedere a queste strutture è solitamente superiore a 1.500 euro al mese. È ovvio che, un soggetto in difficoltà, (la maggior parte), non potrà mai permettersi di pagare simili costi e il risultato è una vistosa iniquità di accesso alla misura invocata. Nell’ipotesi in cui la pena non sia stata ancora eseguita, la condanna non riguardi un reato ostativo e non sia superiore a sei anni, la domanda di affidamento ex art. 94 può essere presentata, al momento di emissione dell’ordine di carcerazione, al pubblico ministero, che sospende l’ordine di carcerazione fino a quando il Tribunale di sorveglianza non si sia pronunciato sulla richiesta. Ma le novità introdotte dalla legge Fini-Giovanardi in materia di misure alternative per tossicodipendenti sono molte, prima tra tutte l’aver innalzato il tetto di pena per la richiesta di accesso alla misura alternativa dai tre ai sei anni. Il carcere fa fronte a questa problematicità attraverso l’assistenza all’interno degli istituti dei SerD che debbono garantire un intervento con farmaci antagonisti, in particolare il metadone, per cui viene attuato un programma a scalare, oppure una “terapia secca” che, senza ricorrere alle somministrazioni di alcuna sostanza, consiste nel far evolvere il decorso della crisi in modo naturale. Tuttavia, l’attività di disintossicazione, già difficile all’esterno delle carceri, sconta all’interno degli istituti le

problematiche connesse al sovraffollamento, alla carenza o fatiscenza delle strutture e al basso numero di personale quali educatori e psicologi, tutti fattori che non consentono di attivare tutti gli interventi necessari.

Un ulteriore aspetto peggiorativo dell'istituto dell'affidamento è senza dubbio l'obbligo degli operatori del trattamento a segnalare all'autorità giudiziaria le violazioni commesse dalla persona sottoposta al programma (art. 94 D.P.R.309/90). Un vulnus pericoloso più volte censurato dagli operatori dei SerT che lamentano la violazione del patto tra medico e paziente. Il rischio è la revoca della misura. Tra le novità positive però, vi è la concessione della misura dell'affidamento anche ai condannati per delitti ricompresi nell'art 4 bis Ordinamento Penitenziario la cui pena residua e congiunta non deve essere superiore ai quattro anni. Tale avanzamento è stato accolto positivamente visto e considerato che le misure alternative sono la massima espressione di "benefici" che l'Ordinamento penitenziario riconosce a tutti coloro che non solo rientrano nei limiti di pena ma che hanno serbato un buon comportamento all'interno del carcere partecipando all'opera rieducativa e più in generale trattamentale. L'affidamento come istituto giuridico esiste infatti perché il legislatore, a monte, ha già rilevato che in determinati casi il carcere è un rimedio peggiore del male. Ma essendo per l'appunto una valutazione che solo il legislatore può compiere, com'è poi concepibile che questo presupposto diventi l'oggetto di una prova che dovrebbe essere fornita dallo stesso condannato? Questi deve provare, infine, che non vi sono "elementi tali da far ritenere il pericolo di fuga". Solo quando tutte le condizioni elencate nell'articolo di legge sono presenti, il magistrato accorda la sospensione dell'esecuzione. Ciò che lascia ulteriormente perplessi è la scelta di innalzare il beneficio della misura ai sei anni di pena detentiva contro i tre previsti in precedenza dall'art. 47 ter Ord.Pen. Quando il legislatore avrebbe prima di tutto dovuto ritoccare l'art 73 del testo unico, gradando sensibilmente il tetto di pena. Nel 2013, la Corte costituzionale è intervenuta a dirimere il conflitto dichiarando incostituzionale l'articolo 73. Con la dichiarazione di incostituzionalità si è tornati ad una distinzione con pene per la violazione dall'art. 73 più miti nel caso di droghe leggere (da 2 a 6 anni) e paradossalmente più dure per quanto riguarda quelle pesanti (da 8 a 20 anni).

Ma è utile ricordare che la Corte costituzionale non ha riformato integralmente la legge Fini-Giovanardi. La Consulta ha rimandato al legislatore il compito di colmare il vuoto normativo. A distanza di quattro anni dalla pronuncia della Corte, sono cambiati quattro governi, l'ultimo in ordine di tempo ha pontificato sull'urgenza di rivedere il testo unico in materia di droga. Ad oggi però, l'inerzia legislativa si associa al calo, lento ma inesorabile, della concessione delle misure alternative ai tossicodipendenti da parte della magistratura.

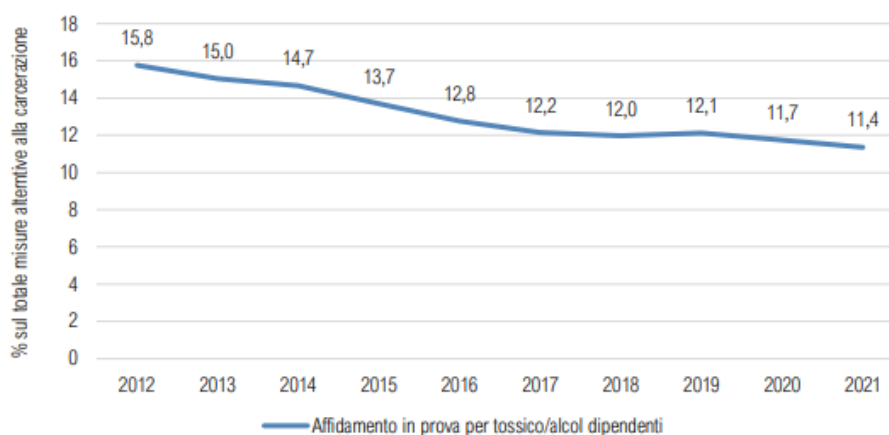
Il monitoraggio dei detenuti con problemi droga correlati, fino al 2009 di competenza del Ministero di Giustizia al Dipartimento dell'amministrazione Penitenziaria, con l'accordo in Conferenza Unificata siglato in data 18 maggio 2011 è transitato alle Regioni e alle Province Autonome. Queste sono tenute a raccogliere, per il tramite delle Unità operative dei SerT presenti in carcere, dati sui detenuti tossico e alcol dipendenti attraverso la compilazione di apposite schede. L'obiettivo della rilevazione è quello di consentire la raccolta di dati e informazioni che consentano di rappresentare meglio la situazione dei detenuti tossico e alcol dipendenti e di identificare la quota di soggetti che possono accedere e accedono alla pena alternativa attraverso l'art. 94 del D.P.R. 309/90. "Il 31 dicembre 2021 le persone in carico agli UEPE per misure alternative alla detenzione erano 31.310, con un aumento dell'8% rispetto al 2020, favorito evidentemente dalla, seppur lenta, ripresa delle attività dei tribunali, degli UEPE e dei servizi territoriali, la cui operatività ha continuato ad essere parzialmente condizionata dal prolungarsi dell'emergenza sanitaria da COVID-19. L'11% del totale delle misure alternative concesse (n.3.555, +4,4% rispetto al 2020) ha riguardato l'Affidamento in prova al servizio sociale specifico per persone tossico/alcolodipendenti, in progressivo decremento nel corso dell'ultimo decennio." (Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, 2022)

Numero e percentuale degli adulti in carico per misure alternative alla detenzione per tipologia

31/12	Misure alternative alla detenzione									
	Totale	Affidamento in prova per tossico/alcolodipendenti		Affidamento in prova		Detenzione domiciliare		Semilibertà		
		n.	% (su Totale)	n.	% (su Totale)	n.	% (su Totale)	n.	% (su Totale)	
2012	19.986	3.150	15,8	6.839	34,2	9.139	45,7	858	4,3	
2013	22.127	3.328	15,0	7.781	35,2	10.173	46,0	845	3,8	
2014	22.209	3.259	14,7	8.752	39,4	9.453	42,6	745	3,4	
2015	22.285	3.053	13,7	9.043	40,6	9.491	42,6	698	3,1	
2016	23.424	2.991	12,8	9.820	41,9	9.857	42,1	756	3,2	
2017	25.872	3.146	12,2	11.389	44,0	10.487	40,5	850	3,3	
2018	28.031	3.354	12,0	13.258	47,3	10.552	37,6	867	3,1	
2019	29.557	3.578	12,1	14.613	49,4	10.338	35,0	1.028	3,5	
2020	29.023	3.404	11,7	13.309	45,9	11.562	39,8	748	2,6	
2021	31.310	3.555	11,0	15.772	50,4	11.171	35,7	812	2,6	

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - 31 dicembre Anni 2012-2021

Percentuale affidamenti in prova per persone tossico/alcolodipendenti sul totale delle misure alternative alla detenzione



Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - 31 dicembre Anni 2012-2021

