



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

VI CONFERENZA NAZIONALE SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

 Consiglio Nazionale delle Ricerche
FC - Istituto di Fisiologia Clinica

Giustizia penale, misure alternative e
prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito
della dipendenza da sostanze psicoattive

Tavolo Tecnico 1



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

INDICE

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive	6
1.1 Introduzione	8
1.2 Elementi chiave	9
Gli Esperti	10
2.1 Il Coordinatore	12
2.2 Gli Esperti	13
2.3 I Facilitatori	18
Il Metodo	20
3.1 Il Metodo	22
3.2 Le principali fasi di sviluppo del processo	23
Fase Preparatoria	24
4.1 I contributi preliminari	26
4.2 Le criticità	26
4.3 Le possibili soluzioni	35
Riunione Preliminare	44
5.1 Il contesto dei lavori	46
5.2 Le criticità rilevate	48
5.3 La lettura delle criticità	51
5.4 Gli approcci alle possibili soluzioni	53
5.5 La lettura degli approcci alle possibili soluzioni	57
5.6 Proposte operative	58
Tavolo Tecnico	60
6.1 Introduzione alla prima giornata	62
6.1.1 Introduzione del coordinatore	62

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Tavola Rotonda A	66
Giustizia penale e sovraffollamento	66
6.2 Tavola Rotonda A - Giustizia penale e sovraffollamento	68
6.2.1 La custodia attenuata per detenuti tossicodipendenti	69
6.2.2 Proposte di cambiamento sul carcere, sul senso della pena e sull'esecuzione penale esterna	71
6.2.3 Le proposte di Antigone	73
6.2.4 Analisi degli effetti della legislazione sulle droghe sul sovraffollamento carcerario e possibili soluzioni	75
6.2.5 Gli effetti sul carcere della legge sugli stupefacenti e le possibili soluzioni sul piano normativo	77
6.2.6 Stupefacenti - sovraffollamento carcerario	79
6.2.7 Osservazioni in tema di misure alternative per soggetti dipendenti	81
6.2.8 Utenti detenuti affetti da disturbo da uso di sostanze legali e/o illegali e/o gioco d'azzardo patologico e misure alternative	83
6.2.9 Sintesi Tavola Rotonda A - Giustizia penale e sovraffollamento	85
Tavola Rotonda B	88
Misure di riduzione del danno e trattamenti sanitari all'interno del percorso detentivo	88
6.3 Tavola Rotonda B - Misure di riduzione del danno e trattamenti sanitari all'interno del percorso detentivo	90
6.3.1 Misure di riduzione del danno in carcere	91
6.3.2 Le misure di riduzione di rischio e del danno in ambito penitenziario	93
6.3.3 Proposte programmatiche e di revisione normativa in tema di giustizia penale per i consumatori di sostanze autori di reato	95
6.3.4 Carcere, accesso alle cure e continuità terapeutica	97
6.3.5 Presa in carico del tossicodipendente	99
6.3.6 Sintesi Tavola Rotonda B - Misure di riduzione del danno e trattamenti sanitari all'interno del percorso detentivo	101
Tavola Rotonda C	104
Trattamenti integrati, centralità della persona e continuità terapeutica: la definizione di un modello di intervento integrato nel rapporto carcere-territorio	104
6.4 Tavola Rotonda C - Trattamenti integrati, centralità della persona e continuità terapeutica: la definizione di un modello di intervento integrato nel rapporto carcere-territorio	106
6.4.1 Tossicodipendenza e carcere: modello integrato di presa in carico e percorsi di riabilitazione	107
6.4.2 Misure alternative e cautelari	109
6.4.3 Trattamento socio-sanitario di persone tossicodipendenti in carico agli uffici di esecuzione penale esterna	111
6.4.4 Presa in carico globale dell'utente: continuità della terapia farmacologica tra carcere e comunità	113
6.4.5 Misure alternative ex art. 90 e art. 94 DPR n.309/1990: il punto di vista dei servizi	115
6.4.6 Sintesi Tavola Rotonda C - Trattamenti integrati, centralità della persona e continuità terapeutica: la definizione di un modello di intervento integrato nel rapporto carcere-territorio	117

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.5 Introduzione alla seconda giornata	120
6.5.1 Introduzione del coordinatore	120
6.5.2 Domande e risposte	122
Relazione Tecnica del Coordinatore	138
7.1 Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito del disturbo d'uso di sostanze	140
Le statistiche	148
8.1 Gli Esperti	150
8.2 Il pubblico iscritto	151
Appendice	156
9.1 Dr. Ugo Ceron – Tossicodipendenza e carcere: modello integrato di presa in carico e percorsi di riabilitazione	158
9.2 Dr. Sandro Libianchi – La “custodia attenuata” per i detenuti tossicodipendenti	162
9.3 Dr. Felice Nava – Proposte programmatiche e di revisione delle normative: i temi e le priorità	169
9.4 Dr.ssa Francesca Pesce – Analisi degli effetti della legislazione sulle droghe sul sovraffollamento carcerario e possibili soluzioni	174



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

**Giustizia penale, misure alternative e prestazioni
sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza
da sostanze psicoattive**



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

1.1 Introduzione

L'intera Conferenza Nazionale sulle Dipendenze – Oltre le fragilità - è strutturata come un percorso partecipativo, iniziato nel mese di giugno 2021 e che vedrà la conclusione dei lavori con la Plenaria del 27-28 novembre, a Genova.

Attraverso una prima consultazione aperta a tutto il mondo delle dipendenze da sostanze, sono stati individuati i 7 temi rilevanti e i 122 Esperti di settore rappresentativi di tutte le componenti interessate: Amministrazioni Centrali, Regioni, Province Autonome, Servizi per le Dipendenze Pubblici e Privati, Società Scientifiche e Società Civile.

I 7 temi dei Tavoli Tecnici:

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Prodotti di origine vegetale a base di cannabis a uso medico

Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze

Ciascuno dei 7 Tavoli Tecnici è coordinato da un Esperto nominato dal Ministro per le Politiche Giovanili, l'On. Fabiana Dadone.

Tutti i lavori sono svolti *online* a eccezione del Tavolo Tecnico "Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie e penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive", ospitato all'interno della Casa Circondariale di Rebibbia, e del Tavolo Tecnico "Prodotti di origine vegetale a base di cannabis ad uso medico" svolto presso lo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze".

I risultati dei lavori saranno al centro delle due giornate di Genova durante le quali i Coordinatori di ciascun Tavolo Tecnico hanno l'opportunità di presentare una sintesi delle proposte emerse, contestualizzate da Chairman di caratura internazionale e commentate dal pubblico presente in sala.

Le due giornate finali della Conferenza di Genova prevedono inoltre la possibilità di dare spazio all'analisi di tematiche trasversali discusse in Tavole Rotonde di approfondimento.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

1.2 Elementi chiave

- 1) Le misure di riduzione del rischio e del danno in ambito penitenziario
- 2) Accesso alle cure e continuità terapeutica: implementazione dei farmaci sostitutivi ed evoluzione dei modelli terapeutico-riabilitativi integrati legati al carcere e valutazione degli esiti dei trattamenti
- 3) Trattamento socio-sanitario dei detenuti tossicodipendenti: revisione dei funzionamenti delle custodie attenuate, evoluzione delle misure alternative e individuazione di risorse dedicate
- 4) Personale socio-sanitario operante in ambito penitenziario: *standard*, figure professionali
- 5) Revisione del modello organizzativo di intervento sulla persona e non sulla singola malattia
- 6) Analisi degli effetti della legislazione sulle droghe sul sovraffollamento carcerario e possibili soluzioni
- 7) Regolamentazione dell'invio ai Ser.D e alle strutture del Privato Sociale da parte della Magistratura: appropriatezza del percorso terapeutico e individuazione di risorse dedicate

Gli Esperti

**Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive**



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

2.1 Il Coordinatore

Dr. Leopoldo Grosso

Biografia	Attualmente Presidente onorario del Gruppo Abele, docente IUS.TO in "Prevenzione e trattamento dipendenze" e "Pedagogia della devianza", formatore e supervisore. Psicologo e psicoterapeuta, già operatore di un Ser.T nell'hinterland torinese, poi coordinatore delle attività di Accoglienza del Gruppo Abele e successivamente responsabile dell'Università della strada. Consulente di Regioni e Ministeri, autore di più di un centinaio di pubblicazioni, tra cui "La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti" (con M. Coletti) e "Atlante delle dipendenze" (con F. Rascazzo).
Esperienze specifiche in relazione al Tavolo Tecnico	Attività e conduzione di progetti di intervento riabilitativo per minori e adulti detenuti al Ferrante Aporti e al Lorusso - Cutugno di Torino. Formatore in diverse occasioni presso il Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP) per agenti di polizia penitenziaria e operatori dei servizi interni agli istituti di pena.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

2.2 Gli Esperti

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Cinzia Brentari (Associazione Internazionale di Riduzione del Danno)	Giurista e criminologa, dal 2000 impegnata su politiche e progetti su consumo di sostanze e riduzione del danno, prima con l'UE gestendo finanziamenti ai paesi terzi, poi con enti di ricerca, società civile e amministrazioni penitenziarie in Europa su ricerca, <i>advocacy</i> , <i>capacity building</i> su consumo e carcere. È Senior Advisor di <i>Harm Reduction International</i> , ONG internazionale, e ha collaborato con Agenzie europee, UNODC, Global Fund nell'elaborazione di linee guida. È stata tra i fondatori di ITARDD, network italiano riduzione del danno	<ul style="list-style-type: none"> - Politiche e pratiche di riduzione del danno in carcere - Impatto delle politiche sulla droga sul settore penitenziario - Collaborazione con amministrazioni penitenziarie - Redazione di linee guida internazionali - Dialogo tra consumatori, Terzo settore ed enti pubblici su temi legati alle sostanze
Marco Cafiero (FICT)	Avvocato, dal 1987 ad oggi Responsabile del Settore Legale della Comunità Terapeutica Centro di Solidarietà di Genova e dal 2000 Consulente della FICT Federazione Italiana Comunità Terapeutiche. Già esperto Consulta Regione Liguria per la sicurezza urbana e territorio e docente al Master di II livello dell'Università di Genova Docente al master di II Livello in Mediazione Penale Civile e Commerciale del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Padova	Consulente legale per la gestione delle problematiche delle persone con dipendenza da 36 anni con esperienza di educatore e formatore del personale della polizia penitenziaria e dell'Ufficio Esecuzione penale esterna
Pietro Canuzzi (Ministero Salute)	Dirigente sanitario presso il Ministero della Salute	Esperienze di natura tecnica nel settore delle dipendenze con profilo sanitario
Lucia Castellano (Ministero Giustizia)	Dal 2016 Direttore Generale per l'Esecuzione penale esterna e messa alla prova presso il Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità. Esperta di politiche sociali e penitenziarie. Docente presso corsi di formazione su tematiche inerenti il sistema Giustizia, carcere, territorio e relatore a numerosi convegni dedicati	Dal '95 al '02 membro dell'osservatorio nazionale sulle tossicodipendenze presso il M.d.G. Direttore di I.P., in particolare 9 anni a Bollate, dove si è sperimentato un progetto pilota di carcere aperto al territorio. Esperienza come assessore al comune di Milano e consigliere Regionale
Valerio Cellesi (Associazione Conosci)	Responsabile del Ser.D Alta Val di Cecina Azienda USL Toscana Nordovest dal 1992, Responsabile del Presidio Sanitario del Carcere di Volterra dal luglio 2011 all'aprile 2020, Direttore facente funzione UOC "Centro Clinico Don Bosco e Coordinamento Sanità Penitenziaria" da giugno 2019 ad aprile 2020	Esperienze quotidiane di 30 anni di attività Territorio Ser.D - Carcere, programmi terapeutico riabilitativi sia all'interno della struttura penitenziaria che, in collaborazione con Ser.D residenza del detenuto, Comunità T., magistratura di sorveglianza per l'applicazione dell'art 94 DPR n.309/1990

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Ugo Ceron (ComunItalia)	Psicologo psicoterapeuta, referente Comunità Papa Giovanni XXIII, all'interno della quale ho svolto il ruolo di direttore di Comunità Terapeutica, referente della formazione del personale clinico. Presidente della cooperativa di lavoro Rinascere per l'inserimento di persone svantaggiate e anche con misure alternative, docente in seminari clinici sulla Psicoterapia delle dipendenze e trattamenti residenziali presso "Studi Cognitivi" di Milano e APC di Verona	Accesso alle carceri per la valutazione clinico-motivazionale delle richieste di programmi residenziali, gestione di percorsi terapeutici di comunità di utenti in misura alternativa in strutture residenziali, in passato iscritto all'elenco Esperti in Psicologia ed in Criminologia Clinica di Venezia
Maria Carla Covelli (Ministero Giustizia)	Direttore dell'Ufficio III – Servizi sanitari - Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento - DAP. In precedenza, Vice Direttore presso gli Istituti Penali di Venezia, la C.C. di Frosinone, la C.C. Rebibbia "Nuovo Complesso" Roma, Direttore della C. C. Femminile di Rebibbia, Vice Direttore presso la Casa Reclusione Rebibbia Roma, Supervisore Amministrativo dell'istituto di istruzione di Sulmona. Partecipazione a Commissioni e gruppi di lavoro. Svolgimento di attività di docenza	Esperienze legate alla pluriennale attività svolta negli istituti penitenziari in qualità di direttore e di vice direttore, alla gestione dei detenuti, alla partecipazione alle riunioni di equipe di osservazione e trattamento ed all'attuale incarico ricoperto
Nerina Dirindin (Ministero Salute)	Economista. Docente dei corsi di Scienza delle Finanze e di Economia e organizzazione dei sistemi di Welfare all'Università di Torino. In quiescenza. Già direttore generale della programmazione presso il Ministero della Salute. Senatrice della Repubblica nella XVII legislatura. Esperta di economia e politica sanitaria, politiche sociali e salute mentale. Attualmente titolare di incarico del Ministro della Salute in qualità di esperta per la salute mentale e la salute in carcere	Esperienza in definizione e monitoraggio del processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e nell'analisi del percorso di tutela della salute delle persone con problemi di salute mentale autrici di reato. Promotrice di StopOPG. Presidente del Forum per la salute in carcere
Patrizio Gonnella (Associazione Antigone)	Presidente dell'associazione Antigone dal 2005. È attualmente ricercatore in filosofia e sociologia del diritto presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università Roma Tre. È esperto del Consiglio d'Europa sul monitoraggio penitenziario, nonché componente dell'organizzazione internazionale non governativa Npm Observatory. Ha scritto saggi e articoli sui temi della pena, della giustizia e dei diritti umani. Ha avuto incarichi di direzione degli istituti di pena	L'esperienza pregressa è esito di attività di ricerca, studio, contenzioso, osservazione diretta interna e internazionale, gestione penitenziaria

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Anna Paola Lacatena (ASL Taranto)	Già Direttore socio sanitario della ASL di Taranto, è a tutt'oggi Sociologa presso il Dipartimento Dipendenze Patologiche, Coordinatrice Gruppo "Questioni di genere e legalità" per la SITD. Tra i libri pubblicati: "Reclusi. Il carcere raccontato alle donne e agli uomini liberi", con Giovanni Lamarca (2017), "Il rischio del piacere. Le sostanze psicotrope dall'uso alla patologia"(2019), "La polvere sotto al tappeto. Il discorso pubblico sulle droghe tra evidenze scientifiche e ipocrisie" (2021)	Ha collaborato con la C.C. di Taranto e con il DAP regionale per Progetti di ricerca, formazione e sensibilizzazione ai temi della detenzione e delle dipendenze patologiche orientati ai detenuti e alla Polizia Penitenziaria. È tra gli autori de "L'altra città" (Achille Bonito Oliva e Giovanni Lamarca)
Fiammetta Landoni (Ministero Salute)	Dirigente Medico presso Ufficio 6 Dipendenze Doping e Salute Mentale della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute. Dirigente Medico presso Ufficio 7 Protezione delle Fasce Vulnerabili della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute	Partecipazione ai lavori del Tavolo sulla sanità penitenziaria presso CU
Sandro Libianchi (Medicina Penitenziaria e delle dipendenze)	Medico, spec. Medicina Interna, Endocrinologia, Tossicologia Cl.; Perf. in Gestione sanitaria, Master Economia san. e manag.,240 pubblicazioni,200 relazioni a congressi e altrettante docenze. Presidente CoNOSCI, direttivo CSV Reg. Lazio. Esperto c/o Trib. Sorveglianza. In quiescenza(X/2020). Già Resp. med. UO Ser.T. e Med. Penit. (C.C. Rebibbia). Già Membro Consulta Naz.le Operatori (DPA), membro eff.vo Conf. Unif. per sanità penitenziaria (2008). Consulente del M.ro Giustizia e Sanità	Estensore atti normativi (L.419/98, D.Lgs.230/99, DPCM 1/4/2008, DGRs Lazio, Accordi/intese in conf. Unif. dal 2008), diagnostica dipendenze per misure alternative, dirigenza custodia attenuata (dal 1993), organizz. med. Penit. inclusa pat. da dipend., budget salute per detenuti, formazione e ricerca
Don Salvatore Lo Bue (INTERCEAR)	Inizia il percorso ecclesiastico, divenendo docente di sociologia presso la "P. U. S. T. D'Acquino" Roma. Negli anni '70 affronta il problema del consumo di droghe in qualità di Accademico studioso della problematica, molte famiglie si rivolgono a Don Salvatore per avere aiuto, e in assenza di Centri idonei in Sicilia nel 1983, fonda la "Casa dei Giovani" con il supporto della Curia di Palermo creando la prima C.T. a seguire nascono le Comunità di Mazara del Vallo e di Matera	L'esperienza specifica nasce da oltre trent'anni di colloqui nelle carceri con detenuti dipendenti per l'ottenimento delle pene alternative e dalla relativa conoscenza dei percorsi burocratici da seguire
Bettina Meraner (PA Bolzano)	Direttore struttura complessa facente funzioni Ser.D Bolzano, Azienda Sanitaria Alto Adige	Responsabile UOTD CC Bolzano

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Felice Nava (FeDerSerD)	Medico tossicologo, psicoterapeuta, dottore di ricerca in Neuroscienze. Master in Management Sanitario e Master in Rischio Clinico. Ha una importante esperienza clinica e di ricerca nell'ambito delle dipendenze patologiche, delle patologie correlate e in sanità pubblica. È autore di 224 pubblicazioni scientifiche e ha un H index di 24. È docente di neurobiologia e farmacologia delle sostanze di abuso presso l'Università di Padova e l'Università di Modena e Reggio Emilia	Direttore U.O. Sanità penitenziaria Ser.D Carcere Azienda ULSS 6 Euganea di Padova. Coordinatore Gruppo Inter-regionale per la sanità penitenziaria presso Commissione Salute. Componente Tavolo di consultazione permanente Sanità penitenziaria presso Presidenza del Consiglio dei Ministri
Francesca Pesce (Università di Trento)	Avvocato penalista del Foro di Trento e docente a contratto presso la Facoltà di Giurisprudenza di Trento (Analisi economica del diritto penale). Dopo aver conseguito il Dottorato è stata assegnata per un progetto di ricerca i cui risultati sono stati pubblicati nella monografia intitolata "Analisi economica del diritto penale: dalla teoria alla pratica. Il livello di efficienza delle opzioni normative in tema di tossicodipendenza e criminalità correlata" (Editoriale Scientifica, NA, 2019)	La ricerca svolta riguarda l'efficienza delle leggi in tema di tossicodipendenza e criminalità correlata: un'analisi scientifica di dati sulle persone tossicodipendenti condannate per reati e sulle eventuali ricadute tossicomane e criminali successive alla detenzione o alle misure alternative
Roberto Ranieri (Regione Lombardia)	Laureato in medicina e Chirurgia presso Università degli Studi di Milano Specializzato in Medicina Interna, Malattie Infettive, Immunoematologia presso Università degli Studi di Milano Esperienza ospedaliera in medicina interna e malattie infettive. Attuale incarico: Direttore Unità Operativa Sanità Penitenziaria Regione Lombardia. Aree di attività: Sanità pubblica, Sanità penitenziaria, migrazioni, cura popolazioni speciali	Direttore Unità Operativa Sanità Penitenziaria Regione Lombardia Aree di attività: Sanità pubblica, Sanità penitenziaria cura popolazioni speciali (detenuti, tossicodipendenti, migranti) Autore di 300 pubblicazioni sulle materie citate su riviste italiane e straniere Vice-presidente (SiMSPE)
Stefano Regio (CNCA)	Psicologo-psicoterapeuta di formazione cognitivo comportamentale, oltre all'attività privata, ricopro dal 1991 il ruolo di Presidente della Coop. Il Cammino di Roma che si occupa di minori, consumi e dipendenze, immigrati, detenuti ed ex detenuti e realizza progetti nell'ambito dell'inclusione socio-lavorativa e di contrasto alla povertà finanziati da istituzioni pubbliche. La cooperativa aderisce al CNCA nel quale svolgo diverse attività, compreso il coordinamento del gruppo "Carcere	Nel '98 ho avviato in cooperativa due servizi residenziali per detenuti ed ex detenuti ancora attivi e gestito negli anni numerosi progetti di inclusione e inserimento socio lavorativo nel medesimo ambito. Parallelamente coordino da diversi anni il gruppo nazionale carcere del CNCA

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Emilia Rossi (Collegio Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute)	Componente del Collegio del Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, nominata con D.P.R. 1° febbraio 2016. Laureata in Giurisprudenza nel 1985, iscritta all'Albo degli Avvocati del Foro di Torino dal 1990. Membro delle Commissioni Ministeriali di riforma del: Codice Penale, 2001-2006, Presidente Cons. Carlo Nordio; Codice di Procedura Penale, 2006-2008, Presidente Prof. Giuseppe Riccio; Codice di Procedura Penale, 2013, Presidente Cons. Giovanni Canzio	Esercizio della professione legale in ambito penale; membro del Direttivo del Coordinamento radicale antiproibizionista nel 1992-1994; Consigliere comunale di Torino dal 1993 al 1997; vigilanza sulla detenzione in qualità di Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà dal 2016
Vittoria Stefanelli (Ministero Giustizia)	2012–oggi Mag sorv Trib Sorv RM 2014–oggi collab Pres Trib Sorv RM 7-2015/10-2016 Pres Vic da 3/11/2020 Pres Vic 2001–12 giudice civ Trib RM contratt, extracontratt, tutelare, famiglia 2009: Comm es avv 1994–01 addetta Uff legisl Min Giust-redazione testi normativi nazion/internazion 1991–94 sost proc Pret S.M.C.V. 1989–91 mag sorv BA 1987 nomina mag ord 1987 borsista Sc Sup PA 1986 nomina a mag ord 1986 Min Finanze 1984 laurea giurispr 16/3/1984 Univ NA	Giudice tutelare e della Famiglia e Magistrato di Sorveglianza
Cristiana Tamburrano (ASL Roma 6)	Laurea in Servizio Sociale ROMA, Master di primo livello "Politiche migratorie e coesione sociale", volontaria internazionale Brasile (Movimento dei Senza Terra, Commissione Pastorale della Terra), volontaria area immigrazione presso la Cooperativa Arcobaleno di Frascati, assistente Sociale Ser.D Frascati, Coordinatrice Punto d'Incontro Il Girasole (Frascati, persone Tossicodipendenti, Immigrati, Senza Fissa Dimora, Coordinatrice Dormitorio "Emergenza Freddo Rifugio Rosanna" Frascati	Esperienza trentennale nell'ambito delle misure cautelari e alternative alla detenzione, DPR n.309/1990, ordinamento penitenziario, cpp, cp, ecc.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

2.3 I Facilitatori

Nome e Cognome	Biografia
Marco Betti (Federsanità-Toscana)	Ha conseguito il dottorato in sociologia economica ed è stato assegnista di ricerca presso le università di Firenze, Siena e Teramo. I suoi principali interessi riguardano lo sviluppo locale, le relazioni industriali e i modelli di sviluppo. Per Federsanità si occupa dei processi di programmazione, innovazione e costruzione di reti di servizi in ambito sociosanitario integrato e sanitario territoriale.
Paolo Martinez (FUTOUR)	Fondatore della società Futour, laureato in Geografia e Sociologia all'Oxford Polytechnic e facilitatore certificato IAF lavora da oltre 20 anni nella creatività e partecipazione applicate al management dell'innovazione, trasferimento tecnologico e sviluppo territoriale, in Italia e all'estero, per conto di clienti pubblici e privati.
Mauro Soli (Federsanità-Toscana)	È stato docente presso l'Università Politecnica delle Marche e l'Università di Siena in Programmazione e Progettazione sociale; è stato consulente per il PIN dell'Università di Firenze; Project manager e consulente per le Regioni Toscana e Umbria su progetti per l'inclusione sociale, la disabilità e la non autosufficienza; Promotore Sociale e Coordinatore di Zona per le Zone Sociali dell'Umbria; per Anci Toscana è stato responsabile del Progetto Regionale Botteghe della Salute. Attualmente è capoprogetto AT PON Inclusione per PricewaterhouseCoopers e per Federsanità si occupa delle attività legate all'area dell'integrazione sociosanitaria.



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Il Metodo

**Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive**



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

3.1 Il Metodo

L'obiettivo primario della VI Conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, come previsto dall'art. 1, comma 15 del Testo Unico sugli Stupefacenti (DPR n.309/1990), è quello di "individuare eventuali correzioni alla legislazione antidroga dettate dall'esperienza applicativa". Un secondo obiettivo consiste nel raccogliere input utili alla formulazione del nuovo Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe. Per la progettazione e implementazione del processo di preparazione della Conferenza, il Dipartimento per le Politiche Antidroga si è avvalso del supporto tecnico-scientifico dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Al fine di raggiungere lo scopo prefissato è stato ideato un processo partecipativo che, a partire dalla normativa attualmente vigente in materia, attraverso l'individuazione di punti di forza, criticità e la formulazione di possibili soluzioni espresse da tutti gli attori coinvolti, possa fornire ai policy maker una base di conoscenza su cui costruire le eventuali proposte di revisione legislativa e di programmazione.

Figura 1. Il processo di costruzione della Conferenza



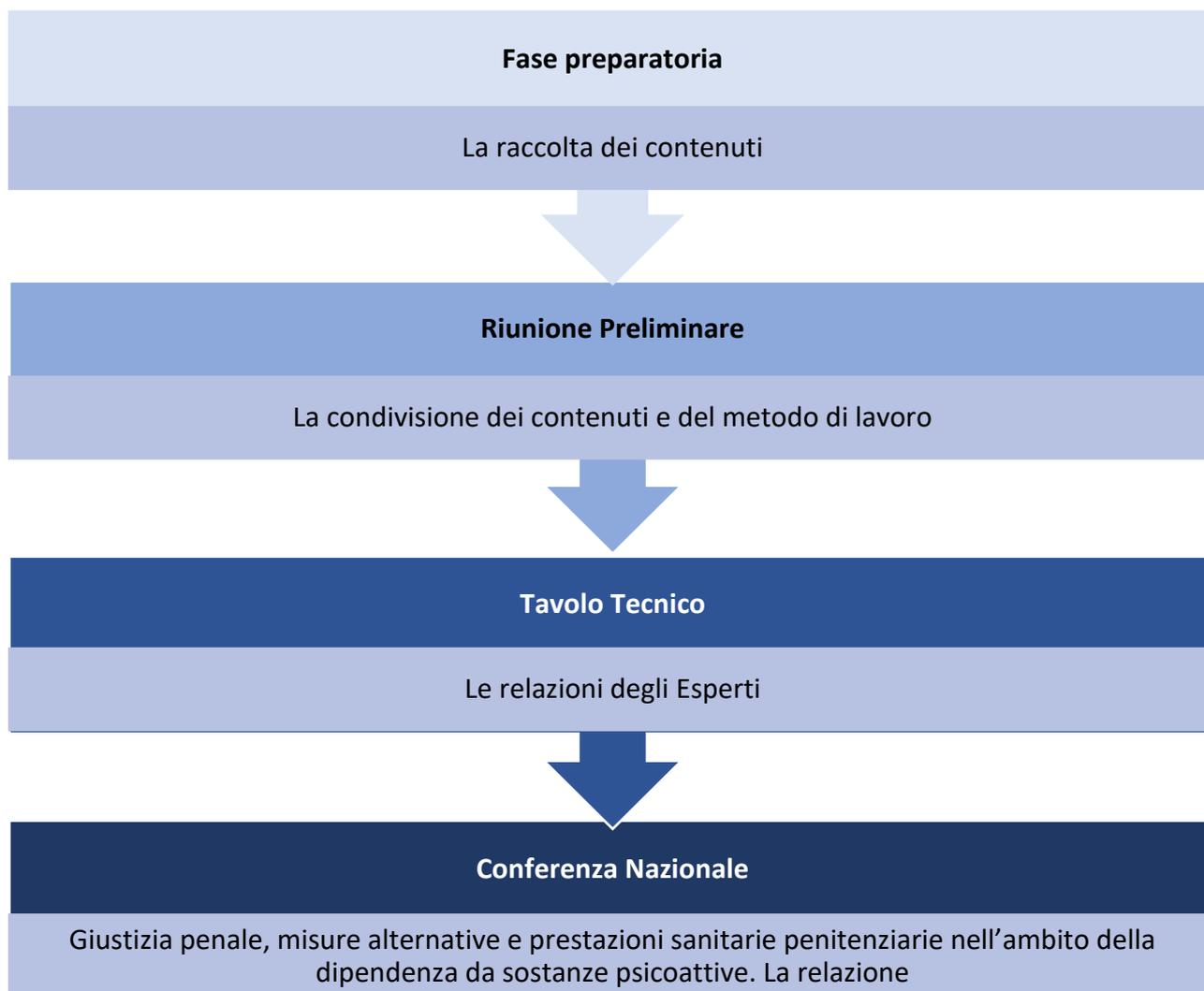
Sia la fase preparatoria sia quella operativa della conferenza adottano un approccio basato sul metodo apprezzativo (*appreciative inquiry*¹). Ciascun Esperto, in vista dell'avvio della Riunione Preparatoria ha prodotto e condiviso una breve biografia, l'indicazione delle competenze in relazione alla specifica tematica e un documento condiviso su criticità e possibili soluzioni per ciascun elemento chiave. La condivisione dei materiali avviene in modalità *online* tramite la piattaforma Basecamp.

Tutto il percorso si avvale della presenza di esperti facilitatori che aiutano a raggiungere obiettivi condivisi per ogni fase della conferenza, dando struttura al dialogo tra i partecipanti attraverso metodi, tecniche e strumenti di facilitazione digitale (GroupMap) per agevolare la raccolta di proposte e la definizione di priorità.

¹ https://en.wikipedia.org/wiki/Appreciative_inquiry

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

3.2 Le principali fasi di sviluppo del processo



Fase Preparatoria

La raccolta dei contenuti



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

4.1 I contributi preliminari

Nelle fasi preliminari alla Riunione Preparatoria gli Esperti sono stati invitati a esprimere e condividere con gli altri partecipanti criticità e possibili soluzioni in relazione a ciascun elemento chiave trattato dal Tavolo. Questo processo ha garantito un approccio partecipativo e trasparente sulle priorità evidenziabili da tutti gli attori coinvolti e da ciascun punto di vista.

Il materiale raccolto costituisce il punto di partenza dei lavori del Tavolo, dove tutti i commenti e i differenti punti di vista divengono il valore aggiunto del processo collettivo e partecipato di individuazione delle priorità e costruzione delle proposte operative.

Ciascun contributo, messo a disposizione degli altri Esperti, è quindi confluito nel lavoro del Coordinatore che lo ha utilizzato per fare una sintesi inclusiva di tutte le posizioni emerse.

4.2 Le criticità

L'elenco delle criticità raccolte è mostrato di seguito per ciascun elemento chiave.

1) Le misure di riduzione del rischio e del danno in ambito penitenziario

Le seguenti criticità si sono stratificate nel tempo:

- ingiustificata prevalenza delle esigenze di custodia e sicurezza rispetto a quelle di salute e integrazione
- trattamento penitenziario delle persone con problemi di dipendenza da sostanze non di rado peggiorativo rispetto ai detenuti di media sicurezza
- eccessiva diversificazione nel trattamento, a volte anche da istituto ad istituto nella stessa regione
- ridotta consapevolezza da parte di tutto lo staff rispetto alle nuove droghe e alla certificazione di doppie diagnosi
- ridimensionamento delle custodie attenuate
- ridimensionamento progressivo delle politiche innovative di riduzione del danno in carcere

Predominio delle esigenze custodiali su quelle trattamentali rispetto ai detenuti tossicodipendenti (TD)

Rivalutazione delle risposte alla reiterazione degli illeciti penali in termini di tempi e meccanismi premiali e deflattivi previsti dalla legge penale

Formazione del personale operante nelle strutture detentive, a vario titolo e per diversi ruoli, in merito alle dipendenze patologiche

Rivalutazione della procedura relativa al momento della scarcerazione di detenuti tossicodipendenti finalizzata all'evitamento di situazioni a rischio

Necessità di un maggior raccordo tra orientamenti differenti Legge e Servizi per addivenire a un linguaggio condiviso

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Nei momenti della dimissione del detenuto TD non sempre è programmata una presa in carico da parte del territorio: questo può portare, ed ha portato, a problematiche anche molto gravi con assunzione di farmaci (metadone) che hanno condotto anche a situazioni fatali

Ridotta e disomogenea istituzione degli I.C.A.T.T. e delle Se.A.T.T. sui 190 Istituti penitenziari, con assenza totale per la popolazione detenuta femminile.

Trattamento frequentemente in chiave solo terapeutica nei Ser.D predisposti per gli Istituti penitenziari.

Presenza di problematiche relative alla gestione delle persone detenute con dipendenze a cagione dello scarso coordinamento tra il personale sanitario interno ed i servizi pubblici per le dipendenze che rendono lungo e farraginoso il trattamento con misura alternativa e limitato accesso alle strutture private convenzionate.

Impossibilità di avere materiale sterile per iniezione all'interno delle strutture carcerario, idem per preservativi. Pressione di scalare terapie sostitutive all'interno delle strutture carcerarie.

L'attività di riduzione del rischio è molto ridotta, soprattutto per quanto riguarda le misure preventive (formazione dei detenuti e del personale sanitario e penitenziario), *counselling*, *screening* infettivologico delle patologie a trasmissione ematica/sexuale.

Rispetto alla riduzione del rischio riflessione verso un sistema carcerario più pedagogico, meno afflittivo, e con maggiori controlli all'interno dello stesso sistema, spesso presenza di situazioni di particolare disagio legato all'uso di sostanze.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

2) Accesso alle cure e continuità terapeutica: implementazione dei farmaci sostitutivi ed evoluzione dei modelli terapeutico-riabilitativi integrati legati al carcere e valutazione degli esiti dei trattamenti

La maggiore criticità è data dall'assenza di una cartella sanitaria digitalizzata funzionale alla continuità terapeutica. Presenza di una mancanza significativa di risorse mediche e socio-educative che siano impegnate a tempo pieno in progetti di riduzione del danno

Rivisitazione dell'intero apparato, al momento non risulta del tutto comprensibile chi è il tossicodipendente e cosa debba intendersi per trattamento

La terapia a mantenimento con sostitutivi in pazienti TD non viene utilizzata in tutte le strutture, ed emerge soprattutto la questione dei dosaggi: un dosaggio ottimale del sostitutivo può, in molti casi, ridurre anche di molto la terapia psichiatrica

Le tipologie di cura e dei modelli terapeutici risultano tuttora fermi alle terapie tradizionali e mancano di effettive connessioni con la continuità terapeutica all'esterno dell'Istituzione detentiva, secondo quanto complessivamente riscontrato nell'attività di vigilanza del Garante nazionale.

Mancanza di vera integrazione e valutazione congiunta del piano terapeutico. Auspicabile una forte implementazione delle risorse del privato sociale accreditato nella diagnosi e nella cura

Difficile accettazione delle terapie sostitutive e delle terapie a mantenimento.

La principale criticità è rappresentata dalla corretta applicazione dei modelli riabilitativi durante la detenzione e dall'interruzione di queste attività al momento del rilascio all'esterno con danno per la continuità terapeutica e incremento rischio di ricadute

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

3) Trattamento socio-sanitario dei detenuti tossicodipendenti: revisione dei funzionamenti delle custodie attenuate, evoluzione delle misure alternative e individuazione di risorse dedicate

Ad oggi le custodie attenuate accolgono un numero troppo ristretto di persone

I criteri selettivi di fatto non facilitano un'eccessiva inclusione di detenuti provenienti dai circuiti di media sicurezza

I progetti hanno perso nel tempo vitalità, non sempre seguono una logica integrativa con un'altra tipologia di detenuti e non sempre hanno legami consolidati con il territorio

Scarso l'investimento economico nel sistema della esecuzione penale esterna

Ci vorrebbe maggiore gratificazione per chi è impegnato nel lavoro di comunità

Scarso investimento nei progetti non residenziali

Troppo rigore nelle prescrizioni della magistratura

Individuazione dello stato di tossicodipendenza in carcere

Controllo e sostegno durante e nel dopo detenzione

La normativa vigente, l'indisponibilità di spazi dedicati, e il sovraffollamento impediscono una completa differenziazione e separazione tra le varie tipologie di detenuti

Esistenza di una grande confusione a livello nazionale sulle modalità "burocratiche" per attivare le misure alternative, per quanto riguarda le risorse molti Ser.D hanno la possibilità di borse lavoro ed inserimenti lavorativi che potrebbero essere utilmente integrati con le risorse messe a disposizione da enti e strutture varie

Opportunità di trattamento intramurario terapeutico differenziato in reparto ad hoc

Restrittività dei criteri di accesso alle sezioni a custodia attenuata

Limiti, normativi e giurisprudenziali, nell'applicazione delle misure alternative

Criticità dovute alla mancanza o alla carenza di una valutazione congiunta che limiti i tempi di permanenza in istituto

Spesso uso strumentale delle misure alternative e cautelari previste dal DPR 309/90 per far fronte al sovraffollamento delle strutture detentive

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Misure alternative possibili solo se certificazione di tossicodipendenza da eroina e cocaina. Insufficienza dei servizi territoriali di sostegno e delle comunità soprattutto nei detenuti con doppia diagnosi

L'ordinamento italiano ha un approccio punitivo più che sanitario-socioassistenziale al tossicodipendente. Questo si riverbera in tutte le scelte di politica criminale e negli investimenti di denaro pubblico

Il trattamento per i detenuti tossicodipendenti si risolve quasi esclusivamente in soluzioni farmacologiche con scarsi investimenti sull'assistenza psicologica della persona

Per quanto riguarda le misure alternative alla pena specifiche per tossicodipendenti, nonostante esse dimostrino di funzionare meglio della detenzione e a costi inferiori, sono sempre scarsamente applicate e spesso revocate a causa dei sintomi della malattia tossicodipendenza

Eccessiva burocratizzazione dei percorsi alternativi al carcere e rapporto eccessivamente cavilloso con la Magistratura di Sorveglianza

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

4) Personale socio-sanitario operante in ambito penitenziario: *standard*, figure professionali

Il sistema è quantitativamente deficitario nei numeri, con assenza a volte drammatiche in alcune aree territoriali.
Necessità di una mappatura su scala nazionale, carcere per carcere

Tendenzialmente sono troppo poche le figure specialistiche nel settore medico, riabilitativo, pedagogico, linguistico-culturale

Spesso scarsa formazione e sensibilità specifiche ai temi delle droghe e delle dipendenze patologiche

Frequentemente totale assenza di supervisione o "supervisione" affidata alle direzioni delle strutture detentive

Cronica carenza di personale

Spesso spazi non adeguati e limiti logistici per i trattamenti intramurari

Spesso troppo pochi operatori per far fronte ai trattamenti e alle valutazioni

Insufficiente numero di personale socio-sanitario, a cui si aggiunge una insufficiente specializzazione e formazione specifica

Scarsi investimenti su tali figure professionali

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

5) Revisione del modello organizzativo di intervento sulla persona e non sulla singola malattia

Accelerazione ulteriore nella direzione di presa in carico olistica della persona detenuta

Il trattamento del detenuto non deve essere mai medicalizzato

Troppo spesso l'approccio è orientato alla malattia e al contenimento delle sue possibili espressioni, fermandosi al sintomo

Scarsità di risorse, spazi, personale, orientamenti differenti, idiomi non comuni e condivisi, opportunità non facilitano un approccio più completo e persona-centrico

Il modello organizzativo può presentare lacune e difficoltà di individuazione dei casi e di presa in carico

La tossicodipendenza è complessivamente trattata in termini sanitari, soprattutto nelle prime fasi della vita detentiva

L'obiettivo della disintossicazione viene perseguito con priorità spesso non connessa a un intervento riabilitativo integrato che tenga conto da subito della necessità di un percorso trattamento individualizzato, come se la dipendenza fosse un fenomeno omogeneo e non una situazione strettamente individuale

Insufficiente presa in carico multidisciplinare ed utilizzo di figure di supporto

All'interno del sistema la maggior difficoltà la si individua nell'identificare, con giusta cognizione, la diagnosi della persona, spesso ci si affida alla storicizzazione della probabile dipendenza ed escludendo la sua evoluzione. Non si riesce a organizzare un intervento globale sull'individuo

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6) Analisi degli effetti della legislazione sulle droghe sul sovraffollamento carcerario e possibili soluzioni

Numeri ingestibili dal sistema penitenziario: al 30 giugno 2021 i detenuti per violazione del Testo Unico sulle droghe erano 19.260. Tra il 2005 e il 2020 in media il 29,9% dei detenuti in Italia ha fatto il suo ingresso in carcere per la violazione dell'art. 73. In totale nel corso del 2020 sono stati 10.852 i detenuti entrati negli istituti penitenziari per questo reato, il 30,8% sul totale. Nel 2020 il 38,6% delle persone che sono entrate negli istituti penitenziari era tossicodipendente

Ogni provvedimento di depenalizzazione favorirebbe una riduzione del sovraffollamento che è prima causa delle cattive condizioni di detenzione e delle condanne all'Italia anche su scala internazionale

La normativa vigente orienta le Strutture giudiziarie verso un approccio punitivo, quasi esclusivamente centrato sull'astinenza, rinunciando del tutto alle possibilità del trattamento, della riduzione del danno, della prevenzione

Sovraffollamento

Verifica di possibili depenalizzazioni

Difetto di tassatività della fattispecie incriminatrice dell'art. 73 DPR n.309/1990, in particolare nell'ipotesi base dei commi 1 e 1-bis

Rigore sanzionatorio che incide sull'accesso a misure alternative alla detenzione

Mantenimento dell'illegalità dell'uso personale di sostanze stupefacenti, anche leggere

Serie di problematiche difficilmente sintetizzabili che vanno dalla scarsa applicazione del comma 5 bis dell'art. 73 DPR n. 309/1990 alle preclusioni ostative derivanti dalla presenza di reati di particolare allarme sociale commesse dai dipendenti che abbassano la soglia di accesso alle misure

Eccessivo uso della detenzione preventiva per reati legati agli stupefacenti

Il sistema carcerario esprime da sempre il gravissimo problema del sovraffollamento e i detenuti tossicodipendenti rappresentano il 25 % della popolazione carceraria. Il dato che esprime maggiormente criticità è certamente il fenomeno della recidiva. Un sistema penitenziario efficiente dovrebbe ridurre il numero di coloro che una volta scontata la sanzione penale tornano a delinquere. Invece le carceri italiane producono un tasso di recidiva molto alto: circa il 70% dei detenuti, scontata la pena, recidiva. La legislazione nazionale, con il suo approccio fortemente punitivo per il fenomeno tossicodipendenza e utilizzo di droghe concorre in modo pesante ad incrementare tali criticità

La legislazione attuale ha parametri abbastanza restrittivi per beneficiare delle pene alternative, ed inoltre il percorso è molto arzigogolato, cosa che crea inutile sovraffollamento nelle strutture, inoltre si ravvisa una notevole difficoltà nell'avere certificato lo stato di dipendenza dei soggetti ristretti

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

7) Regolamentazione dell'invio ai Ser.D e alle strutture del Privato Sociale da parte della Magistratura: appropriatezza del percorso terapeutico e individuazione di risorse dedicate

Mancanza di tavoli di lavoro permanenti in tutte le circoscrizioni tra tutti gli attori del sistema

Quasi totale assenza di comunicazione tra Magistratura e Servizi territoriali a detrimento di una valutazione realmente terapeutica e non solo punitiva. Quanto realmente chi opera nel mondo della Giustizia è a conoscenza della dipendenza patologica come malattia cronica e recidivante e non, ancora oggi, come una scelta o un vizio?