Questi dati rivelano come la percentuale di affidamenti in prova per persone tossico/alcolodipendenti sul totale delle misure alternative alla detenzione sta subendo una graduale diminuzione considerando che nel 2012 erano state concesse il 15,8% delle totali misure alternative e al 2021 quelle concesse sono solo l'11,4%. Il 25% delle misure di affidamento in prova specifiche per persone tossico/alcolodipendenti è stato concesso dallo stato di libertà, il 68% dalla detenzione e il restante 7% dalla detenzione domiciliare o arresti, senza rilevanti scostamenti rispetto all'anno precedente. Come si può notare la maggior parte degli utenti prima di ottenere i permessi per la misura

alternativa passano un periodo più o meno lungo in carcere. Aspetto da non sottovalutare considerando gli effetti e i processi negativi a cui possono andare incontro i detenuti in un ambiente come il carcere. Erving Goffman, celebre sociologo statunitense, individuò il rischio di un processo di ‘disculturazione’ per il detenuto, vale a dire “una mancanza di ‘allenamento’ che lo rende incapace, temporaneamente, di maneggiare alcune situazioni tipiche della vita quotidiana del mondo esterno, se e quando egli vi faccia ritorno” (Goffman, 1978). Questo processo può verificarsi per alcuni aspetti e non per altri e in certi casi risulta un processo irreversibile che può seriamente compromettere l’autonomia della persona. Altro processo studiato e spiegato nel libro “The prison community”, dall’autore Donald Clemmer, è il processo di ‘prigionizzazione’ che può essere definito a tutti gli effetti come un processo di assimilazione che porta l’individuo a identificarsi con la subcultura carceraria. Come ogni processo di assimilazione, esso implica una progressiva acculturazione in un gruppo precedentemente estraneo, che porta il nuovo arrivato a condividere sentimenti, ricordi e tradizioni: “un lento, graduale e più o meno inconsapevole processo durante il quale una persona impara abbastanza elementi della cultura della unità sociale in cui si trova da caratterizzarsi per essa” (Clemmer, 2004). Il contatto quotidiano con gli altri detenuti e con gli operatori del penitenziario, hanno la conseguenza di influenzare il soggetto che comincerà ad assumere il linguaggio e i criteri interpretativi del mondo carcerario.

Numero e percentuale degli adulti tossico/alcolodipendenti in carico per affidamento in prova al servizio sociale per condizione al momento della concessione della misura alternativa e genere

Condizione al momento della concessione della misura	Affidamenti in prova specifici per persone tossico/alcolodipendenti					
	Maschi		Femmine		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Dalla libertà	788	23,3	77	44,0	865	24,3%
In misura provvisoria dalla libertà	35	1,0	3	1,7	38	1,1%
Dalla detenzione	1.521	45,0	47	26,9	1.568	44,1%
In misura provvisoria dalla detenzione	805	23,8	36	20,6	841	23,7%
Da detenzione domiciliare o arresti domiciliari	231	6,8	12	6,9	243	6,8%
Totale (% sul Totale)	3.380	(95,0%)	175	(5,0%)	3.555	100,0%

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità – 31 dicembre 2021

Rispetto all'esito del provvedimento, si sottolinea che non è possibile effettuare un'analisi esaustiva in quanto è necessario osservare l'andamento della misura nel tempo: se, infatti, gli esiti negativi possono essere riscontrati anche dopo pochi mesi dalla concessione della misura, per la conclusione positiva è necessario un periodo di osservazione più prolungato, pari alla durata della misura stessa. Un'analisi esaustiva degli esiti dei provvedimenti può, perciò, essere svolta quando tutti gli incarichi di un anno, o la maggior parte di essi, sono stati conclusi e archiviati.

Nel 2021 i casi conclusi e archiviati di affidamenti in prova al servizio sociale specifici per persone tossico/alcol dipendenti concessi dallo stato di libertà e di detenzione sono stati rispettivamente 216 e 959 (32% e 40% del totale delle rispettive misure); di questi, 45 e 287 casi sono stati per revoca della misura (rispettivamente 21% e 30% dei casi archiviati nell'anno). Riferendo l'analisi agli anni dal 2012 al 2019 (casi archiviati superano l'85% delle misure concesse), si osserva che la revoca dell'affidamento concesso dallo stato di libertà alle persone tossico/alcol dipendenti rappresenta mediamente il 14% dei casi archiviati nell'anno, percentuale che raggiunge il 23% per le misure concesse dalla detenzione. Nel 2021, il motivo principale delle revoche degli affidamenti concessi alle persone tossico/alcol dipendenti riguarda l'andamento negativo della misura: corrispondono al 64% del totale per le misure concesse dallo stato di libertà e il 70% per quelle dallo stato di detenzione. Riferendo l'analisi, anche in questo caso, agli anni fino al 2019 (oltre 85% i casi conclusi e archiviati delle misure concesse), l'incidenza delle revoche per andamento negativo dell'affidamento tende ad aumentare nel caso della concessione della misura alternativa dalla condizione di libertà, mentre rimane del tutto simile nel caso della concessione dallo stato di detenzione.

CAPITOLO 2

Le Comunità Terapeutiche in Italia

Le Comunità terapeutiche hanno rappresentato dalla fine degli anni '60 e nei primi anni '70 la prima risposta articolata, diffusa ed efficace nei confronti dell'abuso di sostanze e della tossicodipendenza (soprattutto da eroina in Italia). Le prime comunità sono nate da movimenti molto vari spesso di ispirazione cattolica, che però portavano in sé ampie componenti laiche, di impegno civile, motivazione sociale di accoglienza e aiuto concreto per contrastare un fenomeno che andava sempre più coinvolgendo decine di migliaia di giovani in tutta Italia. Tale impegno di accoglienza e cura diffuso sui territori è riuscito, nel tempo, a costruire una sensibilità ed un movimento di pressione capace, tra l'altro, di portare alla legge del 1975, primo atto normativo che, coprendo un vuoto legislativo, ha previsto strutture ad hoc per tossicodipendenti, differenziandole all'area esclusivamente psichiatrica nella quale fino ad allora, era stata confinata istituzionalmente la tossicodipendenza. Il riconoscimento normativo, unito al grande bisogno conseguente ad un fenomeno in enorme crescita, ha portato ad un'ampia diffusione del sistema delle Comunità con approcci e metodologie molto diverse: dalla Comunità di vita alle sempre più varie comunità terapeutiche che vedevano impegnate diverse figure di operatori, volontari, ex tossicodipendenti e professionalità sempre più articolate e diverse. Nel frattempo, il Decreto 309/90 aveva dato un primo indirizzo per la costruzione di un sistema nazionale complementare tra servizi pubblici ambulatoriali e comunità residenziali e diurne.

Nel 2001 un passo decisivo nella definizione dei diritti generali di assistenza è stato realizzato attraverso l'introduzione dei LEA, livelli essenziali di assistenza. Le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello "essenziale" garantito a tutti i cittadini che le Regioni debbono assicurare.

L'inserimento del sistema di cura per la tossicodipendenza all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza ha di fatto sfociato, per il privato sociale, nel processo di accreditamento avviato ormai in molte regioni d'Italia. La riqualificazione delle strutture, conseguenza propria dell'accREDITAMENTO, con l'introduzione di nuove tipologie di intervento hanno toccato anche aspetti di

reinvestimento economico-strutturale importante. Tutto ciò però non è stato sempre supportato in tempi congrui da un adattamento delle normative e/o un conseguente aumento dei budget regionali per la residenzialità. A questo occorre aggiungere che il processo di accreditamento, che ha portato a riconsiderare e mettere in discussione modelli teorici di intervento e modelli pratici-strutturali di lavoro, a volte è stato smodatamente strutturato su modelli puramente sanitari che poco rispecchiano il principale lavoro svolto in Comunità terapeutica ma soprattutto appaiono non adeguati ai bisogni e li stili di consumo, abuso e dipendenza diversi, fondati invece su sistemi sanitari di altro tipo (ospedaliere, RSA, strutture psichiatriche).