I tempi di accesso si allungano per la prudenza della Magistratura di Sorveglianza, per la carenza di fondi dedicati al passaggio dal carcere alle strutture accreditate. Tutto ciò rende eccessivamente lunga la presa in carico da parte dei servizi per le dipendenze e la conseguente prospettazione del progetto socio riabilitativo

Spesso invio per controllo e non per presa in carico

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

4.3 Le possibili soluzioni

L'elenco delle possibili soluzioni alle criticità evidenziate è mostrato di seguito per ciascun elemento chiave.

1) Le misure di riduzione del rischio e del danno in ambito penitenziario

I detenuti tossicodipendenti sono una percentuale significativa della popolazione detenuta. Sarebbe necessario investire su una modalità di gestione della pena che per tutti sia riguardosa della dignità umana, rispettosa dei diritti fondamentali nonché fondata sull'ascolto, la responsabilità e l'integrazione

Le politiche di riduzione del danno devono integrarsi quotidianamente a quelle penitenziarie

Vanno moltiplicate le esperienze di custodia attenuata, con progetti di inclusione integrata, in modo che divengano sostanzialmente la modalità ordinaria di gestione della pena fuori dai circuiti di alta sicurezza

Revisione della normativa vigente per ciò che riguarda i tempi e i modi

Maggiore ricorso alle misure alternative, sia pur da rivedere

Formazione multidisciplinare nelle strutture detentive sul personale operante da parte di tecnici delle dipendenze patologiche

Maggiore raccordo tra struttura detentiva e Ser.D di residenza

Sarebbe auspicabile definire momenti di incontro (Unità di Valutazione condivise, per es.) dove decidere su aspetti relativi allo stato di salute della persona e all'eventuale trattamento in una chiave di maggiore equilibrio tra pena e terapia.

Presenza di un'Istruzione operativa che permetta delle dimissioni protette

Istituzione effettiva degli I.C.A.T.T. sul territorio nazionale ed estensione delle Se.A.T.T. almeno su base regionale e anche per la popolazione femminile

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Implementazione dei Ser.D per assicurare non soltanto un obiettivo di recupero terapeutico dalla tossicodipendenza ma l'avvio del percorso complessivo di riabilitazione dalla dipendenza

Occorre un migliore accordo tra la Magistratura e i servizi territoriali e quelli interni agli Istituti, modificando alcune norme del DPR 309/90 che agevolino l'accesso ai progetti di recupero anche con particolare riguardo al paradigma riparativo e che rappresenti un valore aggiunto al progetto di cura e trattamento, con riduzione dei tassi di recidiva del reato e pericoli di ricaduta nel consumo

I progetti dovrebbero coinvolgere maggiormente il Terzo Settore come risorsa fondamentale e competente.

Distribuzione di materiale sterile e preservativi tramite i presidi sanitari interni alle strutture detentive

Implementazione delle attività di formazione, in particolare del personale sanitario e penitenziario, promozione degli stili di vita corretti e dello screening infettivologico

Potenziare l'area pedagogica educativa, focalizzare momenti di azione clinica individuale e di gruppo

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

2) Accesso alle cure e continuità terapeutica: implementazione dei farmaci sostitutivi ed evoluzione dei modelli terapeutico-riabilitativi integrati legati al carcere e valutazione degli esiti dei trattamenti

Prevedere che in tutte le regioni negli istituti penitenziari si dia vita alla cartella clinica digitalizzata

È necessario che si rivedano le piante organiche delle ASL nelle carceri affinché l'esecuzione della pena non sia nella pratica un campo residuale di intervento.

Formazione specifica in grado di sottolineare l'estrema complessità della figura del tossicodipendente in carcere e alle misure alternative

Maggiore accesso alla terapia sostitutiva, individuazione precoce del paziente

Integrazione dei servizi riabilitativi, a partire dai Ser.D, all'interno degli Istituti penitenziari (come verificato nella Casa circondariale di Lecce); fornire i Ser.D, al pari delle Se.A.T.T., delle risorse professionali idonee a predisporre e realizzare da subito un piano riabilitativo integrato, non soltanto di natura farmacologica, che operi nella prospettiva della continuità terapeutica con la rete dei servizi esterni

Costruzione di percorsi diagnostici continuativi e monitorati dalla rete che ha espresso la diagnosi e le risposte al trattamento che tengano conto non solo dell'aspetto sanitario bensì anche dell'aspetto socio inclusivo e di riparazione della frattura sociale determinata

Formazione per il personale medico dei presidi e per il personale di guardia

Implementazione dei centri diurni con approccio multidisciplinare integrato, creazione, prima della scarcerazione, di un collegamento con i servizi territoriali esterni (Ser.D) che preveda azioni condivise prima del rilascio stesso

Rilascio immediato di documentazione anagrafica (es. cartella sanitaria) per consentire collegamento alle strutture territoriali

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

3) Trattamento socio-sanitario dei detenuti tossicodipendenti: revisione dei funzionamenti delle custodie attenuate, evoluzione delle misure alternative e individuazione di risorse dedicate

Necessità di rivedere nella sua interezza il sistema dei circuiti penitenziari, trasformando la custodia attenuata nella modalità ordinaria di gestione della pena

Costruire piani diretti al coinvolgimento delle risorse territoriali

Aumentare il budget per il sistema dell'esecuzione penale esterna e di comunità

Costruire percorsi riabilitativi non residenziali

Dialogare con la magistratura per una rivisitazione di approcci troppo rigorosi ispirati ad automatismi punitivi

Maggiore attenzione nei confronti del detenuto (uso problematico e dipendenza patologica) al momento dell'ingresso, attraverso una reale collaborazione con gli operatori della salute mentale

Necessità di rivedere la normativa vigente

Schema di protocollo nazionale sull'applicazione art 94 DPR 309/90 da parte di tutti gli enti interessati sul modello della Regione Toscana (DGR n 166 del 08.03.2021)

Creazione di reparti che riproducano le modalità trattamentali delle comunità terapeutiche

Ampliamento dell'accesso alle Se.A.T.T., oggi limitato a un numero esiguo di detenuti tossicodipendenti, senza esclusione delle persone in custodia cautelare, in particolare dopo la pronuncia della sentenza di primo grado

Revisione del sistema delle misure alternative in termini sia di estensione dei parametri di accesso, sia di ampliamento del contenuto riabilitativo e risocializzante

Maggiore agevolezza nell'accesso alle misure alternative ed ai percorsi riparativi quale progetto integrato socio sanitario che responsabilizzi la Magistratura a favorire osservazione e trattamento

Riforma del DPR 309/90, miglioramento condizioni detentive con aumento delle attività intramurarie, di valutazione clinica e protocolli d'intesa con magistrature per formulazione dei programmi terapeutici alternativi alla detenzione

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Considerare altre dipendenze diverse da quelle classiche, potenziare i servizi territoriali e le comunità

Prendere esempio dagli ordinamenti che hanno adottato un approccio quasi esclusivamente sanitario al problema dell'utilizzo e dell'abuso delle droghe, poiché i risultati espressi da queste strategie sono risultati vincenti

Al fine di allocare efficientemente le risorse pubbliche è necessario fare una ricerca che, con metodo scientifico, analizzi il fenomeno e permetta di individuare la soluzione concretamente più efficiente nel trattamento delle persone tossicodipendenti condannate

È necessario sensibilizzare "i giuristi" sulla natura e sugli effetti della malattia tossicodipendenza per evitare ad esempio ingiuste revoche di misure alternative

Semplificazione delle normative, dei rapporti istituzionali tra i vari componenti del percorso delle custodie alternative, organizzare momenti di coordinamento e formazione tra le parti interessate

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

4) Personale socio-sanitario operante in ambito penitenziario: *standard*, figure professionali

Mappatura del territorio con l'ausilio del Dipartimento Politiche Antidroga e della Conferenza Stato-Regioni

Sollecitare interventi di maggiore impatto a livello territoriale

Maggiore formazione e supervisione tecnica condivisa

Visto il passaggio della Sanità Penitenziaria alle ASL ormai da più di un decennio è auspicabile un coinvolgimento da parte del presidio sanitario del carcere e del Ser.D interno, soprattutto un'integrazione tra psichiatri, psicologi, psicologi del rischio suicidario

Aumento personale Ser.D intramurari su *standard* definiti

Risolvere il problema della carenza del personale con percorsi dedicati alla sanità penitenziaria (es. MMG in formazione, specializzandi) e indirizzare la scelta del personale su chi ha già avuto esperienze formative e collegamenti con il territorio

Preso atto della loro indiscutibile necessità e dei loro effetti benefici in termini di recupero della persona è necessario fare investimenti maggiori

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

5) Revisione del modello organizzativo di intervento sulla persona e non sulla singola malattia

Una riforma del regolamento di esecuzione del 2000 potrebbe andare in questa direzione

Opportuna una revisione in chiave *recovery*

Utilizzo della metodologia secondo Case Manager

Configurare l'assistenza socio-sanitaria alla persona detenuta tossicodipendente come una componente del complessivo trattamento individuale finalizzato alla riabilitazione

Migliorare la presa in carico multidisciplinare e prevedere figure di supporto

Creazione delle giuste sinergie tra l'azione del pubblico e del privato specializzato ed accreditato, mirante a costituire una rete di servizi la più ampia possibile

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6) Analisi degli effetti della legislazione sulle droghe sul sovraffollamento carcerario e possibili soluzioni

Una nuova legge sulle droghe ispirata a logiche di integrazione sociale e non di mera punizione

La depenalizzazione ampia e articolata di comportamenti legati all'assunzione di droghe potrebbe avere effetti positivi anche nella riduzione dei reati connessi, prioritariamente quelli contro il patrimonio

Rivedere la normativa vigente, favorendo la decostruzione di visioni stereotipate delle marginalità – anche le persone che paiono più deprivate non sono corpi inerti ma soggetti di possibilità

Stringere connessioni tra Servizi e realtà detentiva, lavorando sulla de-autoreferenzialità della questione

Migliore strategia di applicazione di misure alternative

Depenalizzazioni parziali

Rivedere la configurazione della fattispecie dell'art.73 D.P.R. 309/90, tipizzando le condotte illecite in termini tali da escludere condotte, come quella di cessione, che per la loro indeterminatezza si prestano a interpretazioni altamente discrezionali

Rivedere l'ancoramento ai parametri quantitativi fissati dai decreti ministeriali

Rivedere il sistema sanzionatorio dell'art.73 D.P.R. 309/90 nella prospettiva dell'accesso a misure alternative

Escludere dall'ambito dell'illiceità condotte esclusivamente personali

Snellimento delle procedure e maggiore utilizzo misure preventive

In generale, necessità di iniziare ad approcciare il problema delle droghe non più in modo punitivo ma sanitario e socio assistenziale

Prevedere sin da subito non la mera detenzione ma percorsi di recupero e assistenza. Il tasso di recidiva si abbatterebbe e così i costi del sistema giustizia, sanitari e sociali. Nel sistema attuale invece sarebbe necessario ampliare il più possibile l'accesso alle misure alternative e investire in quelle (come le comunità terapeutiche) che permettono l'effettivo recupero della persona. Anche in questo caso i dati dimostrano un abbassamento del tasso di recidiva tossicomana e criminale

Modifica della normativa sulle pene alternative allargando i parametri per l'ottenimento delle stesse, e sui percorsi burocratici da seguire

Implementare l'organico delle strutture

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

7) Regolamentazione dell'invio ai Ser.D e alle strutture del Privato Sociale da parte della Magistratura: appropriatezza del percorso terapeutico e individuazione di risorse dedicate

Istituzione di tavoli permanenti di lavoro tra tutti i soggetti interessati

Rivisitazione delle attuali procedure con momenti di incontro e confronto più frequenti, al fine di definire canali di comunicazione più efficaci, distinguendo tra attualità della tossicodipendenza e ritualizzazione della stessa

Importante sarebbe che la persona al primo reato fosse indirizzato verso le misure alternative e lo specifico Servizio territoriale

Utile omogeneizzazione di schemi di protocollo applicazione art 94 DPR 309/90 vedasi DGR n 166 del 08.03.2021 Regione Toscana

La soluzione è la previsione di una tempistica accelerata in cui i momenti di valutazione congiunta tengano conto dei tempi della Magistratura

Per contro la Magistratura dovrebbe valutare con maggiore celerità la documentazione relativa al progetto

Divisione ruolo clinico dei Servizi e ruolo di controllo sociale da effettuare da altri (UEPE?)

Riunione Preliminare

La condivisione dei contenuti e del metodo di lavoro



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

5.1 Il contesto dei lavori

Gli Esperti sono stati individuati per affrontare un lavoro complesso di analisi dei 7 elementi chiave, ognuno con una portata molto significativa. L'obiettivo principale è quello di portare proposte concrete al Parlamento sulla base di studi, esperienze ed evidenze raccolte, e tutto il materiale prodotto potrà essere utilizzato anche per sviluppare il prossimo piano di azione nazionale, che rappresenta un debito europeo e uno strumento fondamentale per accordare l'azione statale, le azioni ministeriali e le azioni del Dipartimento delle Politiche Antidroga con le politiche regionali.

Nella lettura delle criticità e delle possibili proposte raccolte preliminarmente alla Riunione Preparatoria, sono stati individuati due temi trasversali:

- mancanza di personale, insufficienza di dotazione di risorse materiali, a volte, anche la mancanza di spazi e agibilità per portare avanti iniziative e progetti;
- necessità di formazione tra i tanti e diversi attori che intervengono nel processo riabilitativo. Necessità di formazione comune e supervisione.

Relativamente al primo elemento chiave "Le misure di riduzione del danno in carcere" l'evidenza mostra come queste misure siano state depauperate a beneficio di misure relative ad altri comportamenti a rischio diversi dalle dipendenze, come ad esempio, il rischio suicidario e autolesionistico, cui si aggiunge il rischio di radicalizzazione religiosa. Benché previsti dai LEA, i 15 elementi di Riduzione del Danno (RdD) nelle carceri, così come proposti in Europa, non hanno avuto larga applicazione in Italia, è invece auspicabile che tali interventi vengano aggiornati e implementati.

Un'altra importante tematica viene individuata nell'accesso alle cure e nella continuità terapeutica, che si lega agli elementi chiave "Personale socio-sanitario operante in ambito penitenziario: *standard*, figure professionali" e "Revisione del modello organizzativo di intervento sulla persona e non sulla singola malattia". In questo contesto risulta mancante un modello ben definito di presa in carico e di piano terapeutico riabilitativo che sia

- individualizzato
- precoce
- multidimensionale
- integrato (tra il prima e il dopo carcere, tra il dentro e fuori carcere)

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

La realtà attuale risulta inoltre carente di alcuni strumenti, come la cartella clinica digitalizzata, e ci sono difformità sul nodo centrale della certificazione, e ci si trova a lavorare all'interno di un sistema che sostanzialmente è impoverito di risorse, soprattutto in relazione ad alcune specifiche fasce della popolazione carceraria, come i detenuti stranieri consumatori di sostanze, i quali accedono in minor misura alle opportunità riabilitative e in particolare alle misure alternative.

Fondamentale è anche la questione delle misure alternative in funzione del contrasto al sovraffollamento, che ha prodotto un'accelerazione delle concessioni senza però che queste siano accompagnate dalla dovizia di risorse per renderle fortemente qualificate. Molto spesso tali misure sono incentrate su un'unica dimensione sanitaria ma non tengono conto degli altri determinanti fondamentali di salute. Per quanto riguarda i progetti di affidamento in prova è necessario tenere al centro sia la casa che il lavoro, e considerare come la persona occupa la giornata, dà senso e scopo alla propria vita, in un'ottica olistica. Di fondamentale importanza risultano la qualificazione delle misure alternative e la definizione degli aspetti importanti che le compongono e che danno un esito di successo.

Altra questione di rilievo è quella dell'analisi degli effetti della legislazione sul sovraffollamento carcerario: un eccesso di detenzione preventiva, la scarsa applicazione del comma 5 dell'articolo 73, un rigore sanzionatorio elevato che incide sull'accesso alle misure alternative, una preclusione ostativa di reati associati alle misure detentive. Questo si configura come un lavoro di coordinazione dell'intero sistema, nel quale non devono essere presi in considerazione solo gli interventi all'interno del carcere, ma è necessario anche combinare un prima con un dopo e un dentro con il fuori. Questa azione di sistema richiede risorse importanti e necessita di una collaborazione con il privato sociale accreditato.

In conclusione, la pena, la privazione della libertà, non può essere intesa come privazione degli altri diritti della persona, tra questi in particolare il diritto alla cura. Nel percorso di cura è necessario fare affidamento a due capisaldi: le evidenze scientifiche, laddove ci siano, mentre là dove sono ancora insufficienti o non risolutive bisogna raccogliere indizi che propendano verso queste evidenze. La misura alternativa è definita per diritto ma il diritto non può essere condizionato dalla disponibilità delle risorse; purtroppo questo molto spesso avviene nelle nostre carceri e i più penalizzati sono coloro che non possono fruire di un buon patrocinio difensivo, di una buona informazione e soprattutto di una rete territoriale di sostegno.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

5.2 Le criticità rilevate

Il *brainstorming* ha permesso di identificare alcune criticità ritenute prioritarie sul tema “Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive”. Il risultato del primo giro di *brainstorming* è rappresentato nella Tabella 1.

Tabella 1. Lista delle criticità emerse
Assenza degli I.C.A.T.T. e delle Sezioni a custodia attenuata per tossicodipendenze
Con la legislatura vigente troppe persone entrano in carcere mentre potrebbero eseguire direttamente la pena nel territorio o meglio, depenalizzare molte condotte
Necessità di distinzione tra abusanti e affetti da dipendenza
Continuità della cura tra carcere e comunità, in entrata e in uscita
Coordinamento con Magistratura di sorveglianza per misure alternative
Coordinamento strutturato tra operatori e Magistratura di sorveglianza
Correlazione tra dipendenza patologica e malattia mentale
Debolezza della rete dei servizi sociali offerti dagli Enti Locali, necessari per una effettiva presa in carico integrata
Declino dei progetti di custodia attenuata a causa di perdita rapporti con il territorio
Declino dell'idea riabilitativa a vantaggio di un approccio punitivo con evidente mancanza di comunione di intenti e di condivisione delle conoscenze necessarie ad approcciare la problematica della dipendenza
Distinzione tra persone con disturbo da uso di sostanze e consumatori, rischio di strumentalizzazione delle misure alternative previste dal DPR 309/90
In generale assenza di ricerche scientifiche volte a reperire, elaborare, interpretare dati oggettivi sul fenomeno di cui ci occupiamo in modo da proporre soluzioni concretamente in grado di gestire al meglio il problema. E di proporre soluzioni di investimenti pubblici efficienti
Insufficienza degli interventi di riduzione del danno
Insufficienza della rete per l'accesso alle misure alternative tra privato accreditato servizio pubblico e magistrature di sorveglianza
Interventi settoriali in tema di presa in carico congiunta di utenti TD in misura alternativa. Mancanza di linee guida. Poca omogeneità nella collaborazione tra Uepe e Ser.D sul territorio nazionale
La diagnostica tossicologica (e alcologica) utile/necessaria per l'applicazione di appropriate misure alternative
Legge 309
Mancanza di uniformità sul territorio nazionale delle operazioni per effettuare misure alternative ex art 94bis DPR 309/90

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Tabella 1. Lista delle criticità emerse
Mancanza ed inadeguatezza delle risorse sociali per le persone dipendenti da cocaina che sono ormai la maggioranza nei servizi e compiono reati più gravi
Necessità creazione in istituto di pena di reparti ad hoc per tossicodipendenti
Povertà dei servizi per la salute in carcere, in particolare in alcuni territori, anche in relazione all'impoverimento delle risorse del SSN che si è verificato nell'ultimo decennio, in particolare per la salute mentale
Presenza operatori dipendenze in tribunale
Problematica della somministrazione dei farmaci nelle carceri e mercato dark degli stessi
Procedure e programmi integrati con i programmi di astinenza da sostanze
Quasi impossibilità per persone affette da dipendenza di accedere a misure alternativa al di fuori del DPR 309/90
Revisione delle fattispecie incriminatrici e del sistema sanzionatorio della legge 309/90
Scarsi investimenti per il problema della comorbidità
Tardività dei programmi riabilitativi rispetto all'esecuzione della pena: devono essere avviati e attivati nel corso della custodia cautelare che spesso esaurisce in gran parte la pena definitiva
Troppi detenuti, pur avendone i requisiti, non accedono alle misure alternative. In questo modo si arreca danno agli individui e alla collettività non contenendo la recidiva e compromettendo l'inclusione sociale
Necessità di trattamento psicologico integrato (non solo condotto dallo psicologo Ser.D) per tossicodipendente detenuto per reati sex offender ovvero contro la persona
Uniformità diagnostica per malattie infettive, estensione vaccinazione ultrarapida per HBV, attuazione terapia eradicante per HCV
La quasi totalità delle criticità citate sono contenute e affrontate nell'accordo in conferenza unificata del gennaio 2015
Visione olistica della persona e necessità di connessione stretta con la medicina penitenziaria

Il grado di concordanza/discordanza della collettività degli Esperti è stato valutato su ciascuna delle criticità, così da identificare un gradiente di polarizzazione che va dalle criticità sulle quali l'accordo è minore verso quelle su cui l'accordo è maggiore (0 mancanza di accordo, 3 totale accordo).

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Tabella 2. Gradiente di accordo/disaccordo sulle criticità emerse	
Criticità emerse	Livello di accordo (0-3)
Continuità della cura tra carcere e comunità, in entrata e in uscita	2.8
Coordinamento con Magistratura di sorveglianza per misure alternative	2.6
Troppi detenuti, pur avendone i requisiti, non accedono alle misure alternative. In questo modo si arreca danno agli individui e alla collettività non contenendo la recidiva e compromettendo l'inclusione sociale	2.6
Interventi settoriali in tema di presa in carico congiunta di utenti TD in misura alternativa. Mancanza di linee guida. Poca omogeneità nella collaborazione tra Uepe e Ser.D sul territorio nazionale	2.5
Mancanza di uniformità sul territorio nazionale delle operazioni per effettuare misure alternative ex art 94bis DPR 309/90	2.4
Povertà dei servizi per la salute in carcere, in particolare in alcuni territori, anche in relazione all'impoverimento delle risorse per il SSN che si è verificato nell'ultimo decennio, in particolare per la salute mentale	2.4
Tardività dei programmi riabilitativi rispetto all'esecuzione della pena: devono essere avviati e attivati nel corso della custodia cautelare che spesso esaurisce in gran parte la pena definitiva	2.4
La diagnostica tossicologica (e alcologica) utile/necessaria per l'applicazione di appropriate misure alternative	2.4
Insufficienza della rete per l'accesso alle misure alternative tra privato accreditato servizio pubblico e magistrature di sorveglianza	2.3
Distinzione tra persone con disturbo da uso di sostanze e consumatori, rischio di strumentalizzazione delle misure alternative previste dal DPR 309/90	2.3
Coordinamento strutturato tra operatori e Magistratura di sorveglianza	2.3
Debolezza della rete dei servizi sociali offerti dagli enti locali, necessaria per una effettiva presa in carico integrata	2.3
Quasi impossibilità per persone affette da dipendenza di accedere a misure alternative al di fuori del DPR 309/90	2.2
Revisione delle fattispecie incriminatrici e del sistema sanzionatorio della legge 309/90	2.2
Visione olistica della persona e necessità di connessione stretta con la medicina penitenziaria	2.2
Insufficienza degli interventi di riduzione del danno	2.1
Problematica della somministrazione dei farmaci nelle carceri e mercato dark degli stessi	2.1
Legge 309	2.1
Assenza degli I.C.A.T.T. e delle Sezioni a custodia attenuata per tossicodipendenze	2.1

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Tabella 2. Gradiente di accordo/disaccordo sulle criticità emerse	
Mancanza ed inadeguatezza delle risorse sociali per le persone dipendenti da cocaina che sono ormai la maggioranza nei servizi e compiono reati più gravi	2.1
Uniformità diagnostica per malattie infettive, estensione vaccinazione ultrarapida per HBV, attuazione terapia eradicante per HCV	2.1
Declino dell'idea riabilitativa a vantaggio di un approccio punitivo con evidente mancanza di comunione di intenti e di condivisione delle conoscenze necessarie ad approcciare la problematica della dipendenza	2.0
Correlazione tra dipendenza patologica e malattia mentale	1.9
Con la legislatura vigente troppe persone entrano in carcere mentre potrebbero eseguire direttamente la pena nel territorio o meglio, depenalizzare molte condotte	1.9
Necessità di distinzione tra abusanti e affetti da dipendenza	1.9
Procedure e programmi integrati con i programmi di astinenza da sostanze	1.8
Declino dei progetti di custodia attenuata a causa di perdita rapporti con il territorio	1.8
Necessità di trattamento psicologico integrato (non solo condotto dallo psicologo Ser.D) per tossicodipendente detenuto per reati sex offender ovvero contro la persona	1.8
Scarsi investimenti per il problema della comorbidità	1.8
Necessità creazione in istituto di pena di reparti ad hoc per tossicodipendenti	1.7
In generale assenza di ricerche scientifiche volte a reperire, elaborare, interpretare dati oggettivi sul fenomeno di cui ci occupiamo in modo da proporre soluzioni concretamente in grado di gestire al meglio il problema. E di proporre soluzioni di investimenti pubblici efficienti	1.7
Presenza operatori dipendenze in tribunale	1.5
La quasi totalità delle criticità citate sono contenute e affrontate nell'accordo in conferenza unificata del gennaio 2015	1.4

5.3 La lettura delle criticità

Allo stato attuale sono troppe le persone che entrano in carcere, mentre questa soluzione dovrebbe essere considerata come ultima ratio. Il 30% dei detenuti potrebbero continuare l'esecuzione penale all'esterno del carcere.

Un'altra criticità rilevata è relativa all'aspetto infettivologico: in un sistema in cui le persone entrano ed escono ripetutamente, la vaccinazione ultrarapida per HBV al maggior numero di detenuti e lo screening per HCV a tutti i detenuti all'ingresso in carcere e periodicamente può migliorare la situazione, così come è importante approfondire la dimensione/valutazione tossicologica/alcologica.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Inoltre, di primaria importanza il tema dell'integrazione fra i servizi psichiatrici e i Ser.D all'interno dell'Istituto nonché il collegamento con il territorio.

Un argomento che merita di essere considerato, relativo all'impianto generale del sistema penitenziario, è quello che vede buona parte delle detenzioni in custodia cautelare coprire l'intero corso della pena, benché durante la custodia cautelare i programmi di trattamento individualizzati e integrati non siano attivati allo stesso modo in cui sono attivati quando invece si parla di esecuzione della pena.

Nell'ambito del Tavolo emerge la necessità di aggiungere un'attenzione operativa per cercare di sollecitare anche i servizi alla presa in carico di persone che potrebbero usufruire delle misure alternative.

Occorre poi pensare una revisione di tutto il sistema sanzionatorio della legge, e in particolare della criminalizzazione dei comportamenti individuali di uso di sostanze stupefacenti.

Il fatto che manchi di una mappatura di ciò che accade in carcere costituisce una ulteriore criticità: a causa dell'eccessiva frammentazione non esiste infatti un patrimonio di informazioni che invece potrebbe aiutare.

Sussiste inoltre il problema della comorbidità tra tossicodipendenza e altre malattie mentali. Essendo queste persone bisognose di cure diverse e particolari, molto spesso sono destinate a comunità cui non giungono sufficienti risorse per garantire il fabbisogno necessario.

Riassumendo, le tematiche principali emerse dal confronto sono:

Necessità di intervenire sul versante legislativo;

Focalizzazione sulle misure alternative, entrano troppe persone in carcere e non sono presenti attenzione, strumenti e risorse per poter intervenire;

Continuità carcere e comunità;

Trattamento all'interno del carcere;

Insieme di elementi individuati come aspetti specifici su diversi versanti (trattamentale, riduzione del danno, prevenzione, prevenzione di altre malattie).

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive**5.4 Gli approcci alle possibili soluzioni**

Il secondo giro di brainstorming guidato, focalizzato sulla ricerca collaborativa e partecipata degli approcci alle possibili soluzioni in relazione alle criticità precedentemente individuate, è esitato nelle proposte riportate nella Tabella 3.

Tabella 3. Lista degli approcci alle possibili soluzioni relative alle criticità emerse
Aumento degli interventi di formazione del personale e di prevenzione sull'argomento riduzione del danno
Avvio dei programmi riabilitativi individualizzati e integrati nel corso della custodia cautelare, almeno dopo la sentenza di condanna di primo grado
Coordinamento permanente tra Magistratura di Sorveglianza, carcere, Uepe, Ser.T e privato sociale accreditato
Creazione a livello nazionale dei dipartimenti delle Dipendenze con strutture del pubblico e del privato sociale, slegate dalla salute mentale, dotate del personale necessario per fare le valutazioni della persona tossicodipendente, delle risorse e della motivazione, in stretto coordinamento con la medicina penitenziaria
Equipe multidisciplinare (pubblico e privato) interna alle carceri per lo screening diagnostico iniziale
Formazione specialistica di tutte le parti in causa al fine di addivenire a un linguaggio comune in grado di definire e declinare in maniera univoca la complessità del fenomeno. Aspetto propedeutico rispetto a qualsivoglia iniziativa e revisione normativa
Gli aventi diritto devono accedere alle misure: le Regioni e gli enti locali devono essere responsabilizzati e impegnati nell'individuazione delle risorse, procedure, protocolli affinché i territori possano accogliere e implementare i percorsi. Uepe, Magistratura, servizi pubblici e privati devono fare formazione congiunta
Implementazione di strumenti normativi per la piena applicazioni delle misure alternative già previste sia in attesa di giudizio che definitivi
In generale promuovere l'idea che chi prende decisioni di politica criminale deve farlo sulla base di valutazioni derivanti dall'analisi dei dati oggettivi, non meramente cercando consenso elettorale (si pensi all'esito del tentativo di riforma dell'ordinamento penitenziario 2018). Promuovere l'idea che è necessario investire le risorse pubbliche pensando non solo al breve, ma anche al medio e lungo periodo. Sensibilizzare l'opinione pubblica per renderla più consapevole del fenomeno
In merito ai nuovi utenti dei Ser.D, il 95% utilizzatori di cocaina e doppie diagnosi, per poter svolgere le misure alternative c'è bisogno di risorse più flessibili agli orari e agli impegni di questi nuovi utenti che a differenza degli utilizzatori di eroina avevano tutta la giornata a disposizione. Agendo così potremmo cercare di aumentare la ritenzione in trattamento, elemento fondamentale per il buon esito del progetto
Intervento normativo sulle misure alternative per agevolarne l'accesso attraverso concertazione tra gli attori dell'intervento che riducano al minimo la permanenza in framuraria
Necessità di valutare le azioni intraprese e gli esiti raggiunti
Presenza di una norma nazionale per uniformare gli accessi alle misure alternative art. 94 legge 309/90

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Tabella 3. Lista degli approcci alle possibili soluzioni relative alle criticità emerse
Progetti di giustizia riparativa anticipabile in momenti antecedenti al passaggio in giudicato della sentenza per proseguirlo nel trattamento nel corso della misura alternativa per evitare l'accesso al carcere e vanificarlo del tutto
Rafforzamento della collaborazione tra servizi per le dipendenze e uffici di esecuzione penale esterna a livello regionale. Istituzione di tavoli di lavoro congiunti tra Regione, Terzo Settore e uffici di esecuzione penale esterna per la presa in carico di detenuti dipendenti in misura alternativa
Rapporti sistematici con il territorio per una gestione avanzata delle politiche di riduzione del danno in carcere con l'obiettivo di una presa in carico olistica delle persone detenute evitando forme di ghettizzazione
Revisione del trattamento sanzionatorio in termini tali da restituire proporzione alle singole condotte in relazione alla loro effettiva gravità
Revisione della fattispecie incriminatrice dell'art.73 D.P.R. 309/90 in termini tali da rendere tassative le condotte punite ed evitare che comportamenti di solo uso siano soggetti alla stessa pena prevista per quelle che individuano fenomeni di spaccio
Riduzione fattispecie incriminatrici; proposta di misure alternative che abbiano un contenuto effettivamente riabilitativo per scongiurare la recidiva
Riforma legge 309
Rivisitazione dell'attuale approccio attraverso protocolli e interventi condivisi tra enti territoriali, ASL, DSM, e Ser.D per assicurare continuità nell'assistenza
Se si creano reparti - comunità in carcere si avviano percorsi virtuosi che possono costituire la premessa per la re-inclusione sociale anche, eventualmente, attraverso il passaggio in percorsi Ser.D/comunitari
Sperimentazioni di interventi di riduzione del danno in carcere ed in uscita, in vista di una stabilizzazione degli stessi
Verifica dell'obbligatorietà dell'applicazione delle leggi dello Stato e degli accordi in Conferenza Unificata da parte delle Regioni dove dovrebbero passare anche tutti questi contributi che stiamo producendo. Senza prevedibili rimaneggiamenti, in genere al ribasso

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Il personale grado di concordanza/discordanza dei partecipanti su ciascuno degli approcci individuati rispecchia il gradiente di polarizzazione mostrato in Tabella 4, che va dagli approcci sui quali l'accordo è minore verso quelli su cui l'accordo è maggiore (0 mancanza di accordo, 3 totale accordo).

Tabella 4. Gradiente di accordo/disaccordo sugli approcci alle possibili soluzioni	
Approcci alle possibili soluzioni rispetto alle criticità emerse	Livello di accordo (0-3)
Gli aventi diritto devono accedere alle misure: le Regioni e gli Enti Locali devono essere responsabilizzati e impegnati nell'individuazione delle risorse, procedure, protocolli affinché i territori possano accogliere e implementare i percorsi. Uepe, Magistratura, servizi pubblici e privati devono fare formazione congiunta	2.5
Riforma legge 309	2.4
Rafforzamento della collaborazione tra servizi per le dipendenze e uffici di esecuzione penale esterna a livello regionale. Istituzione di tavoli di lavoro congiunti tra Regione, Terzo Settore e uffici di esecuzione penale esterna per la presa in carico di detenuti dipendenti in misura alternativa	2.4
Coordinamento permanente tra Magistratura di Sorveglianza, carcere, Uepe, Ser.T e privato sociale accreditato	2.4
Implementazione di strumenti normativi per la piena applicazione delle misure alternative già previste sia in attesa di giudizio che definitivi	2.4
Riduzione fattispecie incriminatrici; proposta di misure alternative che abbiano un contenuto effettivamente riabilitativo per scongiurare la recidiva	2.3
Formazione specialistica di tutte le parti in causa al fine di addivenire a un linguaggio comune in grado di definire e declinare in maniera univoca la complessità del fenomeno. Aspetto propedeutico rispetto a qualsivoglia iniziativa e revisione normativa	2.3
Aumento degli interventi di formazione del personale e di prevenzione sull'argomento riduzione del danno	2.3
Intervento normativo sulle misure alternative per agevolarne l'accesso attraverso concertazione tra gli attori dell'intervento che riducano al minimo la permanenza inframuraria	2.2
Sperimentazioni di interventi di riduzione del danno in carcere ed in uscita, in vista di una stabilizzazione degli stessi	2.2
Presenza di una norma nazionale per uniformare gli accessi alle misure alternative art. 94 legge 309/90	2.2
Revisione della fattispecie incriminatrice dell'art.73 D.P.R. 309/90 in termini tali da rendere tassative le condotte punite ed evitare che comportamenti di solo uso siano soggetti alla stessa pena prevista per quelle che individuano fenomeni di spaccio	2.2
Avvio dei programmi riabilitativi individualizzati e integrati nel corso della custodia cautelare, almeno dopo la sentenza di condanna di primo grado	2.2
Progetti di giustizia riparativa anticipabile in momenti antecedenti al passaggio in giudicato della sentenza per proseguirlo nel trattamento nel corso della misura alternativa per evitare l'accesso al carcere e vanificarlo del tutto	2.2
Rivisitazione dell'attuale approccio attraverso protocolli e interventi condivisi tra enti territoriali, ASL, DSM, e Ser.D per assicurare continuità nell'assistenza	2.1

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Tabella 4. Gradiente di accordo/disaccordo sugli approcci alle possibili soluzioni	
Approcci alle possibili soluzioni rispetto alle criticità emerse	Livello di accordo (0-3)
Creazione a livello nazionale dei dipartimenti delle Dipendenze con strutture del pubblico e del privato sociale, slegate dalla salute mentale, dotate del personale necessario per fare le valutazioni della persona tossicodipendente, delle risorse e della motivazione, in stretto coordinamento con la medicina penitenziaria	2.1
Revisione del trattamento sanzionatorio in termini tali da restituire proporzione alle singole condotte in relazione alla loro effettiva gravità	2.1
Necessità di valutare le azioni intraprese e gli esiti raggiunti	2.1
Equipe multidisciplinare (pubblico e privato) interna alle carceri per lo screening diagnostico iniziale	2.1
In generale promuovere l'idea che chi prende decisioni di politica criminale deve farlo sulla base di valutazioni derivanti dall'analisi dei dati oggettivi, non meramente cercando consenso elettorale (si pensi all'esito del tentativo di riforma dell'ordinamento penitenziario 2018). Promuovere l'idea che è necessario investire le risorse pubbliche pensando non solo al breve, ma anche al medio e lungo periodo. Sensibilizzare l'opinione pubblica per renderla più consapevole del fenomeno	1.9
Rapporti sistematici con il territorio per una gestione avanzata delle politiche di riduzione del danno in carcere con l'obiettivo di una presa in carico olistica delle persone detenute evitando forme di ghettizzazione	1.9
Se si creano reparti - comunità in carcere si avviano percorsi virtuosi che possono costituire la premessa per la re-inclusione sociale anche, eventualmente, attraverso il passaggio in percorsi Ser.D/comunitari	1.9
Verifica dell'obbligatorietà dell'applicazione delle leggi dello Stato e degli accordi in Conferenza Unificata da parte delle Regioni dove dovrebbero passare anche tutti questi contributi che stiamo producendo. Senza prevedibili rimaneggiamenti, in genere al ribasso	1.8
In merito ai nuovi utenti dei Ser.D, il 95% utilizzatori di cocaina e doppie diagnosi, per poter svolgere le misure alternative c'è bisogno di risorse più flessibili agli orari e agli impegni di questi nuovi utenti che a differenza degli utilizzatori di eroina avevano tutta la giornata a disposizione. Agendo così potremmo cercare di aumentare la ritenzione in trattamento, elemento fondamentale per il buon esito del progetto	1.6

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

5.5 La lettura degli approcci alle possibili soluzioni

Prendendo in considerazione gli elementi aggiuntivi e la rilevanza delle proposte emerse si propone un accorpamento delle proposte su 10 temi:

- Riforma della legge;
- Misure alternative;
- Istituti di custodia attenuata, sezioni attenuate, reparti di comunità all'interno del carcere;
- RDD in carcere rispetto alle sue specificità, allargando anche a tutta la tematica dello screening delle malattie infettive;
- Trattamento olistico, individualizzato, precoce, multidimensionale, centrato sulla persona non sulla malattia, quindi la definizione di un modello;
- Coordinamento strutturale con tribunale di sorveglianza e tutto il coordinamento necessario per lavorare insieme;
- Difficoltà a livello nazionale, necessità che tutte le decisioni che emergeranno vengano condivise con Conferenza Stato-Regioni;
- Problema della formazione;
- Problema delle risorse;
- Problema della valutazione come prevedere da subito dei meccanismi di valutazione delle azioni intraprese e in ultima analisi degli esiti raggiunti. Valutazione che implica la risoluzione di due sotto-nodi: cartella digitalizzata e certificazioni.

Il lavoro successivo, per mettere a punto i documenti necessari e sviluppare la documentazione e le proposte da portare in Conferenza, dovrà essere motivato e corredato da evidenze scientifiche, tecnicamente fruibili sulle tematiche individuate.

Gli argomenti emersi ribadiscono l'importanza di un modello di trattamento che sia individualizzato, precoce, multidimensionale e integrato e che sia rilevante per l'organizzazione, il coordinamento dei diversi attori.

Relativamente alle questioni della formazione, degli *standard* di risorse necessarie e della valutazione si riporta una proposta aggiuntiva: lo strumento del Budget di salute che potrebbe essere introdotto come base per realizzare il programma terapeutico individualizzato.