In proposito va specificato che l'art. 1 del dlgs 30 dicembre 1992 n. 502, così come sostituito dall'art. 1, dlgs 19 giugno 1999, n. 229, aggiunge all'espressione "livelli essenziali" l'aggettivo uniformi, a testimonianza della volontà di eliminare diseguaglianze nella fruizione dell'assistenza sanitaria nelle varie aree del Paese. In realtà nel campo della cura per le dipendenze le differenze sono enormi e ricadono sul diritto di cura dei cittadini utenti, violando il principio di uguaglianza sancito dalla Carta costituzionale. In tal senso è sufficiente osservare come vi sia una notevole difformità, nel campo dei servizi privati, non solo nei budget destinati alla cura e riabilitazione, ma anche nell'individuazione dei criteri di riferimento del sistema (accreditamento, autorizzazioni al funzionamento) e della retta giornaliera. La richiesta di alti standard di accreditamento, la riqualificazione dell'offerta non affiancata da adeguamenti della retta giornaliera e conseguentemente del budget, oltre ai ritardi nei pagamenti ha portato a crisi profonde in alcune realtà e alla chiusura di diverse strutture. Ciò nonostante, in molti casi le comunità terapeutiche si sono fatte carico anche di avviare percorsi di risposta a bisogni "nuovi" non ancora supportati da risorse ad essi destinate o da inquadramento normativo specifico (Gioco d'azzardo patologico, cronicità).

La confluenza del fondo nazionale per le tossicodipendenze nel fondo indistinto per le politiche sociali ed il conseguente abbandono delle politiche territoriali di prevenzione ed inserimento lavorativo, l'incidenza sempre più alta della cronicità, il recente inserimento tra i LEA del gioco patologico, le questioni legate alle tematiche carcerarie, l'irrisolta questione delle "nuove"

emergenze (internet, social network, disturbi alimentari, ecc.), sono tutti temi che rendono ancora più complessa la problematica dipendenze e più evidente l'assoluta inadeguatezza delle risorse investite. Una inadeguatezza che determina costi sociali altissimi, che potrebbero essere evitati attraverso una programmazione ancorata alla certezza di risorse adeguate. Inoltre, la specializzazione delle strutture conseguenti agli accreditamenti purtroppo non ha sempre coinciso con una definizione più attenta del target di utenza inviato.

In molti territori, seppure con alcune importanti eccezioni, le comunità non sembrano essere più viste dai servizi pubblici come un luogo di cura, ma piuttosto come un luogo di pura accoglienza e contenimento sociale. In diversi casi poi si rileva che l'utenza inviata da parte dei servizi pubblici nelle strutture appartiene ad un target sempre più compromesso sia nelle funzioni organiche che psichiche, in età avanzata e con gravi patologie psichiatriche, o ancora si tratta di persone che hanno problematicità sociali e di inserimento nella società, le quali poco hanno a che fare con la dipendenza patologica "classica" ma sempre più con i rischi di emarginazione ed esclusione sociale connesse ad un poliabuso (alcol, psicofarmaci, eroina, cocaina, ecc.) ormai strutturato.

Nonostante l'abbassamento statistico dell'età di sviluppo di fenomeni di abuso, policonsumo e dipendenza, le persone prese in carico dal sistema di intervento ed inviate in Comunità terapeutica hanno un'età adulta e come dicevamo problematiche sempre più complesse e articolate.

Le comunità terapeutiche attualmente convenzionate e/o accreditate, presenti su tutto il territorio nazionale, assicurano interventi di accoglienza, di cura e riabilitazione e di reinserimento ed inclusione sociale, al fine di rispondere ai bisogni sempre più diversificati, espressi dalle persone con disturbo da dipendenza patologica. La letteratura e la pluriennale esperienza testimoniano ampiamente che il setting terapeutico tradizionale ha dato risultati diversificati e meno incisivi con i tossicodipendenti rispetto ad un approccio più globale alla persona nel suo complesso come quello comunitario (Zanusso, Giannantonio, 2005).

“Le dipendenze si evolvono e cambiano con il cambiare della società presentando costantemente nuovi bisogni e di conseguenza nuove necessità di intervento su cui le comunità terapeutiche, grazie anche alla loro prossimità

alle persone ed ai territori, si sono interrogate evolvendo le proprie metodologie di intervento. Per adattarsi ai bisogni dell'utenza e personalizzare il setting le comunità terapeutiche hanno intrapreso percorsi di specializzazione e di riqualificazione, relativamente alla metodologia, agli strumenti, alla formazione delle équipes di intervento sempre più fondata su un approccio multiprofessionale ed agli stessi tempi di trattamento.

In particolare, l'evoluzione del sistema ha portato:

- percorsi brevi e sempre più adeguati ai bisogni diversificati;
- una sempre maggiore personalizzazione delle risposte cliniche e terapeutiche;
- interventi strutturati per minori e giovani adulti;
- interventi strutturati per persone a bassa evolutività ed a forte rischio di cronicizzazione dei loro percorsi di dipendenza;
- strutture specialistiche per coppie, mamme e bambini;
- percorsi per GAP;
- strutture a bassa soglia di accesso e di prima accoglienza;
- interventi strutturati per il reinserimento lavorativo ed il tutoring sociale;
- strutture specialistiche per la doppia diagnosi, l'alcol dipendenza, per policonsumatori e cocainomani ecc.” (De Facci, 2016)

La responsabilità dei servizi per le dipendenze dipende senza dubbio dal Servizio Sanitario Nazionale, ed in tal senso si può dire che il sistema per la cura delle dipendenze patologiche rispetta il principio della responsabilità pubblica. Occorre però considerare che per quanto formalmente tale principio possa essere enunciato, i diritti per l'utente che ne conseguono non appaiono ad oggi effettivamente esigibili.

Come è noto la responsabilità pubblica della tutela della salute è un principio che risponde ad una ratio ben precisa: il Servizio sanitario nazionale è sorto per dare attuazione soprattutto ad uno di questo insieme di diritti: quello a prestazioni sanitarie, inclusive della prevenzione, della cura e della riabilitazione attraverso l'interazione fra pubblici poteri e, in determinati casi, anche fra istituzioni pubbliche e private. Appare indubbio che nel campo della cura delle dipendenze, l'investimento delle Regioni sia di fatto insufficiente a

garantire la sussistenza di un sistema capace di erogare prestazioni sanitarie adeguate.

Una carenza di risorse che rende inapplicabile il principio di responsabilità pubblica della cura, intesa come metodo capace di investire globalmente i bisogni dell'utente con un approccio multiprofessionale e multidimensionale. Circostanza questa ancora più stringente nelle regioni del centro e del sud del Paese e che rende di fatto nulla, nell'ambito di cura delle dipendenze, la stessa opera del SSN.

Nel campo delle dipendenze patologiche, come è noto, nonostante sia sancita la pari dignità tra servizi pubblici e privati accreditati (v. Accordo Stato-Regioni 1999), vige la regola dell'invio al sistema privato da parte dei Servizi Pubblici.

Ciò spesso determina, come sopra descritto, in uno con la carenza di risorse professionali ed economiche, l'invio al sistema privato delle situazioni più gravi e complesse, il più delle volte in presenza di comorbidità psichiatrica.

Dalle considerazioni svolte appare chiaro che se il Servizio sanitario nazionale è nato per assicurare un accesso ai servizi nel rispetto dei principi della dignità della persona, dei bisogni di salute, di equità, qualità, appropriatezza delle cure e economicità nell'impiego delle risorse, nel campo delle dipendenze patologiche tale sistema è messo in crisi da elementi strutturali di carattere economico e di politica sanitaria. Nel rapporto tra servizi pubblici e privati si avvertono però evoluzioni importanti in questi ultimi anni, grazie al lavoro svolto insieme con le Regioni dalle varie rappresentanze regionali delle comunità (coordinamenti regionali) e degli operatori pubblici, con la costruzione di percorsi di integrazione pubblico/privato relativamente alla governance e al confronto clinico/metodologico. Metodologie, identità e modelli di comunità anche molto diverse che hanno accettato di lavorare al fianco del servizio pubblico e delle regioni per fornire risposte più adeguate ai bisogni sempre più complessi dell'utenza. Sicuramente sarà ancor più necessario per cercare di garantire la pari dignità ai servizi pubblici e privati dare ampio spazio negli organi di programmazione e controllo alle varie componenti del sistema di intervento, tra cui i destinatari dei servizi stessi. Storicamente è proprio da tali confronti che sono nati innovativi modelli

integrati di cura che rappresentano oggi altrettante eccellenze nel panorama nazionale.

La risposta ai nuovi bisogni e la lettura del fenomeno hanno portato a modificare il modello di intervento anche rispetto alle azioni svolte sul territorio dalle Comunità Terapeutiche non solo in termini strettamente legati al momento della presa in carico, ma anche per quanto riguarda la prevenzione e il reinserimento lavorativo. Tali azioni sono state svolte sul territorio nella maggior parte dei casi senza il supporto normativo, di programmazione politica e di budget dedicati. La prevenzione in particolare, a seguito dell'entrata in vigore della legge 328/00 e della conseguente confluenza del fondo specifico per le tossicodipendenze in quello più ampio per le politiche sociali, e ancor più dopo la revisione del Titolo V della Costituzione, trova ormai poco spazio specifico nella programmazione sanitaria regionale, nonostante vi siano esperienze e buone prassi che speriamo possano essere valorizzate e diffuse sempre più. Stesso discorso per quanto riguarda il reinserimento socio-lavorativo, tema molto difficile in questa fase generale di crisi del sistema economico e sociale, in cui molte Agenzie del privato sociale e Comunità Terapeutiche si sono attrezzate in maniera specifica e hanno studiato modelli di inserimento lavorativo e sociale che integrano le problematiche del lavoro dell'autonomia, della casa, del proprio sostentamento sia per chi meriterebbe una nuova chance, sia per quelle situazioni di alta problematicità sociosanitaria ed a forte rischio di esclusione sociale.