Sono emersi inoltre due temi che andranno trattati come trasversali: le donne e gli stranieri, il loro relativo accesso alle opportunità di trattamento e la declinazione specifica dei trattamenti.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

5.6 Proposte operative

Sulla base degli argomenti chiave trattati su questo Tavolo, si sono organizzate tre Tavole Rotonde che hanno rappresentato i *focus* specifici di contenuto articolati in occasione del Tavolo Tecnico di ottobre (Figura 2).

Le Tavole sono state allestite in modo da rispecchiare l'articolazione proposta in apertura dei lavori dal Coordinatore: A) Giustizia penale e sovraffollamento; B) Misure di riduzione del danno e trattamenti sanitari all'interno del percorso detentivo; C) Trattamenti integrati, centralità della persona e continuità terapeutica: la definizione di un modello di intervento integrato nel rapporto carcere/territorio.

Figura 2. Tavole Rotonde e relativi argomenti chiave

Tavola rotonda A	Tavola rotonda B	Tavola rotonda C
GIUSTIZIA PENALE E SOVRAFFOLLAMENTO	MISURE DI RIDUZIONE DEL DANNO E TRATTAMENTI SANITARI ALL'INTERNO DEL PERCORSO DETENTIVO	TRATTAMENTI INTEGRATI, CENTRALITÀ DELLA PERSONA E CONTINUITÀ TERAPEUTICA: LA DEFINIZIONE DI UN MODELLO DI INTERVENTO INTEGRATO NEL RAPPORTO CARCERE/TERRITORIO
6. Analisi degli effetti della legislazione sulle droghe sul sovraffollamento carcerario e possibili soluzioni	1. Le misure di riduzione del rischio e del danno in ambito penitenziario	5. Revisione del modello organizzativo di intervento sulla persona e non sulla singola malattia.
Dott.ssa Vittoria Stefanelli, Ministero della Giustizia (Magistrato Vicario)	Dott.ssa Cinzia Brentari, Associazione internazionale Riduzione del Danno	Dott. Ugo Ceron, Comunità "Papa Giovanni XXIII"
Dott.ssa Francesca Pesce, Università di Trento	Dott.ssa Maria Carla Covelli, Ministero della Giustizia (Direzione Generale Detenuti)	Dott.ssa Cristiana Tamburrano, ASL RM 6
Dott.ssa Emilia Rossi, Collegio Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute	Dott. Felice Nava, U.O. Sanità Penitenziaria e Area Dipendenze Azienda ULSS 6 Euganea di Padova	7. Regolamentazione dell'invio ai Ser.D. e alle strutture del Privato Sociale da parte della Magistratura: appropriatezza del percorso terapeutico e individuazione di risorse dedicate.
Dott. Patrizio Gonnella, Associazione Antigone	2. Accesso alle cure e continuità terapeutica: implementazione dei farmaci sostitutivi ed evoluzione dei modelli terapeutico-riabilitativi integrati legati al carcere e valutazione degli esiti dei trattamenti	Dott.ssa Lucia Castellano, Ministero della Giustizia (Direttore Generale Esecuzione Penale)
3. Trattamento socio-sanitario dei detenuti tossicodipendenti: revisione dei funzionamenti delle custodie attenuate, evoluzione delle misure alternative e individuazione di risorse dedicate.	Dott.ssa Nerina Dirindin, Ministero della Salute	Dott.ssa Bettina Meraner, PA Bolzano
Dott. Marco Cafiero, Giurista	Dott. Roberto Ranieri, Regione Lombardia	Don Salvatore Lo Bue, "Casa del Giovane" di Bagheria
Dott. Stefano Regio, Responsabile del gruppo CNCA "Carcere e misure alternative"	Dott.ssa Anna Paola Lacatena, Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Taranto	4. Personale socio-sanitario operante in ambito penitenziario: standard, figure professionali
Dott. Valerio Cellesi, Responsabile Ser. D. Volterra Azienda USL Toscana Nord Ovest		Dott. Pietro Canuzzi, Ministero della Salute
Dott. Sandro Libianchi, Medicina Penitenziaria e delle dipendenze		Dott.ssa Fiammetta Landoni, Ministero della Salute

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Tavola Rotonda A – giustizia penale e sovraffollamento

- Analisi degli effetti della legislazione sulle droghe sul sovraffollamento carcerario e possibili soluzioni (Dr. Gonnella, Dr.ssa Pesce, Dr.ssa Rossi, Dr.ssa Stefanelli)
- Trattamento socio-sanitario dei detenuti tossicodipendenti: revisione dei funzionamenti delle custodie attenuate, evoluzione delle misure alternative e individuazione di risorse dedicate (Dr. Cafiero, Dr. Cellesi, Dr. Libianchi, Dr. Regio)

Tavola Rotonda B – misure di riduzione del danno e trattamenti sanitari all'interno del percorso detentivo

- Le misure di riduzione del rischio e del danno in ambito penitenziario (Dr.ssa Brentari, Dr.ssa Covelli)
- Accesso alle cure e continuità terapeutica: implementazione dei farmaci sostitutivi ed evoluzione dei modelli terapeutico. Riabilitativi integrati legati al carcere e valutazione degli esiti trattamentali (Dr. Ranieri, Dr.ssa Lacatena)

Tavola Rotonda C – trattamenti integrati, centralità della persona e continuità terapeutica: la definizione di un modello di intervento integrato nel rapporto carcere / territorio

- Revisione del modello organizzativo di intervento sulla persona e non sulla singola malattia (Dr. Ceron, Dr.ssa Tamburrano)
- Regolamentazione dell'invio ai Ser.D e alle strutture del privato sociale da parte della magistratura: appropriatezza del percorso terapeutico e individuazione di risorse dedicate (Dr.ssa Castellano, Don Lo Bue, Dr.ssa Meraner)
- Personale socio-sanitario operante in ambito penitenziario: *standard*, figure professionali (Dr.ssa Landoni, Dr. Canuzzi)

Tavolo Tecnico

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.1 Introduzione alla prima giornata

I lavori del Tavolo Tecnico “Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive” si sono svolti presso la Casa Circondariale di Rebibbia e hanno visto la partecipazione in presenza di alcune persone detenute per una parte delle attività, nonché la partecipazione *online* di alcuni giovani in detenzione presso l'Istituto Penale per Minorenni di Casal del Marmo.

A seguire i lavori pubblici sono stati 148 spettatori iscritti al *webinar* con la possibilità di inviare domande o commenti e altri uditori che hanno potuto seguire l'evento tramite la diretta *streaming*.

A seguito dei saluti istituzionali del Dr. Flavio Siniscalchi (Capo Dipartimento Politiche Antidroga), del Dr. Carmelo Cantone (Provveditore Regionale dell'Amministrazione della Polizia Penitenziaria - Lazio, Abruzzo e Molise) e della Dr.ssa Rosella Santoro (Direttrice della C.C. di Rebibbia) che hanno aperto i lavori, il Dr. Leopoldo Grosso, in qualità di Coordinatore del tavolo, ha introdotto le tematiche sviluppate nell'ambito del Tavolo Tecnico.

6.1.1 Introduzione del Coordinatore

Le proposte sviluppate nel contesto di questi lavori, insieme a quelle degli altri sei Tavoli Tecnici, inseguono l'obiettivo concreto di modifica della legge 309/90 e della definizione di un nuovo Piano di Azione Nazionale.

La legge 309/90 è il caposaldo della normativa sulla droga ma, essendo ormai datata, è una norma in parte superata in quanto, nel frattempo, tanto è cambiato nel mondo dell'illegalità, del narcotraffico e delle sue organizzazioni, a partire dalle rotte fino allo spaccio all'ingrosso e al dettaglio. Sostanziali cambiamenti sono avvenuti anche nel panorama del consumo, nella tipologia di sostanze consumate e nei pattern di consumo, ossia nei modelli culturali d'uso e negli stili di assunzione. D'altra parte ha visto subentrare importanti modificazioni anche il mondo dei servizi, sia pubblici sia del privato sociale, e non solo quelli dedicati alla cura e alla prevenzione. Tutti questi mutamenti si collocano in un cambiamento più generale che investe la società e gli atteggiamenti della popolazione di fronte al consumo delle sostanze psicoattive legali e illegali. L'unico aspetto che sembra rimasto invece più fermo è quello dell'attività parlamentare, che negli ultimi trenta anni non è riuscita a innovare la legislazione e, quando l'ha fatto, ha agito soprattutto sulla base di una stimolazione “extra-parlamentare”. La Corte Europea dei Diritti Umani ha infatti gettato luce sul sovraffollamento carcerario e, soprattutto, la Corte Costituzionale ha ritenuto illegittime le modalità del decreto che andava sotto il nome “Olimpiadi Torino” e che introdusse un cambiamento alla normativa le cui modalità furono poi ritenute non consone dalla Corte.

Il sintomo più vistoso di tale immobilità è il fatto che solo in questo anno 2021 si è arrivati alla realizzazione della Conferenza Nazionale, prevista per legge ogni tre anni.

*Il primo tema su cui si concentrano i lavori del Tavolo Tecnico è quello del **sovraffollamento carcerario**, sia in relazione alle sue conseguenze, che limitano gli interventi a beneficio dei detenuti precludendo alcune istanze riabilitative, sia in relazione alle sue cause, relative a ingresso e uscita dal carcere. Limitare l'ingresso in carcere significa concentrarsi sulla modifica della normativa in base alla quale le persone detenute con problemi d'uso*

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

di sostanze sono oggi ampiamente numerose. Riportando i dati della Relazione Annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze al 31 dicembre 2020, 14.148 persone, ossia il 26% delle persone detenute, hanno problemi di abuso di sostanze; per quanto riguarda i nuovi ingressi tale cifra sale al 39,9%. Si tratta pertanto di rivisitare soprattutto l'articolo 73, cercando di capire quanto sia possibile depenalizzare le condotte per quanto concerne le fattispecie che non hanno strettamente finalità di lucro.

Un'ulteriore necessità è quella di lavorare sulle **misure alternative** che possono avere un ruolo fondamentale per la deflazione dell'affollamento carcerario. Ciò può aver luogo attraverso il loro incremento, in quanto le misure alternative alla detenzione specifiche per tossicodipendenti sono recentemente diminuite e non risultano ancora sufficienti a produrre benefici sul sovraffollamento. Inoltre, è necessario qualificarle e dotarle di maggiori risorse e opportunità, rivisitare le modalità di verifica che portano poi alle revoche, ai fallimenti e alla recidiva e, infine, valutarle e monitorarle in maniera debita.

I lavori si concentrano anche sul tema della **custodia attenuata**, sugli istituti e le sezioni di custodia attenuata che hanno subito una battuta d'arresto e che, in particolare, si sono progressivamente allontanati da quelli che erano i loro intenti originari.

Un altro elemento su cui si basano i lavori del Tavolo Tecnico è quello di delineare all'interno del mondo penitenziario un **trattamento dei consumatori problematici** di sostanze psicoattive, legali e illegali. Un trattamento che dovrebbe essere precoce, integrato, che tenga conto sia della fase precedente all'attenzione sia di quella successiva considerando sia il "dentro" sia il "fuori", multidimensionale, quindi non sbilanciato solo su alcuni aspetti della dimensione sanitaria, e individualizzato.

È necessario lavorare sulle procedure e le condizioni di realizzazione dei cosiddetti PTRI, Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati, che dovrebbero essere più conformi e più omogenei in tutte le carceri d'Italia, così da ridurre le disuguaglianze e le disparità che, invece, sussistono sul territorio nazionale.

Esistono **disuguaglianze territoriali** anche per quanto riguarda le terapie agoniste e circa le diverse aperture che ci possono essere rispetto alla mediazione e alla giustizia riparativa, alle quali è necessario trovare un argine, da una parte attraverso i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e la loro applicazione, dall'altra tramite la Conferenza Stato-Regioni. Uno strumento che può risultare funzionale a questo scopo è il Budget di salute, che potrebbe rendere sostenibile la realizzazione dei piani terapeutici riabilitativi individualizzati.

Altro tema rilevante su cui sollecitare l'attenzione è l'importanza del **lavoro di rete**: il primo passo per un buon coordinamento tra le varie parti in causa riguarda i Ser.D del carcere, quelli territoriali di provenienza o di riferimento delle persone detenute, la Magistratura di sorveglianza, il Privato Sociale e il Terzo Settore che offrono opportunità e risorse per realizzare i progetti possibili. Questi inter-coordinamenti, che giocano un ruolo fondamentale, devono essere rivisitati e resi più funzionali.

Inoltre, è importante riesaminare le modalità con cui vengono attuate o meno le **misure di limitazione dei rischi e danni** all'interno del carcere. Recentemente, infatti, in carcere si è data precedenza al contenimento di altri rischi, come quello suicidario, di autolesionismo e di radicalizzazione. Le misure di riduzione del rischio e del danno sono rimaste in ombra sia per motivi culturali, che hanno portato ad alcune preclusioni, sia per motivi organizzativi, che hanno veicolato alcune disfunzioni. Esistono linee di indirizzo che provengono dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, da UNAIDS e dalla stessa Unione Europea, a cui è necessario

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

allinearsi e, per farlo, può essere funzionale avviare qualche sperimentazione che utilizzi maggiormente i farmaci salvavita e i presidi sanitari che tutelano dalla diffusione delle malattie infettive.

*Infine, è importante ricordare come il fatto che il detenuto sconti la sua pena con la privazione del diritto alla libertà non significa che debbano venire meno anche gli altri diritti di cui è portatore come persona, tra cui, in particolare, il **diritto alla salute**. L'assenza di risorse non può essere giustificativa della mancata garanzia degli altri diritti.*

*I dati amministrativi disponibili mostrano come all'interno del mondo carcerario non tutti abbiano le stesse possibilità di fruire delle opportunità. I detenuti stranieri, ad esempio, beneficiano in minor misura delle opportunità riabilitative. I dati contenuti nella Relazione Annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze, indicano che la detenzione si declina ancora poco in base alla **specificità di genere** e quindi relativamente alla condizione femminile. Una maggior attenzione è, invece, stata rivolta ai **minori** nei confronti dei quali risulta però ancora necessario potenziare gli investimenti in termini di risorse economiche e umane per fornire un'ulteriore spinta alle misure alternative, che si sono rivelate particolarmente efficaci, e all'istituto della messa alla prova, che se offre buone opportunità permette anche di raggiungere risultati importanti. Infine, è necessario garantire l'**equivalenza della cura** tra il territorio e il carcere, evitando differenziazioni.*

I principali binari entro cui si articolano i lavori del Tavolo Tecnico sono una metodologia di lavoro basata sulle evidenze scientifiche a supporto delle proposte sviluppate, e il rispetto dei diritti umani.



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Tavola Rotonda A

Giustizia penale e sovraffollamento



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.2 Tavola Rotonda A - Giustizia penale e sovraffollamento

Nel suo intervento il moderatore, Dr. Mauro Soli, descrive l'articolazione delle due giornate e introduce la prima Tavola Rotonda dal titolo "Giustizia penale e sovraffollamento" che raccoglie i seguenti interventi, riportati integralmente a seguire:

La custodia attenuata per detenuti tossicodipendenti Dr. Sandro Libianchi, Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane (Co.N.O.S.C.I.);

Proposte di cambiamento sul carcere, sul senso della pena e sull'esecuzione penale esterna Dr. Stefano Regio, CNCA;

Le proposte di Antigone Dr. Patrizio Gonnella, associazione Antigone;

Analisi degli effetti della legislazione sulle droghe sul sovraffollamento carcerario e possibili soluzioni Dr.ssa Francesca Pesce, Università di Trento;

Gli effetti sul carcere della legge sugli stupefacenti e le possibili soluzioni sul piano normativo Dr.ssa Emilia Rossi, Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà;

Stupefacenti e sovraffollamento carcerario Dr.ssa Vittoria Stefanelli, Ministero della Giustizia;

Osservazioni in tema di misure alternative per soggetti dipendenti Dr. Marco Cafiero, giurista;

Utenti detenuti affetti da disturbo da uso di sostanze legali e/o illegali e/o Gioco d'Azzardo Patologico e misure alternative Dr. Valerio Cellesi, Associazione Co.N.O.S.C.I.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.2.1 La custodia attenuata per detenuti tossicodipendenti

Sandro Libianchi

La Custodia Attenuata per persone detenute tossicodipendenti è una forma di trattamento penitenziario avanzato ove, a fronte della usuale prevista applicazione del regolamento penitenziario, si favoriscono gli interventi sanitari e specialistici per un migliore recupero della persona. L'attenuazione dell'impatto con il carcere consiste nella riduzione delle caratteristiche strutturali, funzionali e relazionali tipiche della privazione delle libertà personali del carcere. La custodia attenuata può essere realizzata in idonei reparti di istituti più grandi (SeATT) o in istituti a questa dedicati (ICATT) (ex art. 96 cc. 3 e 4, DPR 309/90).

Il tema e la proposta

Alla data attuale la dizione 'custodia attenuata', istituita nel 1988 dal DAP per i soli detenuti tossico-alcolodipendenti, ha assunto un valore più esteso prevedendone l'applicazione anche per altre fasce di persone detenute, come alcuni gruppi di donne con o senza bambini al seguito, detenuti affetti da particolari patologie, detenuti 'comuni', ecc. Ciò ha fatto perdere il carattere iniziale del progetto e la sua specificità. In una rilevazione del 2015, il DAP contava ben 21 Istituti e Sezioni a custodia attenuata maschile e femminile distribuite in 11 regioni italiane. Di queste strutture 12 erano riservate a detenuti tossicodipendenti e con una capienza di 635 posti, erano presenti 340 detenuti.

Nel D.P.R. 309/90 è più volte ribadito che la nuova proposta di un carcere non più inteso solo quale struttura repressiva e di contenimento, ma soprattutto di occasione di trattamento della persona tossicodipendente o alcolista, deve contemplare un modello peculiare e ripetibile, sia pur nei limiti delle differenze strutturali tra carceri. Una detenzione che utilizzi strutture edilizie più vivibili pur sempre nel rispetto delle norme di sicurezza, ma che possano rispondere maggiormente ai requisiti della territorialità, assolvere in modo più completo alle esigenze terapeutiche, alla formazione scolastica e professionale, alle attività ricreative, culturali, sportive e artistiche. La bassa capienza rappresenta un altro prerequisito e un'ottima risposta all'usuale sovraffollamento delle carceri, che da solo determina un rallentamento, o addirittura una precondizione fallimentare verso qualsiasi tentativo terapeutico e riabilitativo.

L'art. 96 del Testo Unico della L. 309/90 esprime il principio che vengano realizzati istituti penitenziari o reparti in istituti di maggiori dimensioni dotati di programmi cosiddetti a «custodia attenuata» che privilegino la fase terapeutico-riabilitativa rispetto a quella custodiale. In tal senso i programmi socio-riabilitativi per detenuti alcol-tossicodipendenti devono prevedere sia un'organizzazione disciplinata della vita quotidiana, sia attività che comportino un progressivo investimento delle energie in senso proattivo verso percorsi che impediscano la recidiva tossicomana e giudiziaria. Per l'avvio verso questo tipo di programmi si ritiene non rinunciabile un'azione di filtro dei pazienti che permetta di differenziare i soggetti che possono accedere subito alla custodia attenuata da quelli che necessitano di un ulteriore periodo di preparazione al programma o di altri tipi di programma socio-terapeutico.

La stessa struttura edilizia di questi istituti (o sezioni) sarà tale da rappresentare un valido supporto alle attività socio-riabilitative del tossicodipendente ed una confortevole logistica interna dovrà essere prevista per le attività ludiche, terapeutiche di gruppo e singole, lavorative e con la possibilità di disporre di opportuni spazi verdi. Trattamentale viene anche considerata la stessa «cella» (oggi: "Stanza di pernottamento") quale spazio personale del detenuto dovrà prevedere un migliorato rapporto tra superficie e occupanti.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Valorizzazione verrà data ai momenti di socializzazione, come quello del pasto con una cucina e mensa possibilmente autogestita e le sale colloquio con i familiari che contempleranno una sicurezza attenuata.

La custodia attenuata rappresenta quindi la realizzazione dell'ipotesi di una struttura penitenziaria dedicata per persone detenute alcol-tossicodipendenti, dove vi sia un particolare clima trattamentale e la presenza di équipes polispecialistiche strettamente connesse e coordinate nell'ambito delle UU.OO. di Medicina Penitenziaria.

L'ammissibilità al programma terapeutico dell'ICATT è un prerequisito fondamentale per l'inizio del trattamento e questa richiesta, assieme alla documentazione personale del detenuto (cartella clinica, dati giuridici, relazioni comportamentali, ecc.) sarà valutata per l'ammissione al programma. I detenuti alla prima esperienza carceraria saranno favoriti nella selezione.

Le precedenti esperienze di 'custodia attenuata' sul territorio nazionale costituiscono un importante punto di riferimento e di sperimentazione che dovranno essere opportunamente valorizzate.

Bibliografia

Linee Guida in materia di inclusione sociale a favore delle persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria, Ministero della Giustizia, 2008.

Manuale operativo per i professionisti dei Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) addetti all'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti – Regione Lazio, Marzo 2009.

Relazione Gruppo lavoro tavolo tematico 4 "Minorità sociale, vulnerabilità, dipendenze", Stati generale esecuzione penale, Ministero della Giustizia, febbraio 2016.

Libianchi S., Grassi A.: "L'istituto a custodia attenuata per detenuti tossicodipendenti"; Atti della prima conferenza nazionale sulla droga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli affari sociali. Palermo 24-26 giugno 1993.

Carcere e droga: linee di indirizzo per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere per persone tossicodipendenti e alcolodipendenti sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale, Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Politiche Antidroga, Roma, 2011.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.2.2 Proposte di cambiamento sul carcere, sul senso della pena e sull'esecuzione penale esterna

Stefano Regio

Emerge che nel nostro Paese l'applicazione del principio che sancisce la privazione della libertà come extrema ratio raramente trovi riscontro nella realtà, da troppo tempo ci si trova ad affrontare il problema del sovraffollamento e troppe persone sono condannate per reati minori la cui pena non dovrebbe includere la reclusione: vengono gestite con il codice penale condotte che invece dovrebbero essere gestite con interventi socio sanitari o addirittura riconducibili a legittime scelte personali e permangono in carcere persone che avrebbero i requisiti per le misure alternative.

La depenalizzazione di alcune condotte che spesso conducono al carcere semplici consumatori e non pericolosi spacciatori, la coltivazione in proprio di cannabis per uso personale, e l'effettivo accesso alle misure alternative manterrebbe i numeri sotto controllo e inciderebbero sulla qualità del lavoro del personale penitenziario, sanitario ed educativo.

La sperimentazione delle ICATT è rimasta un'azione simbolica e riservata a poche centinaia di persone a fronte di un fabbisogno nell'ordine delle migliaia, negli anni anziché consolidare e replicare il modello di trattamento messo a punto in alcune ICATT virtuose, si è assistito ad un disinvestimento che non ha consentito il mantenimento della funzione e del mandato originario. Spesso fra l'altro i regolamenti delle ICATT prevedono l'ingresso solo ai detenuti che non assumono metadone e senza sintomi di astinenza: una contraddizione in termini. Il fallimento delle ICATT è dovuto principalmente al contenuto educativo e trattamentale proposto, in quasi tutte le sperimentazioni manca l'aggancio con il territorio e con le attività produttive. Per rinforzare le ICATT e la relazione con il territorio è importante estendere la figura dell'agente di rete, ora sperimentata solo negli Istituti di pena della Regione Lombardia.

Le misure alternative nascono con l'obiettivo di far prevalere le necessità terapeutiche del condannato rispetto a quelle repressive e sono finalizzate ad ottenere un forte contenimento della recidiva nel commettere reati, troppo alta in quei detenuti che non accedono al lavoro o all'esecuzione penale esterna, molto bassa tra coloro che ne ottengono l'accesso. Questi dati qualificano queste misure come efficaci e "convenienti" sia per la collettività che per i condannati. È quindi necessario rimuovere tutti gli ostacoli che ne scoraggino la richiesta, che ne impediscano l'effettivo ottenimento e che ne rendano troppo frequente il rigetto, in particolare ai condannati sospesi che ne facciano richiesta direttamente dalla libertà. Inoltre, l'esito è positivo soltanto se nel programma è previsto l'invio in una struttura residenziale, mentre in molti casi sarebbe più appropriato un percorso territoriale.

I recenti finanziamenti erogati da Cassa delle Ammende destinati a sfidare ospiti degli istituti di pena italiani ha indotto in alcune Regioni un progressivo aumento delle strutture di housing destinate all'accoglienza di persone in esecuzione penale esterna; purtroppo le risorse non erano adeguate alle esigenze di trattamento, ma solo alla mera accoglienza abitativa.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Per rendere operative ed esigibili in tutto il territorio le proposte sopra descritte sono necessari alcuni elementi strategici: definizione di norme chiare; condivisione degli obiettivi fra istituzioni e operatori coinvolti; notevoli risorse dedicate; coinvolgimento attivo delle Regioni e degli Enti Locali. I Piani di Zona nelle diverse Regioni, dovrebbero prevedere soluzioni inerenti all'abitare, il lavoro e la rete sociale che rappresentano gli elementi più ostativi alla concessione delle misure alternative.

Altro elemento per un esito positivo del processo è relativo al personale disponibile, che deve essere adeguato e ben distribuito sul territorio. Per la gestione dell'esecuzione della pena è necessario coniugare le esigenze della custodia e della sicurezza con quelle dell'esigibilità dei diritti dei condannati, nel paradigma attuale si riscontra il frequente sbilanciamento a favore delle prime e la compromissione di obiettivi ragionevoli e legittimi. È necessario migliorare questo equilibrio predisponendo spazi e luoghi nei quali gli operatori, rappresentanti delle diverse istanze attive, possano confrontarsi alla pari: a questo scopo è necessaria una formazione e/o una supervisione trasversale e congiunta. Importante sarebbe la valutazione dell'appropriatezza ed efficacia dei processi attivati e la misurazione dell'impatto sociale che restituirebbero evidenze utili alla programmazione di servizi e risorse.

In conclusione, se il trattamento delle tossicodipendenze nell'ambito dell'esecuzione della pena non ci offre risultati di successo, allora perché non spostare l'ambito degli autori di reato tossicodipendenti dal paradigma trattamentale al paradigma riparativo? Si sposterebbe la cura dal carcere alla comunità e al territorio a cui queste persone appartengono.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.2.3 Le proposte di Antigone

Patrizio Gonnella

Per un cambio di paradigma

Sono tre le ragioni che giustificano un cambio radicale di strategia intorno alle droghe e una svolta non punitiva. La prima è una ragione etico-filosofica. Ogni scelta in materia di droghe non deve essere declinata nel senso di una regolamentazione forzata dei comportamenti individuali, qualora non lesivi di altre persone. La seconda ragione è di natura giuridico-costituzionale. Un delitto per essere considerato tale deve offendere un bene o un interesse giuridicamente rilevante, dove la rilevanza è data dal fatto di essere un bene o un interesse protetto dalle norme costituzionali. I delitti senza vittime non hanno dunque legittimità giuridica. Nel caso di buona parte delle norme penali in materia di droghe si fa fatica a individuare quale sia la vittima del comportamento tenuto. La terza ragione è di politica criminale. La lotta alla droga fatta con eserciti, polizie, carceri e stigmatizzazioni sociali non ha funzionato.

I numeri del sovraffollamento

Il sovraffollamento, causa a sua volta di diritti negati in carcere, ben sarebbe risolto nel caso ci fosse una diversa normativa sulle droghe dall'impianto non punitivo. Al 31 dicembre 2020 i detenuti per violazione dell'art. 73 del T.U. erano 12.143, quelli per violazione dell'articolo 74 T.U. ovvero per il reato associativo, erano 938 e i detenuti con entrambe le imputazioni 5.616, per un totale di 18.697 ovvero il 35% della popolazione detenuta. Se si volge lo sguardo alla persona e non al reato, i dati raccontano di come circa 1 detenuto su 4 sia tossicodipendente. Dall'altro lato nelle carceri italiane vi è ad oggi una presenza di circa 7-8 mila persone in più rispetto alla capienza regolamentare.

Il costo medio giornaliero di un detenuto è pari a 130 euro. Il costo medio di una persona in Comunità è inferiore di almeno quattro volte. I numeri ci dicono che il reato di cui all'art. 73 del Testo unico degli stupefacenti è il grande pilastro repressivo della normativa in tema di droga. Si tratta di una norma a fattispecie plurime che il legislatore del '90 ha rafforzato prevedendo ben 22 condotte vietate e sanzionate.

Le proposte: mappare, depenalizzare, decriminalizzare, ridurre le pene, regolamentare e legalizzare la coltivazione, disciplinare diversamente la vita interna al carcere

Intervenire sul corpo della legge significa, in primo luogo, conoscere. Va fatta una ricostruzione biografica su larga scala di chi è dentro per avere violato la legge sulle droghe o in quanto dipendente. L'attuale normativa viola il principio di offensività penale, nonché quelli di ragionevolezza e di proporzionalità, di recente ribaditi dalla stessa Corte Costituzionale con sentenza del 10 novembre 2016, n. 236.

Cambiare paradigma vuol dire permettere che alcune delle condotte illecite all'interno dell'art 73 siano legalizzate. Così come scritto nella proposta di legge Magi/Perantoni deve essere resa lecita la condotta di coltivazione della cannabis. La coltivazione domestica sottrarrebbe buona parte degli affari al mercato illegale della cannabis garantendo ai cittadini liberi ed incensurati di coltivare nella propria abitazione senza alcuna autorizzazione amministrativa. Circa il trattamento sanzionatorio, invece, vanno fortemente ridotte tutte le

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

pene detentive presenti nei vari commi dell'art. 73. L'accesso alle misure alternative non deve mai essere inibito. Il minimo edittale anche per le droghe pesanti deve essere ben sotto la soglia di accesso all'affidamento terapeutico. Per le droghe leggere bisogna pensare anche a diversificare il sistema delle sanzioni. Su questo punto riteniamo soddisfacente la proposta di legge Magi/Perantoni. La revisione della legge sulle droghe deve accompagnarsi a un radicale cambiamento della vita intra-muraria dei tossicodipendenti. Andrebbe modificato il regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario. Deve essere obbligo dell'amministrazione penitenziaria garantire parità di trattamento con l'esterno per le persone affette da problemi di dipendenze. Le politiche di riduzione del danno devono essere esplicitate nel regolamento. Va incentivata la presa in carico da parte di comunità e associazioni impegnate nella prevenzione e nel trattamento delle dipendenze, anche per collocazioni di tipo non residenziale. L'affidamento in prova terapeutico delle persone affette da problemi di dipendenze non avviene necessariamente in forma residenziale presso le comunità. Va rinvigorito il circuito poco usato della custodia attenuata, evitando che i tossicodipendenti siano ghettizzati in sezioni separate. Nelle sezioni a custodia attenuata la vita interna deve essere il più possibile improntata a un modello comunitario. Tali sezioni devono essere aperte al territorio circostante.

Bibliografia

Libro Bianco sulle droghe 2021

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.2.4 Analisi degli effetti della legislazione sulle droghe sul sovraffollamento carcerario e possibili soluzioni

Francesca Pesce

Procedimenti penali pendenti (al 31.12.20): 92.875 per art. 73 D.P.R. 309/1990; 4.681 per art. 74.

Segnalazioni e sanzioni amministrative ex art. 75 D.P.R. 309/1990: su 32.879 segnalazioni solo 94 sono sfociate in richieste di programma terapeutico (evidente è l'esclusività della sola finalità repressiva della norma a discapito della finalità socio sanitaria). Segnalate principalmente persone che utilizzano cannabis (77,95%); solo il 15,63% per cocaina; il 4,62% per eroina.

Sistema penitenziario: (al 30.8.21) 53.557 detenuti su capienza regolamentare di 50.867.

Il 35% per reati in violazione del D.P.R. 309/1990 di cui il 95% ex art. 73 D.P.R. 309/1990 e il 35% ex art. 74 D.P.R. 309/1990.

Soggetti tossicodipendenti detenuti in carcere = 14.148, il 26% dell'intera popolazione carceraria.

Soggetti tossicodipendenti entrati in carcere dalla libertà = 14.092 circa il 40% del totale dei nuovi ingressi.

Si tratta di un panorama allarmante, espressione dell'inefficienza della nostra strategia di "lotta alle droghe", che, a causa del suo approccio (quasi) esclusivamente repressivo, ha determinato e determina il mancato arginamento del fenomeno tossicodipendenza e criminalità, l'incapacità di tutelare effettivamente la salute dei consumatori problematici di sostanze e la produzione di ulteriori gravissimi effetti collaterali per la società, per il sistema giudiziario, per il sistema penitenziario.

La piaga del sovraffollamento carcerario deriva dalla recidiva (massimo fallimento del sistema sanzionatorio che dimostra l'incapacità della pena detentiva di assolvere alle sue funzioni) e dalla massiccia presenza in carcere di persone affette da tossicodipendenza e/o condannate per violazione dell'art. 73 del D.P.R. 309/1990.

È necessario intervenire su questo fallimentare e nocivo sistema.

Possibili soluzioni – ipotesi per ridurre il danno della norma

1. Riconoscimento/precisazione, in termini di principio generale positivizzato nella legge, che la tossicodipendenza certificata è una patologia che l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce "ad andamento cronico e recidivante" con riconoscimento di tutti le relative conseguenze che ne derivano.

2. Affermazione del principio per cui la ricaduta tossicomane non può e non deve essere un elemento posto al vaglio del Tribunale di sorveglianza per decidere sulla revoca dell'affidamento in prova in casi particolari (ex art. 94 D.P.R. 309/1990).

Diversamente si deformano la finalità e la natura della misura che da carattere socio sanitario diviene misura social preventiva.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Riconosciuto come l'affidamento in prova in casi particolari nasca con una finalità prettamente sanitaria (la cura prevale sulla sanzione), la ricaduta tossicomantica non può e non deve essere un elemento posto al vaglio del Tribunale di sorveglianza per decidere sulla revoca dello stesso.

3. Art. 73 D.P.R. 309/1990:

3.1 Eliminazione del criterio tabellare che ha determinato l'alterazione della prassi giudiziale in punto di accertamento della verità oltre ogni ragionevole dubbio e, nella sostanza, ha invertito il principio dell'onere della prova.

Postula il senso di una presunzione in peius (sia sotto soglia che sopra), crea un pregiudizio, sollecita un onere di prova contrario ai principi generali dell'ordinamento penale e altera il significato del principio dell'oltre ogni ragionevole dubbio, sminuendolo.

Il superamento della soglia è infatti certamente prevalente su tutti gli altri fattori, la norma lo sottolinea con le locuzioni "in particolare se superiori ai limiti massimi" e dunque diviene funzionale a un accertamento di reità più grossolano.

L'approccio valutativo inevitabilmente più sbrigativo che ne deriva contribuisce al sovrappopolamento delle carceri.

3.2. Introduzione per tutte le condotte tipizzate della finalità del profitto

4. Art. 75 D.P.R. 309/1990: Espunzione delle sanzioni amministrative – mantenimento del solo ammonimento

In contrasto a quanto previsto dalla decisione quadro n. 757/2004/GAI e dalla Convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illecito di stupefacenti e di sostanze psicotrope, l'art. 75 prevede delle vere e proprie misure di prevenzione o misure di sicurezza, particolarmente afflittive e incisive in termini di libertà, incompatibili con le originali finalità di cura e recupero. È opportuno che dalla norma siano espunte tutte le sanzioni amministrative e si mantenga il solo ammonimento che deve avere una finalità informativa e di invito all'avvio di percorsi di recupero (vedasi esempio l.30/2000 Portogallo)

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.2.5 Gli effetti sul carcere della legge sugli stupefacenti e le possibili soluzioni sul piano normativo

Emilia Rossi

Al 24 settembre 2021, su 53.834 persone registrate in carcere, 18.888 sono quelle a cui è contestato un reato della legge sugli stupefacenti: con la percentuale del 35,1%, i reati per droga si collocano al terzo posto, venendo dopo i reati contro il patrimonio e contro la persona.

Tra le diverse ipotesi di reato lo "spaccio" comune ha incidenza prevalente sulle presenze in carcere: al 30 giugno 2021 erano 18.177 le persone detenute per l'art.73 D.P.R. 309/90. Sul totale di 53.637 presenze la percentuale di persone detenute per spaccio si attestava intorno al 33,8%.

Il quadro degli effetti sul carcere della legislazione sulla droga adottata nel nostro Paese, anche nella forma attualmente vigente, dopo la sostanziale abrogazione della legge Fini-Giovanardi, diventa particolarmente significativo se si considerano i dati sull'entità delle pene inflitte e di quelle residue delle condanne definitive per il reato dell'art.73 D.P.R. 309/90, forniti al Garante nazionale dall'Ufficio del capo Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria.

Al 24 settembre 2021, sulle 18.888 persone detenute per droga, 12.274 sono condannate con sentenza definitiva per il reato dell'art.73 D.P.R. 309/90. I dati più significativi sull'entità della pena inflitta indicano che:

271 persone scontano in carcere una condanna inferiore a 1 anno; 1.603 persone una condanna compresa tra 1 e 3 anni; 5.801 persone una condanna compresa tra 1 e 6 anni.

Numeri che forniscono molte e rilevanti indicazioni: la maggioranza di fatti di spaccio minore, innanzitutto; l'esecuzione in carcere di pene chiaramente riferibili, per la loro entità, a fatti di lieve entità o che riguardano sostanze stupefacenti leggere; le condizioni di particolare fragilità sociale delle 271 persone condannate a una pena minima (inferiore a 1 anno) alle quali l'impianto normativo, quello giudiziario e tutti i soggetti della rete sociale, non sanno rendere una risposta che consenta di evitare il trascorrere di un tempo vuoto (nemmeno sufficiente a imbastire un trattamento risocializzante adeguato e individualizzato) all'interno del circuito detentivo.

Indicazioni rafforzate dai dati sull'entità delle pene residue che puntano il riflettore sulla carenza del sistema delle misure alternative alla detenzione in carcere: sulle 12.274 persone condannate con sentenza definitiva, al 24 settembre 2021:

2.251 sono le persone che devono ancora scontare 1 anno della pena inflitta;

7.867 complessivamente, quelle che devono ancora scontare da 1 a 4 anni della pena inflitta.

La legislazione sulle droghe incide sensibilmente sull'affollamento del carcere e tocca principalmente persone che provengono da situazioni di deprivazione, di disagio sociale, di tossicodipendenza e di ulteriori vulnerabilità.

La ricerca di soluzioni alternative alla carcerizzazione, destinate alla riabilitazione della persona anziché alla sua marginalizzazione dal contesto sociale per un tempo spesso insufficiente a dare alla detenzione il significato che la Costituzione assegna all'esecuzione di ogni pena, non è motivata soltanto da ragioni di contenimento della densità della popolazione detenuta. Come attestato anche dallo studio dell'EMCCDA sul

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

rapporto tra carcere e droga a livello europeo, il carcere è veicolo di diffusione delle droghe e aumenta la morbilità connessa agli stati di tossicodipendenza.

È necessario, pertanto, contenere l'ingresso nel circuito della detenzione e ampliare l'accesso non solo alle misure alternative alla detenzione ma anche a definizioni processuali come la messa alla prova (art. 168 bis c.p.) che connettono l'uscita dal paradigma punitivo con la realizzazione di programmi verificati di riabilitazione e di recupero, con interventi sul piano normativo diretti a:

- escludere dalla criminalizzazione comportamenti riconducibili al consumo personale, modificando il testo del comma 1 dell'art.73 D.P.R. 309/90 con la previsione esplicita della finalità di lucro per tutte le condotte punite;
- escludere l'arresto obbligatorio in flagranza previsto oggi per tutte le ipotesi dell'art.73 D.P.R. 309/90 con la sola eccezione dei fatti di lieve entità del 5° comma;
- rivedere l'impianto sanzionatorio dell'art.73 D.P.R. 309/90: tenendo distinto il calibro delle pene tra droghe pesanti e droghe leggere, ridurre i termini edittali di entrambe le ipotesi in termini da escludere del tutto l'obbligatorietà dell'arresto in flagranza, consentire almeno per le droghe leggere l'accesso alla sospensione del processo con messa alla prova, consentire la concreta possibilità di accesso ad ogni istituto di sospensione dell'ordine di esecuzione e alle misure alternative alla detenzione in carcere previste dall'Ordinamento penitenziario e dalla stessa Legge sugli stupefacenti.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.2.6 Stupefacenti - sovraffollamento carcerario

Vittoria Stefanelli

Con il presente documento cercherò di sviluppare gli argomenti già evidenziati quali “criticità” in sede di riunione preparatoria, illustrando le soluzioni prospettate, tentando di essere quanto più possibile aderente alla tematica del sottogruppo del quale faccio parte (“Analisi degli effetti della legislazione sulle droghe sul sovraffollamento carcerario e possibili soluzioni”).

Sarò estremamente schematica e sintetica nell'esposizione, dati i tempi assai ristretti per la predisposizione del presente contributo.

Gli interventi in tema di “tossicodipendenza” nell'ottica della riduzione del sovraffollamento carcerario potrebbero essere i seguenti:

a) Una rivisitazione della legislazione (D.P.R. n. 309 del 1990) con depenalizzazioni relative al settore delle cd. “droghe leggere”. Ciclicamente la problematica è stata prospettata e dibattuta in sede politica ed oggi potrebbe essere oggetto di riesame sulla scia dell'attuale disegno di legge volto alla depenalizzazione della coltivazione di piantine di cannabis.

È del tutto evidente che la riduzione delle fattispecie incriminatrici genererebbe deflazione nel circuito carcerario; tuttavia, nutro un certo scetticismo in ordine al successo di una proposta di depenalizzazione in questo momento storico.