Le comunità sono state in questi anni anche il luogo privilegiato di accoglienza delle persone tossicodipendenti con misure alternative alla detenzione. Relativamente a questo aspetto ed alla possibile conseguente riduzione dei costi per lo stato, sarebbe necessario migliorare il sistema soprattutto relativamente ai tempi ed ai modi necessari per poterne usufruire. Tutto ciò anche in virtù del dato che ci indica non essere più del 40% tra le persone tossicodipendenti incarcerate che ne avrebbero il titolo (certificazione) quelle che poi riescono realmente ad usufruirne ed a essere accolte in misura alternativa nelle comunità terapeutiche disponibili (per motivi diversi come assenza di budget, di pareri favorevoli della magistratura, per assenza di residenza, per non disponibilità dei servizi ambulatoriali ecc...).

Il panorama delle Comunità Terapeutiche in Italia, nonostante una differenziazione tra Regioni e all'interno delle stesse Regioni, è un sistema di cura evoluto con capacità di rinnovamento e di riqualificazione sulla base della lettura scientifica del fenomeno. Allo stesso tempo si registra una capacità di individuazione di nuovi bisogni e la capacità di intervenire ed essere spinta alla costruzione di modelli di intervento e di innesco di processi politici di adeguamento del sistema.

In molte regioni italiane è in atto una riduzione generale del volume massimo di prestazioni erogabili previste negli accordi contrattuali con il privato accreditato, ma tale riduzione, per le Comunità Terapeutiche che già da sempre lavorano sottosoglia minima, incide pesantemente sul sistema, sia in termini di sostenibilità, sia, purtroppo, di qualità del servizio reso, con ogni immaginabile conseguenza nei confronti del cittadino.

Pertanto, qualsiasi intervento, in tema di requisiti di accreditamento e conseguentemente di calcolo della retta, finalizzato a garantire l'uniformità nell'applicazione dei LEA su tutto il territorio nazionale, non può essere disgiunto da un'adeguata previsione economica di ogni regione capace di

sostenere il sistema stesso. Un sistema Comunità che nonostante le difficoltà, mantiene una propria identità, legata a tradizioni storiche che fanno da punto di partenza, ma che hanno smesso di essere dogmatiche, ma anzi ridisegnate a fronte delle richieste che vengono da parte delle persone a cui ci si rivolge, al sistema normativo e al sistema politico di riferimento.

La Comunità Nuova Vita di Vicenza

Nel corso degli ultimi tre anni ho lavorato come operatore notturno in un Centro Terapeutico Specializzato per la Cura delle Dipendenze a Vicenza. “Nuova Vita”; cooperativa sociale che si occupa di servizi educativi e psicologici alla persona, con esperienza trentennale. Durante il corso degli anni il centro ha subito una serie di trasformazioni. Le caratteristiche e gli interventi proposti sono sicuramente mutati. Questo per stare al passo con l’evoluzione dei nuovi bisogni dell’utenza trattata. I servizi proposti si sono, perciò, sempre più individualizzati ed aperti sul territorio circostante, in un’ottica di rete. L’attenzione però, è rimasta sempre volta alla cura e riabilitazione di persone con problematiche di dipendenza, o interessate da diverse patologie psichiche o disagio sociale. La Comunità Nuova Vita è una struttura residenziale per il trattamento delle dipendenze. Dispone di una ampia casa colonica adiacente al centro della città di Vicenza. Nella sede possono trovare accoglienza residenziale 30 ospiti di età compresa tra i 20 e i 45 anni, che necessitano di un programma di psicoterapia e di riabilitazione. La struttura è regolarmente accreditata come Struttura Terapeutica Residenziale presso la Regione Veneto ed opera in regime di convenzione con le principali ASL nazionali. La Comunità si avvale di una equipe multidisciplinare ed è specializzata nel definire programmi individualizzati a seconda dei bisogni espressi dalla persona. Ciascun ospite viene seguito in relazione ad un proprio progetto educativo e psicoterapico concordato con i Servizi territoriali. All’interno della comunità sono presenti diverse figure professionali: operatori sociosanitari, educatori, volontari, psicologi psicoterapeuti, un assistente sociale e una serie di volontari.

La comunità offre dei programmi residenziali sostenuti sistema sanitario nazionale e il dei programmi semiresidenziali attraverso il laboratorio diurno di falegnameria.

La comunità nasce nel 1985 come famiglia aperta e azienda agricola accogliendo i primi ospiti come pura opera di volontariato nell’ambito del recupero dei tossicodipendenti. Nasce per intuito, buona volontà e grande umanità di un infermiere dell’Ulss, Girolamo Toniolo, che operava nel reparto di medicina all’interno del quale venivano ricoverati dei tossicodipendenti con

problemi di astinenza. Questo infermiere aveva capito che l'intervento sanitario era solo una parte piccolissima del percorso di recupero e che i ricoverati necessitavano invece, di interventi di natura riabilitativa di più lungo respiro, così pensò di provare a portarsi a casa e prendersi cura di alcune di queste persone. La dimensione iniziale della Comunità Nuova Vita, quindi, nasce come comunità familiare. Chiaramente questa situazione dal punto di vista logistico e abitativo non poteva andare avanti a lungo anche a causa del numero crescente di persone che chiedevano assistenza. Così negli anni 80, periodo delle prime comunità, l'infermiere si spostò con la sua famiglia nella attuale sede a Saviabona, luogo donato per opere sociali al comune di Vicenza da un privato.

In quegli anni fu chiesto a un operatore del SerT di affiancare la nascente cooperativa per garantire una supervisione clinica e istituzionale; nonostante ciò, inizialmente, la gestione fu del tutto spontaneistica, fatta di buona volontà ma che, inevitabilmente, presentava diversi aspetti caotici dal punto di vista organizzativo, poiché vi operava qualche operatore professionista e il resto degli operatori era costituito da volontari ed ex-tossicodipendenti. Progressivamente grazie a questo inserimento l'equipe si professionalizzò qualificando sempre di più l'intervento. Nei primi anni Novanta, con le prime leggi regionali sulle dipendenze, ci fu una strutturazione organizzativa del servizio in coerenza con la normativa, poiché istituendosi l'albo regionale delle comunità, "Nuova Vita" dovette adeguarsi a determinati standard e requisiti per poter essere iscritta.

Negli anni si impostarono attività terapeutiche con programmi dedicati alle diverse casistiche e ci fu un graduale miglioramento dell'organizzazione e dell'amministrazione della comunità. Vennero introdotte diverse attività e proposte intorno alla comunità: l'attività occupazionale di falegnameria in collaborazione con l'Ulss 6 di Vicenza, diventato laboratorio di falegnameria di attività diurna; il primo progetto ambulatoriale "Antem Diem" di prevenzione per le famiglie e per le problematiche del gioco d'azzardo; l'inaugurazione di altri ambulatori e del forno della comunità.

Nel 2005 si presenta un progetto regionale triennale per l'avvio del servizio (a tutt'oggi attivo) "Progetto Care Job-interventi" di prevenzione nei

luoghi di lavoro, continuazione di “Ante Diem” (progetto di diagnosi per le famiglie) più centrato nella cura delle problematiche del gioco d’azzardo.

Nel 2010, oltre alle riorganizzazioni degli ambienti e degli ambulatori, si crea uno spazio per gli incontri di gruppo per i giocatori e i loro familiari; venne inoltre attuata una strutturazione e un rafforzamento della rete provinciale per gli interventi di cura per il GAP, una revisione e riorganizzazione delle proposte di offerta di nuovi percorsi e programmi più attenti ad un’utenza in cambiamento.

Nel 2015 la comunità compie 30 anni di vita e, ad oggi, resta un punto di riferimento per la cura dalle dipendenze a Vicenza.