Inoltre, in luogo della sanzione della reclusione, la fattispecie di cui all'art. 73, comma 5, D.P.R. n. 309 del 1990 (lieve entità) potrebbe essere sanzionata con lo svolgimento di lavori di pubblica utilità (su questo già vi è una previsione nell'attuale disegno di legge licenziato dalla Commissione Giustizia della Camera, che potrebbe essere ampliata).

b) Un intervento legislativo in ordine all'ambito applicativo della misura extramuraria dell'affidamento terapeutico ex art. 94 D.P.R. n. 309 del 1990, che, ove implementata, assicurerebbe una maggiore fuoriuscita dal circuito penitenziario: sarebbe opportuno che si estendesse la possibilità di accesso a detta misura a tutti i soggetti affetti da disturbo da dipendenza, sia esso un disturbo lieve ovvero moderato ovvero grave, come categorizzato dal DSM V. Oggi, una parte della giurisprudenza ritiene non applicabile l'affidamento terapeutico ai soggetti affetti da disturbo da dipendenza lieve o moderato, ritenendo che la novità scientifica apportata dal DSM V non abbia inciso sull'apparato normativo che consente di affidare terapeutamente solo il “tossicodipendente” oggi da inquadrare nella categoria del “soggetto affetto da disturbo da dipendenza grave”. L'inclusione del soggetto affetto da disturbo da dipendenza moderato o lieve, soggetto che prima del DSM V era definito “abusante” o “consumatore”, consentirebbe una riduzione della popolazione detenuta in carcere.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Entrambe le soluzioni sub a) e b) provocherebbero un effetto deflattivo sulla popolazione carceraria, con la differenza che le prime indicazioni sub a) sono a "costo zero", mentre la seconda (sub b) richiederebbe un impegno di risorse per far fronte all'esigenza di una maggiore platea di popolazione aspirante a programmi terapeutico riabilitativi.

Per quanto ho potuto personalmente constatare, una buona fetta della popolazione carceraria ha problemi di tossicodipendenza, spesso abbinati a patologie psichiatriche, con la conseguenza che non si riesce a far fronte con tempestività alla necessità di cura, nonostante gli sforzi dei Ser.D che operano all'interno degli istituti di pena.

Ebbene, sarebbe auspicabile che questa fetta di popolazione avesse accesso a reparti penitenziari specialistici, in modo da poter fruire di un trattamento differenziato analogo a quello offerto dalle comunità terapeutiche.

Se immaginassimo di depurare i penitenziari dai tossicodipendenti otterremmo la riduzione di almeno 1/3 della popolazione carceraria e, al tempo, l'attivazione di percorsi comunitari "virtuosi" in istituti specializzati. È ovvio che questa soluzione richiede l'impiego di risorse, probabilmente non disponibili; d'altra parte, appare difficile prevedere soluzioni "a costo zero" in un settore ove è in gioco la salute e la cura di persone che troppo spesso sono in condizioni di marginalità e di degrado e che delinquono proprio in ragione di dette condizioni insuperabili senza aiuti e sostegni in percorsi riabilitativi e risocializzanti.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.2.7 Osservazioni in tema di misure alternative per soggetti dipendenti

Marco Cafiero

Il paradigma riparativo nel trattamento sanzionatorio del dipendente

Per questo motivo occorre ipotizzare una correlazione tra l'istituto della Messa alla prova e le fattispecie delittuose contenute nell'art. 73 (laddove possibile) al fine di consentire l'applicazione del paradigma riparativo prevedendo la possibilità per i soggetti con problemi di dipendenza di frequentare un progetto socioriabilitativo, con i contenuti adeguati, quale forma di riparazione del sé e della relazione con la società che ne trae beneficio.

La messa alla prova ha una funzione maggiormente preventiva rispetto alle forme custodiali che coartano la volontà dell'individuo a recuperare.

È evidente che il paradigma riparativo, anche con l'opportunità della "mediazione" con la parte offesa del reato, possa estrinsecarsi attraverso la consapevolezza dei danni arrecati con il proprio comportamento. Non sempre i precorsi di recupero si avvalgono di questi strumenti.

L'aspetto sanzionatorio del DPR 309/90 richiede un'importante revisione che possa rispondere ai temi della giustizia riparativa vanificando il passaggio distruttivo del carcere. Se pure si è detto come il momento della detenzione possa rappresentare lo stimolo al cambiamento, oggi questo assunto appare del tutto privo di significato perché il contatto carcerario opera inevitabili traumi ed inficia la reale motivazione.

Più utile è utilizzare quegli strumenti che, in tempi antecedenti all'accesso alle misure alternative, possano offrire ipotesi inclusive. È da salutare con favore l'intento del Governo di consentire al giudice di prime cure la possibilità di stabilire percorsi riparativi e/o alternativi alla detenzione come sanzione.

Ciò potrebbe rappresentare una forzatura: il paradigma riparativo richiede la volontarietà e la spontaneità della richiesta da parte del reo. Per cui, senza abiurare i fondamenti riparativi, è possibile costruire un momento di ampio respiro in cui l'imputato si sente incoraggiato alla scelta riparativa ed inclusiva, dando spazio al quasi dimenticato comma 5 bis dell'art. 73 del DPR 309/90.

Le sanzioni amministrative

Vanno espresse alcune considerazioni sull'efficacia della sanzione amministrativa che, pur non intendendo criminalizzare la figura del consumatore, in realtà, lo pone di fronte ad una serie di meccanismi che lo segnano ben più di quanto possa fare un procedimento penale per detenzione ai fini di spaccio. Tale affermazione, apparentemente paradossale, è in realtà frutto di un'attenta lettura del dettato normativo e della sua concreta applicazione.

In particolare, quello che voleva rappresentare un monito ed un'offerta, ora è un messaggio che perde quel valore educativo che il legislatore del 1990 aveva inteso imprimere alla sanzione amministrativa.

Il momento sanzionatorio, attraverso strumenti alternativi, può quindi diventare un passaggio educativo importante perché si avvale di risorse sociali con forti competenze che incidono sul comportamento dell'individuo, non solo portandolo ad affrancarsi dalla dipendenza, ma anche ad allontanarsi da circuiti criminali in cui è stato coinvolto o in cui rischia di cadere.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Affidamento in prova in casi particolari

La fase esecutiva, per eccellenza, rappresenta il momento più favorevole per il recupero.

Il legislatore ha sempre avuto presente la scelta della decarcerizzazione, quanto mai attuale nel progetto governativo. È evidente che questa norma rappresenti una speciale disciplina di favore per i tossicodipendenti, ma occorre che venga estesa a tutte le forme di dipendenza, non soltanto a quella da sostanze o alcol. La norma ha, infatti, la finalità di un contemperamento tra le esigenze di cura e disintossicazione e quelle di tutela della collettività. Non dobbiamo dimenticare che le nuove dipendenze richiedono altrettanta attenzione. Occorre ampliare l'accesso alla misura dell'affidamento a tutte le dipendenze previste dai LEA anche altre forme che meritano la medesima attenzione sul piano sanzionatorio. Per cui sarebbe utile modificare il primo periodo del primo comma dell'art. 94 T.U DPR 309/90

Agli operatori sociali è utile far comprendere come si possano offrire alternative valide all'espiazione di una pena. La funzione rieducativa della pena rappresenta un principio fondamentale che però, nel tempo, non ha portato gli effetti auspicati dai padri costituenti con l'art.27 della Costituzione e dagli stessi autori della Riforma penitenziaria.

Noto come sia diventato sempre più difficile per i dipendenti detenuti in esecuzione accedere alle misure alternative per una serie di problemi:

Scarse risorse umane destinate alla presa in carico

Scarse risorse economiche per strutturare progetti residenziali/territoriali

Lentezza nella concertazione sui progetti

Mancanza di un coordinamento tra Servizio pubblico/privato/Uepe/Magistratura

Bibliografia

Grillo S., Stupefacenti: illeciti, indagini, responsabilità, sanzioni. IPSOA, 2012

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.2.8 Utenti detenuti affetti da disturbo da uso di sostanze legali e/o illegali e/o gioco d'azzardo patologico e misure alternative

Valerio Cellesi

Le persone che rientrano in questo gruppo possono essere distinte in diverse tipologie (proveniente da altro Istituto Penitenziario con terapia sostitutiva per dipendenza da oppioidi o con terapia farmacologica per alcoldipendenza; chi entra in carcere in orario d'apertura del Ser.D territoriale di appartenenza a cui è in carico e dichiara di essere in terapia sostitutiva per dipendenza da oppioidi o in terapia farmacologica per alcoldipendenza; chi entra in carcere in orario/giorni di chiusura del Ser.D territoriale a cui è in carico e dichiara di essere in terapia per dipendenza da oppioidi o in terapia farmacologica per alcoldipendenza; chi entra in carcere dalla libertà che si dichiara TD o AD e non è in carico ad alcun Ser.D del territorio). Saranno considerati alcuni altri aspetti peculiari (Handover in caso di traduzione ad altro carcere o scarcerazione; Diagnosi di Abuso/ Dipendenza; Contatti con il Ser.D territoriale del detenuto).

Schema di Protocollo per l'applicazione dell'Art. 94 del DPR 309/90 per persone detenute Tossico/Alcoldipendenti

L'estrema variabilità delle metodiche e delle prassi operative dei servizi per le dipendenze, determina la conseguenza che, a parità di situazione soggettiva del richiedente, l'esito giudiziale vari sensibilmente a seconda del Servizio competente e del Magistrato competente. I Ser.D ed i Magistrati di sorveglianza hanno da tempo rilevato gravi criticità nella procedura di concessione della misura. Si intende individuare canoni procedurali più appropriati e standardizzati, così da ridurre sensibilmente le disparità di valutazione.

Si auspica che le strutture sanitarie pubbliche o le strutture private accreditate producano documenti metodologicamente omogenei, e che la magistratura di sorveglianza si avvalga dei Servizi specialistici per acquisire le necessarie delucidazioni, anche ai fini di migliorare le modalità esecutive della misura. Il Tribunale di Sorveglianza ed i Servizi per le Dipendenze (Ser.D) ritengono che sia estremamente importante, per il procedimento dell'affidamento terapeutico, concordare interventi migliorativi nelle seguenti aree:

- 1 - modalità di certificazione stato di tossico/alcoldipendenza;
- 2 - verifica dell'attualità della dipendenza;
- 3 - valutazione del presupposto della "non strumentalità" della richiesta da parte del detenuto/paziente;
- 4 - formulazione del programma terapeutico (ambulatoriale, diurno, residenziale);
- 5 - monitoraggio dell'attuazione del programma terapeutico.

La diagnosi di tossicodipendenza comporta difficoltà legate alla legislazione vigente, alle diverse forme di dipendenza e ai differenti parametri diagnostici utilizzati dagli operatori dei Servizi. Un accertamento dell'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope che possa fondarsi soltanto su uno o più degli elementi valutativi di natura prettamente bio-medica (D.M. 12.7.1990 n. 186) appare riduttivo. Pur se ha superato la condizione di dipendenza fisica, tanto più se in ambiente controllato, il soggetto non può considerarsi ancora affrancato dalla condizione di dipendenza psichica, che richiede interventi terapeutici complessi e di lunga durata. Si auspica che i Ser.D si impegnino a tracciare l'attualità della condizione di dipendenza, anche laddove si manifesti nella sola componente psichica e che la Magistratura tenga presente come in alcuni casi sia corretto considerare l'attualità della sola condizione di dipendenza psichica e ritenere idoneo il programma predisposto per il trattamento della persona. Una tale evenienza si presenta, ad esempio, qualora la misura venga chiesta

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

dal carcere, magari dopo un significativo periodo di detenzione. In tal caso, la sola astensione dall'uso di sostanze imposta dal contingente fattore della reclusione e la conseguente assenza di evidenze che attestino l'attualità dell'assunzione di sostanze, non può essere valutata come remissione stabile dello stato di dipendenza: la presenza di elementi/sintomi - debitamente descritti - che sostengano l'attualità di una condizione di "dipendenza psichica" andrebbe assunta come parametro per accertare l'attualità della tossicodipendenza ai fini della concessione della misura.

In sede giurisdizionale si dovrebbe tener presente che, soprattutto nei casi in cui si avvia per la prima volta un programma terapeutico, esclusi i casi di evidente strumentalità della richiesta, una misura alternativa può comunque rappresentare una circostanza significativa per alimentare una spinta motivazionale ed indurre positivi cambiamenti. I Tribunali di Sorveglianza ed i Servizi per le Dipendenze sottolineano la necessità che la valutazione dell'eventuale ricaduta debba essere personalizzata e contestualizzata di caso in caso prima di una revoca della misura.

Bibliografia

Linee guida "Percorsi assistenziali per le tossicodipendenze in ambito penitenziario", Regione Toscana, 2004.

Linee Guida per la presentazione di programmi terapeutico-riabilitativi finalizzati alla concessione di misure alternative alla detenzione di persone tossico/alcolodipendenti o con uso di sostanze tale da necessitare un programma terapeutico-riabilitativo, Regione Veneto, DGR 179/2007.

Report interno Progetto speciale regionale "Rilevazione e monitoraggio dell'assistenza sanitaria a tossicodipendenti e alcolodipendenti posti in regime di restrizione della libertà personale", Regione Marche, ASUR Z. T. 11, 2010.

Regione Toscana, DGR 166 del 08.03.2021 "Approvazione dello schema di protocollo per l'applicazione dell'art. 94 DPR 309/90 nei confronti della persona tossico/alcol dipendente tra Regione Toscana, il Tribunale di Sorveglianza di Firenze, le Aziende USL della Toscana, l'Ufficio Inter distrettuale per l'Esecuzione Penale Esterna di Firenze",

Linee guida sulle procedure finalizzate alla concessione/esecuzione di misure alternative ai detenuti/condannati/liberi tossico/alcolodipendenti che necessitano di un programma terapeutico-riabilitativo, UEPE, PRAP, ASP Basilicata, 2010.

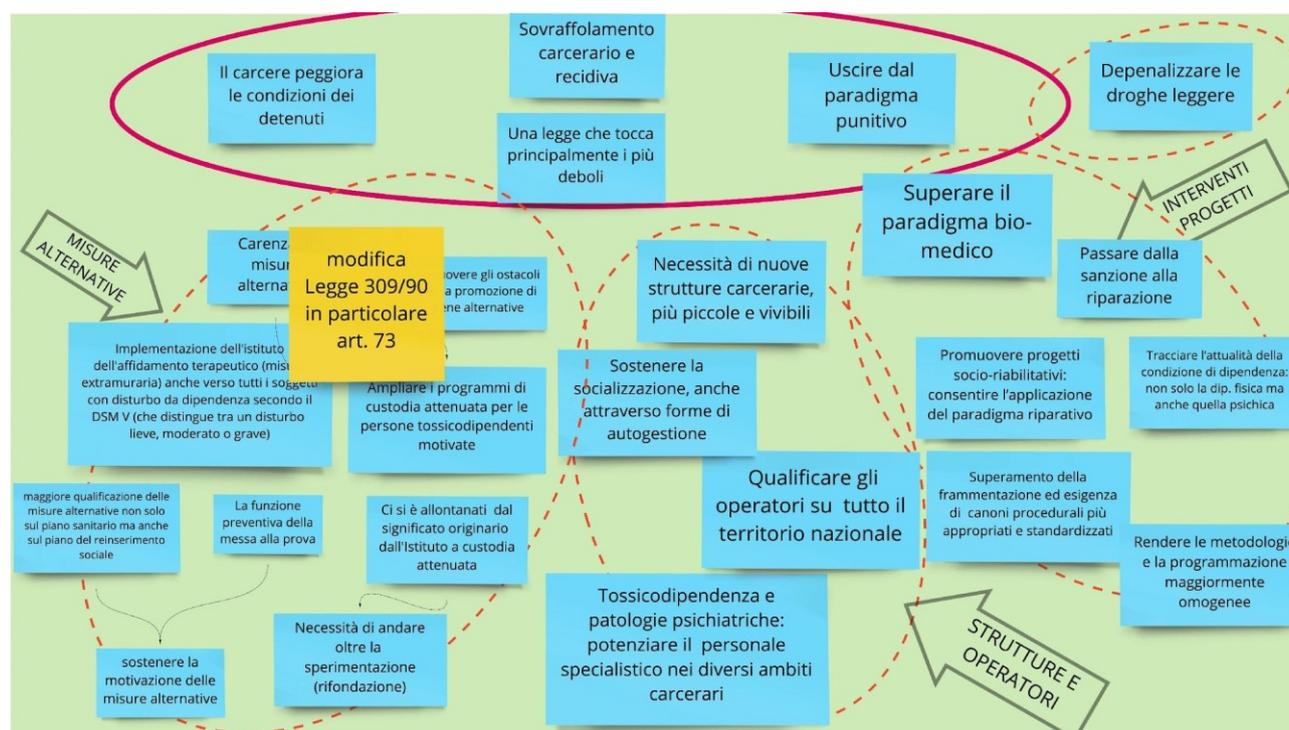
Protocollo d'intesa fra la Regione Emilia-Romagna e il Tribunale di Sorveglianza di Bologna in merito alle procedure di collaborazione nell'esecuzione penale esterna e nell'applicazione delle misure di sicurezza nei confronti di tossicodipendenti e alcolodipendenti, Regione Emilia-Romagna, DGR 771/2010.

Indirizzi operativi per la presentazione delle richieste per la attivazione di programmi terapeutico riabilitativi ai sensi del D.P.R. rivolti a detenuti tossicodipendenti, Regione Campania, DGR 620/2012.

Linee guida regionali interistituzionali per la gestione integrata dei programmi alternativi alla pena detentiva in persone alcol e tossico-dipendenti, Regione Umbria, DGR 1548/2014.

6.2.9 Sintesi Tavola Rotonda A - Giustizia penale e sovraffollamento

Alla presentazione delle relazioni strutturate relative agli ambiti della prima Tavola Rotonda, ha fatto seguito una sintesi per concetti chiave da parte del moderatore.



Alcune considerazioni di carattere generale sono emerse dagli interventi attinenti al tema del sovraffollamento carcerario:

- il carcere peggiora le condizioni dei detenuti;
- il sovraffollamento carcerario può provocare recidiva;
- la legge colpisce in modo particolare i più deboli;
- il sovraffollamento conduce a una sorta di inesigibilità dei diritti, per cui è emersa una sollecitazione alla necessità di uscire dal paradigma punitivo.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Emergono quattro macro-temi, di carattere trasversale, in cui incasellare gli elementi emersi e dare ordine alla discussione:

1- Misure alternative. Si evidenzia una carenza di misure alternative e la necessità di rimuovere gli ostacoli esistenti rispetto a promozione e ampliamento dei programmi di custodia attenuata.

Sussiste la necessità di implementare l'istituto dell'affidamento terapeutico verso tutte le persone con disturbo da dipendenza, ossia non limitatamente ai cosiddetti tossicodipendenti gravi (il DSM - 5 distingue in disturbo lieve, moderato o grave).

Si evidenziano la funzione preventiva della messa alla prova e la necessità di una maggiore qualificazione delle misure alternative che possono agire anche in senso estremamente positivo verso percorsi di inserimento e inclusione sociale. Entrambi questi elementi sottolineano l'importanza di sostenere la motivazione delle misure alternative.

Per quanto riguarda il tema dell'Istituto a custodia attenuata, sussiste la necessità di andare oltre tale misura intesa nel suo significato originario e le sperimentazioni nonché di una rifondazione e di un ripensamento complessivo della misura.

2- Strutture e operatori. Si sottolinea la necessità di nuove strutture carcerarie che siano più vivibili, attrezzate anche ad accogliere persone con progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, e in cui sia possibile garantire un'adeguata socializzazione, che coinvolga direttamente le persone detenute proponendo, inoltre, opportunità di autogestione.

Si segnala la necessità di qualificare gli operatori su tutto il territorio nazionale come elemento che agisce su un'ulteriore criticità, ossia la disuguaglianza dei trattamenti che dipende anche da un diverso grado di formazione oltre che dalle strutture. Un tema ulteriore è quello della patologia psichiatrica correlata alla tossicodipendenza, su cui è necessario potenziare le competenze del personale specialistico nei diversi ambiti carcerari, così da renderlo preparato a intervenire.

3- Interventi e Progetti. Il tema racchiude la questione del passaggio dalla sanzione alla riparazione; la promozione di progetti socio-riabilitativi, in cui sia applicato il paradigma riparativo. Emergono la necessità di tracciare l'attualità della condizione di dipendenza, ossia non solo della dipendenza fisica ma anche di quella psichica; il superamento della frammentazione e quindi l'esigenza di procedure che siano più appropriate e standardizzate a livello nazionale. Infine si pone attenzione sulle metodologie e sulla programmazione che devono essere maggiormente armonizzate.

4- Depenalizzazione delle droghe. Il tema emerso necessita un approfondimento dal punto di vista della conoscenza e da quello della riduzione delle pene.



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Tavola Rotonda B

**Misure di riduzione del danno e trattamenti sanitari all'interno
del percorso detentivo**



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.3 Tavola Rotonda B - Misure di riduzione del danno e trattamenti sanitari all'interno del percorso detentivo

Nel successivo intervento il Dr. Soli introduce la seconda Tavola Rotonda dal titolo "Misure di riduzione del danno e trattamenti sanitari all'interno del percorso detentivo" che raccoglie i seguenti interventi, riportati integralmente a seguire:

Misure di riduzione del danno in carcere Dr.ssa Cinzia Brentari, Associazione Internazionale Riduzione del Danno;

Le misure di riduzione di rischio e del danno in ambito penitenziario Dr.ssa Maria Carla Covelli, Ministero della Giustizia;

Proposte programmatiche e di revisione normativa in tema di giustizia penale per i consumatori di sostanze autori di reato Dr. Felice Nava, ULSS 6 Euganea di Padova;

Carcere, accesso alle cure e continuità terapeutica Dr.ssa Anna Paola Lacatena, ASL Taranto;

Presa in carico del tossicodipendente Dr. Roberto Ranieri, Regione Lombardia.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.3.1 Misure di riduzione del danno in carcere

Cinzia Brentari

La nuova strategia Europea sulle droghe approvata dal Consiglio dell'Unione Europea nel dicembre 2020, modifica l'impianto delle politiche europee in materia, per la prima volta mettendo al primo piano, al fianco delle politiche e degli interventi di cosiddetta "riduzione dell'offerta e della domanda" di sostanze stupefacenti, il tema degli interventi di riduzione del danno. La riduzione del danno, da insieme di interventi incardinato nella riduzione della domanda, è diventata un capitolo a sé; in questo se ne valorizza la portata politica e strategica.

Non esiste una definizione universalmente condivisa di Riduzione del Danno. Nella definizione di Harm Reduction International, organizzazione internazionale che presidia gli sviluppi globali sul tema, la riduzione del danno è "l'insieme delle politiche, dei programmi e delle pratiche che mira a minimizzare le conseguenze negative – sul piano sanitario, sociale e legale – associate al consumo di sostanze, alle politiche e alle normative relative alle sostanze."

Non solo quindi un insieme di interventi sanitari, ma un modello e un approccio con cui guardare non solo ai rischi collegati al consumo, ma anche a quelli derivanti dalla gestione delle normative e delle politiche che regolamentano l'uso di sostanze.

È un approccio incentrato sui diritti delle persone. Mira a promuovere il cambiamento, nel lavoro non giudicante con le persone che consumano sostanze. Al contrario, i consumatori sono al centro dell'attenzione e sono protagonisti nel confronto sulle scelte che si fanno sulla loro salute.

In concreto, la riduzione del danno comprende una serie di servizi socio-sanitari e di pratiche di intervento applicabili sia ai consumi di sostanze legali che illegali che spaziano – ma non si limitano a: le stanze del consumo, i programmi di scambio di siringhe e materiale sterile, l'analisi delle sostanze, gli interventi di prevenzione delle overdosi, l'informazione sul consumo sicuro e molti altri.

L'equivalenza della cura tra carcere e comunità è un principio cardine universalmente riconosciuto nella gestione delle politiche carcerarie. La privazione della libertà in detenzione non può significare il venir meno degli altri diritti della persona, compreso quello dell'accesso alla salute e quindi a interventi e cure di pari livello rispetto a quelle a disposizione dei cittadini fuori dal carcere. L'Inviato Speciale delle Nazioni Unite sui Diritti Umani, la Convenzione Europea dei Diritti Umani, le "Nelson Mandela Rules" con gli *standard* minimi dell'ONU per il trattamento delle persone detenute, tutte impongono agli Stati l'obbligo di fornire servizi sanitari adeguati all'interno delle carceri, compresi quelli di riduzione del danno.

È proprio all'interno delle mura delle carceri che spesso si concentrano fasce di popolazione con esperienza di consumo problematico di sostanze e con condizioni di salute precarie. L'Osservatorio Europeo sulle Droghe ci ricorda, in una recente pubblicazione (2021), che tra il 30% e il 75% dei consumatori problematici di sostanze in Europa hanno avuto un'esperienza di detenzione nella loro vita. I tassi di incidenza di HIV, Epatiti B e C sono esponenzialmente più alti tra i detenuti che tra la popolazione generale.

È in questo contesto che, l'assenza di interventi di riduzione del danno all'interno delle carceri risulta particolarmente grave. Il contesto carcerario in primis, dove l'istituzione è responsabile della salute dei detenuti, dovrebbe essere orientato alla riduzione dei possibili danni legati all'incarcerazione e ad un approccio

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

pragmatico rispetto ad un consumo che in carcere esiste e ad una popolazione carceraria che è in buona parte composta da persone con problemi di consumo e/o incarcerate per reati legati al consumo.

Tra i 15 interventi chiave che organizzazioni internazionali, quali l'Ufficio delle Nazioni Unite sulla Droga e il Crimine (UNODC), l'Organizzazione Mondiale della Sanità e UNAIDS, consigliano per la prevenzione del diffondersi di infezioni – legate in buona parte a consumo di sostanze e rapporti sessuali in carcere – si segnala l'assenza totale in Italia della disponibilità di preservativi, lubrificanti, scambio di siringhe e ampia disponibilità di farmaci salvavita contro le overdosi, quali il naloxone, in carcere e in uscita.

La discussione sulla possibile introduzione di queste misure nelle carceri italiane è rimasta stagnante per anni e non si è mai andato oltre qualche limitata sperimentazione – la scrivente è al corrente, ad esempio, del progetto Iride2 finanziato dal Ministero della Salute che nel 2018 ha permesso la distribuzione di kit con materiale sterile, preservativi e materiale educativi, all'uscita di alcune carceri italiane, tra cui Rebibbia.

Occorre avviare una seria sperimentazione, con un piano di valutazione e monitoraggio, che miri alla stabilizzazione degli interventi e che passi anche attraverso l'informazione, la sensibilizzazione, la formazione di detenuti operatori e decisori politici in ambito penitenziario.

Bibliografia

<https://www.hri.global/what-is-harm-reduction> https://www.emcdda.europa.eu/topics/prison_en

<https://antidroga.interno.gov.it/d-p-a-relazione-annuale-al-parlamento-sul-fenomeno-delle-tossicodipendenze-in-italia-anno-2021-dati-2020/>

https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/2006330_HIV_update_eBook.pdf

<https://www.hri.global/contents/2134>

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.3.2 Le misure di riduzione di rischio e del danno in ambito penitenziario

Maria Carla Covelli

La popolazione detenuta in Italia è costituita da circa 1/3 di soggetti ristretti per reati droga-correlati (35% dei presenti), prevalentemente per la fattispecie contemplata dall'art.73 del DPR n.309/90, il 36% dei quali stranieri, dato che si mantiene costante da oltre 20 anni.

Le misure di riduzione di rischio e del danno realizzate sul territorio richiedono di essere contestualizzate al fine di renderle aderenti allo specifico ambito penitenziario.

L'Ufficio III Servizi Sanitari della DGDT del DAP ha da sempre favorito, spesso in collaborazione con altri Uffici e Direzioni Generali del DAP, iniziative progettuali presentate da Enti, Università, Società Scientifiche, ONG delle quali si riconosceva il valore innovativo e la concreta prospettiva di acquisizione di buone prassi condivise nell'ambito della riduzione del danno e della limitazione dei rischi correlati alla dipendenza.

Tale prospettiva non è mutata con il passaggio delle competenze dall'Amministrazione Penitenziaria alle Regioni.

È cresciuta la consapevolezza delle responsabilità delle Regioni e delle AASSLL anche in questo campo; sono quindi mutati gli scenari ed i ruoli dei vari attori coinvolti e le modalità di finanziamento. È stata confermata la bontà di un modello che, vista la complessità e la multifattorialità di un contesto unico come quello penitenziario, deve basarsi sul lavoro in team in cui le professionalità e le competenze dei singoli servizi si declinino attraverso un ordito armonico che è possibile cogliere anche nella pratica operativa quotidiana negli istituti penitenziari.

La tossicodipendenza può essere correlata in particolare a due tipi di patologie: infettiva (HIV, HCV, HBV) e psichiatrica.

Attualmente maggiore impegno è rivolto all'eradicazione dell'HCV all'interno delle strutture penitenziarie attraverso campagne di screening e la successiva proposta terapeutica basata su antivirali ad azione diretta di facile impiego anche nelle carceri. È parimenti presente e consolidata negli istituti penitenziari italiani la distribuzione di farmaci sostitutivi, mentre la vigente normativa vieta la SEP (*Syringe Exchange Program*, scambio di siringhe) e la distribuzione di condom.

Con riferimento alla patologia psichiatrica correlata alla TD, cd. doppia diagnosi, risulta diffusa tra i tossicodipendenti la diagnosi di disturbo di personalità che richiede progetti terapeutici individualizzati. La presenza delle citate comorbidità è stata da diversi anni oggetto di studi, ricerche e interventi specifici e strutturati, anche di carattere normativo che hanno consentito di contrastarne la diffusione nelle carceri (in alcuni casi con molta efficacia come per l'HIV).

Di particolare interesse negli anni sono stati gli interventi basati su progetti che hanno utilizzato gli strumenti del *focus group* tra detenuti, personale sanitario e penitenziario nonché del contributo dei cd. *peer-educator*. Detta integrazione professionale prevista anche dal DPR 309/90 dovrebbe essere favorita anche rispetto agli interlocutori esterni al carcere attraverso la stipula di apposite convenzioni.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Sul fronte del disagio psichico, presupposto su cui si ritiene debba incardinarsi tutta l'attività è la presa in carico comune da parte degli attori coinvolti: AP e AASSLL con i loro Dipartimenti (Dipendenze, Prevenzione, Salute Mentale); la realizzazione di specifici PTRP (Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato) che includano un forte collegamento con gli Enti ed i servizi esterni, in grado di assicurare anche continuità nell'assistenza dopo la dimissione dal carcere.

In diverse sedi tale obiettivo è già stato incluso nei PDTA (Percorsi diagnostico terapeutici) per la prevenzione delle condotte autolesive e nei PLP (Piani Locali di Prevenzione).

Tra le azioni di contrasto alle dipendenze in carcere, particolare rilievo assume la prevenzione delle intossicazioni acute tra i detenuti da oppiacei sostitutivi attraverso l'adozione di linee guida condivise sulla tipologia dei farmaci sostitutivi e sulle procedure da seguire durante la somministrazione.

Sul fronte del contrasto alla diffusione degli stupefacenti in carcere sono attivi servizi di verifica sia in entrata (controllo delle persone, dei visitatori e dei pacchi) che negli Istituti, anche con l'ausilio di unità cinofile della Polizia Penitenziaria di cui si auspica l'implementazione.

Opportuni si rivelano interventi di formazione/informazione nei confronti dei detenuti a cura di specialisti e di *peer-educator* nonché la predisposizione di materiale informativo, atteso il rischio per la salute o per la vita connesso all'assunzione di stupefacenti ovvero di farmaci sostitutivi; fondamentale anche la formazione e l'aggiornamento continuo del personale penitenziario.

Ciascuno dei temi trattati deve essere modulato sulla cultura del territorio in cui si cala, considerando la composizione della popolazione detenuta, sia dal punto di vista etnico che di genere e di età.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.3.3 Proposte programmatiche e di revisione normativa in tema di giustizia penale per i consumatori di sostanze autori di reato

Felice Nava

Tema 1: Facilitare accesso alle misure alternative.

Criticità:

Definizione dei criteri per la certificazione di TD (criterio attualità?), complessità del percorso di concessione delle misure alternative come previste dall'art. 89, 90, 94.

Proposta programmatica:

Includere nei criteri della certificazione gli elementi nosografici attuali contenuti nell'ICD-10 e/o DSM 5; Strutturare accordi e protocolli (fra ASL, UEPE, Magistratura di sorveglianza..).

Proposta normativa:

Rivedere DM 12/07/90 n. 186 per certificazione; Rivedere art. 89, 90, 94 DPR 309/90 per semplificare iter di concessione delle misure alternative; Revisione dei criteri sanzionatori penali art 73 e 75 DPR 309/90 specie in riferimento al consumo di cannabis.

Tema 2: Implementare azioni di riduzione del danno.

Criticità:

Mancata applicazione delle azioni di riduzione del danno all'interno delle carceri per motivi culturali, organizzativi e gestionali.

Proposta programmatica:

Includere le azioni di riduzione del danno come indicati dall'OMS nei programmi trattamentali dell'Amministrazione penitenziaria (offerta nei regolamenti di Istituto e nella carta dei servizi) e negli interventi sanitari (sviluppo linee guida, PDTA).

Proposta normativa:

Inserire nell'art. 11 dell'O.P. le azioni di riduzione del danno come specifica azione di natura sanitaria a tutela del diritto alla salute del detenuto.

Tema 3: Implementazione dell'uso della terapia agonista all'interno delle carceri.

Criticità: Pochi trattamenti, breve termine, bassi dosaggi.

Proposta programmatica:

Sviluppare specifiche linee di indirizzo e PDTA per l'uso delle terapie agoniste e del controllo del misuse e della diversione; Promuovere cultura e azioni di formazione sui trattamenti per le dipendenze secondo i principi di *evidence based* medicine sia per il personale sanitario che penitenziario (gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure).

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Proposta normativa:

Revisione dei criteri delle infrazioni disciplinare secondo l'O.P. in riferimento a eventuali comportamenti di misuso e diversione da parte delle persone detenute in terapia agonista.

Tema n. 4: Continuità delle cure.

Criticità:

Ridotto *troughcare* per mancato collegamento con il territorio.

Proposta programmatica:

Sviluppare sul territorio per la popolazione vulnerabile, specie se senza fissa dimora fra cui le persone "scarcerate" unità mobili di prossimità in grado di assicurare la continuità terapeutica per le terapie agoniste e il trattamento delle patologie correlate e le azioni di riduzione del danno.

Proposta programmatica:

Inserire i percorsi di continuità terapeutica negli atti programmatici del Ministero della Salute (es. Patto della salute) e delle Regioni (linee di indirizzo della Conferenza e specifici accordi Stato-Regione), compreso loro inclusione negli strumenti programmatici locali come i Piani di Zona.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.3.4 Carcere, accesso alle cure e continuità terapeutica

Anna Paola Lacatena

I dati sulla popolazione carceraria tossicodipendente in aumento costante da oltre cinque anni, ci spingono a interrogarci su quanto il carcere rappresenti rispetto alla recidività e alla cura della dipendenza patologica.

La riforma della sanità penitenziaria del 2008, oltre a determinare significative differenze organizzative su tutto il territorio nazionale, ha evidenziato numerose – alcune vistose – criticità sintetizzabili in:

- scarsa consapevolezza della specificità del lavoro sanitario con i detenuti tossicodipendenti (linguaggio, semiotica, senso) all'interno del carcere;
- interferenza del personale carcerario su questioni spettanti a specialisti della salute, sia pur da intendersi in chiave sistemica;
- imprescindibilità della supervisione tecnica esterna per i gruppi che lavorano a più stretto contatto con il detenuto tossicodipendente;
- le istanze securitarie spesso confliggono con le esigenze di cura, fino ad inficiarle (timore di "diversione" dei farmaci somministrati ecc.);
- l'individuazione e la diagnosi dello stato di tossicodipendenza appare ancora troppo legata ad aspetti biomedici e molto meno alle pur necessarie valutazioni psico-socio-educative;
- l'azione di osservazione e sostegno nel primo periodo della detenzione, nel corso della stessa e a conclusione della carcerazione (e della pena più in generale) risultano spesso prive di concertazione, nonostante non sia pensabile un'idea di cura a compartimenti stagni e per la sola durata della detenzione a fronte di una malattia cronica e recidivante;
- assenza di specifiche iniziative di risposta al *craving* che potrebbe presentarsi anche dopo lunghi periodi di astensione dall'uso di sostanze e per il quale la soppressione della libertà rappresenta già un vero e proprio trigger;
- coabitazione tra detenuti tossicodipendenti e restante popolazione carceraria. Sarebbe opportuna una separazione o la custodia anche al fine di evitare misuse e diversione del/i farmaco/i;
- considerare l'invio in Comunità Terapeutica come un'alternativa al carcere, incoraggiata ad oltranza da chi opera all'interno dello stesso. Le valutazioni a tal proposito devono essere effettuate dalle equipe Ser.D competenti - che peraltro devono fare i conti con il budget a disposizione delle Aziende Sanitarie Locali – dai referenti delle Comunità Terapeutiche e dalla persona. Spesso l'invio viene effettuato dal Magistrato senza occasioni di confronto con i curanti o sollecitato dai referenti dell'istituto ospitante – soprattutto rispetto a detenuti di difficile gestione;
- l'assenza, praticamente in tutti i Tavoli, di riferimenti alla detenzione della donna tossicodipendente evidenzia da una parte la mancanza di attenzione istituzionale in merito e dall'altra la necessità di una decisa inversione di tendenza: la tossicodipendenza da condizione criminogena, per ciò che riguarda la donna dovremmo pensarla come non meno vittimogena.

Proposte:

- formazione specialistica per gli attori in campo, compresi i detenuti;
- supervisione tecnica esterna;
- immediata presa in carico e sostegno multidimensionale (sanitario-clinico e psico-socio-educativo) da parte dell'equipe Ser.D intramurario tale da favorire la cura di sé e i percorsi di screening sulle possibili patologie alcol e droga correlati;

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

- diagnosi consumatore/dipendente con proposta della misura alternativa direttamente da realtà possibilmente intermedie (mondo della giustizia/mondo della salute) istituite ad hoc. Valutazione non solo sulla scorta di strumenti bio-medici e monitoraggio psico-socio-educativo all'ingresso, durante il percorso e all'uscita dallo stesso;
- Evitamento del carcere al primo reato con indirizzo alle misure alternative sia pur con percorsi e modalità differenti tra consumatore e dipendente;
- (Almeno) spazi dedicati dove non è possibile la custodia attenuata e in mancanza di misure alternative alla detenzione;
- Continuità del trattamento in carcere e protocollo dimittendi personalizzati a cura dell'equipe Ser.D (intra e extra muraria) perché la fine della detenzione (e della pena) non dovrebbe essere la fine dell'interesse per la salute della persona;
- Maggiore attenzione nei confronti delle donne tossicodipendenti detenute per le quali il carcere rappresenta, per ragioni socio-culturali, un ulteriore stigma e l'impossibilità di rispondere a due dei pochi ruoli che le vengono riconosciuti all'esterno: figlia (assistenza ai propri genitori) e, in presenza di prole, madre;
- Personale dedicato in maniera esclusiva il che suggerisce non solo la revisione di alcuni dettati normativi ma il potenziamento dei Ser.D e del Privato Sociale.

La crescente aspettativa di regolamentazione (accordi di programma, protocolli, *standard* procedurali) può accrescere l'ambiguità nella pretesa di eliminarla una volta per tutte così come l'assenza di ogni dubbio può appartenere al mondo delle procedure e della detenzione non certo a quello della salute, dove la mancanza di assoluti dovrebbe rappresentare l'alimento quotidiano.

Bibliografia

- Bertelli B. (2011), L'influenza delle norme e delle sanzioni sui fenomeni di consumo e di dipendenza da droga, in "Rivista di criminologia, vittimologia e sicurezza", 2, pp. 50-60.
- Fox et al. (2015). Release from incarceration, relapse to opioid use and the potential for buprenorphine maintenance treatment: a qualitative study of the perceptions of former inmates with opioid use disorder. *Addict Sc. Cl. Practit.* ; 10:2
- Leonardi F. (2007), Le misure alternative alla detenzione tra reinserimento sociale e abbattimento della recidiva, in "Rassegna penitenziaria e criminologica", 2, pp. 7-26.
- Lexicon of alcohol and drug terms: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544686.pdf> e nella pagina Oms dedicata all'argomento: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/
- Maradiaga et al. (2016). "I Kicked the Hard Way. I Got Incarcerated." Withdrawal from Methadone During Incarceration and Subsequent Aversion to Medication Assisted Treatments. *J Subst. Abuse Treatment* 2016 Mar 62: 49-54
- Rich et al (2015). Methadone continuation versus forced withdrawal on incarceration in a combined US prison and jail: a randomised, open-label trial. *Lancet*; 386 (9991): 350-9
- Tagliamonte A. e Meloni D., Le basi biologiche della tossicodipendenza, <http://www.sims.it/tagliam.htm>

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.3.5 Presa in carico del tossicodipendente

Roberto Ranieri

Criticità rilevate nella Relazione al parlamento 2021

1. Ridotta disponibilità trattamentale
2. Aumento dell'età media degli utenti
3. Insufficiente raccolta di dati relativi alle nuove droghe

Possibili soluzioni:

1. Implementazione Centri Diurni (si allega DGR 1987 Regione Lombardia)
2. Presa in carico globale
3. Ampliare anamnesi/diagnosi tossicologica e prevedere presa in carico, percorsi/certificazioni diversificate per questo tipo di utenti

-Da DGR 4716 Regione Lombardia 13 gennaio 2016 Rete Regionale dei Servizi Penitenziari

L'assistenza ai soggetti affetti da dipendenze patologiche deve essere garantita, all'interno delle strutture penitenziarie, dai Servizi per le Dipendenze afferenti alle Aziende Sanitarie

Tra il presidio di medicina penitenziaria, il servizio dipendenze e gli istituti penitenziari dovranno essere stipulati specifici protocolli atti ad assicurare: collaborazione nella presa in carico globale del soggetto; la definizione di protocolli di intervento nei casi di doppia diagnosi; il raccordo con i servizi territoriali presso i quali il detenuto risulti essere stato preso in carico o presso i quali indirizzarlo in previsione della dimissione; la condivisione di specifici protocolli terapeutici; la registrazione nel diario clinico anche degli interventi dei servizi per le dipendenze; il tempestivo intervento nei casi di crisi d'astinenza all'ingresso; la somministrazione di terapie sostitutive.