CAPITOLO 3

La ricerca

Attualmente all'interno della comunità sono presenti 6 utenti in misura alternativa alla detenzione e 1 utente con obbligo di permanenza domiciliare. Ho scelto di adottare come metodo per la ricerca l'intervista qualitativa in quanto consente di studiare in profondità il fenomeno, cogliendone il senso, gli effetti e le ripercussioni. Nello specifico ho condotto delle interviste semi-strutturate, in maniera tale da lasciare una certa libertà all'intervistato di raccontarsi e allo stesso tempo permettermi di focalizzarmi sugli argomenti centrali della ricerca necessari a rispondere alle domande dell'indagine. L'intervista semi-strutturata è "un'intervista basata su temi predefiniti e guidata da una traccia organizzata in base agli argomenti da trattare. L'ordine con il quale i vari temi sono affrontati, il modo di formulare le domande e quali domande fare sono valutate di volta in volta dall'intervistatore" (Corbetta, 2015).

Per l'intervista ho fatto ricorso ad una traccia (di intervista) che verte sui seguenti temi:

- Sei stato in carcere prima della comunità? Quanto?
- Descrizione della gestione della tossicodipendenza in carcere e in comunità, differenze?
- Hai avuto difficoltà nell'ottenere la misura alternativa al carcere?
- La misura alternativa in comunità terapeutica la consiglieresti? Cambieresti qualcosa nel modello di gestione della comunità?

Le interviste

Ospite 1 - 37 anni.

Ho chiesto all'avvocato di fare un cumulo di pene, chiamiamo tutto quello che mi è rimasto (condanne) e con il programma terapeutico, chiedo l'affidamento in prova, ero già seguito dal SerT con un programma terapeutico che avevo iniziato anni prima quando ero in carcere. L'affidamento non è difficile ottenerlo se nella tua vita fai una certa scelta, cioè se scegli ormai di

vivere onestamente con il tuo lavoro, di comportarti bene, di avere una vita diversa da quella che avevi, delle aspettative diverse anche; quando arriverà il momento in cui andrai in tribunale, in cui ci sarà da discutere questo affidamento, di certo il giudice ne terrà conto, cioè guarderà se in questi anni tu cosa hai fatto, Sicuro se andavo in tribunale che sei mesi prima, avevo fatto un altro furto, o ricaduto quello che era...di sicuro l'affidamento non me lo davano. Ecco andato in tribunale in affidamento con 5 anni e 8 mesi di pena. Che erano gli ultimi. Li abbiamo chiesti col programma terapeutico sotto SerT ed è andata bene. Sono stati dati immediatamente lì in tribunale, cioè non ho neanche aspettato una risposta dal magistrato. La risposta me l'ha data direttamente lì. Finito questo ho cominciato a scontare questa cosa qua che è l'affidamento. Ormai sono dal 2019, ormai sono tre anni, mancherebbero ancora uno e mezzo...

Nell'affidamento hai delle prescrizioni e regole da rispettare: non frequentare pregiudicati, non associarti a delinquenti, non avere armi, non usare sostanze, non usare alcol. Tutta una serie di cose che...diciamo che non è difficile, ma nel mondo in cui penso in cui viviamo...c'è un attimo trovarsi in un bar a bere un caffè con a fianco de ti "ghe sé" (dialetto veneto) un vecchio amico che le sporco de recettivo de reati; i carabinieri te vede "co lù" e ti segnalano e quindi ci metti un attimo a ritornare in carcere. Questa cosa mi metteva un'ansia che non riuscivo a controllare...perché avevo paura che succedesse qualcosa, cioè me la vivevo con l'ansia; quindi, sono andato avanti 4 anni con questo terremoto dentro, di avere sempre la paura di ritornare in galera, perché ho tre bambini piccoli a casa, sono sposato da 25 anni. Quindi "go dito" de tornare in carcere anche dopo dieci anni. Non non penso che sia una bella scommessa. E niente...

In carcere non sei gestito il carcere è solo... è un canile per esseri umani, sisi un canile, Il carcere non ti rieduca. Ho visto tanti ragazzi suicidarsi in carcere, due, due ne ho visti. Non penso che sia giusto anche per dei ragazzi che hanno commesso il primo reato, eh lo metti in galera, là si trova in cella con ragazzi che hanno rapine, blindati, omicidi eccetera. Cosa impara in galera uno? Non impara niente...viene fuori ancora più rabbioso, più cattivo. La impari solo cattiveria. E basta. Non hai... c'è anche sulla cosa dei farmaci, li

passa il carrello la sera: “la terapia, terapia”, ti arriva la terapia e via. Hai un confronto alla settimana, ti segni dal medico e te ne fai dare di più...

Ho bisogno di rientrare a casa anche perché ho tre bambini, tre bambini... uno maggiorenne e due minorenni. Ho anche la moglie a casa sola, quindi comincio ad essere un po' stanco. Il fatto è che quando sei in misura alternativa in Comunità, non hai, cioè è difficile. Non puoi fare scelte autonome. Io mi sento pronto, per esempio, adesso basta, io sento che posso ritornare in programma ambulatoriale, basta, non ce la faccio più, voglio tornare a casa. No, non funziona così, non è come tanti ragazzi qua che vanno in ufficio e se vogliono uscire escono. Sei in misura alternativa quindi hai degli obblighi. Se non hai un parere favorevole da parte di un'equipe da parte del SerT o da parte del Uepe non vai da nessuna parte...io non sono venuto qua dal carcere, io l'anno scorso ho avuto la mia ricaduta e ho scelto di andare a SerT. Certo che se ero a casa e continuavo ad avere ricadute, di sicuro dovevo finire in carcere perché prescrizioni e sostanze non vanno d'accordo... Penso che ci voglia la volontà se vuoi farlo lo fai perché se vieni in Comunità perché devi scontare una pena non... devi venire già con un imput diverso...è dura, è dura, non è stato facile per me, è dura essere in misura alternativa all'interno di una comunità. Perché io sarei stato in programma ambulatoriale questa sarebbe la mia misura...prima ero a casa, però andavo al sert una volta alla settimana a fare le urine e colloqui...

Ospite 2 - 30 ANNI

Prima di venire qui in comunità si facevo il carcere, si ero in carcere e poi agli arresti domiciliari a casa però andava male perché con la droga proprio...non ce la facevo sempre a casa 3-4 giorni sveglio di droga...ho deciso di venire in comunità. Però ero già stato in carcere sì. Nel 2018 ero già stato qua. Sì, ho fatto un percorso 5 mesi qua proprio e mi hanno fatto uscire dal carcere qua...

Non c'è confronto tra carcere e comunità. Almeno qui ti puoi anche cambiare qualcosa nella vita, in carcere proprio diventi solo peggio. Questo è il mio punto di vista perché ho fatto anche tanto carcere io. Eh, guarda la

Comunità si ti aiuta però anche se ti vuoi fare aiutare ti aiuta sennò...dipende sempre dalla persona, no?

In carcere mi seguiva una psichiatra però la vedi una volta al mese, non è che...qua in comunità invece fai più gruppi e credo che possa aiutare perché che comunque chi ha fatto una vita di droga, si chiude tante volte in sé stesso e proprio si credo che la comunità possa aiutare anche se dipende da persona a persona...

Ospite 3 - 42 ANNI

Sono stato in carcere prima della Comunità sì, due anni, due anni e anche molto di più prima. Prima però OK, molto prima, ma per ottenere la misura alternativa per venire qui in comunità ho aspettato tanto. C'è voluto tanto, cioè molto, due anni...eh, in carcere ci sono le sbarre chiuse fanno schifo. Ti si aprivano le 08:30 del mattino. Chiudevano alle 11:15. Poi si aprivano alle 12:00 e richiudevano alle 17:15, richiudevano fino a mattina. Quindi 7 ore di...che poi stai lì in sezione, in un corridoio...eh il rumore delle sbarre, delle chiavi è il rumore più fastidioso che abbia immaginato. E la cosa più brutta sono quando ti trovi lì dentro e vedi solo i neon, non ci sono lampadine. Quello ti fa schizzare il cervello. Almeno ti dico per esperienza personale, quello che mi ha fatto a me. Quelle luci neon sono una cosa che danno un fastidio enorme, o ti fanno diventare un grandissimo carattere; nel senso o ti fanno diventare un grande fesso o ti fanno diventare una grandissima persona aggressiva; la via di mezzo è solo con terapia forte, cioè la via di mezzo è con la terapia tipo Seroquel, tipo cose così che ti fanno dormire o insomma dei calmanti...perché sono quelle (i neon) ti fanno uscire fuori di testa. I lati positivi del carcere è che puoi fare quel cazzo che vuoi, cioè hai voglia di alzarti, ti alzi; se non hai voglia di alzarti, non ti alzi; se hai voglia di stare in cella stai in cella. Al di là se non hai un lavoro e bene o male il tempo ti passa. Invece qua in comunità sei costretto a fare il tuo settore, sei costretto... però ci sono i lati positivi e tipo...erano due anni che non vedevo le stelle. Erano due anni che non vedevo il buio, era due anni che non vedevo una persona che camminava fuori, due anni che non vedevo un cellulare. Sono tante cose che lì (in carcere) bene o male, vanno un po' a mancare. L'affetto della famiglia, io ho fatto un po' di

alta sicurezza, poi tra covid e robe varie ho fatto due anni senza mai poter toccare la mia famiglia, toccare la pelle di una persona, della persona che vuoi bene come un figlio come una moglie è molto importante per noi uomini...però noi qua siamo per parlare della tossicodipendenza, no? Bene, i lati negativi del carcere è che quando ti serve una terapia vai dal medico e il medico ti scrive tutto, tutto quello che ti serve senza, senza tante visite. "Dottò me serve 100 de Seroquel in più, Dottò me serve 500 de Seroquel in più. Io da 0.25 sono passato a 425. Dottò me serve un Arcium, Dottò me serve un Felison, Dottò me serve questo e Dottò me serve quello e lui scriveva. Medici in carcere, non esistono, medici seri. Veterinari per le bestie sì. Medici che non capiscono nulla della medicina ci sono". Qui (in comunità) è più professionale. Perché qua tentano di salvarti, tendono a curarti, tendono a fare di te un uomo diverso. L'unica cosa che non mi piace è che cercano di romperti quel tipo di muro che tu hai creato in 42 anni di vita e che sarebbe anche l'omertà. E qui cercano di rompertela e farti cercare di diventare un soldatino che va a dirgli tutte le robe, tutte le cose che...io non farei mai capito? però oggi vedo che c'è tanta professionalità, c'è tanta esperienza alle spalle, c'è tanto, c'è tanto. Quello che posso dirti che manca è quella cosa che ti dicevo prima è che manca l'esperienza proprio di vita...è tutto studio, è tutto studio; che tante volte tu ti vai a scontrare, capito perché dici, ma se parlo di droga con te, che tu non hai mai fatto uso di droghe, come fai a capirmi? Giustamente loro dicono sì, ma io sono trent'anni che sono seduto su sta sedia e ascolto persone che parlano di droga. Però loro vogliono capire perché sei entrato dentro, come sei entrato dentro, dove sei entrato dentro. Non è facile neanche per noi saperlo...

Lati positivi della Comunità? buoni medici. Ben visto nello scalaggio delle medicine, nel senso se nel carcere ho visto gente che per trent'anni non ha mai scalato il metadone, qua fai un percorso, devi scalare il tuo metadone e lo devi scalare, hai capito? Hai tipo un obbligo di scalare...in carcere ho visto gente che è entrata a 90 e adesso è a 200. Invece di andare avanti, vai indietro. C'è lì è pericoloso. È pericoloso essere tossicodipendenti in carcere.

Il tossicodipendente in realtà non cambia mai. No, perché se noi diciamo che la tossicodipendenza è una malattia, ce l'abbiamo sempre. Si io ho cercato di fare il cambiamento in me. Stravolgendo la mia vita. Il tossicodipendente in

realtà è sempre falso. E dice sempre bugie. Io ho fatto delle promesse perché sono molto religioso. E in cambiamento, perché io ho una cosa che forse tanti qui dentro non hanno è la famiglia, quattro figli e una moglie. Io ho deciso di dire sempre la verità. Tra cui alla moglie...però dire la verità è una cosa che ti aiuta tanto, tantissimo per dirti; se mi drogherò in futuro, la prima cosa che farò, andrò da mia moglie a dirle: “stasera, mi sono drogato, fa qualcosa. Solo il sentirmi dire parole da lei mi aiuterà a non farlo capito?”. Se la tossicodipendenza è questa, dire la verità. Io dirò sempre la verità. Sono in quella maniera, posso curare la mia tossicodipendenza...che poi tu stai qui dentro, stai rinchiuso, lontano dall'esterno. Eh? Si può aiutarti. Potrebbe aiutarti, però ti fa ragionare tanto quello sì. A me ha aiutato due anni di carcere a pensare tanto sono stato seguito da un buon psicologo e anche da un buon educatore lì dentro. Quelli sì, erano veramente eccezionali perché mi hanno veramente mi hanno preso di simpatia, mi hanno preso veramente mi hanno preso di cuore, tipo l'educatore del carcere di Venezia Ferdinando, un'ottima persona, veramente una persona che può darti una mano dal carcere. Mi spiegava come fare il carcere, mi spiegavo proprio come essere detenuto. Quando tu sei in carcere. Stare sempre lì con i detenuti che cercano di aumentarti il tuo reato perché tipo: “a te come ti hanno arrestato? Eh, a me hanno beccato 1 kg di cocaina e no a me 20, eh no a me 22...eh io spacciavo così e io spacciavo così”, tu esci con un cervello da quei discorsi e dici:” Allora ho sbagliato, come ho sbagliato, vai a cercare dove hai fatto l'errore”. Quando tu vai a parlare con Don Ferdinando vai a capire, vai, parla delle cose diverse, hai capito? Ed è a me, mi faceva sfogare tanto, cercare di una conversazione comune normale. Dove non era reati non era...come dirti, parlare di cose normali, si cose normali, capito? Parlare di cose normali, mi andava, mi va più a genio perché io sto cercando veramente di far qualcosa per la mia tossicodipendenza. Invece gli altri cercavano...entravi in sezioni e vedevi da cosa dovevi stare lontano; ma la maggior parte; era il 99,9% a cui dovevi stare lontano; solo da te non dovevi stare lontano che tu dovevi curarti. A tutto quello che c'è intorno a te. Era feccia, era carne da macello io la chiamo...

Il carcere ti tiene lontano dalla droga fino a un certo punto. Perché in carcere gira più droga in carcere che fuori, Eh, attenzione. Però a me l'ha fatto

nel 2009, nel lontano 2009 sono stato arrestato e lì anche ancora, ero già ben messo come tossicodipendenza, cioè facevo già tanto uso, il carcere anche se è stato poco, mi ha fatto pensare tanto. Mi sono detto: “ma dove cazzo stai andando?” E mi ha bloccato, mi ha bloccato i sensi proprio, mi sono detto basta, messo questa barca in mezzo al mare, adesso è affondata. Basta perché pensavo che la droga era una roba a termine. Non è indeterminata, Io credevo no? ero forse anche più forte all'epoca, e uscito dal carcere, sono stato ben 9 anni senza mai fare un uso di droga...

All'inizio non ero felice di stare qua (in comunità), preferivo tornare in carcere. Per le troppe regole. Perché dopo due anni penso che un detenuto venire dopo tanto tempo in carcere. Dovrebbe venire qui, verso la libertà, non qui verso il rinchiodo di tutto capito? A me hanno tolto la moglie, non posso avere incontri con la moglie. Sì con i figli. Eh tra le tante cose dovrei vedere un po' più luce qua, capisci? Però la luce...mi hanno tolto quella luce a breve, perché comunque è una cosa breve, perché poi a fine, fra sei mesi la vedrò. Fra sei mesi cominci a essere una persona normale. Diciamo che in due anni di carcere non ho mai riso. E non credo neanche qua dentro riuscirò a ridere. Comincerò a ridere quando comincerò ad andare fuori. E lì penso che la mia tossicodipendenza sia quasi finita...

Attenzione però in comunità, lo studio fa alzare dei muri e fa vedere delle differenze tra noi e loro. Non hanno capito che io sono una persona uguale a loro. Forse siamo la medaglia da una parte e anche dall'altra, cioè le due facce della medaglia, solo che loro sono operatori, però non sono dio in terra; sono delle persone uguali a noi, come io metterei a me, mi metterei prima di uscire da qui dentro, mi darei più fiducia. Cioè io prima o poi uscirò da qui dentro, andrò a ballare, andrò a fare le mie gite, andrò a fare le mie cose, dammi più possibilità, dammi più libertà lì puoi capire dove la persona ha un problema, capisci? se ho un problema che vado in discoteca, bevo e altro e poi mi vado a drogare, questo lo voglio capire qui dentro, non lo voglio capire quando sono fuori che faccio quello che voglio. Perché se io vado in discoteca e devo bere alcol, perché sono in discoteca, lo dovrei capire qui dentro, non fuori. Cioè, hai capito qual è la differenza?

Ospite 4 - 39 anni

Ho fatto quattro anni di carcere e poi sono venuto qui...in carcere, sei sempre chiuso 24 ore su 24 fanno, qua in comunità c'hai un po' di possibilità in più di uscire, gestire un po' le tue cose, magari. Andare fuori a lavorare...ero seguito da uno psicologo in carcere. Però qua in comunità si fanno più gruppi settimanali. Si parla di più con gli psicologi, cioè nel senso c'è differenza fra comunità e carcere. Io in carcere ero seguito facevo un incontro con lo psicologo però per il resto ti arrangiavi da solo...OK invece qui in comunità ci sono più regole perché in carcere però c'è da una parte hai la tua tranquillità che nessuno ti rompe i coglioni per dormire dormi, cioè fai quel cazzo che vuoi e c'è in comunità è ben diverso la situazione. Hai delle regole, orari da seguire, colazione, pranzo e cena...