Criticità

1. Limitazioni nella presa in carico. Sarebbe indicata una presa in carico globale della salute del detenuto tossicodipendente, in particolare per quanto riguarda il rischio infettivo, cardiovascolare, pneumologico (fumo-BPCO);
2. La definizione di protocolli per la presa in carico della doppia diagnosi;
3. Il raccordo con il territorio: difficile presa in carico di detenuti stranieri al momento del rilascio. La soluzione indicata sarebbe che la presa in carico del detenuto tossicodipendente da parte dei servizi territoriali iniziasse PRIMA del rilascio
4. La insufficiente integrazione nella cartella clinica tra le annotazioni dei servizi Ser.D e il diario clinico. Una possibile soluzione sarebbe l'adozione di una cartella informatizzata integrata in tutti gli Istituti.
5. La insufficiente presa in atto del frequente utilizzo di sostanze diverse dalle classiche certificabili (es. MDMA, ketamina, ecc...) che generano spesso sintomi catalogati come psichiatrici, portando ad una sopravvalutazione di tali diagnosi.
6. L'insufficienza degli interventi formativi del personale sanitario e non e dei detenuti stessi (es. riduzione del danno).

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

LR Regione Lombardia 14/23

1. È costituita presso ogni Agenzia di tutela della salute (ATS) la Rete Diffusa Dipendenze (ReDiDi)
2. Partecipano alla ReDiDi: a) le Aziende Socio-Sanitarie territoriali (ASST) b) gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) c) l'Agenzia regionale emergenza urgenza (AREU) d) le organizzazioni di settore, pubbliche e private accreditate e) le rappresentanze dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei medici di continuità assistenziale f) i servizi sociali dei comuni g) gli Uffici scolastici territoriali.

Il Sistema di cura regionale lombardo per le dipendenze patologiche è strutturato secondo tre aree di intervento a) Area I: azioni di prevenzione, b) Area II: diagnosi e cura; c) Area III: riabilitazione e reinserimento familiare, formativo e socio-lavorativo; programmi di trattamento per il completo recupero sociale e lavorativo dell'individuo.

1. La Regione istituisce, presso la Direzione generale Welfare, il Coordinamento di Prevenzione e Presa in Carico rivolto ai minori e alle loro famiglie ai fini di garantire la presa in carico, il trattamento e la riabilitazione dei minori con particolare attenzione all'area penale minorile, agli adolescenti, ai minori in carico ai servizi sociali, alla neuropsichiatria infantile e all'area della formazione professionale;
2. Ciascuna ATS, organizza il sistema nel territorio di sua competenza;
3. L'intervento a favore di minori e giovani adulti si avvale anche dei servizi di prevenzione, di riduzione del danno e di limitazione dei rischi.

Dipendenze e misure giudiziarie

1. La Regione, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, istituisce un tavolo di lavoro al quale sono invitati gli enti istituzionali giudiziari individuati gli ordini delle professioni sanitarie e sociali, l'Ordine degli avvocati e le rappresentanze delle Organizzazioni del Sistema Salute Mentale e Dipendenze e della Medicina Penitenziaria e una rappresentanza delle associazioni di categoria del privato sociale accreditato nell'ambito delle dipendenze che accolgono detenuti.

Valorizzazione del ruolo del Terzo Settore e del volontariato

La Regione promuove la partecipazione degli enti del Terzo Settore ai progetti di prevenzione, ai programmi di cura e di reinserimento sociale.

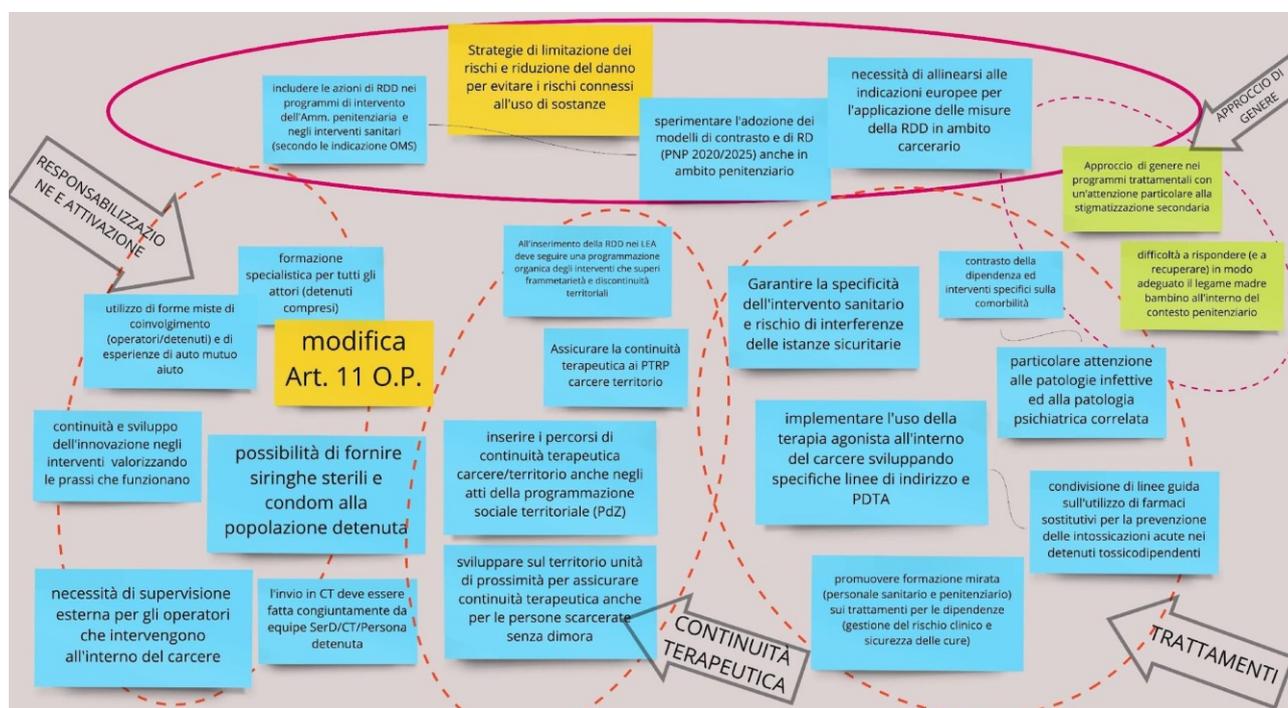
Bibliografia

- Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia 2021
- EDMCCA Prison and Drugs in Europe 2021
- DGR 1987 Regione Lombardia del 23/07/2019
- DGR 4716 Regione Lombardia 13 gennaio 2016 Rete Regionale dei Servizi Penitenziari
- Protocollo doppia diagnosi ASST Santi Paolo Carlo dicembre 2018
- Legge Regionale 14 dicembre 2020, n. 23 Nuovo sistema di intervento sulle dipendenze patologiche (BURL n. 51 suppl del 16 Dicembre 2020 urn:nir:regione.lombardia:legge:2020-12-14;23
- J Viral Hepat. 2020;00:1–11. Ranieri et al. HCV micro-elimination in two prisons in Milan, Italy: A model of care

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.3.6 Sintesi Tavola Rotonda B - Misure di riduzione del danno e trattamenti sanitari all'interno del percorso detentivo

La presentazione delle relazioni strutturate relative agli ambiti della seconda Tavola Rotonda, è stata seguita dalla seguente sintesi per concetti chiave.



Per quanto riguarda il tema della riduzione del danno e dei trattamenti sanitari all'interno del percorso detentivo si identificano quattro elementi trasversali attinenti a diversi interventi:

- includere azioni di riduzione del rischio e del danno nei programmi di intervento dell'Amministrazione Penitenziaria e negli interventi sanitari (secondo le indicazioni dell'OMS);
- implementare le strategie di limitazione dei rischi e del danno per evitare i rischi connessi all'uso di sostanze;
- sperimentare l'adozione dei modelli di contrasto e di riduzione del danno così come suggerisce il Piano Nazionale di Prevenzione anche in ambito penitenziario;
- allinearsi alle indicazioni europee per l'applicazione delle misure di riduzione del rischio e del danno in ambito carcerario.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Quattro macro-temi sono individuati per questa Tavola Rotonda al fine di raccogliere gli interventi emersi:

1. Responsabilizzazione e attivazione. Coinvolgimento diretto dei detenuti e degli altri attori, tra cui tutti gli operatori dell'ambito carcerario per gli interventi di riduzione del danno, con forme miste di coinvolgimento e di esperienze di auto mutuo aiuto e con una formazione specifica.

Emerge l'importanza di favorire la continuità e lo sviluppo dell'innovazione introdotta, valorizzando le buone prassi che devono poter essere replicate anche in altri ambiti. Un ulteriore tema è quello della supervisione esterna per gli operatori, ossia un supporto anche di natura tecnica, finalizzato a migliorare la capacità di operare e di realizzare interventi strutturati all'interno dei programmi terapeutici riabilitativi. Inoltre, l'inserimento in comunità dovrebbe essere realizzato in modo congiunto tra gli operatori dei servizi, quelli delle comunità e con il coinvolgimento attivo della persona detenuta.

2. Continuità terapeutica. L'elemento cardine di molti interventi è il tema della continuità terapeutica all'interno dell'elaborazione dei progetti terapeutico-riabilitativi, che deve realizzarsi, in particolare, tra carcere e territorio. È evidente l'importanza di inserire questo tipo di interventi all'interno degli atti della programmazione sanitaria e sociale, così come nei Piani di Zona a livello territoriale.

Inoltre, è stata sottolineata l'importanza di sviluppare, all'interno di queste progettualità e questi interventi, delle unità di prossimità, ossia unità di strada che intervengono sulla popolazione carceraria in uscita e, in particolare, sulle persone senza dimora, affinché sia loro assicurata una continuità terapeutica, ad esempio attraverso la possibilità di fornire kit con siringhe sterili e preservativi.

3. Trattamenti. Si evidenzia la necessità di garantire la specificità dell'intervento sanitario, che può essere esposto a interferenze delle istanze securitarie, che a volte prevalgono; il contrasto della dipendenza con interventi specifici sulla comorbidità, ossia dedicare particolare attenzione da un lato alle patologie infettive e dall'altro alle patologie psichiatriche correlate. Emerge inoltre la necessità di implementare l'uso della terapia agonista anche all'interno del carcere, attraverso lo sviluppo di specifiche linee di indirizzo e di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) che siano condivisi a livello regionale e nazionale, nonché di condividere linee guida sull'utilizzo dei farmaci sostitutivi per la prevenzione di intossicazioni acute. Al fine di realizzare tutto ciò, la formazione rimane lo strumento essenziale e deve coinvolgere tutto il personale e, in parte, anche le persone detenute.

In questo macro-tema si include anche la possibilità di fornire siringhe sterili e condom alla popolazione detenuta.

4. Approccio di genere. Questo macro-tema riguarda in generale la popolazione carceraria femminile, in quanto soggetta a una stigmatizzazione secondaria e a una serie di problemi ulteriori che ne derivano, come ad esempio la difficoltà di rispondere in maniera adeguata al recupero del rapporto con i figli o con i genitori.



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Tavola Rotonda C

Trattamenti integrati, centralità della persona e continuità terapeutica: la definizione di un modello di intervento integrato nel rapporto carcere-territorio



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.4 Tavola Rotonda C - Trattamenti integrati, centralità della persona e continuità terapeutica: la definizione di un modello di intervento integrato nel rapporto carcere-territorio

L'ultima Tavola Rotonda introdotta dal moderatore è quella dal titolo "Trattamenti integrati, centralità della persona e continuità terapeutica: la definizione di un modello di intervento integrato nel rapporto carcere-territorio" che raccoglie i seguenti interventi, riportati integralmente a seguire:

Tossicodipendenza e carcere: modello integrato di presa in carico e percorsi di riabilitazione Dr. Ugo Ceron, Comunità Papa Giovanni XXIII;

Misure alternative e cautelari Dr.ssa Cristiana Tamburrano, ASL Roma 6;

Trattamento socio-sanitario di persone tossicodipendenti in carico agli uffici di esecuzione penale esterna Dr.ssa Lucia Castellano, Ministero della Giustizia;

Presa in carico globale dell'utente: continuità della terapia farmacologica tra carcere e comunità Don Salvatore Lo Bue, Casa del Giovane Bagheria;

Misure alternative ex art. 90 e art. 94 DPR 309/90: il punto di vista dei Servizi Dr.ssa Bettina Meraner, PA Bolzano.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.4.1 Tossicodipendenza e carcere: modello integrato di presa in carico e percorsi di riabilitazione

Ugo Ceron

Il Testo Unico sugli stupefacenti, DPR 309/90 all'art. 96 infatti ci ricorda che chi si trova in stato di custodia cautelare o di espiazione di pena per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza ha diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria all'interno degli istituti carcerari a scopo di riabilitazione.

Occorre quindi giungere alla costruzione di un Percorso Riabilitativo sociosanitario integrato utilizzando appieno le misure alternative previste dalla legge.

Per presa in carico della persona in carcere, si intende un percorso di:

- a. valutazione: Medico-farmacologica, Psichiatrica, Psicologica, Sociale cui possa seguire:
- b. la certificazione di tossicodipendenza
- c. l'analisi multidimensionale per dare avvio all'elaborazione del
- d. Piano Terapeutico Individualizzato.

La presa in carico viene condotta dall'equipe multidisciplinare delle dipendenze operanti all'interno del carcere e dal Ser.D competente per territorio, in associazione all'equipe trattamentale dell'Amm. Penitenziaria (GOT) e con gli altri servizi e realtà del privato sociale eventualmente coinvolte.

Il Piano Terapeutico Individualizzato (PTRI) rappresenta lo strumento operativo che consente la realizzazione concreta dell'approccio centrato sulla persona, così come delineato dall'approccio di intervento del Budget di Salute (BdS).

Il BdS è parte di diversi atti regionali ed è oggetto di una proposta di legge del 2019. La proposta, introduce il BdS come metodo di lavoro nel campo dei servizi alla persona che si lega a progetti terapeutico-riabilitativi costruiti a livello territoriale in un contesto di co-progettazione, a cui destinare almeno il 10% delle risorse dei LEA sociosanitari.

Il budget è uno "strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale", il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato.

L'applicazione in ambito carcerario del Budget di salute, è necessaria per rendere operativi i Programmi Terapeutici Riabilitativi Individualizzati (PTRI), costruiti assieme alla persona ristretta secondo l'ottica di valorizzazione della persona e un approccio globale ai Dus e Carcere. Il PTRI deve contenere:

La diagnosi in base ai criteri nosografici

La motivazione del paziente ad intraprendere un trattamento, compresa la valutazione di giustizia riparativa

Gli obiettivi da raggiungere (tempi, modalità, setting)

Modalità di monitoraggio

Indicatori di efficacia del trattamento

Case manager e i servizi territoriali coinvolti

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Il PTRI contiene gli elementi essenziali alla presa in carico e i criteri per lo sviluppo di un programma idoneo ai fini della misura alternativa.

Il Programma deve prevedere una strategia per il raggiungimento ed il mantenimento dell'astinenza da sostanze, deve tener conto dei bisogni e delle preferenze personali dell'utente e utilizzare interventi di efficacia dimostrata, oltre che includere, se possibile, i familiari e le persone di supporto come elementi essenziali dell'intervento.

È utile precisare che il Decreto di legge n.230/99, all'art. 1 comma 5 stabilisce che "Sono iscritti al Servizio sanitario nazionale gli stranieri, limitatamente al periodo in cui sono detenuti o internati negli istituti penitenziari. Tali soggetti hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia." Quindi anche gli stranieri non in regola possono usufruire, di una misura alternativa alla detenzione per la cura dei disturbi da uso di sostanze, se ricorrono i requisiti di legge.

A tal proposito è quanto mai opportuna una revisione dell'art. 89 del DPR 309/90 che prevede l'espulsione dello straniero per reati agli articoli 73, 74, 79 e 82 commi 2 e 3 una volta espia la pena: il coinvolgimento di persone straniere detenute (regolari/irregolari) e con problematiche DUS va orientato ad un progetto di piena integrazione soprattutto a pena espia, per impedire il ripiombare in situazioni di precarietà ed emarginazione che le potrebbero esporre a nuova possibile reiterazione del reato e ricaduta in problematiche DUS.

In tal senso si potrebbe prevedere una nuova misura "premiata" di Soggiorno di Permesso in Prova da erogare al termine dell'espiazione della pena, e per la durata di 4 anni. Un permesso che conceda allo straniero irregolare, per periodo di 4 anni un permesso di soggiorno provvisorio legato al non reiterare reati connessi a quelli compresi nel Testo Unico 309/90 e non presentare DUS (stato certificato dai servizi territoriali delle dipendenze), questo per consentirne l'integrazione lavorativa e sociale piena. Al termine del Permesso in Prova, se il percorso si presenta positivo viene rilasciato regolare permesso di soggiorno, similmente a quanto avviene per l'affidamento in prova.

Bibliografia

Proposta di Legge di iniziativa parlamentare D'Arrando n. 1752 9 aprile 2019 "Introduzione sperimentale del metodo del Budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati"

Decreto n. 0008 del 8/04/2021 della Regione Veneto "Linee di indirizzo regionali di un percorso integrato per favorire l'accesso a misure alternative al carcere delle persone con disturbi da uso di sostanze (DUS) e del consumatore sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria limitativi o provati della libertà personale".

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.4.2 Misure alternative e cautelari

Cristiana Tamburrano

Obiettivi generali del servizio con le persone tossicodipendenti con problemi di giustizia

Gli obiettivi che ci poniamo, con le persone tossico/alcolodipendenti con problemi di giustizia, quando arrivano al servizio, sono: 1) aumentare l'efficacia delle cure per la dipendenza e patologie correlate, 2) abbattere la recidiva nella commissione di reati, 3) migliorare la qualità della vita di utenti e familiari in primo luogo. Tali obiettivi si possono raggiungere avendo a disposizione risorse sufficienti (umane ed economiche) e una metodologia rigorosa.

Carenza di personale

La carenza di personale, anche nell'intero sistema giudiziario, è ormai nota. In particolare nei Ser.D e nei CSM mancano psicologi, assistenti sociali, educatori professionali e gli stessi amministrativi per gestire le tante pratiche burocratiche. Se in alcuni Ser.D, ormai i programmi per l'articolo 94 si riducono a una presenza di 2 ore settimanali (colloquio medico, psicologico, controllo cataboliti urinari) è veramente difficile credere che queste attività riescano a rendere le persone emancipate.

Regressioni metodologiche

Per quanto riguarda invece la metodologia, essa deve fare i conti anche col mutamento del fenomeno. La criminalità e le proprie organizzazioni sono molto cambiate col traffico di cocaina e il possesso di armi. Sono di conseguenza cambiati i reati: dal piccolo furto dell'eroinomane di 20 anni fa, si è arrivati a reati di tentato omicidio, associazione, detenzione di armi, ecc. Cambiando i reati cambia anche la durata della pena e la pericolosità stessa dell'individuo, i Giudici di Sorveglianza, con la pochezza di risorse, concedono l'art. 47 ter (detenzione domiciliare) e non il 94 che lascia alla persona molto tempo libero durante l'arco dell'intera giornata. Il problema della scarsità del personale per misure alternative qualificate di nuovo si intreccia con le decisioni relative alla sicurezza. I giudici monocratici (quando non si è ancora definitivi) e i magistrati di Sorveglianza preferiscono concedere programmi terapeutici in CT, pochi posti per Misure Alternative.

La metodologia deve partire dall'analisi dei bisogni dell'utente, e per quanto riguarda le così dette "malattie sociali", la stessa deve comprendere tutte le aree: sociale-sanitaria-psicologica-educativa. L'Analisi dei Bisogni viene effettuata da equipe multidisciplinari costantemente. Che fare? Formazione continua e aggiornamento tempestivo: due attività fondamentali che vanno condivise con l'intera rete del territorio e con gli Amministratori.

La metodologia del Budget di salute diventa fondamentale per il raggiungimento dei risultati. La necessità delle risorse sociali.

Per gli utenti con problemi di giustizia le risposte devono essere incrementate a causa della maggiore problematicità, così facendo diminuisce l'uso di sostanze, si riescono a svolgere più attività, e nel rispetto delle prescrizioni dei Giudici di Sorveglianza, a concludere la misura positivamente, a estinguere le pene pecuniarie e spessissimo a non commettere più reati laddove i reati erano legati all'uso, alla mancanza di stima sociale e di autostima, alla situazione economica precaria, alla loro vita triste e deprimente. I nostri progetti prevedevano tantissime attività, sia all'interno del Ser.D che nel territorio: lavoro, anche protetto (legge 68 e

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

cooperative di tipo B) laboratori e attività per il tempo libero, formazione e quant'altro. Per questi pazienti il lavoro di rete si è esteso anche ad avvocati, Forze dell'Ordine e Giudici.

Requisiti per ogni progetto

Ogni progetto deve prevedere: la descrizione degli obiettivi, le azioni finalizzate al raggiungimento degli stessi, gli indicatori di risultato (rispetto agli obiettivi), gli indicatori di processo (legati alle azioni). Senza questi minimi elementi, dove la fase preliminare dell'elaborazione degli obiettivi, conseguente all'assessment prima ancora che ad una diagnosi definitiva, diventa fondamentale, e senza di cui non può esistere valutazione di risultato seria.

Il lavoro di rete ed il compito dell'Assistente sociale

Mettere insieme tutte le risorse economiche, pubbliche, private, personali, familiari e riempire tutti i tasselli del progetto costituisce il lavoro necessario per ottenere alla fine risultati efficaci. I budget dedicati alle cliniche psichiatriche (considerato l'aumento dei ricoveri, intesi come prima ed ultima soluzione di intervento) debbono diminuire e i fondi risparmiati devono essere messi a disposizione del territorio per la costruzione delle risorse necessarie. Reddito di cittadinanza, pensione d'invalidità, contributi, progetti, ecc. il tutto coordinato per pagare affitti, operatori e tutor qualificati anche per molte ore del giorno e della notte, attività di accompagnamento e quant'altro. Alla fine una spesa che può sembrare superiore per qualificare le misure alternative, con l'abbattimento del tasso di recidiva, si rivela anche un risparmio.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.4.3 Trattamento socio-sanitario di persone tossicodipendenti in carico agli uffici di esecuzione penale esterna

Lucia Castellano

Gli esiti della prima riunione, in ordine a molteplici criticità evidenziate dagli Esperti intervenuti, suggeriscono di orientare l'azione su alcune specifiche direttrici ed in particolare:

- necessità di implementare l'accesso alle misure alternative alla detenzione (Statistiche soggetti in carico. Situazione al 30.6.21. Fonte: Dgmc-All.1,2) visto il numero elevato di tossicodipendenti ancora ristretti nelle carceri italiane; rivisitazione della normativa generale di riferimento, il DPR 309/90 e normativa inserita nell'ordinamento penale per l'esecuzione delle misure di comunità;
- rafforzamento delle reti territoriali esistenti, di servizi sanitari e giustizia e loro ampliamento, con l'ingresso dei servizi sociali e per la formazione-lavoro, ai fini della reale e permanente presa in carico globale dell'autore di reato tossicodipendente, in previsione del rientro nel territorio al termine dell'esecuzione della pena o delle sanzioni di comunità;
- previsione dell'aggiornamento professionale degli operatori dei servizi coinvolti nella riabilitazione e trattamento del tossicodipendente e con procedimenti penali in corso, in considerazione dell'evoluzione del fenomeno tossicodipendenza e delle strategie di contrasto alla diffusione delle nuove droghe ed alle forme di criminalità connesse.

Il Tavolo degli Esperti conviene sulla necessità di definire programmi di trattamento, sia in comunità terapeutica, che territoriale con il Ser.T, che contengano, oltre a interventi socio sanitari, interventi di formazione professionale o di avviamento al lavoro, nonché di giustizia riparativa verso la vittima specifica o aspecifica. In sostanza, i programmi rivolti ai soggetti tossicodipendenti, anche di tutela sociale, dovranno essere a più alta intensità trattamentale, andando a rispondere in egual maniera sia ad esigenze di cura globale della persona tossicodipendente, sia ad esigenze di tutela sociale, per il contenimento di comportamenti sanzionati penalmente, esigenze oggi entrambe espresse dai servizi coinvolti e dalla magistratura di sorveglianza.

In questo senso, appare da subito necessario rivisitare il funzionamento delle reti territoriali, all'interno delle quali l'UEPE ha da sempre rivestito un ruolo centrale nei confronti delle persone in esecuzione di pena intramuraria ed extramuraria, ampliandone la composizione, alla luce anche delle norme subentrate all'ordinamento penitenziario ed al DPR 309/90, quali la L.689/81, con l'art.54 sul lavoro di pubblica utilità, anche per i condannati per reati minori connessi alla tossicodipendenza ed il D.Lgs. 285/92 (C.D.S.), con l'art.187 c.8bis, per gli assuntori di sostanze stupefacenti che violano il codice della strada.

È necessario rafforzare le interazioni operative tra Uepe e operatori delle tossicodipendenze e delle comunità terapeutiche convenzionate, alla luce sia delle evoluzioni del fenomeno delle tossicodipendenze, sia della nuova normativa in materia.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Lo sguardo rinnovato sul fenomeno, nell'ambito dell'esecuzione delle misure e sanzioni di comunità, dovrebbe pertanto vedere coinvolti oltre ai servizi della giustizia e della sanità, anche gli enti che per competenza, nell'ambito della programmazione di politiche d'inclusione sociale di cittadini svantaggiati, ai sensi degli artt. 2 e 19 della L.328/2000 e delle politiche attive per il lavoro, sono investiti della formazione professionale e dell'inserimento lavorativo anche dei soggetti tossicodipendenti.

Il modello di lavoro di comunità, con i condannati tossicodipendenti, viene sperimentato dagli Uepe anche nell'attività istituzionale realizzata negli istituti penitenziari, attraverso la presenza qualificata degli assistenti sociali nelle équipes di osservazione e trattamento dei detenuti e con l'individuazione di referenti stabili dei rapporti di servizio con il personale interno e dei servizi territoriali.

Gli obiettivi sottesi sono connessi al miglioramento del processo di presa in carico congiunta dei detenuti, anche tossicodipendenti, portatori di maggiori fragilità sociale, nella prospettiva della fuoriuscita dal circuito penitenziario, con l'ammissione ad una delle misure alternative previste dall'ordinamento penitenziario.

Il modello operativo che si adotta negli istituti penitenziari, con primi apprezzabili risultati che si rilevano in ambito nazionale, è oggetto di approfondimento durante la Tavola Rotonda C, dedicata a "trattamenti integrati, centralità della persona e continuità terapeutica; la definizione di un modello integrato nel rapporto carcere territorio"

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.4.4 Presa in carico globale dell'utente: continuità della terapia farmacologica tra carcere e comunità

Don Salvatore Lo Bue

Diversi dei temi toccati ed indicati come criticità durante il brainstorming possono essere accorpati ed integrati. Il tema delle continuità delle cure tra carcere e servizi pubblici e privati, va affrontato contestualmente all'altro tema che riguarda la problematicità della somministrazione dei farmaci all'interno delle carceri dove quasi sempre esiste un mercato dark.

Il tossicomane è un consumatore compulsivo di farmaci e che la sua lunga storia clinica non è facilmente ricostruibile per gli stessi Operatori Sanitari che operano in carcere, così come gli Educatori e gli Psicologi non sono spesso in grado di poter sapere quali farmaci, per quanti anni ed in quali dosi ha assunto un detenuto. A volte non si può capire neanche cosa assume "hic et nunc" perché il tossicodipendente a cui vengono dati tanti farmaci, non li assume correttamente. Spesso ne assume di più o di meno in base ad una sua convinzione di un reale bisogno che sostiene conoscere solo lui.

Abbiamo spesso sentito dagli stessi interessati che ad un tossicomane che ha una crisi di panico, di ansia, un problema di insonnia, un comportamento esagitato e violento, un agito autolesionistico, vengono somministrati diversi farmaci a volte proprio nel momento dell'emergenza. Passata la crisi spesso, se non c'è una comunicazione ottimale tra il personale, questi farmaci continuano ad essere somministrati perché il detenuto sostiene di sentirne il bisogno. La situazione si struttura spesso anche in seguito ai frequenti trasferimenti del detenuto in altra struttura, questa richiesta ed erogazione di farmaci si radicalizza anche perché nelle carceri si crea spesso un mercato di farmaci che vengono scambiati con altri che non sono stati prescritti.

È chiaro che Medici, Psichiatri e Psicologi in questo contesto hanno serie difficoltà nello stilare un piano terapeutico che dovrebbe essere seguito sia all'interno, sia soprattutto all'esterno, nel caso in cui si profila l'ottenimento di una misura alternativa alla pena. Nel caso dell'avvio di una persona detenuta ad un percorso comunitario residenziale, spesso emerge un altro problema: conoscere il piano terapeutico di questo soggetto!

Alla richiesta di informazioni cliniche precise su una persona che dovrebbe trascorrere alcuni anni in una Comunità, spesso viene opposto un rifiuto appellandosi alla privacy!

Se e quando gli Operatori riescono a creare un rapporto di fiducia personale con i sanitari che lavorano nelle carceri, emerge che c'è una terapia (data non si sa da chi e quando) forse precedente all'ingresso in carcere, ma non c'è una diagnosi. E nel caso di una sospetta doppia diagnosi notiamo una forte difficoltà nell'esplicitarla. Tutto questo comporta problemi sia alla Magistratura, che inopinatamente avvia a strutture non idonee molti utenti, sia alle C.T. che sono poi costrette a provvedere alle aggiornate certificazioni psichiatriche da inviare ai Magistrati di Sorveglianza per chiedere la revoca delle Ordinanze di Affidamento. Per ovviare ai gravi inconvenienti su esposti, all'interno delle carceri, potrebbe essere utile sia un coordinamento più attivo tra Medici, Psicologi ed Educatori, sia la redazione di una cartella clinica digitalizzata a cui dare accesso anche alle Comunità.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Una criticità che riguarda l'interpretazione della normativa da parte di Magistrati di Sorveglianza che decidono sulle richieste dei detenuti che fare un programma terapeutico in C.T., è l'adozione da parte dei diversi Magistrati di decisioni contrastanti per casi che sono simili. Non sappiamo se questo rientri nella discrezionalità del Magistrato. Constatiamo però che un detenuto che deve scontare una condanna superiore ai 6 anni deve attendere che la pena scenda al di sotto di quella soglia. Ma a volte, trascorsi uno o due anni, alla nuova richiesta il Magistrato (spesso diverso dal primo) oppone un rifiuto sostenendo che manca l'attualità della dipendenza.

A queste criticità si potrebbe ovviare con una certificazione del Medico e dello Psicologo del carcere che attesti che permangono le caratteristiche di una personalità tossicomane.

Un altro problema è legato alla fase finale che consente ad un tossicomane di uscire dalla struttura carceraria per raggiungere la comunità a cui viene avviato. Soprattutto nel caso di un "definitivo", il Magistrato dispone che sia messo in libertà in modo che "libero nella persona" possa raggiungere la Comunità che ha dato disponibilità ad accoglierlo. Avviene purtroppo abbastanza spesso che i detenuti che hanno ottenuto l'alternativa alla detenzione non abbiano familiari in grado di prelevarli all'uscita del carcere. Tutto ciò comporta la difficoltà del tossicomane scarcerato a raggiungere la propria destinazione dove a volte non arriverà mai.

A questa criticità si potrebbe facilmente ovviare se il Magistrato di Sorveglianza nell'Ordinanza disponesse che la scarcerazione debba avvenire di concerto con gli Operatori della Comunità che deve accoglierlo.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.4.5 Misure alternative ex art. 90 e art. 94 DPR n.309/1990: il punto di vista dei servizi

Bettina Meraner

La stesura di progetti terapeutici idonei al recupero della persona prevista dall'art.94 del DPR 309/90 presenta una serie di criticità dovute al decorso dei disturbi da trattare, alle conoscenze su di essi, alle strategie di trattamento, ai LEA.

L'ipotesi di un nesso logico tra la condizione di tossicodipendenza e l'aver commesso un reato non sempre si verifica. I disturbi da uso hanno cambiato faccia negli ultimi 30 anni e con questo anche l'utenza dei Servizi: stanno aumentando persone con uso prevalente di cocaina per i quali la diagnosi non si basa solo su una sintomatologia fisica, ma serve soprattutto una valutazione della dipendenza psicologica che si esprime nel craving e che può essere presente anche dopo anni di astensione dall'uso. Essendo condiviso nel mondo scientifico che la condizione di dipendenza da sostanze è una patologia cronica recidivante, diventa difficile pensare che un progetto terapeutico porti a una risoluzione definitiva del problema, evitando anche per il futuro recidive in condotte delinquenziali.

Per i pazienti già conosciuti precedentemente alla condanna definitiva, dover formulare dei progetti terapeutici con l'obiettivo di recupero non sembra appropriato dal punto di vista clinico se si tratta di persone con una patologia ormai cronica. Spesso per questi pazienti, per mancanza di risorse personali e concomitanti complicazioni fisiche e psichiche, i Servizi mettono in atto strategie di riduzione del danno. Per questa tipologia di pazienti sarebbe molto più coerente poter pensare a misure alternative diverse da quelle previste dal DPR 309/90, come detenzioni domiciliari o affidamenti in prova ex art.47.

A livello nazionale spesso le uniche misure accettate dai Tribunali di Sorveglianza sono misure residenziali. Questo comporta sia una prevalenza di persone uscite da strutture detentive nelle comunità terapeutiche e la conseguente difficoltà di inserire pazienti giovani, spesso non ancora in contatto con il sistema giudiziario, ma diventa anche un problema di ordine economico che discrimina altra utenza, dovendo dare priorità a pazienti detenuti.

Mancano delle linee d'indirizzo condivise, sia per la certificazione di tossicodipendenza (termine dal punto di vista clinico non più adeguato), sia per la valutazione della motivazione al trattamento, sia per la formulazione di progetti terapeutici e il loro monitoraggio. Alcune Regioni hanno formulato degli accordi tra Magistratura, UEPE e Aziende Sanitarie, ma manca una linea comune. Questo diventa anche un problema per i detenuti stessi, che spesso vengono trasferiti in altre strutture detentive e vengono sottoposti a valutazioni con criteri diversi, a volte da operatori UOTD, a volte dal Ser.D.

Per la certificazione di dipendenza ci possono essere varie difficoltà, come il grado di dipendenza al momento della valutazione, soprattutto in ambiente carcerario; tale valutazione diventa più semplice in caso di dipendenza da oppiacei, ma molto più difficile per sostanze che non necessariamente presentano un uso quotidiano. L'altro criterio richiesto, l'uso abituale, non sempre presenta una condizione clinica che richiede un trattamento, e difficilmente è verificabile in ambito carcerario. In ambiente ambulatoriale può essere risolto con una valutazione in un periodo di 6-12 settimane. Non c'è neanche condivisione a livello nazionale sul sistema diagnostico da attuare (ICD9, ICD10, DSM5). Mentre per una dipendenza da oppiacei spesso il medico riesce a fornire gli elementi esaustivi per poter formulare una diagnosi, diventa più difficile per una dipendenza

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

da eccitanti, dove sono presenti elementi psicologici necessari per poter formulare una diagnosi. Anche su questo esiste una grande difformità.

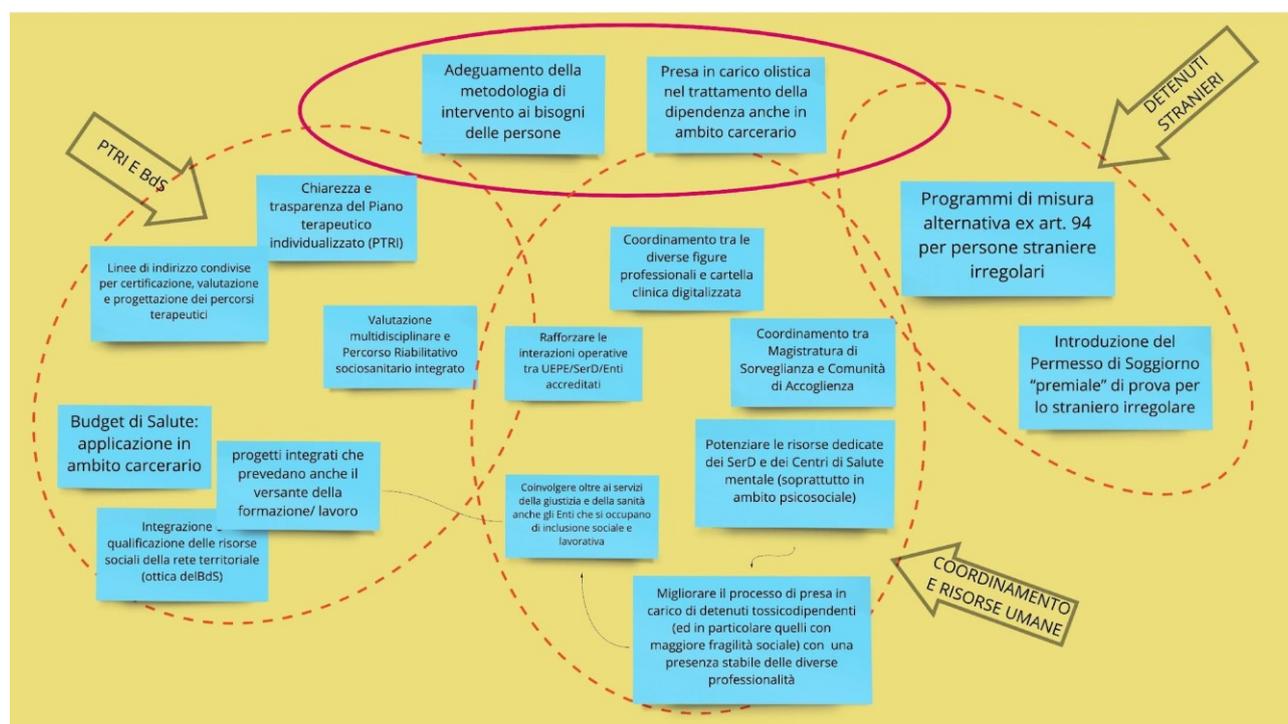
Non sempre viene inclusa una descrizione personologica o di psicopatia, né ulteriori valutazioni come la motivazione e la compliance al trattamento, la non strumentalità della richiesta e la prognosi. Tutto questo richiede tempo e risorse, e spesso diventa difficilmente realizzabile in ambito carcerario, per mancanza di spazi adeguati e risorse umane non disponibili.

Una difficoltà riguarda la stesura di programmi di misura alternativa ex art. 94 per persone straniere non in possesso di documenti validi. Anche se hanno il pieno diritto ad accedere a misure alternative, anche in regime residenziale, spesso non si può comunque attestare un'idoneità dal punto di vista clinico per problemi linguistici che rendono difficile accedere a programmi residenziali, e la difficoltà di poter reperire contratti d'affitto o di lavoro, non essendo in possesso di permesso di soggiorno valido, rendono quasi impossibile proporre progetti ambulatoriali.

Per quanto riguarda l'art.90 DPR 309/90, anche questo per come formulato, prevede dei criteri ormai non più compatibili con le strategie terapeutiche. Sarebbe invece utile poterlo applicare anche per pazienti stabili rispetto all'uso di sostanze stupefacenti ma in terapia sostitutiva a mantenimento.

6.4.6 Sintesi Tavola Rotonda C - Trattamenti integrati, centralità della persona e continuità terapeutica: la definizione di un modello di intervento integrato nel rapporto carcere-territorio

La presentazione delle relazioni strutturate relative agli ambiti della terza Tavola Rotonda, è stata seguita dalla seguente sintesi per concetti chiave.



Per quanto riguarda il tema della definizione di un modello di intervento integrato nel rapporto carcere-territorio si identificano due elementi trasversali:

- adeguamento della metodologia di intervento ai bisogni delle persone;
- presenza in carico olistica nel trattamento della dipendenza anche in ambito carcerario.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Sono individuati tre macro-temi che raccolgono gli interventi nell'ambito di questa Tavola Rotonda:

1. Piano terapeutico riabilitativo integrato e Budget di salute. Emerge la necessità di chiarezza e trasparenza del Piano terapeutico individualizzato (PTRI), dove rientra a pieno titolo anche il trattamento farmacologico di cui altrimenti si perde traccia. A monte sussiste l'esigenza di una valutazione multidisciplinare che sia esito di un percorso diagnostico. Servono linee di indirizzo che contengano tutti gli elementi necessari alla valutazione individualizzata, per costruire un progetto su determinati obiettivi e per ricomporre attorno al progetto le risorse necessarie.

2. Coordinamento e risorse umane. In parallelo, lo sviluppo di progetti integrati richiede un importante intervento sul versante della formazione della componente sociale territoriale, che a sua volta necessita di un coordinamento forte tra le diverse figure professionali implicate nonché di strumenti adeguati, a partire dalla cartella clinica digitalizzata. Occorre quindi rafforzare le interazioni tra i vari livelli operativi (UEPE, Ser.D, Enti accreditati) al fine di consentire una presa in carico complessiva della persona, così come potenziare le risorse dei Ser.D e dei Centri di Salute mentale adeguate e dedicate e coinvolgere quella parte dei servizi sociali che si muove a livello territoriale per garantire la continuità anche sul dopo, sul "fuori". Un altro livello di coordinamento che non può mancare è quello tra la Magistratura di Sorveglianza e le Comunità di Accoglienza.

3. Detenuti stranieri. Un ambito di intervento specifico deve essere quello nei confronti delle persone detenute straniere irregolari, rispetto alle quali è stata anche proposta l'introduzione del permesso di soggiorno premiale come elemento di intervento concreto.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

L'incontro *offline* con le persone detenute

A conclusione dei lavori della prima giornata del Tavolo Tecnico si è tenuta una speciale sessione offline di interazione con le persone detenute presenti in sala, le quali hanno avuto l'occasione di rivolgere attivamente domande e osservazioni agli Esperti.

1. La situazione attuale viola la Costituzione: l'art. 27 della Costituzione dice che le pene devono tendere alla rieducazione del condannato, il carcere è dunque reputato dallo Stato il luogo deputato alla cura di un tossicodipendente (ritenuto dunque dallo Stato come una persona che ha bisogno di cure). Se un soggetto ha un problema da risolvere lo metto in carcere o in una situazione in cui si possa curare e riabilitare?

C'è uno sbilanciamento tra l'esigenza di evitare la pericolosità sociale e il bisogno di cura della persona.