Per ottenere il permesso per venire qui c'è voluto tanto, quasi due anni, due anni perché io non avevo un SerT, non l'ho mai avuto. E quindi il mio SerT è stato fatto da dentro il carcere e lì che mi hanno iniziato ad aiutare. Io è la prima volta che vengo qua per me non è facile, comunque. Stare qua a fare i gruppi. non è facile. Se hai dei problemi seri di tossicodipendenza, ti conviene andare in comunità. Io non ho mai pensato prima di andarci una comunità. Tanta gente perché dipende anche dalla personalità no? Tanta gente va in carcere, c'è chi riesce a tenere duro, c'è chi va in depressione, non è una cosa facile, c'è si impicca pure, c'è chi si mangia tutte le terapie della sezione. Le terapie le puoi richiederne quante vuoi basta che stai zitto. Invece di stare là a rompersi i coglioni come fanno in tanti a soffrire, magari c'è gente che si trova una condanna così di colpo, è ovvio che la gente per tranquillizzarsi, gente abituata a prendere sostanze eccetera eccetera fa una scelta di sto tipo...

Ospite 5 - 25 anni

Ho fatto tante volte il carcere...ok, prima di ottenere l'ok e per ottenere la misura alternativa c'è voluto tanto tempo, dovevo aspettare il processo. Non mi hanno fatto uscire...

In comunità si parla troppo poco del punto della persona, del perché, il senso per cui hai iniziato a usare ed entrare proprio nel profondo dove ti fa male e se non trovi il punto secondo me non risolti un cazzo...

No, no, in carcere sei proprio da solo, lì sei da solo, va bene che parli ogni tanto con psicologi così e così però c'è sei da solo con il tuo problema da solo. Con tutti i tuoi problemi lì non ti aiuta nessuno. In carcere per le terapie dovevo chiedere io. All'inizio ho dovuto aspettare un po' perché dovevo iscrivermi di nuovo al SerT, allora ho fatto quattro giorni dove sentivo la dipendenza eh, perché prima usavo (uso di sostanze) e poi entri in carcere e tac da lì da un giorno all'altro non hai niente neanche metadone, niente mi hanno dato per quattro giorni, eh sì, lì ho sentito la dipendenza proprio forte. Qua in comunità preferisco come sei seguito sotto questo punto di vista...Uno che dal carcere viene in comunità, vuol dire che vuole cambiare davvero qualcosa. Almeno la comunità ti dà una mano capito? se tu mandi la persona in carcere diventa solo peggio, diventa solo peggio di prima di prima.

In comunità si fanno tanti gruppi (incontri per parlare di come sta andando il percorso), solo che quattro volte alla settimana fai gruppi ma due di queste parli solo della casa (comunità), e se hai problemi di dipendenza con due incontri alla settimana non risolvi un cazzo...bisognerebbe trovare un punto e lavorare su quello, non cercare di trovare più strade, alla fine quando esci fuori sei da solo ma se non hai risolto i tuoi problemi serve poco; farei più incontri singoli, assolutamente sì...In carcere hai meno incontri con lo psicologo, come ti dicevo sei da solo perché c'è uno psicologo o due che devono seguire tutto il carcere e ogni tanto non ci sono e tutto un po' un casino...

Analisi delle interviste

Durante il corso delle interviste tutti gli utenti si sono mostrati disponibili nel rispondere alle domande nonostante non fossero domande di facile risposta e soprattutto trattassero di momenti della loro vita molto delicati e complessi. Ognuno di loro ha specificato aspetti delle proprie esperienze di vita in carcere e in comunità, raccontando oltre all'esperienza in sé, anche i loro pensieri e i loro punti di vista a riguardo. In tutti i racconti degli ospiti della comunità ho potuto notare degli elementi comuni tra le diverse esperienze in carcere e in comunità.

La prima considerazione che proporrei è l'insieme di sensazioni che vivi nel dialogare con loro. Intervistando queste persone entri in contatto con una sofferenza profonda, difficile da spiegare. Ascoltare la loro voce, vedere le espressioni dei volti, cogliere la gestualità delle mani e del corpo ti fa immergere in un clima e in una percezione di fatica e pesantezza del vivere. Siamo di fronte evidentemente a persone che hanno toccato il fondo e che cercano disperatamente di tornare ad una specie di normalità. Mi hanno molto colpito anche le espressioni che alcuni hanno usato per raccontare il dolore di non poter vedere, toccare e abbracciare i propri cari.

Il secondo aspetto riguarda la difficoltà di ottenere la misura alternativa al carcere: più semplice e veloce il percorso di chi era già iscritto al SerD, quindi, aveva già intrapreso un percorso di cura negli anni precedenti, molto più difficoltoso invece per gli altri, trovatosi ad attendere i tempi delle iscrizioni al SerD in carcere. Tra i problemi dell'attesa dell'iscrizione al SerD è il rischio di passare i primi giorni di detenzione senza farmaci sostitutivi e quindi in astinenza. Per ottenere invece l'affidamento in prova, la situazione è diversa e, come esposto in precedenza i problemi nell'ottenerlo sono altri e al detenuto compete soprattutto dimostrare al giudice che si è predisposti a un cambiamento; tuttavia, gli intervistati non erano troppo informati su questo aspetto perché non è stato gestito direttamente da loro e non ricordavano bene i passaggi che hanno portato all'affidamento; in ogni modo ognuno di loro ha passato un periodo più o meno lungo in carcere.

Il terzo aspetto che secondo me va sottolineato è il giudizio pesante che tutti danno del carcere, per certi aspetti un'esperienza devastante. In carcere ci si sente soli, abbandonati e i pochi contatti sono spesso con criminali di varie specie che, volente o nolente hanno un'influenza sul detenuto e, il più delle volte hanno la diretta conseguenza di fare apprendere atteggiamenti, modi di pensare, di agire devianti. Tutti hanno parlato della detenzione in carcere come un'esperienza peggiorativa, che non può di certo guarirti; gli intervistati evidenziano come non ci sia una gestione del tutto controllata dei farmaci e delle terapie; i medici ti prescrivono sostanze per farti star buono, basta chiedere e ottieni dosi sempre maggiori. Il rischio di alzare i dosaggi dei farmaci viene descritto come un serio problema poiché nell'ambiente

carcerario non si ha nulla da fare se non far passare il tempo e la possibilità di ottenere medicinali e terapie sostitutive è considerato un modo per stare meno male e non “impazzire”. Spesso chi esce dal carcere è incattivito e carico di negatività.

Se in carcere sei tranquillo perché “nessuno ti rompe i coglioni” è anche vero che nessuno si prende cura di te, nessuno ti aiuta a costruire una prospettiva. Ecco, la grossa differenza tra carcere e comunità sta proprio nella prospettiva, la comunità si prende cura di te perché ti aiuta a ricreare un futuro possibile. In comunità i medici ti curano e gli psicologi ti aiutano a superare le tue difficoltà, il confronto con gli altri ospiti è uno stimolo per aiutarsi a uscire dall’inferno che si è vissuto e che ancora in parte si sta vivendo. Vi è da parte degli intervistati la consapevolezza di essere in “buone” mani, di essere seguiti da persone che hanno studiato e che sono lì apposta per prendersi cura di loro e farli guarire. In una comunità vi è anche tutto un lato umano nel rapporto tra gli ospiti della comunità e gli operatori, fatto di comprensione, ascolto e soprattutto sostegno nelle scelte di gestione della propria vita oltre alla gestione della tossicodipendenza. Un fattore di distacco evidenziato da uno degli intervistati è la inevitabile incomprendimento del loro stato di attuale, l’impossibilità di comprendere del tutto la loro situazione e capire ciò che provano durante lo scalare delle terapie; condizione che un ex-tossicodipendente ha provato e magari potrebbe comprendere maggiormente, ed essere più utile e di conforto nel rapporto che c’è tra operatori e ospiti.

La Comunità Terapeutica è descritta come un’esperienza dura e in certi casi stressante a causa dei programmi ferrei che comprendono il percorso di cura. Esistono privazioni e regole ben precise, a volte sembrano esagerate ma sempre traspare dai loro racconti, la percezione di un senso, di una giustificazione di un sacrificio necessario per raggiungere un obiettivo determinate: la normalità. Ritornare a vivere fuori come persone normali. La motivazione al cambiamento si trova soprattutto avendo un obiettivo, sapendo di dover fare determinati sforzi con una prospettiva futura positiva.

Conclusioni

Questo studio esplorativo ha cercato di avvicinare la comunità terapeutica come misura alternativa al carcere e comprendere se rappresenta un'alternativa valida, funzionante e quindi preferibile al carcere; a tal fine è stata condotta un'indagine qualitativa tramite interviste semi-strutturate a cinque utenti in misura alternativa al carcere ospiti in una comunità terapeutica a Vicenza con lo scopo di delineare i diversi aspetti di questo fenomeno e dare delle risposte concrete su un problema così presente nelle carceri italiane. Il 28% del totale dei detenuti in Italia hanno problemi di tossicodipendenza, ed è un fattore da non sottovalutare considerando la complessità che la cura di tale stato di malattia comporta e la natura dinamica delle problematiche relative alle sostanze utilizzate, e al modo in cui queste influenzano i comportamenti all'interno di diversi contesti carcerari, oltre alle risposte finalizzate alla riduzione dell'offerta e della domanda nonché le misure adottate di riduzione del danno; l'attività di disintossicazione, già difficile di per sé all'esterno delle carceri, sconta all'interno degli istituti le problematiche connesse al sovraffollamento, alla carenza o faticenza delle strutture e al basso numero di personale quali educatori e psicologi, tutti fattori che non consentono di attivare e armonizzare tutti gli interventi necessari. Questo studio parte proprio dalla evidente inefficienza del sistema carcerario in generale e in particolare per i detenuti che soffrono di una patologia dagli evidenti problemi di cura. Ad aggravare il quadro degli istituti carcerari si aggiunge la scarsità di risorse e mezzi che complica e riduce tale capacità gestionale. Il Consiglio d'Europa ha inviato agli stati membri varie raccomandazioni volte a promuovere l'uso di misure alternative al carcere; tuttavia, il ricorso alle misure alternative non è particolarmente presente a causa della difficile applicazione della legge in sé e oltre a ciò, la presenza in diversi casi, di molte detenuti che restano in carcere nonostante i loro diritti esigibili e il possesso dei requisiti necessari per poter intraprendere percorsi alternativi finalizzati alla cura e alla riabilitazione. I dati rivelano come la percentuale di affidamenti in prova per persone tossico/alcolodipendenti sul totale delle misure alternative alla detenzione sta subendo una graduale diminuzione considerando che nel 2012 erano state concesse il 15,8% delle totali misure alternative e al 2021 quelle concesse sono

solo l'11,4% e, per giunta, il 68% di queste sono concesse dalla detenzione. Rispetto all'esito del provvedimento, si sottolinea che non è possibile effettuare un'analisi esaustiva in quanto è necessario osservare l'andamento della misura nel tempo: se, infatti, gli esiti negativi possono essere riscontrati anche dopo pochi mesi dalla concessione della misura, per la conclusione positiva è necessario un periodo di osservazione più prolungato, pari alla durata della misura stessa.

Tutti gli utenti in misura alternativa presenti nella comunità avevano in precedenza passato un periodo in carcere, così anche se il mio intento primario era concentrarmi durante le interviste sullo svolgersi della pena in comunità, è risultato naturale e utile confrontare l'ambiente comunitario con l'ambiente carcerario. Le ipotesi iniziali dello studio si basavano sull'idea che la pena alternativa offrisse più risorse ed efficacia rispetto alla pena in carcere, con l'obiettivo di voler indagare i lati positivi e negativi nella gestione degli utenti nella comunità. Nelle risposte degli ospiti ho trovato diversi fattori di connessione tra le diverse esperienze. Primo aspetto problematico che è stato sottolineato dagli intervistati è stata la difficoltà di ottenere la misura e, i lunghi tempi di attesa per l'iscrizione al SerD del carcere rallentano di molto il processo di attuazione. L'esperienza in carcere è stato un tema centrale nelle interviste, la detenzione in carcere è risultata come un'esperienza peggiorativa, che non può di certo guarirti ma anzi in diversi casi peggiora la tua condizione e il tuo modo di approcciarti al mondo. La sensazione che deriva dai racconti sull'esperienza carceraria è sostanzialmente negativa e priva di qualsiasi prospettiva riabilitativa e di reinserimento nella società, gli intervistati percepiscono il tempo passato in carcere come inutile oltre che comunque dannoso. La gestione della tossicodipendenza risulta superficiale e senza una gestione intelligente che, invece di avere l'obiettivo di scalare i dosaggi delle terapie punta in primis a tenere tranquillo il detenuto in modo che non crei problemi con la conseguenza spesso di aumentare i dosaggi dei farmaci. L'esperienza in comunità è stata descritta durante le interviste come un'esperienza difficile, piena di regole e privazioni; tuttavia, con un senso, una chiara prospettiva. Gli intervistati in comunità vedono un obiettivo, un percorso, seppur difficile, ma con lo scopo di guarire, di prendere in mano la

propria vita e di imparare a gestire le emozioni, le necessità e le varie problematiche quotidiane. Gli intervistati quando parlano della comunità, seppur non trovandosi sempre d'accordo in alcuni aspetti, vedono concretamente una prospettiva futura che in carcere non percepivano.

Tuttavia, è importante tenere presente che questa ricerca si è concentrata esclusivamente sulle misure alternative al carcere per i detenuti tossicodipendenti, ma il problema del ridotto utilizzo delle misure alternative vi è anche per i detenuti senza patologie di questo tipo. Già con la riforma del 1975 uno degli obiettivi più qualificanti della legge è consistito nell'affermazione di una politica criminale nell'ambito della quale la pena detentiva fosse riservata ai crimini più gravi e quindi rappresentasse l'*extrema ratio* del sistema penale, rispetto ad altre modalità di esecuzione penale meno afflittive e più in linea con la funzione risocializzativa. Tale obiettivo, ottenibile solamente avendo una prospettiva di riforma complessiva del sistema penale assente nel progetto legislativo non è stato raggiunto nonostante l'introduzione dell'uso delle misure alternative, purtroppo alquanto limitato.

Come riflessione personale a conclusione di questo lavoro mi piace immaginare che forme alternative alla detenzione possano essere studiate e applicate anche ad altri profili di detenuti e, soprattutto, più frequentemente, così da contribuire a migliorare e decongestionare la vita nelle carceri italiane. Considerato l'evidente inefficacia dell'attuale modello carcerario, credo sia fondamentale e necessario investire sull'esecuzione penale esterna oltre che a garantire un più elevato grado di civiltà al sistema detentivo attualmente così gravemente compromesso dalla piaga del sovraffollamento. Per realizzare ciò è evidente che occorre un ampio lavoro di riprogettazione dei sistemi penali, un monitoraggio continuo della corretta applicazione della misura, un sostegno finanziario sufficiente e la partecipazione di un personale formato al compito.

La complessità del fenomeno e i fattori che lo influenzano, richiedono che ogni paese elabori una propria strategia, tenendo in primo luogo presente che le misure non carcerarie devono essere considerate una vera e propria sostituzione alla pena detentiva: non un premio, ma un percorso serio e severo volto alla riabilitazione del condannato.

Bibliografia

- Fonte grafici: Ministero della Giustizia, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria; Gruppo tecnico interregionale Dipendenze costituito presso la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Ministero della Giustizia, Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità, Direzione Generale per l'Esecuzione penale esterna e di messa alla prova. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Fisiologia Clinica.
<https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3404/relazione-al-parlamento-2022.pdf> (consultato 30/10/22)
- Clemmer, D. *La comunità carceraria*, in E. Santoro, *Carcere e Società liberale*, Giappichelli, Torino, 2004.
- Corbetta, P. *La ricerca sociale: metodologia e tecniche*, Bologna, il Mulino, 2015.
- De Facci, R. *Storia ed evoluzione delle comunità*, 2016.
https://www.cnca.it/wp-content/uploads/attachments/DE_FACCI_storia_e_levoluzione_delle_Comunit%C3%A0.pdf (Consultato 30/10/22)
- Germano Zanusso, G. Giannantonio, M. *Tossicodipendenza e comunità terapeutica. Strumenti teorici e operativi per la riabilitazione e la psicoterapia*, Franco Angeli, 2005.
- Goffman, E. *Asylums. Le istituzioni totali*, Einaudi, Torino, 1978.
- Presidenza del Consiglio dei ministri Dipartimento per le Politiche Antidroga, *Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia*, 2022.
<https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3404/relazione-al-parlamento-2022.pdf> (Consultato 30/10/22)
- Scarciglia, M. P. Oleandri, A. *Soffia il vento proibizionista*, Rapporto Antigone, 2017. <https://www.antigone.it/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/03-droga-e-carcere/> (consultato 30/10/22)