- Art. 74.3 della legge 309/90: lo Stato punisce maggiormente il narcotrafficante dedito all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope. È una schizofrenia legislativa.
- La legge nasce nel 1990 e la giurisprudenza successiva ci spiega cosa significa quando qualcuno fa acquisti di gruppo per altre persone che fanno uso di sostanze. Se sei ricco e hai un curriculum particolare puoi comprare 30-40 dosi per chi te ne ha dato mandato. Se sei un poveraccio non puoi comprare. Cosa accade? Che la sentenza del 2013 ci spiega cosa significa poter fare gli acquisti piuttosto che no per determinate persone.
- Non è chiaro l'approccio del legislatore in materia di uso di sostanze e tossicodipendenze. Legge sugli stupefacenti: legislatore che vuole anticipare il concetto di pena punendo, dall'altra un legislatore che non si sa se individua l'assuntore come persona malata o come persona criminale.
- Tutte le leggi che vengono fatte nell'ambito legge 309/90, per quanto riguarda le pene si bastona tutto quello che può dare benefici sono leggi programmatiche, come l'art. 94 della legge 309/90 sull'affidamento in prova, secondo il quale il tossicodipendente può accedere alla possibilità di uscire dal carcere, ma che fondamentalmente è disatteso.
- Il Prof. Modugno della Corte Costituzionale ci ha dato la possibilità di essere ascoltati e riporto due suggerimenti fondamentali. Siamo convinti che la pena per un reato che deve essere a un certo punto eseguita, esecuzione penale, possa essere la stessa per due soggetti diversi, considerando che essi hanno personalità diverse e che hanno un modo diverso di intraprendere il percorso rieducativo?

Due sentenze della Corte Costituzionale sono di particolare rilievo in quest'ottica e meritano una particolare riflessione. La sentenza 204/74, contenente un giudizio di legittimità costituzionale riguardante la liberazione condizionale (cfr. [...Il Ministro della giustizia gode di una discrezionalità talmente ampia da poter disattendere il parere espresso, sulla istanza per l'applicazione del beneficio, dall'organo giudiziario, il solo idoneo, per le funzioni attribuitegli dalla legge nel processo esecutivo della pena, a poter valutare l'effettiva esistenza in concreto delle condizioni oggettive e soggettive - particolarmente quest'ultime - per la concessione di esso beneficio...]) e la sentenza 125/92 (sull'applicabilità ai minorenni delle misure alternative alla detenzione). La pena dovrebbe dunque essere valutata in funzione della personalità del condannato utilizzando la logica sistematica dell'interpretazione delle norme, che non possono sconvolgere le tutele dei diritti costituzionali, e poi valutare se la pena espiata abbia assolto alla sua funzione rieducativa.

2. Il DSM V riporta la dipendenza da sostanze come un disturbo mentale. Quando disturbo mentale è la tossicodipendenza e quando il disturbo mentale sono gli effetti della tossicodipendenza?

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.5 Introduzione alla seconda giornata

La ripresa dei lavori del Tavolo Tecnico “Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza” in seconda giornata si è articolata in una prima restituzione sintetica, da parte del Coordinatore Dr. Grosso, dello scambio avvenuto in modalità offline tra le persone detenute e gli Esperti presenti in sala, cui ha fatto seguito la sessione di risposte alle domande e alle considerazioni pervenute via chat dal pubblico iscritto al *webinar* durante la prima giornata del Tavolo.

Le due sessioni sono qui di seguito riportate in sintesi. Seguono le domande e le osservazioni pervenute via *chat* durante la seconda giornata cui non è stato possibile offrire risposta.

6.5.1 Introduzione del Coordinatore

Ieri pomeriggio abbiamo concluso la lunga giornata con l'incontro offline con le persone detenute presenti che hanno posto una serie di domande avendo seguito i lavori soprattutto nella prima parte della mattinata. Il gruppo dei detenuti presenti ha posto una serie di questioni che hanno riguardato sia gli aspetti più clinici, in particolare in relazione alla complessità delle situazioni dove il disturbo da uso di sostanze si combina con aspetti di salute psichica, per comprendere se l'eventuale problematica di tipo psichico precede, è concomitante o successiva all'uso di sostanze.

Un'altra domanda ha riguardato l'efficacia del trattamento all'interno del carcere e qui si sarebbe aperto un discorso molto lungo e complesso. Quindi brevemente abbiamo esposto alcune criticità che devono essere affrontate per rendere possibilmente utile un trattamento all'interno del carcere, anche se sappiamo di dover tenere conto poi del collegamento con il territorio e il link è di per sé un problema non sempre risolto.

Una domanda più complessa è stata di tipo giuridico e in quel caso gli avvocati tra gli Esperti presenti ci hanno aiutato a rispondere entrando nelle contraddizioni che la domanda in qualche modo esponeva, cercando inoltre di far capire che questo Tavolo Tecnico della Conferenza Nazionale sulle Dipendenze ha l'obiettivo di proporre suggerimenti per le modifiche anche di tipo legislativo.

L'incontro è stato soddisfacente, sia per chi ha posto le domande sia per chi ha cercato di portare qualche risposta e così si è conclusa la giornata di ieri, una giornata che è stata utile perché è riuscita specialmente a chiarire quali sono gli ambiti su cui è necessario fare una serie di proposte per modificare la situazione attuale, ridurre il sovraffollamento carcerario e rendere più possibile un percorso riabilitativo che sia degno di questo nome.

Il secondo punto rimane quello di dare più efficienza alle misure alternative che devono riuscire ad agire sia in entrata, sia in uscita dal percorso detentivo, dotandole anche delle necessarie risorse dedicate, economiche ed umane: non solo la quantità di operatori impiegati, ma anche la qualità della loro formazione specifica.

Tra coloro che beneficiano meno delle misure alternative ci sono soprattutto i detenuti con minori possibilità, che sono i detenuti stranieri, per i quali il fine pena sicuramente non è premiale, dal momento che molto spesso coincide con il ritorno in patria per molti di coloro che non hanno permesso di soggiorno o con il ritorno alla

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

clandestinità.

Allora se vogliamo effettivamente puntare a un obiettivo che sia integrativo, utile sia per i detenuti che per la società, bisogna fare in modo per chi ha fatto un buon percorso riabilitativo all'interno del carcere di avere la possibilità di almeno un permesso "in prova", temporaneo, da verificare e che dia il tempo per mettere a frutto i progressi fatti con il trattamento.

Fondamentale poi il nodo della presa in carico precoce, che inizia con l'accertamento dello stato di tossicodipendenza. Anche in questo ambito la regolamentazione delle procedure andrebbe rivista, a partire dal criterio dell'attualità della dipendenza, dove tendenzialmente vengono presi in considerazione solo gli aspetti più strettamente fisici e meno invece quelli di tipo psichico, per continuare con il necessario e inevitabile collegamento che ci deve essere tra il Ser.D dall'interno del carcere e il territorio. Occorre supportare il grande sforzo di un lavoro di rete innanzitutto tra i servizi sanitari del territorio e la psichiatria, e in questa due giorni è stato evidenziato l'aspetto della cumulabilità tossico-psichiatrica che deve essere presa in seria considerazione, ma soprattutto il link, il legame tra l'aspetto sanitario e l'aspetto sociale, su cui alcune nostre leggi insistono ma fanno fatica ad essere poi tradotte nella pratica. Non c'è riabilitazione di una persona tossicodipendente che non passi anche attraverso il poter fruire di alcune opportunità sociali che sono poi il veicolo che permette la reale integrazione e sulle opportunità sociali siamo concordi sulle due questioni di fondo: il lavoro e la casa. Ci sono poi anche gli aspetti di risocializzazione e tempo libero che però vengono di conseguenza.

E qui si apre il problema del collegamento con i servizi sociali del territorio con il ruolo che hanno anche le Regioni nel mettere in piedi, attraverso i piani di zona, i tre dispositivi necessari affinché questi percorsi possano avere successo. Abbiamo già sottolineato l'importanza in tal senso delle misure di limitazione dei rischi e di riduzione del danno che devono essere portate avanti anche all'interno degli istituti carcerari, come prescrive l'OMS.

Secondo il principio dell'equivalenza delle cure quelle che sono offerte sul territorio devono essere offerte anche all'interno del carcere.

Auspico che da questo breve riassunto emerga la significatività del lavoro che abbiamo fatto ieri e ci apriamo oggi a un ulteriore confronto con le domande pervenute dalle persone iscritte online al Tavolo Tecnico e con le domande che verranno poste in diretta tramite il collegamento online con l'Istituto Penitenziario Minorile di Casal del Marmo.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

6.5.2 Domande e risposte

Il DSM IV abbandona il termine dipendenza in favore di "disturbo da uso di sostanze" in carcere e vediamo molte persone con problemi di tossicodipendenza da uso di sostanze spesso legata al reato alle quali il servizio sanitario non riesce a fare diagnosi di tossicodipendenza. Serve una complessiva revisione di tali concetti e un'armonizzazione del DPR 309 e del codice penale sulle attuali conoscenze scientifiche sulle droghe.

La magistratura deve essere inoltre garante che le persone con problemi di uso di droga possano effettivamente accedere a percorsi terapeutico riabilitativi anche interpellando in tal senso direttamente il servizio sanitario.

Spesso la persona detenuta chiusa in cella ha problemi a dialogare con il servizio.

Dr.ssa Meraner

Vedo 2 difficoltà: una, come giustamente ha notato chi ha posto la domanda, è che per chi usa sostanze, indipendentemente dal grado di gravità del disturbo, è prevista dall'articolo 94 solo una riabilitazione sanitaria e la sanità può prendersi cura solo di chi ha un problema sanitario. Se c'è un consumo di sostanze che non ha ancora sorpassato la soglia per diventare dipendenza e per diventare patologia, c'è comunque un problema, solo che la sanità a questo non necessariamente dà la risposta adeguata. Penso sia molto importante integrare gli interventi della sanità anche con gli interventi che può offrire il sociale e creare possibilità ibride di misure alternative previste dall'articolo 94.

Esiste uno studio di impatto per sapere di quanto una decriminalizzazione alla portoghese ridurrebbe la popolazione carceraria?

Dr.ssa Brentari

Possiamo sicuramente riportare i dati anche recenti, tra l'altro sulla valutazione proprio della decriminalizzazione portoghese di per se stessa: il Portogallo ha introdotto nel 2001 questa nuova politica di decriminalizzazione del possesso e ha fatto seguire l'introduzione della politica con una serie di valutazioni progressive periodiche; l'ultima in termini temporali è del 2021, a venti anni dall'introduzione della misura, ed è una valutazione effettuata dalla fondazione inglese Transform Drug Policy Foundation che si occupa proprio di valutare le politiche e la modifica delle politiche rispetto alle sostanze.

Due premesse importanti sulla normativa portoghese: il Portogallo ha depenalizzato il consumo e ha quindi introdotto una normativa che ha avuto un impatto molto forte sullo stigma legato al consumo: il consumo è un comportamento personale legittimo che non deve avere più nessun tipo di valutazione di tipo criminale, per cui come primo impatto è molto più facile per le persone che hanno bisogno di sostegno accedere a una richiesta di sostegno sociale o sanitario, perché lo stigma rispetto al loro comportamento viene meno.

Il secondo elemento è che la politica portoghese non ha solo introdotto la depenalizzazione ma ha modificato fortemente l'intero impianto di supporto al consumo problematico, che comunque esiste, introducendo un rafforzamento di tutte le politiche dei servizi, di trattamento da un lato e di attenzione al consumo dall'altro, attraverso la riduzione del danno.

Questi due interventi sono andati di pari passo. Non depenalizzazione fine a se stessa quindi, ma depenalizzazione accompagnata da un cambio di approccio e anche di risorse rispetto agli interventi socio sanitari.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

I dati che vi presento sono accessibili su Internet dove questa valutazione è disponibile. Nel 2001 il Portogallo parte con una popolazione carceraria composta per il 40% da persone detenute per droga, che arrivavano fino al 70% di detenuti per reati legati in qualche modo al loro consumo di sostanza. Si è vista una riduzione esponenziale della carcerazione legata ai problemi di droga, oggi siamo circa il 15% (dati 2019). C'è stata una riduzione fortissima, soprattutto nei primi anni, delle morti legate alle overdose, questo vuol dire una maggiore attenzione sanitaria per il consumatore problematico, quindi è stato proprio un crollo di morti per overdose, che poi è leggermente risalito, ma la media delle morti per overdose in Portogallo rimane molto inferiore alla media europea. C'è stata inoltre una riduzione dei tassi di HIV legati al consumo per via iniettiva, per cui anche qui la presenza del sostegno socio-sanitario è stata importante.

Da notare che il Portogallo fornisce una serie di dati importanti che hanno permesso di effettuare valutazioni come questa e molte altre sono state effettuate negli anni, per cui nel momento in cui si introduce una politica di questo tipo è importante saper fornire i dati che poi la avallano nel lungo periodo.

Intervengo in merito al tema della giustizia riparativa con i lavori di pubblica utilità.

La necessità di una maggiore applicazione del comma 5 bis dell'articolo 73, ma i lavori di pubblica utilità non sono riparativi, è necessario affiancare anche percorsi, in cui sia possibile rielaborare l'esperienza, e percorsi di ascolto e dialogo, dove avvenga una profonda consapevolezza e responsabilizzazione. In sostanza lavori di pubblica utilità affiancati da percorsi di ascolto e dialogo, anche con il coinvolgimento della comunità e della cittadinanza, appunto secondo il paradigma riparativo, vedi il modello bilanciato di Chapman.

Dr. Cafiero

In questo caso la domanda è già la risposta, perché in effetti l'idea che abbiamo lanciato ieri sul tema della giustizia riparativa risponde proprio al paradigma riparativo di Chapman.

In realtà la formulazione dell'articolo 75 bis non si discosta molto da quanto affermato nella domanda, perché prevede comunque l'affiancamento a percorsi di recupero come l'intendiamo qui in Italia, piuttosto che come li intende Chapman.

In realtà il lavoro di pubblica utilità è in parte afflittivo e poco riparativo, perché comunque viene vissuto come un lavoro "forzato" e spesso non ancorato alla problematica legata al reato e al problema del ragazzo o della persona che fa uso di sostanza.

Fa ancora la parte del leone perché è stato mutuato dalla legge istitutiva del Giudice di Pace, quella che è stata utilizzata anche per l'istituto della messa alla prova, per cui il lavoro di pubblica utilità viene visto un po' come una sorta di sanzione sostitutiva, camuffata da giustizia riparativa.

Ed è vero, la comunità civile non è esonerata dal prendersi cura del soggetto con disturbo, ma non solo le comunità accreditate, proprio il territorio che lo deve accogliere.

Quindi ben venga una progettualità, inserita all'interno della norma, che non preveda lavoro di pubblica utilità come elemento imprescindibile ma casomai come elemento eventuale di un progetto che la rete territoriale, la quale deve sostenere il soggetto a recuperarsi, può introdurre come elemento educativo. Allora a quel punto non viene più vissuto come sanzione afflittiva, ma viene vissuto come elemento educativo, insieme al progetto di ascolto, al progetto di recupero, al progetto di sostegno all'inclusione sociale.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Grazie degli interventi molto interessanti. Vorrei fare due domande basate sui dati disponibili all'Osservatorio Europeo sull'Italia che è tra i paesi con >10% dei detenuti in trattamento di sostituzione; (nonostante ciò) la copertura è ancora limitata. Come si pensa di aumentare la copertura dei trattamenti di sostituzione?

Dr. Libianchi

Il tema dell'accesso alle terapie sostitutive e non solo sostitutive, ma di supporto all'accoglienza dopo l'uptake della persona arrestata che entra in carcere e che ha problemi di dipendenza o di astinenza, è un problema complesso.

Io voglio ricordare soltanto che venti/trenta anni fa, all'introduzione della 309/90, nei primi anni l'entrata del metadone nel carcere, o anche di altri farmaci terapeutici, era proibita dal sistema carcerario. Per arrivare oggi ad avere un accesso alle terapie sostitutive c'è voluto un lunghissimo percorso che attualmente è approdato anche a far diventare la riduzione del danno, di cui la terapia sostitutiva è un elemento importante, un livello essenziale di assistenza, quindi non più un optional, come era considerato qualche anno fa, ma la somministrazione dei farmaci sostitutivi di qualsiasi tipo è diventato un obbligo per la presa in carico della persona arrestata che entra in carcere e che presenta sintomi da astinenza, ed è un passo molto molto importante.

Oggi i tempi di intervento, di presa in carico dopo l'uptake, dalla captazione della segnalazione della persona che ha una sindrome astinenziale in atto, o che potrebbe averla, si scontrano con diverse situazioni: una delle principali cause di ritardo nella presa in carico e nella somministrazione successiva, è rappresentata dalla scarsità del personale che opera nei Ser.T dedicata al carcere.

Pochissime sono le carceri nazionali, soprattutto le grandi strutture, che hanno un servizio per le tossicodipendenze dedicato, come ad esempio Rebibbia. La maggior parte delle strutture ha una équipe o delle singole professionalità dedicate alla struttura penitenziaria, quindi queste persone singole o questa équipe devono avere il tempo di intervenire, devono essere in servizio il giorno dell'uptake ecc.

Anche qui ci si scontra col fatto che il venerdì e il sabato i servizi normalmente sono ridotti o addirittura chiusi, per il carcere sono ancora più ridotti e questo è un limite importante.

Come avviene materialmente in questi casi la presa in carico?

Il medico di guardia medica, non presente in tutti gli istituti per 24 ore, fa una prima valutazione e un "primo soccorso" e si mette, o si dovrebbe mettere, in rapporto diretto immediato, con il personale o il professionista dedicato al carcere e avvertire che c'è una situazione in cui si deve intervenire con farmaci sostitutivi che normalmente gestisce esclusivamente il Ser.T. Questo non facilita i tempi di attesa dell'intervento. Naturalmente non è così in tutte le situazioni, ma lo è in molte case circondariali, soprattutto le più piccole, dove l'accesso della persona in astinenza non è un fatto frequente come può essere invece in una grande struttura.

Un altro ostacolo alla somministrazione precoce di farmaci sostitutivi risiede nel modello organizzativo proprio dei servizi. Molti servizi sono attivati a domanda, non hanno una presenza o un controllo costante delle persone che entrano e che hanno questo problema, quindi questo è un altro tipo di ostacolo di tipo organizzativo e gestionale.

Come si può pensare di intervenire per migliorare queste performance?

Sicuramente cambiando o creando i modelli operativi organizzativi delle unità operative di sanità penitenziaria che interlocuiscono direttamente, costantemente e in maniera molto più efficace di quello che è attualmente, con i Ser.T anche incrementando le dotazioni organiche dedicate.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Noi abbiamo anche la sensazione che spesso l'essere indicato come colui che deve intervenire nel carcere venga vissuto da diversi operatori come qualcosa di non entusiasmante, quindi anche qui formazione e motivazione sono limiti importanti.

Secondo i dati europei sono disponibili i seguenti interventi di riduzione del danno in carcere:

- programmi di scambio di siringhe (presenti in 3 realtà)
- distribuzione di condom (presenti in 9 realtà)
- *take-home naloxone* (disponibile in 5 realtà)

Vorrei chiedere ai relatori di commentare questi dati. Esistono piani per l'introduzione di tali interventi in carcere in Italia?

Dr.ssa Brentari

Questa domanda dovremo probabilmente porla ai nostri decisori politici che porteranno a casa le raccomandazioni generate da questi Tavoli Tecnici in occasione della Conferenza Nazionale sulle Dipendenze che si terrà a fine novembre.

Ricordo che i dati aggiornati sulla disponibilità dei servizi di riduzione del danno in carcere sono di quest'anno (2021) e sono un po' diversi da quelli citati nella domanda.

L'osservatorio di Lisbona ha proprio pubblicato quest'anno uno speciale sulla situazione del consumo nelle carceri europee e sulla disponibilità di una serie di interventi durante la permanenza in carcere e all'uscita dal carcere. È vero che in Italia mancano gli interventi citati: lo scambio di siringhe non è così comune nelle carceri europee, anche se per esempio è diffuso in modo importante in Spagna e in Svizzera, è rimasto un intervento in Germania, è stato fatto un intervento pilota in Portogallo che poi è stato chiuso, però in Italia questo intervento effettivamente manca, mentre è garantito in comunità dai livelli minimi di assistenza.

Manca la distribuzione di condom, questo è un intervento presente nella maggior parte degli stati europei per cui questa è una mancanza italiana importante e probabilmente facilmente colmabile da un punto di vista operativo.

*Mancano anche delle politiche più proattive rispetto ai farmaci salvavita per l'overdose, quindi il *take-home naloxone*. Nei paesi in cui, come recentemente in Scozia, c'è ancora un grandissimo tasso di overdose legate all'uscita dal carcere, il *naloxone* diventa una sostanza fondamentale sulla quale c'è una politica di ampia diffusione per i detenuti, per le famiglie dei detenuti e per chiunque possa entrare in contatto con una persona che possa trovarsi in situazioni di overdose, e quindi a rischio di morte.*

Perciò, tra le raccomandazioni che abbiamo raccolto ieri durante i lavori del Tavolo Tecnico e che comprendono anche i ragionamenti fatti sui trattamenti antagonisti, portiamo in raccomandazione alla Conferenza Nazionale di prendere in considerazione una revisione delle politiche italiane sulla riduzione del danno in carcere.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Come indicato dalla Dr.ssa Lacatena, le donne sono poche ma estremamente vulnerabili e un'elevata percentuale di loro è in carcere per consumo e traffico di sostanze, spesso hanno un passato di abusi sessuali, hanno più difficoltà nella reintegrazione ecc. Quali sono i piani di intervento per le donne in carcere?

Dr.ssa Lacatena

Provo a rispondere a questa domanda anche in qualità di coordinatrice del gruppo delle questioni di genere per la Società Italiana delle Tossicodipendenze.

Intanto partirei dalla constatazione che sono poche nel senso che rispetto a tutta quella che è la popolazione dei detenuti, rappresentano più o meno il 4-4,5%. Anche se andiamo a vedere i dati presso i servizi pubblici il numero è abbastanza ridotto e non si va oltre il 10-12%. Se poi andiamo a livello europeo, quindi con quelli che sono i dati messi a disposizione annualmente dall'osservatorio di Lisbona, allora arriviamo intorno al 20%.

Resta una percentuale piuttosto ridotta, il che ci fa chiedere se le donne non consumino sostanze, o ancora se le donne non commettano reati.

Qui va fatta una riflessione anche di tipo strettamente socio-culturale e antropologica: le donne consumano sostanze ed è un fenomeno che va sempre più allargandosi negli ultimi anni, però magari consumano sostanze che non le espongono all'area penale, o sono magari cosiddette droghe leggere oppure sono per esempio droghe sintetiche. In ogni caso quando arrivano ai servizi lo fanno già con problematiche che si sono cronicizzate perché spesso molte di loro vengono da ambienti in cui non viene coltivata la fiducia nei confronti dei servizi e perché a volte devono tutelare il ruolo genitoriale e hanno paura dei servizi, perché magari questo può significare mettere in discussione questo ruolo, o perché spesso vivono la tossicodipendenza all'ombra degli uomini. Quindi nel momento in cui arrivano ai servizi sono già provate da tutta una serie di situazioni e di esperienze e la stessa cosa avviene anche per quanto riguarda il carcere: spessissimo noi associamo, e alcune volte in maniera del tutto impropria, quella che è la tossicodipendenza alla prostituzione.

Sappiamo che dal 1958 la prostituzione non è un reato, al più lo è il favoreggiamento, e se la donna fa favoreggiamento, rispetto anche ad altri reati, magari quel favoreggiamento non è un reato, quindi quando la donna arriva in carcere arriva solitamente per reati che hanno a che fare con il patrimonio (furto, truffa, spaccio) e se le donne tossicodipendenti commettono reati violenti, il più delle volte sono collegati a reazioni di difesa. Ieri parlavamo di quello che l'aspetto vittimogeno dell'uso di sostanze per quanto riguarda le donne, perché inevitabilmente sono più esposte a subire reati di tipo sessuale, ed è una cosa che abbiamo appurato qualche anno fa facendo un'indagine sulle donne all'interno del nostro servizio.

Siamo andati a indagare se nel loro passato, prima dell'avvio della carriera tossicomana, avevano subito episodi di violenza sessuale o anche di molestie. È stata rilevata una percentuale altissima. Ci siamo anche chiesti se in realtà avevano subito episodi di questo tipo anche dopo aver avviato la carriera tossicomana, e la cosa sconcertante è stata che ci hanno detto di no. Approfondendo la questione con interviste non strutturate, si è rilevato che lo subivano ma non lo riconoscevano più come violenza ma come una sorta di regola del gioco.

Chi lavora nel settore sa che lavorare con una donna è molto più difficile che lavorare con un uomo proprio perché portatrice di tutta una serie di situazione ed esperienze. Al di là del fatto che esistono delle leggi, non ci sono dei piani, così come ci suggeriva la domanda. Ci sono leggi che vanno a tutelare le donne detenute e le donne tossicodipendenti (Simeone-Saraceni, Guzzini, Finocchiaro, fino alla revisione della legge 62 ecc.) però normalmente sono leggi che tutelano la donna se è madre.

Voglio ricordare a una risoluzione del Parlamento Europeo del 13 marzo 2008 dove si faceva espressamente riferimento al fatto che chi lavora con le donne tossicodipendenti deve avere una formazione particolare e

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

soprattutto suggeriva un'attenzione particolare al passato delle donne. Questo ci fa capire quanto è complicato riuscire a lavorare con loro. Delle regole, delle raccomandazioni, delle risoluzioni, delle leggi ci sono ma tutto questo materiale normativo va applicato.

Aggiungo che l'OMS ci dice che le donne in carcere e tossicodipendenti presentano nell'80% dei casi un disturbo psichico e anche da questo punto di vista bisognerebbe lavorare di più. Tuttavia le comunità per le donne sono poche, per le donne in doppia diagnosi sono pochissime perché la doppia diagnosi non è presente in tutte le Regioni e quindi non sempre c'è questa possibilità, quindi il mio invito è quello di dare una maggiore attenzione a questo settore.

In Europa 10 paesi hanno implementato la realizzazione di un'inchiesta periodica nazionale in carcere su droga e carcere, sia per prima che durante il periodo in cui la persona è all'interno. Esistono piani per la realizzazione di un'inchiesta periodica su droga e carcere a livello nazionale in Italia?

Dr. Libianchi

Un'inchiesta periodica su droga e carcere a livello nazionale, o piani specifici, non esistono ancora e anzi è un tema molto particolare quello della raccolta dei dati rispetto alla presenza di persone che hanno una diagnosi o semplicemente un sospetto di consumo e di essere tossicodipendenti o, nella vecchia denominazione, abusatori. È un problema serio, se noi andiamo a vedere nelle pubblicazioni della Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze negli ultimi anni, vediamo che ogni riquadro che porta la differenziazione tra persone detenute totali e tossicodipendenti sotto ci riporta anche la fonte dati: Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria. Il che è abbastanza strano. È strano che il Ministero della Giustizia raccolga dati di tipo clinico e ci si chiede come è possibile che non siano le Regioni, le quali sono depositarie di questo debito informativo, a raccogliere i dati a trasmetterli attraverso la Relazione al Parlamento.

La risposta è purtroppo nel sistema e nei sistemi regionali. Probabilmente questi dati non riescono a essere raccolti in maniera organica e sistematica in tutte le Regioni, quindi sistematizzati a livello nazionale per poter essere trasmessi, quindi lo fa il Ministero della Giustizia, probabilmente attraverso AFIS che è la banca dati interna della giustizia dove qualcuno inserisce il dato della tossicodipendenza e quindi alla fine riescono a dare una dimensione del fenomeno.

Questa dimensione è probabilmente, anzi sicuramente, sottostimata, per cui quando andiamo a raccogliere dati direttamente da parte della sanità e li confrontiamo con quelli raccolti dalla giustizia, non sono sovrapponibili. Se dati della giustizia sono sottostimati quelli che noi abbiamo oggi probabilmente devono essere rivisti e corretti. Non esiste ancora purtroppo un sistema di raccolta dati univoco, omogeneo e condiviso. La parola "condiviso", tra le Regioni e gli enti centrali dello Stato, mi fa ricordare quella frase che sta sulla normativa del settore e mi ha sempre colpito molto: "la leale collaborazione tra enti istituzionali". Ecco probabilmente ancora abbiamo bisogno di pareggiare il concetto di collaborazione tra enti. Attualmente, sia per motivi politici in cui non mi addentrerò, ma probabilmente anche per una certa spinta autonomistica delle Regioni, il dialogo tra Stato e Regioni è diventato molto complesso. Questo fa sì che tutti gli accordi, tra cui anche quello del 2011 per il monitoraggio dello stato di salute, ivi incluso anche soprattutto quello relativo al problema delle tossicodipendenze, ivi incluso anche quello delle alcoldipendenze di cui pochissimo si parla, anche perché l'alcol non è una sostanza sottoposta a particolari controlli.

Questo limite ha fatto sì che oggi non esista tale sistema. Se andiamo a vedere come avviene materialmente la

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

stesura degli accordi e delle intese in Conferenza Stato-Regioni vediamo che un solo tipo di intesa, quella della suddivisione dei fondi, viene ad avere tempi brevissimi. Sono più di 160 milioni l'anno che vengono suddivisi per Regione in rapporto a una ventina di parametri. La difficoltà più rilevante, si ha nella stesura degli accordi operativi. L'ultimo accordo operativo è stato quello del 22 gennaio 2015, che è un testo importante perché dà l'impronta di un modello operativo condiviso, dalle Regioni, ma che di fatto poi si è arenato. L'attenzione è calata progressivamente fino a oggi.

Un esempio di Atto in Conferenza Stato-Regioni-Commissione Salute che ha avuto degli esiti di impatto, anche se deboli, è quello relativo al Covid. È importante considerare che la prassi amministrativa, dalla stesura all'emanazione di ogni Atto in Conferenza Stato-Regioni, prevede una quindicina di passaggi di estrema complessità. Basti dire che un atto, dopo essere stato firmato e pubblicato, deve essere recepito dalle giunte dopo che il presidente l'ha firmato in Conferenza. Il recepimento da parte delle giunte deve coincidere con il recepimento da parte delle ASL che devono trasmettere a loro volta (saltando 15 passaggi precedenti) ai singoli Ser.T, dipartimenti, unità operative, che devono applicare a seconda di quello che possono e devono fare. La farraginosità estrema di questi atti preziosi, perché potrebbero essere proprio la premessa di una rilevazione nazionale di questo tipo, li rende oggi fallaci. L'ultima annotazione che vorrei fare è che in tutto il percorso di questi atti viene di fatto quasi esclusa, o poco o per niente considerata, la presenza del Terzo Settore, che è sia il volontariato, sia tutti gli enti cosiddetti una volta ausiliari, ma ricordo che recentemente una sentenza della Corte Costituzionale (numero 131) ha ribadito con forza l'essenzialità della presenza del Terzo Settore in sede programmatoria e di progettazione. Oggi non si può più fare a meno di avere un Terzo Settore presente che possa dare un contributo anche nel senso di raccolta dei dati.

Dr.ssa Meraner

Volevo solo fare un'aggiunta operativa, infatti, per assurdo, i dati sulle persone che sono consumatori di sostanze all'interno delle carceri vengono forniti dal Ministero di Giustizia e non dal Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND). Una proposta operativa consiste nel revisionare il sistema SIND in modo che questi dati vengano rilevati dai Ser.T all'interno del carcere e non della Medicina Penitenziaria.

Nella proposta di potenziare le misure alternative, come "unica possibilità" che il legislatore possa mettere in atto per determinati tipi di reati (art 73-74), se questo da una parte metterebbe in risalto anche l'importanza educativa e riabilitativa di coloro che ne fossero coinvolti, dall'altra si manifesterebbe la difficoltà del tempo e dell'offerta del percorso rieducativo, a volte sotto 1-2 anni di percorso gli esiti sono molto bassi, se non nulli, come mettere insieme diminuzione della pena e rieducazione?

Dr.ssa Rossi

Credo che intanto sia necessaria una premessa di ordine sistematico che riguarda proprio l'impianto della giustizia. Bisogna assolutamente evitare che si confondano due piani che sono distinti, e distinti devono rimanere, cioè il piano della giustizia penale e quindi delle pene e dell'esecuzione delle pene, che ha dei propri criteri di tassatività e che risponde a parametri di congruità tra il fatto commesso e la pena che viene erogata, e tra il fatto previsto dalla legge come reato e la pena che il legislatore ritiene adatta e congrua a quell'ipotesi di reato; e poi il piano terapeutico-riabilitativo che invece aderisce e deve aderire alle esigenze di terapia o di recupero della singola persona. Questi due piani non devono mai essere confusi, perché altrimenti rischiamo di dare vita a un sistema penale di stampo autoritario fondato sul tipo d'autore, quindi su un giudizio sulla persona

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

e non sul fatto, e siccome ne abbiamo già una di propaggine del sistema autoritario nel nostro codice penale, che è il sistema delle misure di sicurezza che crea un doppio binario di pene aggiunte alle pene, ma fondato pericolosamente sulla pericolosità sociale del soggetto a giudizio naturalmente dell'autorità giudiziaria ma con tutta la discrezionalità, non solo di giudizio ma di fondamento del giudizio sulla personalità, sulle caratteristiche della persona, ebbene, visto che abbiamo già questa, e già questa dovrebbe essere messa in discussione e superata, come il Garante Nazionale ha raccomandato anche nell'ultima Relazione al Parlamento, cerchiamo di non introdurre un'altra perché altrimenti facciamo un passo indietro anziché uno avanti.

La ragione della riduzione delle pene per i reati di droga risiede innanzitutto nel ristabilire davvero la congruità tra le ipotesi di reato previste, le pene, e cioè le pene sono sproporzionate rispetto ai fatti che sono considerati nell'articolo 73 in particolare, ma la proposta che io ho avanzato come Garante Nazionale è finalizzata anche a fare in modo che sia possibile l'accesso, che naturalmente poi sarà deciso dall'autorità giudiziaria competente, alle misure alternative che oggi con le pene previste è precluso in moltissimi casi, e poi che sia impedito l'arresto obbligatorio in tutti i casi, perché oggi l'arresto obbligatorio è previsto per tutte le ipotesi dell'articolo 73.

Allora il primo obiettivo è non entrarci per forza in carcere, perché poi si attiveranno tutti i sistemi per uscirne ma noi dobbiamo cominciare a evitare l'ingresso in carcere, non solo perché c'è sovraffollamento ma perché il carcere è patogeno, quindi quella malattia che viene dal carcere occorre il più possibile evitarla.

L'avvocata Pesce dirà bene come si conciliano anche le pene brevi con programmi terapeutici riabilitativi, le misure alternative fintanto che saranno misure alternative alle pene principali e non saranno pene principali e quindi lì poi le stabilirà il legislatore, ma fintanto che saranno forme alternative di esecuzione della pena devono assolutamente essere calibrate sulla pena. Dopodiché succederà che sulle pene brevi che saranno valutate giuste dall'autorità giudiziaria, il percorso riabilitativo si avvierà e se sarà efficace noi confidiamo che durerà anche dopo.

Dr.ssa Pesce

Aggiungo due note che derivano dall'esperienza di un progetto di ricerca fatto a livello territoriale in Trentino, tramite cui sono state valutate le misure alternative, in particolare l'affidamento in prova in casi particolari dell'articolo 94, in termini di efficienza cioè la capacità di raggiungere gli obiettivi prefissati al minor costo, non solo economico ma sociale, possibile.

L'esito di questa ricerca ha dato risultati evidenti in favore dell'affidamento in prova in casi particolari. Sono state fatte anche una serie di riunioni e interviste con i Direttori delle comunità terapeutiche trentine e gli operatori e il Direttore del Ser.T da cui, in realtà, è emerso un dato diverso da quello posto alla domanda, e cioè che i percorsi terapeutici ex articolo 94 in realtà manifestano il maggior grado di efficienza proprio se si mantengono nella durata da un minimo di 6 mesi a un massimo di due anni. Questo non significa assolutamente che se il percorso è più lungo, è negativo, anzi lì si parlerà di efficacia quindi capacità di raggiungere l'obiettivo indipendentemente dal costo economico e sociale. Pertanto anche nelle pene brevi hanno una loro importanza e manifestano appunto un'idoneità a raggiungere gli obiettivi.

L'altra nota molto positiva è che ho rilevato come un tasso molto elevato di persone che avevano finito di espiare la pena e quindi la misura alternativa alla pena, hanno comunque mantenuto il contatto con la comunità, sono rimaste e volontariamente hanno proseguito il loro percorso perché evidentemente ha funzionato al punto tale che ritenevano di rimanere perché gli effetti erano positivi e ritenevano di averne ancora bisogno su una base ovviamente volontaria.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Non sempre ci si trova a essere concordi che nella ri-educazione si debba tenere conto della dimensione sanitaria, sociale e se necessario giudiziaria?

Come la giustizia, il Ministero della Salute (Ser.D) e comunità locali sono chiamate a operare a stretto contatto?

Proporre passi concreti come nella presentazione del Dr. Felice Nava, è la via buona, ma poche sono le regioni in Italia che testimoniano una effettiva collaborazione, spesso sotto questa mancata collaborazione ci sono "giochi" di potere, mancanza di stima e fiducia dell'operato (concordo con una certificazione da realizzare sui progetti offerti) e non di minore importanza la questione spesso è legata ai budget sanitari.

Rendere maggiormente autonomo l'inserimento in comunità, o percorsi riabilitativi può essere una proposta? Forse i Ser.D in alcune regioni risultano avere un ruolo troppo dominante, nelle gestione degli ingressi in strutture?

Dr.ssa Meraner

Posso personalmente rispondere per quanto riguarda il ruolo dei Ser.T e sul sospetto che sia troppo dominante. Quello che dobbiamo pensare è che in questo momento il finanziamento delle misure alternative residenziali, ovvero in comunità terapeutica, è compito dei Ser.T tramite i loro budget. Tantissimi Ser.T a livello nazionale hanno un budget limitato. Questo significa che bisogna operare una scelta a seconda delle priorità e bisogna decidere se la priorità è la persona detenuta o è la persona in doppia diagnosi o è la persona di minore età o di giovane età che è alle prime armi e dove le possibilità di recupero spesso vengono valutati maggiori rispetto alle altre popolazioni.

Una soluzione sarebbe sicuramente definire dei budget separati per le misure alternative perché sennò diventa veramente molto difficile attuare misure alternative soprattutto residenziali per tutte le persone che avrebbero diritto a chiederle.

L'altra possibilità è favorire anche dove possibile, e questo spesso è un limite che pongono i Magistrati di Sorveglianza, la formulazione di più programmi terapeutici ambulatoriali.

Un'altra possibilità potrebbe essere una riformulazione anche dell'articolo 90 nel DPR 309/90 che prevede di dover aver già concluso un programma terapeutico per poter farne richiesta.

Visto che spesso, soprattutto nel caso di persone in terapia sostitutiva, se pensiamo a un concetto di misure, di malattia cronica recidivante che può essere però stabilizzata molto bene ormai con le terapie sostitutive, le quali possono essere date anche a mantenimento e non come quando è stato formulato proprio il testo unico, solo per le disintossicazioni, si potrebbe forse pensare di formulare anche delle certificazioni per l'articolo 90 per persone in terapia sostitutiva ma che non consumano più sostanze da tanti anni.

Dr. Regio

Il Dr. Libianchi, rispondendo a una domanda, ha focalizzato l'attenzione sul perverso e ossessivo meccanismo burocratico per arrivare a rendere operativa una procedura: purtroppo non è solo in quel caso. Noi rischiamo di vivere un rallentamento nell'attivazione delle novità veramente patologico.

Quindi se è vero che i primi interventi sulle dipendenze da sostanze sono risalenti agli anni '70-'80 e relativi quasi esclusivamente alle comunità, a tutt'oggi non sono stati recepiti in tutte le Regioni. Abbiamo vissuto in modo veramente patologico un'evoluzione a macchia di leopardo, e a tutt'oggi non si è concluso quel ciclo.

Oggi parliamo dell'inserimento nei LEA della riduzione del danno e limitazione dei rischi del 2017, come fosse

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

una cosa recentissima. Abituati a questa lentezza non ci rendiamo conto che sono passati già quattro anni. Il rischio è quello che anche ieri le persone residenti in carcere ci ponevano, mostrando l'assurdità di un impianto scritto che tutto sommato potrebbe anche rendere dignitoso l'istituto penitenziario ma che in realtà non viene realizzato.

Questo è uno dei problemi strutturali che, se non viene preso in carico, rischia di far sì che l'inserimento della riduzione del danno nei LEA del 2017 faccia lo stesso percorso del recepimento

dell'Atto di Intesa Stato-Regioni dei servizi del '90. Oggi ci sono Regioni che inviano esclusivamente in altre Regioni imponendo una migrazione alle persone che hanno problemi di consumo anche problematico. Molte Regioni, è stato già detto, non hanno le specialistiche e sono obbligate a inviare altrove, anche il Lazio. Quindi veramente c'è una questione di fondo che va assunta come "problema dei problemi".

Oggi, con questi due anni che stiamo passando sulla gestione della pandemia, sulla trasmissione del virus, abbiamo tutti capito che bisogna gestire il rischio. Non è possibile il rischio zero. Questo allenamento, e nel caso dell'esecuzione penale, la necessità e inevitabilità della valutazione del rischio per scegliere la strada meno rischiosa, blocca molte questioni operative nel carcere perché se non andiamo a capire perché non entra una siringa in carcere e perché non entra il preservativo in carcere, sembra una banalità ma ci sono questioni di fondo che impediscono l'operatività di queste azioni di riduzione del danno.

Allora, per far entrare una siringa in carcere secondo il paradigma della custodia della sicurezza si fa una valutazione del rischio anche molto esasperata e tale rischio diventa enorme su un filo logico razionale. Il rischio del mancato ingresso della siringa non viene neanche valutato.

Ma possibile che non si riesce a fare questa valutazione?

Perché non entra il condom in carcere? Perché non esiste nel carcere uno spazio privato. L'attività sessuale è un'attività privata, se non esiste lo spazio privato diventa una contraddizione far entrare il preservativo.

Se non si assumono anche questi problemi cercando di attuare la dinamica del calcolo del rischio, considerando cosa significa dedicare uno spazio privato con tutti i bilanciamenti tra fattori di rischio e fattori di protezione, bene se non introduciamo questa dinamica nel pianeta del carcere, non ne usciremo mai.

Dr. Libianchi

Aggiungo una nota brevissima riguardo l'applicazione delle leggi dello Stato. Abbiamo la legge 45 di riforma e di reset dei Ser.T del '99 dove erano previste norme precise di riorganizzazione di personale e altre sistematizzazioni. Questa legge dello Stato del '99, quindi prima della modifica del 117, appena prima è stata applicata in maniera totalmente difforme in alcune Regioni e totalmente assente in altre.

Addirittura abbiamo avuto Regioni che hanno delegato alle ASL l'eventuale applicazione della legge 45 a seconda del loro criterio interno di come le ASL pensavano di sistemare i Ser.T. Addirittura in una città come Roma abbiamo avuto l'ASL X che ha applicato pienamente, l'ASL Y confinante che non ha applicato per niente. Non è possibile continuare con questa discrezionalità delle applicazioni di leggi dello Stato, e gli Atti in Conferenza Stato-Regioni sono a tutti gli effetti leggi dello Stato, addirittura concordate. Quali sono gli effetti perversi di questa spinta all'autonomia istituzionale e inter-istituzionale?

Un esempio ancora, la privacy. Oggi abbiamo dei Ser.T, delle ASL che non forniscono i dati essenziali al sistema giudiziario penitenziario perché ritengono che siano dati sanitari coperti da privacy.

Dr.ssa Covelli

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

È vero che la questione della sanità in carcere, comunque e qualunque tipo di problematica investa il sistema penitenziario, è legata e strettamente correlata al trattamento rieducativo e non potrebbe non esserlo. Qualunque informazione venga fornita agli operatori penitenziari nella loro veste di operatori del trattamento, è utile al soggetto detenuto nel proprio percorso di reinserimento sociale.

Perché questa precisazione? Perché purtroppo è vero, e costituisce un'importante limite, il fatto che considerando alcuni dati sensibili, quindi dati che devono essere coperti da riservatezza, questi non vengono, in alcune circostanze, condivisi con gli altri operatori del gruppo di trattamento, del gruppo di osservazione. Perché il limite? Perché è nell'ambito del lavoro di équipe, al quale partecipano chiaramente tutte le figure istituzionali, ciascuna con la propria specifica professionalità, che si svolge un'importante attività, cioè quella della condivisione dei dati e delle informazioni che riguardano il soggetto detenuto. L'importanza sta nel fatto che attraverso la condivisione di questi dati si giunge all'elaborazione del documento finale e del relativo programma di trattamento individualizzato che è l'anticamera per il successivo accesso anche e non solo ai benefici di legge, quindi alle misure alternative.

Non è quindi possibile stilare un documento completo e redigere un corretto programma di trattamento individualizzato, e sottolineo non solo extra-murario, se il documento di sintesi è carente dei dati necessari. Tra questi, se ci troviamo di fronte a un soggetto tossicodipendente, sono importantissimi anche i dati forniti dal Ser.T che partecipa a pieno titolo alle riunioni del gruppo di osservazione e trattamento. Da questo si desume quanto sia importante la collaborazione interprofessionale che in questo caso diventa inter-istituzionale.

L'ultima sessione di Domande e Risposte è dedicata al collegamento *online* con l'Istituto Penitenziario di Casal del Marmo e ha visto i minori detenuti nella struttura porre due specifiche domande al Coordinatore del Tavolo Tecnico e agli Esperti presenti in sala.

DOMANDE DAI MINORI DETENUTI:

Buongiorno e grazie per averci coinvolti in questa iniziativa. Abbiamo capito che volete fare qualcosa per aiutare i detenuti che hanno problemi con le sostanze affinché possano stare meglio e risolvere le loro difficoltà. Le proposte che abbiamo ascoltato però riguardano soltanto il carcere per adulti. Cosa pensate di fare per noi detenuti che stiamo in carcere minorile?

Dr. Meraner

Grazie per la domanda, la risposta è molto difficile perché effettivamente per i minorenni che sono stati incarcerati, l'incarcerazione vuol dire che di solito sono già falliti dei progetti territoriali o altre misure.

Io posso rispondere per quanto riguarda i servizi per le dipendenze. Effettivamente abbiamo adesso un numero in crescita di utenti minorenni o anche di giovani adulti, noi lo calcoliamo fino ai 25 anni, e abbiamo notato, siccome l'età di primo consumo sta scendendo, che per i giovani bisogna fare altri progetti; perciò servono programmi specifici molto più flessibili che occupano molte più ore, e non basta come siamo abituati per gli adulti fare visite settimanali o offrire solo dei colloqui. Soprattutto serve una rete molto fitta, sia con i servizi del territorio, sia con i servizi del Ministero della Giustizia, proprio per evitare l'incarcerazione. E qua c'è tutto il

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

tema anche dell'intercettazione precoce che occupa i lavori di un altro Tavolo Tecnico di questa Conferenza. C'è ancora tantissimo lavoro da fare purtroppo in questo momento non ho altre risposte da offrire.

A proposito di misure alternative alla detenzione, riflettendo sulle comunità terapeutiche notiamo che spesso sono poco adatte ai minori e ai ragazzi giovani. Le regole sono troppo rigide e i programmi restano fermi mentre noi giovani cambiano molto velocemente. Cosa possiamo fare?

Dr. Grosso

Anche questa è una domanda importante cui provo a rispondere io direttamente come operatore all'interno del gruppo Abele, un'organizzazione del Terzo Settore che si è occupata di problematiche connesse la dipendenza da tanti anni e abbiamo avuto anche a che fare con una serie di difficoltà di inserimento proprio dei ragazzi minorenni alle nostre comunità.

I rischi di inserire un giovane, soprattutto di minore età, all'interno di una comunità di tossicodipendenti adulti in effetti ci sono; non a caso i due ordinamenti penitenziari adulti e minori sono separati.

In una comunità terapeutica non è predefinibile quello che può essere un rapporto che si costruisce da una parte con gli old users, cioè i vecchi consumatori che oggi possono avere anche un'età pensionabile, e quindi con ahimè una lunga carriera di tossicodipendenza, e con un ragazzo che, più che di dipendenza conclamata, spesso ha agito tutta una serie di abusi con le sostanze o dei policonsumi, per cui ne ha sperimentate molte e abusate alcune ma magari il cosiddetto DUS, il disturbo dall'uso di sostanze, non è proprio ancora conclamato, definito e radicato.

Ecco quindi da questi incontri che fatalmente avvengono in comunità, che costituisce un contesto protetto, l'esito non è facilmente prevedibile. Nella stragrande maggioranza dei casi l'esito può essere anche virtuoso e quindi il ragazzo apprende dall'esperienza altrui gli aspetti anche negativi che non deve imitare. Altre volte invece possono ahimè scaturire degli elementi di imitazione, identificazione che non sono d'aiuto se poi, come ogni tanto avviene, una comunità terapeutica che non è un mondo perfetto, qualcuno deragli e quindi esca dalla comunità magari portandosi dietro, appunto, qualche altra situazione.

Da questo punto di vista da un po' di tempo si è deciso che forse potrebbero essere più opportune delle comunità dedicate; che non sono le tante comunità che in qualche modo esistono per i minori di età perché si dice che non sono "specializzate" sul problema dell'abuso di sostanze e sulle dipendenze, e quindi hanno difficoltà a recepire al loro interno questa tipologia di ragazzi con tali problematiche perché anche qui si valuta il rischio di contaminazione in negativo verso i ragazzi che invece magari hanno anche sperimentato l'uso ma non hanno un disturbo d'uso di sostanze.

Quindi si è optato per l'eventuale costruzione di alcune comunità per minori con problemi di disturbo d'uso da sostanze, ma sono state pochissime in tutta Italia: in Piemonte ce n'è una a Torino, in cui tra l'altro io ho ancora il compito di provvedere alla supervisione, che ha una capienza di 8 posti. Non sono mai riempiti completamente, ci sono sempre al massimo quattro o cinque ragazzi. Ce n'è un'altra a Cagliari, della Comunità Emmaus di Iglesias.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Dr. Ceron

Esatto, sono solo quelle già citate che, è vero, non sono tantissime, però anche quelle del circuito FICT che ormai sono 4-5 sparse sul territorio, hanno un certo rilievo. Ce n'è una a Civitavecchia che funziona molto bene da molti anni e si occupa proprio della fascia di età minori e giovani adulti.

Io ho visto risultati molto importanti il consiglio che do è che, come diceva la dr.ssa Meraner, quando si arriva alla carcerazione vuol dire che ci sono stati fallimenti precedenti e che quindi già i percorsi di messa alla prova, che vengono dati con molta facilità, hanno fallito. Quello che consiglio è se c'è un problema di dipendenza già nei primi percorsi messa alla prova, di usufruire di percorsi di recupero perché quindi si evita la carcerazione e si evita il fallimento e si può già usufruire all'interno del percorso di messa alla prova di qualche cosa di terapeutico. In questo, i servizi sono chiamati a collaborare molto con gli uffici della giustizia minorile.

Dr. Grosso

Poi su come si caratterizza la struttura per minori con problemi di sostanze diciamo che forse la caratteristica principale è la flessibilità.

Se è vero che i programmi, l'abbiamo detto in questi giorni, devono essere individualizzati, questo vale ancora di più per i minori. I numeri devono essere piccoli e non devono superare le 8 persone con alta presenza di personale educativo, quindi con la possibilità soprattutto di aprire la comunità ad esperienze esterne.

La possibilità per i minori di andare a scuola è importante, non possiamo pensare a quest'età di fare con un surrogato di scuola o con una scuola interna. Quindi gli spazi esterni devono essere praticabili, con tutti i rischi che ovviamente questi pongono: nel momento in cui c'è uno spazio esterno, chi è presente e chi ha la responsabilità di quello spazio esterno? È quindi chiaro che dobbiamo pensare che un percorso di emancipazione dall'uso di sostanze è appunto un percorso e quindi non c'è la netta separazione: ieri ho consumato e da oggi che entro in comunità non si consuma mai più. Può capitare che episodi d'uso o abuso si ripetano e con questi bisogna fare i conti. La flessibilità consiste nel non avere regole ferree, ma cercare di capire quale può essere la soluzione giusta per il ragazzo di fronte a momenti di difficile gestione. Qui si può pensare ad altri aiuti che possono venire in soccorso.

Ad esempio il ragazzo può essere ospitato per un periodo diverso, generalmente breve, in un'altra situazione o, se la famiglia è ancora presente, rientrare per un breve periodo in famiglia per una pausa di ripensamento. Però tendenzialmente quello che prevale nelle comunità per minori è un atteggiamento protettivo e quindi sicuramente alcune vecchie regole che sono superate anche ormai nelle comunità per adulti (se sbagli sei fuori e poi se vuoi rientri e ricomincia il percorso) questo non è sicuramente adeguato per le comunità per minori.

Dr. Ceron

Volevo ribadire questo aspetto che rimane comunque il problema perché seppur anche in Veneto e in qualche altra realtà è presente una realtà per minori, spesso si crea una situazione di corto circuito per cui effettivamente non si trovano risorse. Una strada che noi abbiamo utilizzato è appunto quella di vedere se nelle strutture comunque accreditate per i percorsi terapeutici ci sia quell'aspetto che diceva adesso Dr. Grosso della flessibilità e della costruzione un po' sartoriale del progetto che è già un'attenzione in genere anche negli adulti, tanto più nei minori che appunto hanno bisogno anche di questa continua integrazione col territorio, con altre agenzie nei diversi momenti. Per cui forse anche con i servizi territoriali poter verificare questo tipo di presenza che ha bisogno a volte, anche di deroghe per degli inserimenti ad hoc perché al momento attuale il sistema è un po' rigido per cui se non c'è posto nelle comunità per minori si rischia di non poter avere risposte e lì bisogna sollecitare i sistemi regionali perché possono fare deleghe ad hoc per dei programmi specifici.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Dr. Grosso

Per concludere su questa domanda, su cui ancora ci si sta attrezzando, perché abbiamo detto le poche comunità per minori esistenti sono sempre in via di definizione e quindi la formula ottimale è ancora stanzialmente un programma di ricerca. Un programma di ricerca che si deve riuscire a condurre con enorme attenzione, enorme responsabilità.

Però quello che una comunità per minori non deve fare, parimenti alle comunità per adulti, è recepire la delega della guarigione, della risoluzione del problema. No, questo problema rimane di tutti. Io continuo a dire che un programma per un minore con queste problematiche deve essere inserito in un territorio che ai suoi lati ha 4 punti di riferimento: da una parte i servizi territoriali, spesso più uno di presa in carico, perché ci può essere il Ser.D ma ci può essere a volte anche la neuropsichiatria infantile, ci può essere il servizio sociale per minore ecc., quindi proprio tutta la rete dei servizi che fornisce un lato del rettangolo; l'altro lato è la famiglia e quello che la famiglia ancora può dare, le risorse familiari e quindi una famiglia poi supportata a sua volta dai servizi, l'auspicio è che la famiglia possa diventare da, a volte, concausa involontaria del problema, a risorsa, il terzo lato è la comunità che deve essere disponibile sapendo che nel concetto di flessibilità che si richiamava prima, contempla che il minore vada via ma deve sussistere la disponibilità della comunità a riprenderlo nel momento in cui c'è la necessità e ricompare una motivazione; infine il quarto lato sono le opportunità che il territorio offre e presenta, che sono opportunità educative, quindi servizi sanitari sociali e servizi educativi, con tutte le opportunità e le creatività che un servizio educativo per minori in difficoltà deve riuscire a mettere in campo.

Se diamo la vecchia interpretazione dell'uso di sostanze come fuga, quello che il territorio dovrebbe riuscire a mettere in campo è l'avventura e quindi in questa fuga i ragazzi incontrano delle avventure all'interno delle quali vengono in qualche modo acchiappati alcuni loro desideri e su questi desideri forse riusciamo a costruire dei percorsi che siano percorsi motivanti.

Dr. Libianchi

Due annotazioni che derivano dall'esperienza clinica quotidiana: facendo le anamnesi dei detenuti molto spesso si incorre nell'informazione che avevano avuto già reati e comunque un passato da minori.

Se cerchiamo di approfondire chiedendo informazioni dettagliate da parte del Ministero della Giustizia, non si trovano sulla banca dati dell'AFIS del Ministero, probabilmente perché esistono due rilevazioni: da parte del dipartimento degli adulti e da parte del dipartimento dei minori.

Sarebbe utile che ci potesse essere uno scambio di informazione anche all'interno dei due dipartimenti adulti e minori, perché conoscere il passato da minore deviante della persona che abbiamo davanti adulta, ha una certa indiscutibile importanza.

La seconda cosa è che nelle comunità terapeutiche molto spesso accanto a disturbi da uso di sostanze esiste quasi immancabilmente una comorbilità psichiatrica, anzi probabilmente prevale l'una rispetto all'altra. Quindi la popolazione è estremamente eterogenea e questo va considerato.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Alcune domande e considerazioni, arrivate dal pubblico iscritto al Tavolo Tecnico nella seconda giornata dei lavori, vengono qui riportate nonostante non sia stato possibile offrire una risposta durante i lavori.

Riguardo al problema della diagnosi di dipendenza, propongo una riflessione circa il profilo professionale degli addetti ai lavori. Il profilo professionale degli addetti ai lavori nei Ser.D e nelle U.O di molte carceri italiane è ancora legato ad un "vecchio" approccio alla diagnosi e ad un "vecchio" metodo di trattamento.

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2655_allegato.pdf

Va ricordato che il Piano Nazionale Aids raccomanda l'implementazione di interventi di RDD nelle carceri. Il documento ha acquisito il parere favorevole del Consiglio Superiore di Sanità ed è stato approvato con Intesa nella Conferenza Stato-Regioni del 26 ottobre 2017. Il Ministero della Salute ha finanziato nel 2015 e nel 2016 due progetti di ricerca e azione finalizzati a promuovere e sperimentare interventi di RDD all'interno delle carceri

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_200_listaFile_itemName_6_file.pdf

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_200_listaFile_itemName_7_file.pdf

Sarebbe utile promuovere una "Formazione" ed abilitazione specifica e specialistica agli operatori delle dipendenze. In particolare la formazione di Psichiatri, psicologi ed Educatori in ambito universitario

Sempre il Piano Nazionale Aids raccomanda la "Creazione di un Osservatorio Nazionale sulla Salute in Carcere, presso l'Istituto Superiore di Sanità, in grado di coordinare i già previsti "Osservatori regionali per la tutela della salute in carcere" fornendo dati epidemiologici accreditati ed aggiornati sia a livello locale che nazionale".

Chiedo venga presa in considerazione la situazione degli internati, per i quali viene richiesto un programma da parte del Ser.D per la revoca della misura di sicurezza che altrimenti si proroga di volta in volta (una volta si parlava di "ergastolo bianco", ora c'è comunque una scadenza); sono sempre casi gravissimi per i quali non viene accettato un programma solo ambulatoriale. Il paziente fa fatica ad accettare di andare in comunità e le comunità disponibili, ma soprattutto idonee ad accogliere questo tipo di misura, sono molto rare. La conseguenza è che rimangono in carcere per almeno 10 anni e comportano un carico di lavoro per gli operatori che non trova riscontro sulla fattibilità dei progetti (Ser.D di Venezia dove è presente uno dei pochi carceri solo femminili del territorio italiano).

Esecuzione della pena appropriata... ed esecuzione appropriata della riabilitazione



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Relazione Tecnica del Coordinatore

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito del disturbo d'uso di sostanze

a cura di Leopoldo Grosso

Esperti partecipanti:

Cinzia Brentari, Marco Cafiero, Pietro Canuzzi, Lucia Castellano, Valerio Cellesi, Ugo Ceron, Maria Carla Covelli, Nerina Dirindin, Patrizio Gonnella, Anna Paola Lacatena, Sandro Libianchi, Don Salvatore Lo Bue, Bettina Meramer, Felice Nava, Francesca Pesce, Roberto Ranieri, Stefano Regio, Emilia Rossi, Vittoria Stefanelli, Cristiana Tamburrano



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

7.1 Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito del disturbo d'uso di sostanze

Introduzione

Il metodo di lavoro del Tavolo Tecnico ha avuto come riferimenti essenziali le evidenze scientifiche e i diritti umani delle persone con disturbo d'uso di sostanze e si è articolato su 5 macro-temi:

1. La necessità di riformare il DPR 309/90
2. Le misure alternative
3. Le misure di limitazione dei rischi e riduzione del danno in carcere
4. La continuità dei trattamenti prima e dopo la detenzione e la loro integrazione dentro e fuori dal carcere
5. I detenuti stranieri con disturbo d'uso di sostanze, ai quali sono precluse opportunità riabilitative esterne all'istituto di pena e possibilità di reinserimento sociale

Non sono stati assunti dal lavoro di questo Tavolo le donne e i minori d'età, in particolare per le donne si evidenzia tuttavia la mancanza di un ufficio centrale che si occupi prioritariamente di loro. Si sottolinea inoltre la marcata stigmatizzazione che la detenzione comporta per le donne, richiedendo le loro storie personali un approccio inderogabilmente basato sulla diversità di genere. Sui minori si ribadisce l'importanza del formidabile strumento riabilitativo che può essere la messa alla prova, se sostanziato delle necessarie risorse.

Sono inoltre emerse alcune trasversalità:

- a. l'impoverimento progressivo di risorse umane (mancata/diforme applicazione del D.M. 30.11.1990 n.444 e della L. 18.02.1999 n.45, a livello di Regioni e singole AUSL) ed economiche cui sono stati sottoposti i sistemi sanitario, sociale e giudiziario e la necessità di invertire la rotta, riconsiderando l'esigenza della garanzia di 'utilizzo riservato alla tossicodipendenza delle quote regionali del Fondo Nazionale Lotta alla Droga ex DPR 3039/90
- b. l'urgenza di un rilancio della formazione congiunta tra i diversi operatori dell'ambito e la necessità che i servizi siano accompagnati da una costante supervisione esterna
- c. l'importanza di un impianto di valutazione sistematica degli interventi e delle comuni strategie intraprese, che necessitano di una raccolta dati puntuale e omogenea tra le varie Regioni, con registrazione su cartelle telematiche condivise e interoperabili
- d. il rilancio dell'indispensabile lavoro di rete, tra le amministrazioni dello Stato e anche interregionale
- e. la necessità della lotta allo stigma che colpisce in particolare la persona detenuta con consumo patologico di sostanze, comorbilità psichiatrica e patologie infettive, specie se straniero.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Riforma legge 309/90

La prima causa del sovraffollamento penitenziario è la recidiva nel reato². Se ne deduce il fallimento della pena detentiva, così come configurata nelle attuali prassi, nell'assolvere la funzione riabilitativa. L'idea che la detenzione possa rappresentare lo stimolo al cambiamento si svuota di significato se l'esperienza del carcere comporta ulteriori conseguenze negative per la ridotta disponibilità trattamentale³, soprattutto se il sovraffollamento carcerario priva il detenuto non solo della sua libertà, ma anche di altri diritti.

La riduzione delle fattispecie incriminatorie, in combinazione con un più esteso e qualificato ricorso alle misure alternative alla detenzione, produrrebbero un'elevata deflazione del circuito carcerario.

Rispetto alla riforma del DPR 309/90, e in particolare all'art.73, il Tavolo Tecnico propone di:

- 1) sottrarre all'azione penale alcune condotte illecite contemplate nelle 22 fattispecie dell'art.73, commi 1 e 1bis, come la coltivazione di cannabis a scopo domestico e la cessione di modeste quantità per uso di gruppo, e introdurre la "finalità del profitto" per tutte le condotte tipizzate*
- 2) rivedere l'impianto sanzionatorio delle fattispecie attualmente previste ai commi 1 e 4 dell'art.73 DPR 309/90 in forza della sentenza 12.02.2014 n.32 della Corte Costituzionale, riducendo i termini edittali per entrambe le ipotesi in modo da escludere l'obbligatorietà dell'arresto in flagranza. Il minimo edittale dovrebbe essere sotto la soglia di accesso all'affidamento terapeutico. Ciò consentirebbe la fruizione delle misure alternative alla detenzione in carcere e faciliterebbe l'accesso alla sospensione del processo con la procedura dell'istituto della "messa alla prova" (art.168 bis del C.P.)
- 3) escludere in ogni caso la previsione dell'arresto obbligatorio
- 4) eliminare il criterio tabellare del superamento delle soglie per uso personale
- 5) inserire i lavori di pubblica utilità come possibile sanzione, al posto della reclusione, per alcune fattispecie incriminatorie dell'art.73
- 6) dare spazio al comma 5bis dell'art.73 del DPR 309/90 e all'istituto della "messa alla prova" per avviare percorsi di giustizia riparativa, creando opportunità e incoraggiamento verso una maggiore responsabilizzazione rispetto alle conseguenze delle proprie azioni.

Il Tavolo Tecnico non ha analizzato l'impatto che l'eventuale legalizzazione dell'uso di cannabis a scopo ricreativo comporterebbe sulla riduzione della popolazione detenuta per violazione dell'art.73.

Misure alternative alla detenzione in carcere

Le misure alternative si sono rivelate più efficaci nel contenimento della recidiva, più utili ai condannati e alla collettività, più convenienti sotto il profilo della spesa pubblica⁴.

* Su questa specifica proposta della Relazione un solo Esperto ha espresso esplicito disaccordo in virtù della necessità di ribadire l'illiceità dell'uso di sostanze

² Pesce F., L'analisi economica del diritto penale dalla teoria alla pratica. Il livello di efficienza delle opzioni normative in tema di tossicodipendenza e criminalità correlata, Editoriale Scientifica, Napoli, 23 (2019), p. 70

³ Relazione al Parlamento 2021

⁴ Pesce F., cit., pp. 71-73; 214-216

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Nella pratica si riscontrano ostacoli sia alla richiesta delle misure alternative sia al loro ottenimento. Le sentenze di rigetto della Magistratura di Sorveglianza sembrano più frequenti tra quanti ne fanno richiesta dalla libertà, così come sembrano più facilmente accettati i programmi residenziali rispetto a percorsi territoriali⁵.

Le esigenze di custodia e sicurezza non devono scontrarsi con l'esigibilità dei diritti dei condannati, privandoli dei benefici garantiti per legge. Due aspetti ostativi, generanti gravi strozzature alla concessione delle misure alternative per le persone dipendenti, si pongono a livello di interpretazione della diagnosi (Magistratura) e nella costruzione della certificazione da parte dei medici dei Ser.D in base ai quadri clinici, per cui risulta indispensabile modificare il D.M. 12.07.90 n.186 relativo alla certificazione del DUS.

Il cambiamento di paradigma che nel mondo medico-scientifico ha portato ufficialmente dal 2013 nel DSM-5 alla sostituzione del termine diagnostico "dipendenza" con "disturbo d'uso di sostanze", ha indotto in alcuni casi l'equivoco di interpretare erroneamente il disturbo lieve come semplice consumo e il disturbo medio come abuso, identificando unicamente il disturbo grave come dipendenza.

L'altra strozzatura si colloca nella costruzione della diagnosi del disturbo d'uso di sostanze, per la quale è riduttivo fare riferimento alla sola dipendenza fisica e basare l'accertamento sui soli parametri valutativi di natura tossicologica, trascurando l'aspetto significativo e patognomico del *craving*. Inoltre il corrente assetto normativo per la concessione della misura alternativa, considera esclusivamente l'uso attuale, trascurando che l'essenza della patologia da dipendenza è la natura cronica e recidivante.

Per rendere più operative, esigibili e qualificate le misure alternative, si rendono necessari:

- a. maggiore chiarezza interpretativa delle norme e minore complessità del percorso di concessione⁶ anche con la creazione di realtà intermedie e di mediazione tra mondo della Salute e mondo della Giustizia
- b. fattiva condivisione di obiettivi tra istituzioni e operatori coinvolti (Ser.D, Privato Sociale, UEPE e Magistratura di Sorveglianza⁷)
- c. maggiore celerità nella concertazione dei programmi
- d. coinvolgimento attivo di Regioni ed Enti Locali nel predisporre gli opportuni strumenti sociali ed educativi
- e. maggiore stanziamento di investimenti economici per lo sviluppo dei percorsi di trattamento e *recovery* e di personale dedicato

La disponibilità di abitare, la possibilità di accedere al lavoro, la creazione di una rete sociale di supporto e risocializzazione, si sono rilevati aspetti mancanti o gravemente insufficienti all'interno del circuito penitenziario. La loro carenza, per le esigue risorse economiche stanziare, si è rilevata tra i fattori più ostativi alla concessione delle misure alternative, soprattutto per le fasce più marginali, spesso coincidenti con persone senza fissa dimora e migranti senza permesso di soggiorno.

⁵ L'affermazione deriva da una conoscenza empirica degli operatori mentre il dato quantitativo, a disposizione della Magistratura di Sorveglianza andrebbe richiesto ed elaborato, senza che sia possibile nei tempi a disposizione

⁶ Decreto n.0008 08.04.2021 Regione Veneto Linee di indirizzo regionali di un percorso integrato per favorire l'accesso a misure alternative al carcere delle persone con DUS o del consumatore sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria limitativi o privati della libertà personale

⁷ DGRT 166 8/03/2021, "Approvazione dello schema di protocollo di per applicazione art.94 DPR 309/90 nei confronti di persone tossico-alcoldipendenti tra Regione Toscana, Tribunale di Sorveglianza di Firenze, Azienda Usl della Toscana, Ufficio interdistrettuale per l'Esecuzione Penale Esterna di Firenze

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Relativamente alla revoca delle misure alternative, gli episodi di consumo di sostanze psicoattive in costanza di misura alternativa, non possono costituire un elemento di criticità da parte del Tribunale di Sorveglianza. In alcuni casi le recidive assumono infatti una salienza dirimente per la scelta della revoca dell'affidamento in prova. La valutazione dell'eventuale persistenza del consumo e delle sue modalità deve essere contestualizzata nell'andamento complessivo della realizzazione del provvedimento e del beneficio che il soggetto e la collettività ne possono trarre.

Custodia attenuata

La custodia attenuata (ICATT), istituita nel 1988 dal DAP per i soli detenuti tossico-alcoldipendenti, ha smarrito nel tempo il carattere originario del progetto e la sua specificità riabilitativa coinvolgendo altre tipologie di persone detenute⁸. Deve essere ripresa alla luce degli obiettivi attuali di cura e riabilitazione con la finalità del reinserimento della persona nella società e della prevenzione.

In una rilevazione del 2015⁹ il DAP conta 21 Istituti di pena e Sezioni a custodia attenuata, di cui 12 riservate a detenuti tossicodipendenti, in 11 Regioni, con una capienza di 635 posti e 340 detenuti presenti, in sostanziale inadempienza dell'art.96 del DPR 309/90 che predispone la realizzazione in tutto il territorio nazionale di Istituti penitenziari o reparti interni dotati di programmi a custodia attenuata.

Specifiche criticità riguardano: la mancanza di un inserimento degli ICATT nella rete di attività e iniziative territoriali, specialmente rispetto al settore del lavoro; la mancata istituzione dell'Agente di rete per rafforzare la relazione col territorio (oggi presente solo in Lombardia); la persistenza di regolamenti che non prevedono modelli a custodia attenuata dedicati e specifici per l'accesso agli ICATT a persone detenute in trattamento con farmaci agonisti o con marcata comorbidità psichiatrica; la necessità di maggiori spazi all'interno degli ICATT dedicati ad attività di cura e riabilitazione; la necessità di sviluppare sinergie e linguaggi comuni tra gli operatori sanitari e penitenziari; l'esigenza di creare sub-circuiti attenuati all'interno del sistema, prevedendo spazi dedicati alle persone in trattamento farmacologico agonista o in marcata comorbidità psichiatrica.

Misure di Riduzione del Danno in carcere

La nuova strategia europea sulle droghe approvata dal Consiglio dell'UE nel dicembre 2020 conferisce alla RdD la stessa rilevanza della Riduzione dell'offerta e della Riduzione della domanda, considerando nella RdD non solo i rischi sanitari connessi al consumo, ma anche le conseguenze negative su più larga scala degli stessi effetti indesiderati della legislazione sulle droghe.

L'EMCDDA indica¹⁰ che tra il 30% e il 75% dei consumatori problematici ha fatto esperienza di almeno un periodo di detenzione. I tassi d'incidenza di HIV, HBV e HCV sono esponenzialmente più alti tra le persone

⁸ S. Libianchi, A. Grassi "L'Istituto a Custodia Attenuata per detenuti tossicodipendenti (ICATT)". Relazione ed Atti "la Conferenza Nazionale sulla droga"; Palermo, 24-26 Giugno 1993; pag. 707 - 713

⁹ Relazione gruppo di lavoro Tavolo Tecnico n.4 "Minorità sociale, vulnerabilità, dipendenze", Stati generali esecuzione penale, Ministero Giustizia, febbraio 2016

** Su questa specifica proposta della Relazione un solo Esperto ha espresso esplicito disaccordo in virtù della necessità di un approfondimento sul tema

¹⁰ EMCDDA Prison and drugs in Europe 2021

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

detenute che nella popolazione generale. La co-morbilità psichiatrica riguarda più del 40% dei detenuti con DUS¹¹.

Il principio di equivalenza delle cure, che assicura interventi di pari livello tra popolazione carceraria e comunità territoriale, ribadito dal DCPM del 12.01.17¹² costituisce un diritto della persona detenuta. Per tale motivo la cronica mancanza di interventi di RdD all'interno del carcere risulta lesiva del principio e rappresenta una negazione dei diritti umani. UNODC, OMS e UNAIDS, nei loro 15 interventi di raccomandazioni per la prevenzione delle infezioni correlate al consumo di sostanze e ai rapporti sessuali in carcere, segnalano per l'Italia l'assenza totale della disponibilità di preservativi, siringhe sterili, e farmaci salvavita per le overdosi di immediato accesso per le persone detenute.

La vigente normativa non consente il *Syringe Exchange Program* né la distribuzione di condom. Le istanze securitarie confliggono con le esigenze della prevenzione e della cura per timore della diversione dei presidi sanitari e dei farmaci somministrati e distribuiti^{**}.

Proposte:

- a. apportare una modifica normativa all'art.11 dell'Ordinamento penitenziario, inserendo le azioni di RdD come atto di natura sanitaria a tutela del diritto alla salute della persona detenuta
- b. includere tali azioni nei regolamenti di Istituto e nella Carta dei servizi e degli interventi sanitari delle locali Aziende Sanitarie, come sviluppo di linee guida e PDTA¹³
- c. avviare una valida sperimentazione negli Istituti di pena del territorio nazionale, come suggerito dal PNP
- d. investire sulla formazione singola e congiunta, anche bidirezionale, del personale sanitario e penitenziario sulla gestione del rischio clinico e la sicurezza delle cure

¹⁰ Gerra G., Berto D. "Doppia diagnosi tra i tossicodipendenti detenuti" in "Tossicodipendenza e doppia diagnosi in carcere. Realtà e prospettive" Ministero Giustizia, DAP, Roma 27.10.2005

¹² Il DCPM "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" di cui art, 1 comma 7 del D.L. 30.12.92 n.502, disciplina esplicitamente art.28 le prestazioni che il SSN assicura alle persone con dipendenze patologiche "ivi comprese" le persone incluse e internate" "attraverso la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato" inclusi "gli interventi di riduzione del danno"

¹³ Il DPCM 01.04.2008 recante: "Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" nella parte dell'allegato 1, prevede: "ai fini del coordinamento nazionale, viene realizzato presso la Conferenza Unificata fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome e le Autonomie Locali, un Tavolo di consultazione, costituito da rappresentanti dei dicasteri della Salute e della Giustizia, delle Regioni e Province autonome e delle Autonomie locali, con l'obiettivo di garantire l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamentali nell'intero territorio nazionale." Pertanto il suddetto tavolo acquisisce una funzione strategica nell'elaborazione di qualsiasi documento di programmazione-azione sanitaria nelle carceri e deve essere necessariamente concordato con le Amministrazioni Centrali dello Stato componenti del tavolo e in particolare con il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia. È tuttora in corso l'esame delle bozze di seguito indicate:

- Bozza di Linee di indirizzo in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti (bozza consolidata con le Regioni 14.01.2020); (sottogruppo interistituzionale)
- Bozza Linee di indirizzo per il funzionamento delle articolazioni per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari per adulti (ASM) (Bozza condivisa da Regioni e PA 15.01.2021)
- Bozza Linee di indirizzo per il funzionamento delle articolazioni REMS e percorsi di presa in carico (sottogruppo interistituzionale)
- Linee di indirizzo per la tutela della Privacy in carcere (sottogruppo interistituzionale)
- Linee di indirizzo per la gestione della salute in ambito minorile (sottogruppo interistituzionale)

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

e. coinvolgere e qualificare le persone detenute attivandole nella creazione di sportelli e nello sviluppo di iniziative di Auto-mutuo-aiuto e Sostegno tra pari

Non è invece un intervento di RdD, bensì di cura, il trattamento con farmaci agonisti a mantenimento, rispetto al quale si rilevano ancora significative criticità in molti Istituti di pena (accessi, durata, dosaggi) e per cui risulta decisivo sviluppare specifiche linee di indirizzo e PTDA per l'uso delle terapie agoniste e del controllo del misuso e della diversione.

Progettazione individualizzata, trattamento integrato e continuità terapeutica

Un modello di presa in carico integrata e multidimensionale della persona con disturbo d'uso di sostanze in regime detentivo necessita di:

a. precoce valutazione medico-farmacologica per disporre eventuali interventi d'urgenza sanitari e favorire lo *screening* per patologie infettive o correlate al disturbo d'uso di sostanze

b. valutazione psicologica e approfondita indagine sociale della persona e del suo contesto e, qualora necessario, valutazione psichiatrica o di altra specialità necessaria

c. certificazione del DUS in base a parametri già evidenziati¹⁴. La concorrenza di tutti gli elementi che integrano l'accogliabilità della richiesta dovrebbero essere contenuti nella certificazione/relazione Ser.D e relazione UEPE affinché il tribunale possa escludere la "strumentalità per altri fini"

d. definizione di un Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRI), strumento operativo che consente la realizzazione di un percorso di cura centrato sulla persona ed è affiancato dal "Budget di salute", che definisce e garantisce le risorse economiche, professionali e umane necessarie per sostenerlo. Il PTRI contiene: diagnosi; obiettivi del progetto concordati con la persona e altri soggetti significativi; declinazione dei tempi, modalità e *setting* dell'intervento complessivo; monitoraggio del percorso; indicatori di efficacia; definizione della rete territoriale coinvolta e individuazione del Case manager.

- Il PTRI si configura ad alta intensità trattamentale per rispondere sia a esigenze di attenzione e cura globale della persona, sia a esigenze di tutela sociale. Sia all'interno del carcere che in misura alternativa, oltre agli interventi socio-sanitari propri dell'ambito dei Ser.D o dei CSM o delle strutture di presa in carico del Privato Sociale, sono necessari interventi di formazione professionale e di avviamento al lavoro (artt.2 e 19 L. 328/2000), di sostegno all'abitare e alla risocializzazione

- Le proposte di giustizia riparativa verso la vittima, specifica o aspecifica, devono essere contestualizzate nell'ambito del PTRI e favorite durante la sua realizzazione

- Si impone una profonda rivisitazione della collaborazione tra i diversi servizi e le reti territoriali. All'interno del carcere la presa in carico integrata, oltre il Ser.D coinvolge soprattutto le UU.OO. di salute in carcere e il personale del trattamento dell'Amministrazione penitenziaria, per allargarsi alla collaborazione col Privato Sociale, il Ser.D di competenza territoriale e l'UEPE, che deve ampliare composizione e competenze. Alla composizione della rete sono essenziali anche gli altri servizi sanitari territoriali (prevenzione, materno-

¹⁴ La sola astinenza da uso di sostanze, conseguita in virtù del fattore contingente della reclusione, non può essere indicativa di remissione stabile. La presenza di sintomi che evidenziano la dipendenza psichica costituisce un parametro da cui non si può prescindere per accertare la "attualità" della malattia, che richiede programmi di intervento complessi e di lunga durata.

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

infantili, DSM, specialistici) e quelli che, all'interno dei Piani di zona, concorrono agli aspetti sociali ed educativi, creando l'indispensabile integrazione degli interventi socio-sanitari

- Una cartella informatizzata unificata risulta essenziale per assicurare efficienza comunicativa, tracciabilità e trasparenza del percorso e che permetta la raccolta di dati necessari alle amministrazioni sanitarie centrali dello Stato per la programmazione

- Continuità del trattamento in carcere e protocolli di dimissione dal carcere personalizzati a cura dell'equipe Ser.D (intra ed extra muraria). La scarcerazione dovrebbe essere accompagnata da uno specifico documento che riporti prescrizioni e diagnosi eventuali con affidamento dei farmaci assunti così da non esporre la persona a gravi rischi per la sua salute, non escludendo anche contatti diretti con il sistema territoriale di presa in carico di base.

Persone detenute straniere senza permesso di soggiorno

Delle persone detenute in carcere per violazione dell'art.73, il 34% è costituito da stranieri¹⁵, dato pressoché costante da circa 20 anni. Il D.Lgs. 230/99 art.1 comma 5 stabilisce che "sono iscritti al SSN gli stranieri, limitatamente al periodo in cui sono detenuti negli Istituti penitenziari. Hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti a prescindere dal regolare permesso di soggiorno in Italia". Tuttavia, è di difficile accessibilità la fruizione delle misure alternative, per mancanza di risorse sociali di riferimento o irreperibilità di documenti validi a contrarre un regolare contratto di lavoro o d'affitto. È inoltre preclusa di fatto la presa in carico territoriale al momento del rilascio in grado di fornire continuità assistenziale, per cui ogni compliance alla cura sanitaria è destinata a vanificarsi. Ne consegue la necessità di un'opportuna revisione dell'art.89 del DPR 309/90 che prevede l'espulsione dello straniero a pena espiata se condannato per reati agli artt.73,74,79 e 82 comma 2 e 3. Per evitare una nuova fase di clandestinità ed emarginazione, circostanze che favoriscono la recidiva nel DUS e nella criminalità, il Tavolo Tecnico propone la concessione di un permesso di soggiorno in prova, similmente all'istituto della messa alla prova, come misura da erogare al termine della pena e di durata temporanea.

¹⁵ Relazione al parlamento sullo stato delle tossicodipendenze 2021



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Le statistiche

**Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive**



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

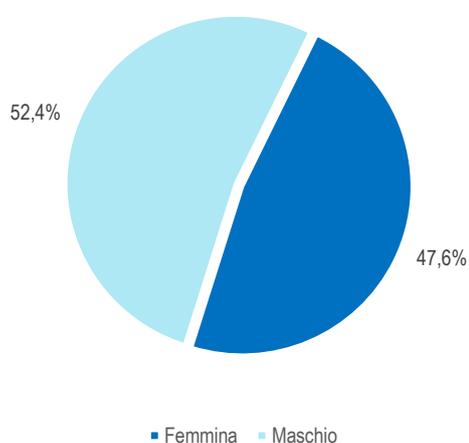
Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

8.1 Gli Esperti

Al Tavolo Tecnico “Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive” hanno partecipato 21 Esperti, per il 52% di genere maschile e per il restante 48% di genere femminile.

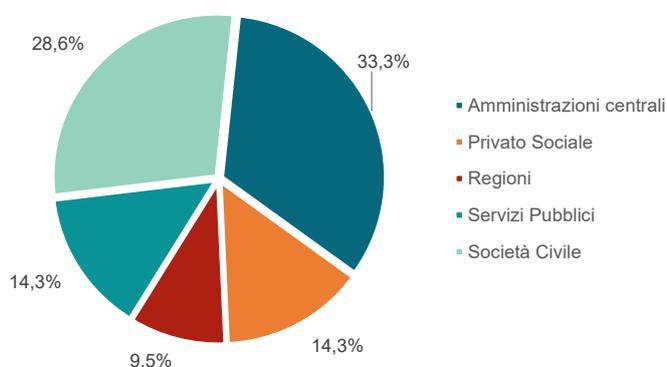
Il 33% degli Esperti è appartenente alle Amministrazioni Centrali, il 29% è rappresentante della Società Civile, pari quote del Privato Sociale e dei Servizi Pubblici (14%), mentre il restante 9% espresso dalle Regioni/PA.

Figura 8.1.1 – Percentuale degli Esperti per genere



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Figura 8.1.2 – Percentuale degli Esperti per ente di appartenenza



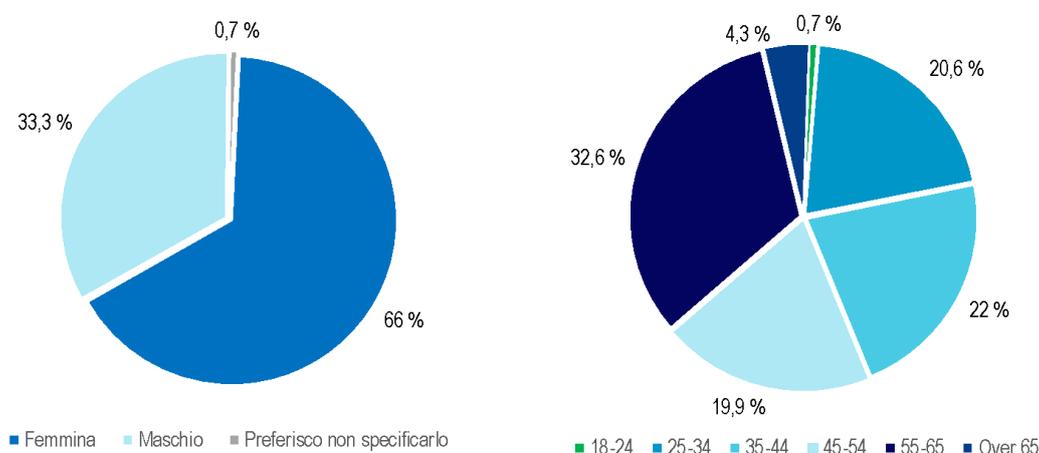
Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

8.2 Il pubblico iscritto

Dei 148 partecipanti iscritti ai lavori del Tavolo "Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive" il 66% è di genere femminile, il 33% di genere maschile e il restante 1% preferisce non indicare il proprio genere. La fascia di età maggiormente rappresentata è quella dai 55 ai 65 anni (33%), seguita da quelle dei 35-44enni (22%), dei 25-34enni (21%) e dei 45-54enni (20%). Meno rappresentate nel campione degli iscritti risultano gli over 65 anni (4%) e i più giovani (18-24 anni: 1%).

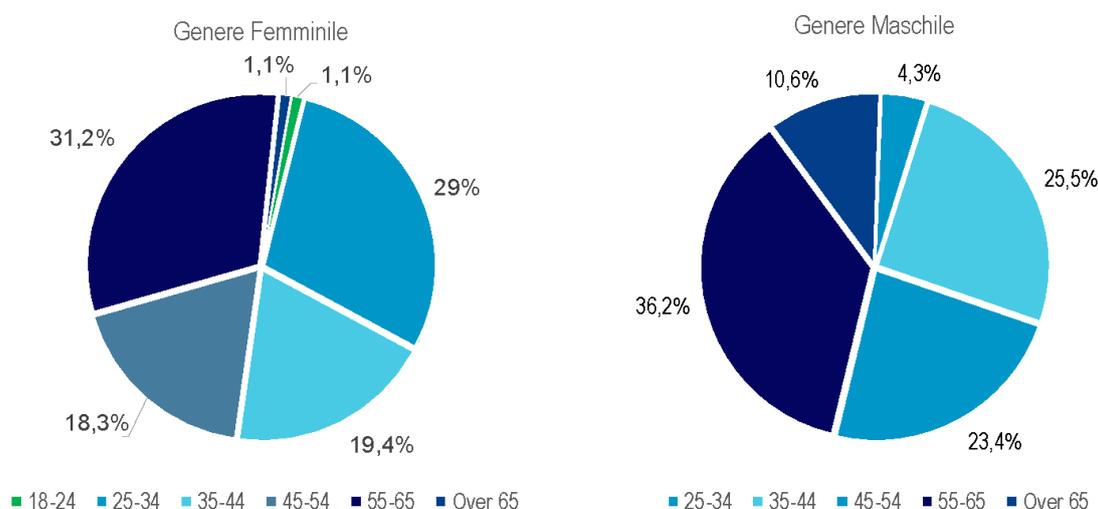
Figura 8.2.1 – Percentuale degli iscritti al Tavolo per genere e fasce di età



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

La distribuzione per genere e fasce di età mostra che tra le iscritte il 31% ha un'età tra i 55 e i 65 anni, il 29% tra i 25 e i 34 anni. Tra gli spettatori di genere maschile il 36% è nella fascia di età 55-65 anni, il 26% ha tra i 35 e i 44 anni, l'11% è over 65.

Figura 8.2.2 – Distribuzione degli iscritti di genere femminile e maschile per fasce di età

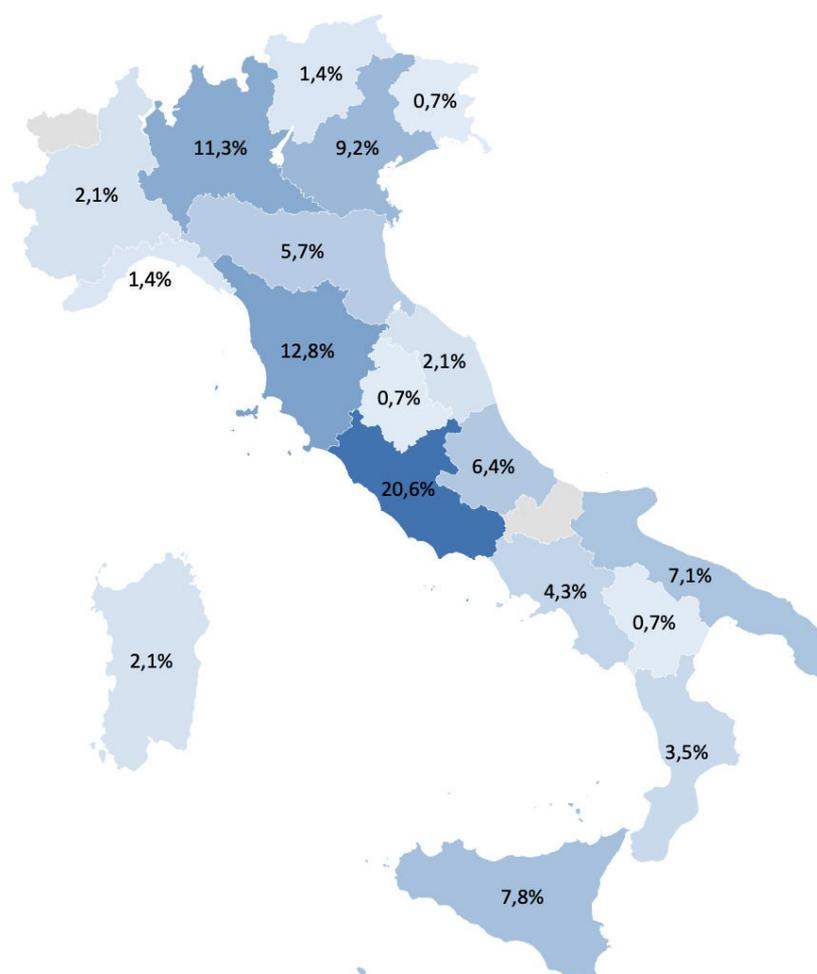


Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

In termini di distribuzione regionale, il campione degli iscritti al Tavolo Tecnico "Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive" mostra un'ampia partecipazione dalla regione Lazio (21%), seguita da Toscana (13%) e Lombardia (11%).

Figura 8.2.3 – Distribuzione percentuale degli iscritti per regione di provenienza

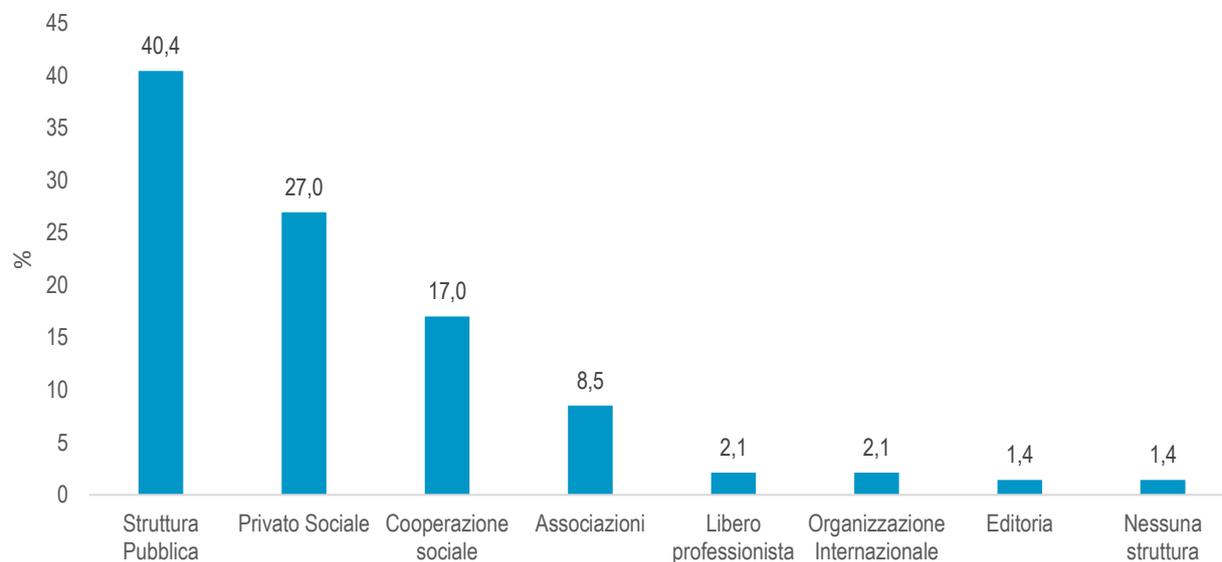


Fonte: elaborazioni CNR-IFC

L'analisi delle informazioni raccolte al momento dell'iscrizione, consente di rappresentare la distribuzione percentuale delle affiliazioni degli iscritti al Tavolo Tecnico, come mostrato in Figura 8.2.4. I dati mostrano un'ampia partecipazione da parte di iscritti provenienti da strutture pubbliche (40%) nonché dal Privato Sociale (27%). Seguono Cooperative sociali (17%) e Associazioni (8%).

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

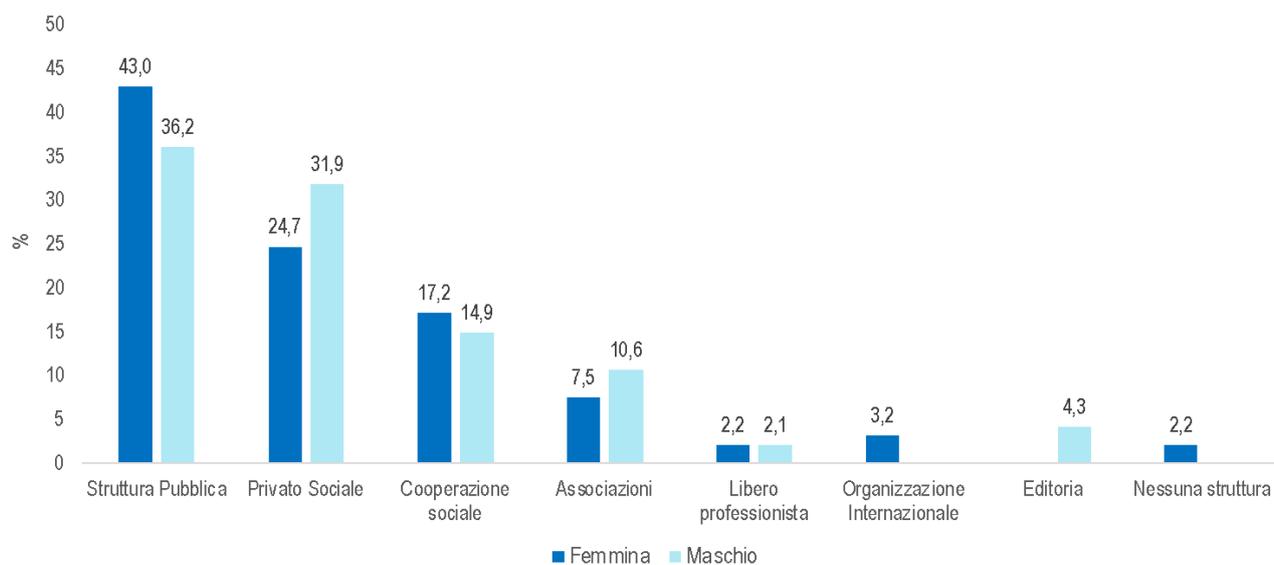
Figura 8.2.4 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

La stessa distribuzione osservata per genere mostra una partecipazione femminile più alta tra le strutture pubbliche e negli enti di cooperazione sociale, e una percentuale di iscritti di genere maschile più elevata nel Privato Sociale e nelle Associazioni.

Figura 8.2.5 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza e per genere

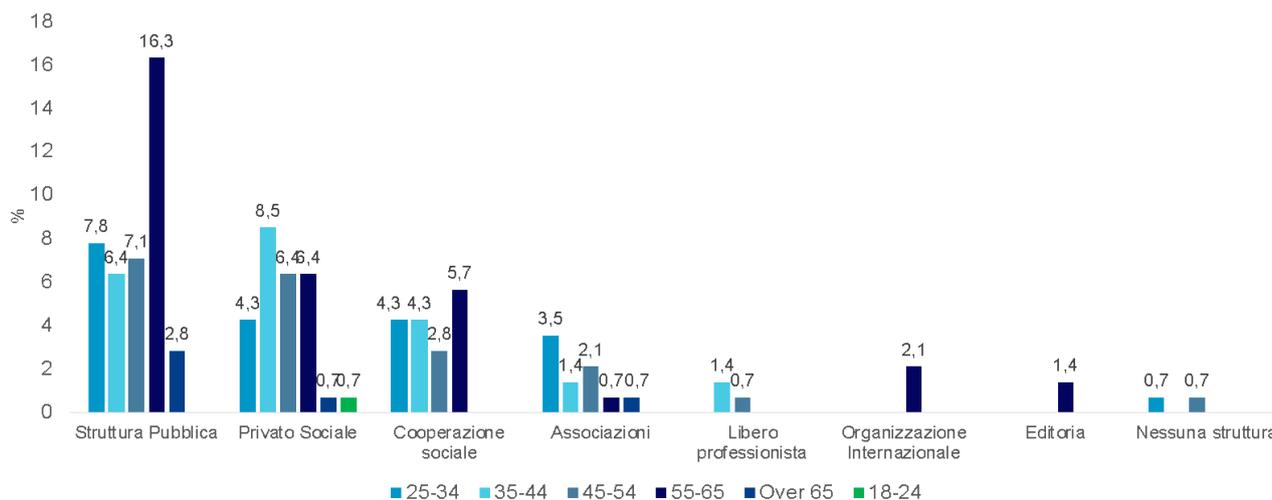


Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Tra gli iscritti appartenenti alle strutture pubbliche la fascia di età maggiormente rappresentata è quella 55-65 anni, nel Privato Sociale sono soprattutto 35-44enni. Gli iscritti che si occupano di Cooperazione sociale sono soprattutto 55-65enni, mentre nelle associazioni sono più rappresentate le fasce di età più giovani.

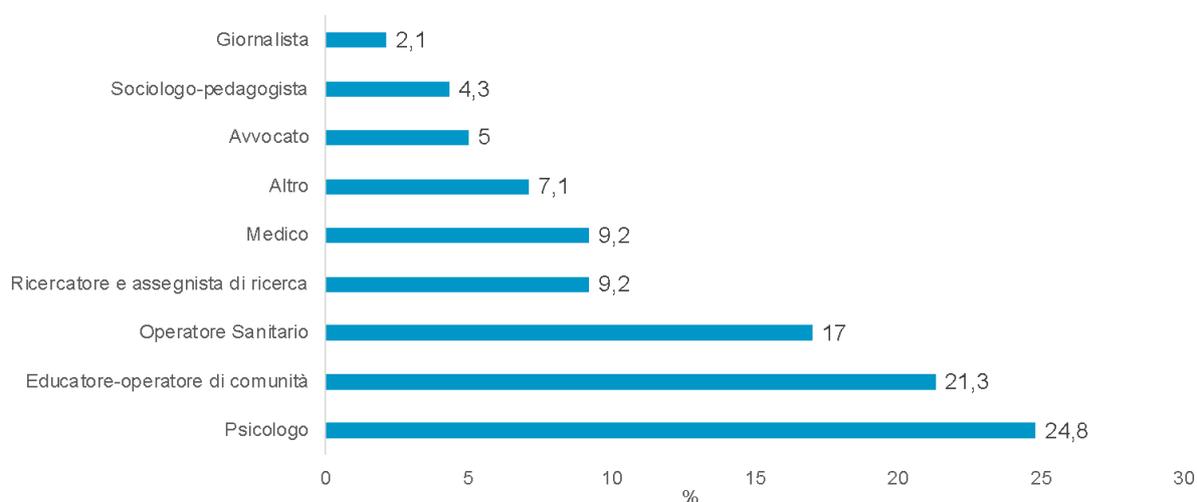
Figura 8.2.6 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza e per fasce d'età



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Infine, la Figura 8.2.7 mostra la percentuale di professioni riferite dagli iscritti al momento della registrazione al Tavolo Tecnico. I dati mostrano un'ampia partecipazione delle professionalità socio-sanitarie, seguite da personale della ricerca e personale medico.

Figura 8.2.7 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza



Fonte: elaborazioni CNR-IFC



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Appendice

**Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive**



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

9.1 Dr. Ugo Ceron – Tossicodipendenza e carcere: modello integrato di presa in carico e percorsi di riabilitazione

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 1

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Roma 5 - 6 ottobre
Casa Circondariale di Rebibbia

Ugo Ceron Comunità Papa Giovanni XXIII

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Tossicodipendenza e carcere

Modello integrato di presa in carico e percorsi di riabilitazione

DPR 309/90 Art. 96

Chi si trova in stato di custodia cautelare o di espiazione di pena per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza o sia ritenuto dall'autorità sanitaria abitualmente dedito all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope o che comunque abbia problemi di tossicodipendenza ha diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria all'interno degli istituti carcerari a scopo di riabilitazione.

↓

detenuti con problematiche di alcol/tossicodipendenza

↓

medesimi diritti di cura delle persone non soggette a restrizione

=

Percorso Riabilitativo SocioSanitario Integrato in continuità con il territorio di appartenenza

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

VI CONFERENZA NAZIONALE SULLLE DIPENDENZE
Oltre le fragilità

Tossicodipendenza e carcere

Modello integrato di presa in carico e percorsi di riabilitazione

Percorso Riabilitativo SocioSanitario Integrato

PRESA IN CARICO = percorso di Valutazione Medico-farmacologico – Psichiatrico – Psicologico - Sociale
cui possa seguire

↓

la certificazione di tossicodipendenza
Attraverso l'analisi multidimensionale
per dare avvio all'elaborazione del

↓

PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

VI CONFERENZA NAZIONALE SULLLE DIPENDENZE
Oltre le fragilità

Tossicodipendenza e carcere

Modello integrato di presa in carico e percorsi di riabilitazione

PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

Presa in carico in continuità con il territorio

=

- Piena applicazione della legislazione delle misure alternative al carcere (art 89,90, 94 DPR/90 ...): l'esito di tale mancata applicazione diventa il *sovrappollamento carcerario*

↓

- ✓ Rafforzamento dei Ser.D previsti nel sistema carcerario per accorciare i tempi di attuazione delle misure alternative

↓

- ✓ Rafforzare il budget per renderlo adeguato alle richieste di accoglienza nelle strutture residenziali del privato: spesso il rallentamento degli invii è dovuto alla carenza di risorse finanziarie (il passaggio di competenza della popolazione carceraria dal carcere al Serd ha aumentato le esigenze terapeutiche, ma non il budget)

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

VI CONFERENZA NAZIONALE SULLLE DIPENDENZE
Oltre le fragilità

Tossicodipendenza e carcere

Modello integrato di presa in carico e percorsi di riabilitazione

PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO PTRI ➔ BUDGET DI SALUTE

Consente di «raggruppare» le diverse risorse sanitarie, sociali e territoriali

Costruire assieme alla persona ristretta secondo l'ottica di valorizzazione della persone e un approccio globale ai Dus e Carcere un **PTRI** che deve contenere:

- La diagnosi in base ai criteri nosografici
- La motivazione del paziente ad intraprendere un trattamento, compresa la valutazione di giustizia riparativa. Occorre che i detenuti possano scegliere liberamente il percorso riabilitativo
- Gli obiettivi da raggiungere (tempi, modalità, setting)
- Modalità di monitoraggio
- Indicatori di efficacia del trattamento
- Case manager e i servizi territoriali coinvolti

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

VI CONFERENZA NAZIONALE SULLLE DIPENDENZE
Oltre le fragilità

Tossicodipendenza e carcere

Modello integrato di presa in carico e percorsi di riabilitazione

D.l.n.230/99 art. 1 c.5 "Sono iscritti al Servizio sanitario nazionale gli stranieri, limitatamente al periodo in cui sono detenuti o internati negli istituti penitenziari. Tali soggetti hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia."

Anche gli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno possono usufruire, di una misura alternativa alla detenzione per la cura dei disturbi da uso di sostanze, se ricorrono i requisiti di legge.

Espiata la pena
?

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Tossicodipendenza e carcere

Modello integrato di presa in carico e percorsi di riabilitazione

Revisione dell'art. 89 del DPR 309/90 che prevede l'espulsione dello straniero per reati agli
articolo 73, 74, 79 e 82 commi 2 e 3 una volta espiata la pena



va orientato ad un progetto di piena integrazione a pena espiata, per impedire il ripiombare
in situazioni di precarietà ed emarginazione che la potrebbero esporre a nuova possibile
reiterazione del reato e ricaduta in problematiche DUS.



misura «premiante» *Soggiorno di Permesso in Prova* da erogare al termine dell'espiazione
della pena, e per la durata di 4 anni. Un permesso provvisorio legato alla non reiterazione di
reati connessi a quelli compresi nel Testo Unico 309/90 e non presentare DUS

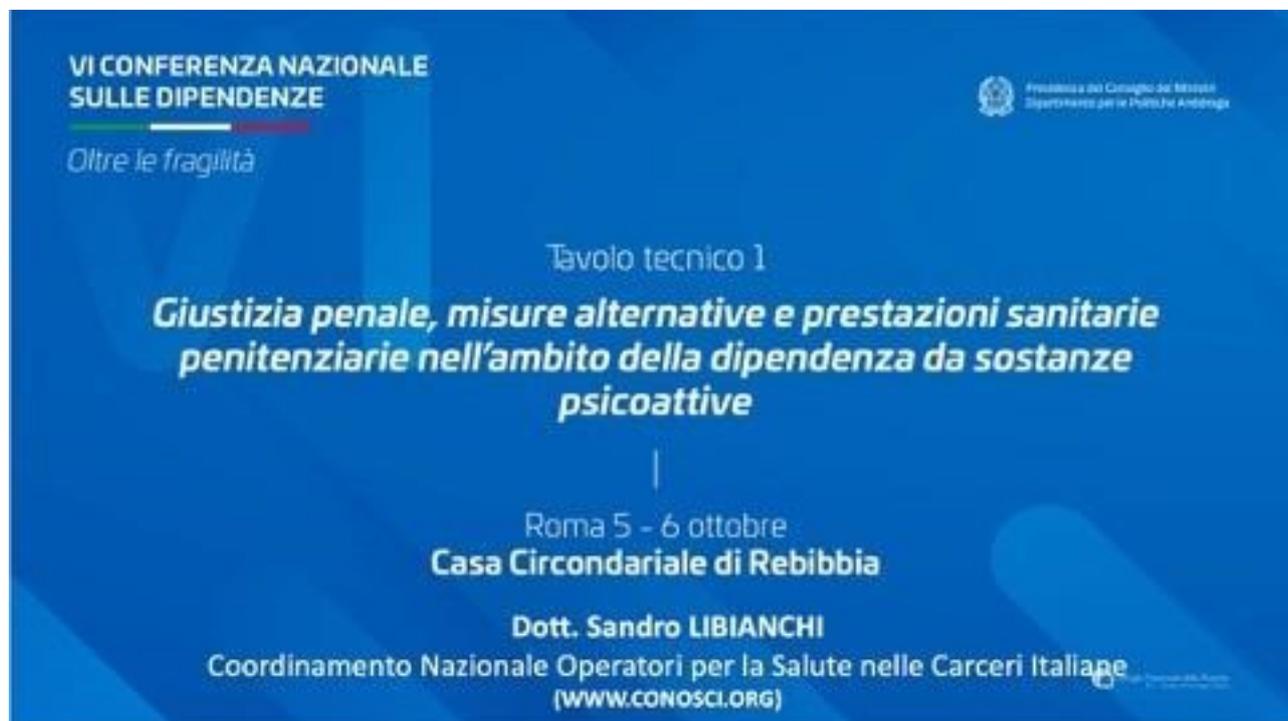
=

Al termine del *Permesso in Prova*, se il percorso si presenta positivo viene rilasciato **Regolare
Permesso di Soggiorno**, similmente a quanto avviene per l'affidamento in prova.

Oltre le fragilità

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

9.2 Dr. Sandro Libianchi – La “custodia attenuata” per i detenuti tossicodipendenti



VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

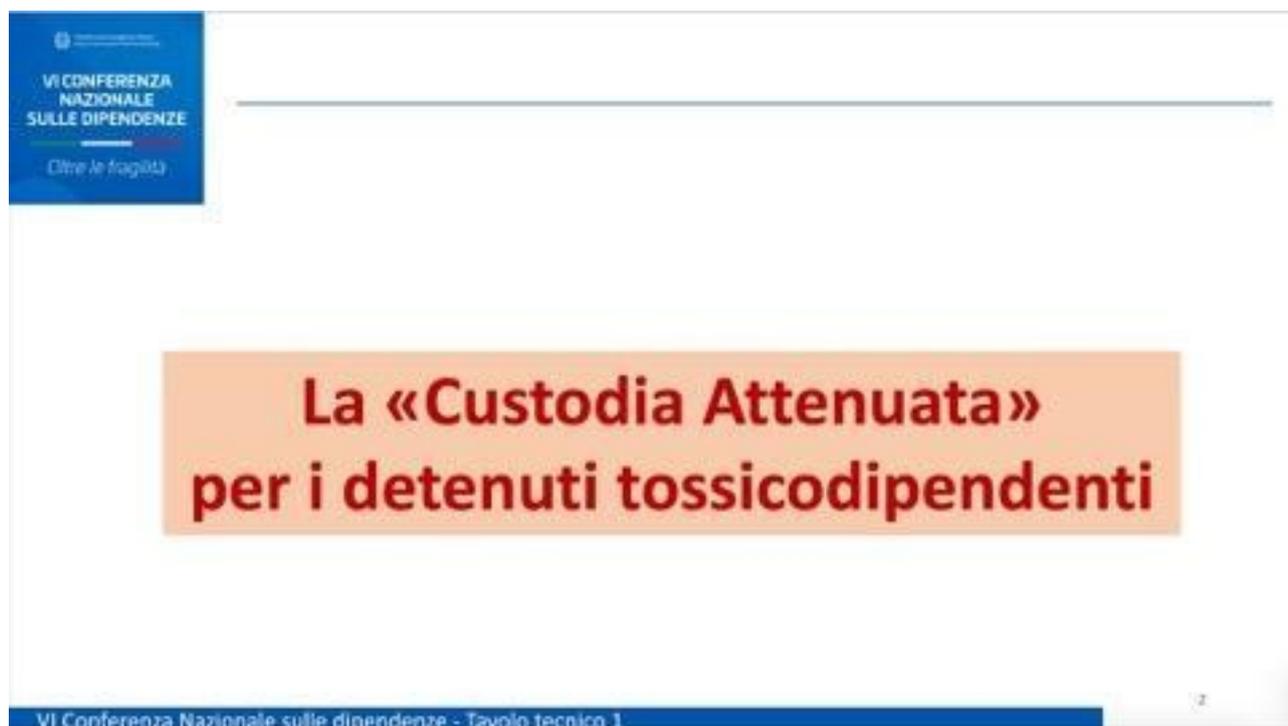
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 1

**Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie
penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze
psicoattive**

Roma 5 - 6 ottobre
Casa Circondariale di Rebibbia

Dott. Sandro LIBIANCHI
Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane
(WWW.CONOSCI.ORG)



VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

**La «Custodia Attenuata»
per i detenuti tossicodipendenti**

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE
Oltre le fragilità

La Normativa

art. 96 comma 1 e 4 del DPR 309/90:

... 'ha diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria all'interno degli istituti carcerari a scopo di riabilitazione...'

..'reparti carcerari particolarmente attrezzati'...

dal 1990 l'Amministrazione Penitenziaria ha iniziato a realizzare spazi e strutture alternative al normale circuito carcerario, nei quali è stato favorito un percorso trattamento-terapeutico finalizzato ad una ottimale reimmissione nel tessuto sociale dei soggetti.
E' prevista una stretta collaborazione tra Enti carcerari e territorio al fine di integrare le forze disponibili e realizzare una continuità nel trattamento ed una presa in carico all'uscita del carcere per fine pena o per ammissione alle pene alternative.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

LETTERA DEL 22 DICEMBRE 1990 DEL DIRETTORE GENERALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA AI RESPONSABILI DEGLI ENTI LOCALI

OGGETTO: D.P.R. Ottobre 1990 n. 309;
Prevenzione e cura delle infezioni da virus HIV in ambito carcerario.
Trattamento socio sanitario, recupero e successivo reinserimento sociale
dei detenuti tossicodipendenti. Cura e riabilitazione dei detenuti alcoolisti.

Caratteristiche della Custodia Attenuata

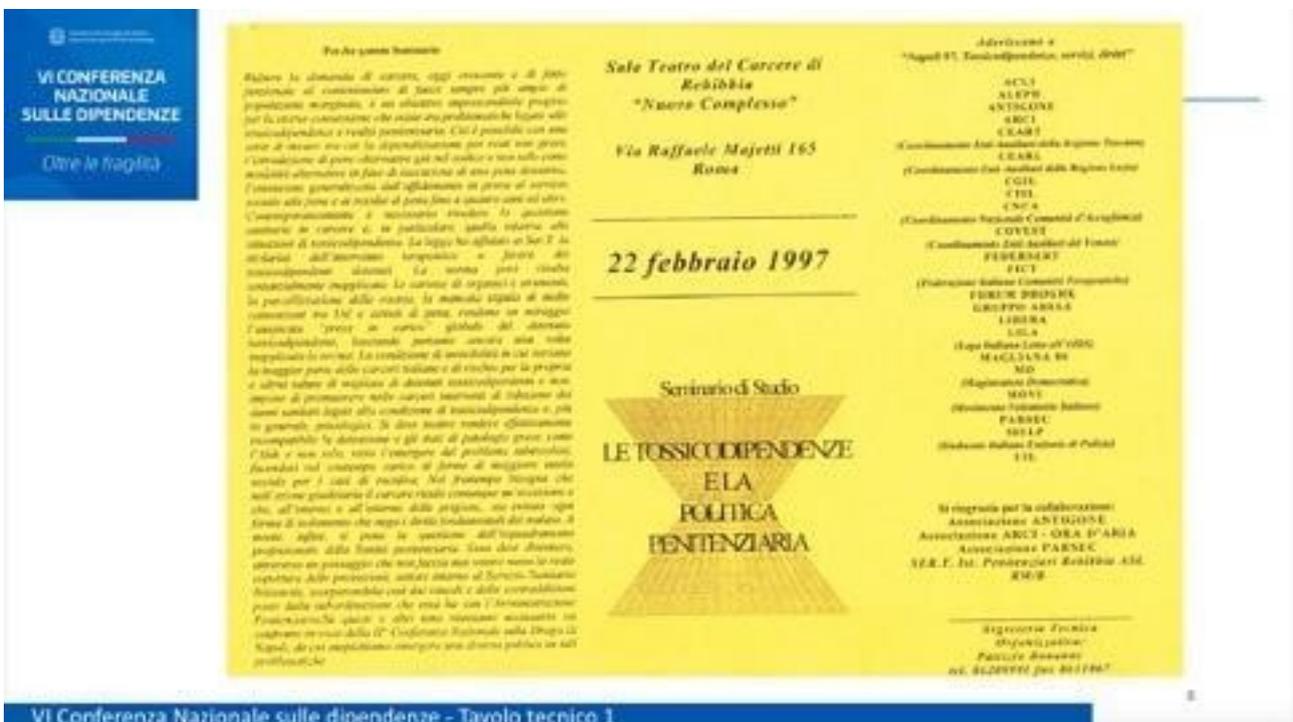
- **Strutture a bassa capienza (sezioni o istituti)**
- **Spazi per attività di gruppo e terapeutiche**
- **Custodia con *'connotazione qualitativamente diversa'***
- **Equipe integrata per selezione e trattamento (penit. e terap.)**
- **Valutazione motivazione e volontarietà di accesso**
- **Formazione del personale**

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive





VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Le Strutture - 2015

REGIONE	Città	Tipologia
Calabria	Laureana di B.	C. A.
Campania	Paola	C. A.
Emilia R. – Marche	Carinola, Eboli, Lauro	C. A., ICATT, ICAM
Lazio, Abruzzo, Molise	Civitavecchia C.R., 3a CC Rebibbia, Avezzano, Pescara, Larino, Teramo	C. A., ICATT, C. A., C. A., C. A. femin.
Lombardia	Milano (S. Vittore)	SeATT, ICAM
Piemonte e Liguria	Biella, Fossano, Torino, Genova, Imperia	C. A., SeATT, C. A., C. A., SeATT, C. A. femin., ICAM, C. A., SeATT, C. A.
Puglia e Basilicata	Altamura	C. A.
Sardegna	Senorbì, Cagliari	ICAM
Sicilia	Giarre	ICATT
Toscana e Umbria	Firenze, Gorgona, S. Gimignano, Siena, Volterra, Orvieto	
Triveneto	Padova, Venezia	

29

8

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Ministero della
Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA -
UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO
SEGRETARIA VICE CAPO DIPARTIMENTO

ELENCO SEDI ICATT	Capienza	Presenza
Torino	210	57
Genova Marassi	12	4
Milano San Vittore	57	58
Castelluccio Emilia	38	16
Forlì	36	9
Ravenna	16	14
Firenze Gozzini	70	42
Roma Rebibbia III casa	36	38
Eboli	50	39
Lauro	54	46
Cosenza ¹	26	0
Giarre	30	17
TOT	635	340

635 340

10

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Cosa (non) fare

- ✓ Nuove leggi: facciamo funzionare quelle che ci sono
- ✓ LEA specifici: applichiamo quelli esistenti
- ✓ **«LEALE COLLABORAZIONE» INTERISTITUZIONALE (incentivi e sanzioni)**
 - ✓ REVISIONE DELLE RISORSE
- ✓ **AGGIORNAMENTO DEFINIZIONE DI c. a. E SUE LINEE OPERATIVE**
 - ✓ MONITORAGGIO
 - ✓ VALUTAZIONE ESITI
 - ✓ FORMAZIONE DEDICATA
- ✓ **COSTITUITO PRIMO NUCLEO DI STUDIO (2019 - Ist. Sup. di Sanità)**

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

9.3 Dr. Felice Nava – Proposte programmatiche e di revisione delle normative: i temi e le priorità

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 1

**Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie
penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze
psicoattive**

Roma 5 - 6 ottobre
Casa Circondariale di Rebibbia

Felice Alfonso Nava

Proposte programmatiche e di revisione della normativa
I temi e le priorità

Misure alternative	Riduzione del danno	Terapie agoniste	Continuità delle cure	Custodie attenuate

Biodiritti

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Proposte programmatiche e di revisione della normativa
Le criticità

Le misure alternative	Le azioni di riduzione del danno	Le terapie agoniste	Continuità terapeutica	Custodia attenuata
<ul style="list-style-type: none"> • Certificazione • Definizione dei percorsi • Complessità dei percorsi 	<ul style="list-style-type: none"> • Mancata applicazione • Cultura • Stigma 	<ul style="list-style-type: none"> • No EBM • Cultura • Stigma 	<ul style="list-style-type: none"> • Carcere come «isola» • Organizzazione e tecnologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Mancanza di standard • No EBM • Organizzazione, integrazione, struttura, spazi

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

VI CONFERENZA NAZIONALE SULLLE DIPENDENZE
Oltre le fragilità

Proposte programmatiche e di revisione della normativa

Le proposte programmatiche

Le misure alternative	Le azioni di riduzione del danno	Le terapie agoniste	Continuità terapeutica	Custodia attenuata
<ul style="list-style-type: none"> • Certificazione: criteri DSM-5/ICD10 • Accordi e/o protocolli UEPE, AG 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusione programmi trattamentali AP/Salute • Formazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Linee indirizzo/PDTA • Gestione del rischio • Formazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Linee indirizzo/PDTA • Azioni e unità operative di prossimità 	<ul style="list-style-type: none"> • Linee di indirizzo/PDTA • Integrazione: cura e recovery • Spazi • Formazione

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

VI CONFERENZA NAZIONALE SULLLE DIPENDENZE
Oltre le fragilità

Proposte programmatiche e di revisione della normativa

Le proposte di revisione della normativa

Le misure alternative	Le azioni di riduzione del danno	Le terapie agoniste	Continuità terapeutica	Custodia attenuata
<ul style="list-style-type: none"> • Rivedere DM 186 del 12/07/90 • Rivedere art. 89, 90, 94 DPR 309/90 • Rivedere art. 73 e 75 DPR 309/90 	<ul style="list-style-type: none"> • Inserire HR in art. 11 O.P. • Accordo Stato-Regioni • Regolamento di istituto 	<ul style="list-style-type: none"> • Inserire OST in art. 11 O.P. • Accordo Stato-Regioni • Regolamento di Istituto 	<ul style="list-style-type: none"> • Inserire in art. 11 P.O. • Patto della salute • Accordo Stato-Regioni 	<ul style="list-style-type: none"> • Rivedere art. 96 DPR 309/90 • Accordo Stato-Regioni • Regolamento di Istituto

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Proposte programmatiche e di revisione della normativa

Le proposte di riflessione:



- DPR 309/90: revisione della struttura normativa (oggi insieme regolatorio, sanzionatorio, programmatico)
- DM 444/90: è ancora attuale? standard del personale, ruolo del privato sociale, LEA, integrazione nella medicina territoriale
- **Separazione normativa dei circuiti regolatori, sanzionatori e programmatori**

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE
Oltre le fragilità



Felice Alfonso Nava, MD, PhD, MSci

Direttore UOSD Sanità penitenziaria e Ser.D. Carcere
Azienda ULSS 6 Euganea di Padova

Dirigente UO Salute mentale e sanità penitenziaria
Regione del Veneto

Componente per le Regioni del Tavolo di Consultazione permanente per la Sanità
Penitenziaria presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri

Coordinatore del Gruppo inter-regionale sanità penitenziaria (GISPE) presso
Commissione Salute

felice.nava@icloud.com

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

9.4 Dr.ssa Francesca Pesce – Analisi degli effetti della legislazione sulle droghe sul sovraffollamento carcerario e possibili soluzioni

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 1

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Roma 5 - 6 ottobre
Casa Circondariale di Rebibbia

Francesca Pesce

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Analisi degli effetti della legislazione sulle droghe sul sovraffollamento carcerario e possibili soluzioni

Dati : Relazione Annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia del 2021

Sistema giudiziario:

- 92.875 procedimenti per art. 73 D.P.R. 309/1990
- 4.681 procedimenti per art. 74 D.P.R. 309/1990

Sistema penitenziario:

- 53.577 detenuti nelle carceri italiane → capienza regolamentare di 50.867
- 18.697 (35%) per violazione del D.P.R. 309/1990 → di cui il 95% ex art. 73
- 14.148 persone affette da tossicodipendenza presenti → il 26% del totale
- 14.092 persone affette da tossicodipendenza entrate dalla libertà → il 40% del totale
- Costi per la sola carcerazione per droghe → 1 miliardo di euro all'anno

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

Analisi degli effetti della legislazione sulle droghe sul sovraffollamento carcerario e possibili soluzioni

Dati : *Relazione Annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia del 2021*

Segnalazioni e sanzioni amministrative ex art. 75 D.P.R. 309/1990

- Su 32.879 segnalazioni solo 94 hanno determinato una richiesta di programma terapeutico
- 77% per utilizzo di cannabis; 15,63% cocaina; 4,62% eroina

Analisi degli effetti della legislazione sulle droghe sul sovraffollamento carcerario e possibili soluzioni

Dati : *Relazione Annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia del 2021*

Inefficienza della nostra strategia di "lotta alle droghe" e del suo approccio (quasi) totalmente repressivo:

- Non raggiunge gli obiettivi da perseguire (salubrità sociale e attenuazione del tasso di recidiva tossicomane e criminale)
- Determina costi ingenti (società; sistema giudiziario, sistema penitenziario, sanità)
- Crea effetti collaterali gravissimi

Analisi degli effetti della legislazione sulle droghe sul sovraffollamento carcerario e possibili soluzioni

IPOTESI PER RIDURRE IL DANNO DELLA NORMA

- Riconoscimento, in termini di principio positivizzato nella legge, della natura della tossicodipendenza come **“patologia ad andamento cronico e recidivante”** (OMS) e di tutto ciò che ne consegue.
- Eliminazione dal novero di elementi che il Tribunale di sorveglianza valuta ai fini della revoca dell'affidamento in prova in casi particolari ex art. 94 D.P.R. della ricaduta tossicomana → **punire l'espressione sintomatica di una malattia.**
- Incremento dell'accessibilità / applicazione → misure alternative e messa alla prova

Analisi degli effetti della legislazione sulle droghe sul sovraffollamento carcerario e possibili soluzioni

IPOTESI PER RIDURRE IL DANNO DELLA NORMA

- Riduzione delle cornici edittali dell'art. 73 D.P.R. 309/1990
- Introduzione del criterio della finalità del profitto economico o di altra utilità (che deve essere provata) per distinguere ciò che è sanzionabile penalmente da ciò che è mero utilizzo personale
- In subordine eliminazione del criterio tabellare della quantità (indebolisce e svilisce il principio dell'accertamento oltre ogni ragionevole dubbio, crea pregiudizio, inverte l'onere della prova)

Analisi degli effetti della legislazione sulle droghe sul sovraffollamento carcerario e possibili soluzioni

IPOTESI PER RIDURRE IL DANNO DELLA NORMA

- Eliminazione dall'art. 75 D.P.R. 309/1990 delle sanzioni amministrative (espressione del totale travisamento degli obiettivi di cura e recupero da perseguire – eccessivamente afflittive e incisive in termini di libertà personale)
- Mantenimento del solo ammonimento che deve avere una finalità informativa e di invito all'avvio di percorsi terapeutici



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie
nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga