

Q C T
Europe

eiss
UNIVERSITY OF KENT

ULS 16
PADOVA

POPOLAZIONE DETERMINATA ED IN ESECUZIONE PENALE ESTERNA

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

venetosociale
www.venetosociale.it
Assessorato alle Politiche Sociali, Volontariato e Non Profit

I TRATTAMENTI "QUASI" OBBLIGATORI PER TOSSICODIPENDENTI

Risultati italiani di una ricerca europea

a cura di
Daniele Berto

I TRATTAMENTI “QUASI” OBBLIGATORI PER TOSSICODIPENDENTI

Risultati italiani di una ricerca europea

a cura di
Daniele Berto

Pubblicazione “no profit”
Vietata la vendita
Per informazioni e richieste del volume
o per avere copia del rapporto completo
*“The quasi-compulsory treatment of
drug-dependent offenders in
Europe: Final Report”* si contatti il
Dr. Daniele Berto
Responsabile U.F. Carcere
Azienda ULSS 16 di Padova
Referente Italiano per il Progetto QCT Europe
c/o Ospedale dei Colli - Via dei Colli, 4
35143 Padova
tel. 049.8216931
(daniele.berto@sanita.padova.it)
Ulteriori informazioni sulla QCT - Europe
possono essere acquisite all'indirizzo
www.kent.ac.uk/eiss/qct/index.htm

The QCT Europe study was funded by the Fifth European Community Framework Programme covering Research, Technological Development and Demonstration activities (Quality of Life programme, contract number QL4-CT-2002- 01446). The authors are solely responsible for the content of this document. It does not represent the opinion of the Community. The Community is not responsible for any use that might be made of data appearing in it.

Gruppi di lavoro

Hanno collaborato alla ricerca, coordinata dal Dr. Alex Stevens, i seguenti partner:

EISS European Institute of Social Services Keynes College, University of Kent Inghilterra	Dr. Alex Stevens - Coordinatore Dr. Neil Hunt
ICPR Institute for Criminal Polices Research, King's College, Londra Inghilterra	Dr. Paul Turnbull Dr. Tim McSweeney
Dipartimento per le Dipendenze Azienda ULSS 16 di Padova Main contractor per l' Italia	Dr. Daniele Berto Dr. Tiziana Codenotti Dr. Barbara Tabacchi Dr. Morena Tartari
Dipartimento per le Dipendenze ASL di Firenze - Sub-contractor	Dr. Susanna Falchini Dr. Irene Puppo
Dipartimento per le Dipendenze Azienda ULSS 4 di Bari - Sub-contractor	Dr. Alberto Santamaria Dr. Isabella Macina
Ministero della Giustizia Olanda	Dr. Marianne van Ooyen
Amsterdam Institute for Addiction Research Olanda	Dr. Maarten Koeter
Università di Friburgo Svizzera	Prof. Marc-Henry Soulet Prof. Kerralie Oeuvray
Insitut für Suchtforschung Svizzera	Prof. Dr. Ambros Uchtenhagen
Istituto di Psicologia, Università di Vienna Austria	Dr. Wolfgang Werdenich Dr. Gabriele Waidner Dr. Barbara Trinkl
MISTEL/SPI Forschung Germania	Prof. Dr. Wolfgang Heckmann Dr. Elfriede Steffan Dr. Andrea Viktoria Kersch

I partner italiani

In Italia, la ricerca è stata realizzata grazie al contributo e alla collaborazione dei seguenti Dipartimenti:

- Dipartimento per le Dipendenze dell' Azienda ULSS 16 di Padova:
Daniele Berto, Morena Tartari, Barbara Tabacchi, Tiziana Codenotti,
Federica Tognazzo, Francesca Manca;
- Dipartimento per le Dipendenze della ASL di Firenze:
Susanna Falchini, Irene Puppo, Raffaella Fabbrizzi, Elena Sogaro;
- Dipartimento per le Dipendenze dell' Azienda ULSS 4 di Bari:
Alberto Santamaria, Isabella Macina, Anna Persano, Maria Zupo.
- Dipartimento per le Dipendenze di Bergamo: dott. Andrea Noventa

Ringraziamenti particolari vanno anche a:

- Centro Studi "La Barbariga", Sig.ra Eleonora Boetner Dalle Molle,
che ha organizzato e ospitato la prima riunione del Comitato
Scientifico Europeo nel febbraio 2003;
- L' Azienda ULSS 16 di Padova nelle persone di:
 - Dott. Fortunato Rao Direttore Generale
 - Dott. Antonio Condini Direttore dei Servizi Sociali
 - Dott. Andrea Vendramin Direttore del Dip. per le Dipendenze
 - Dott.ssa Daniela Salvato Dirigente Area Dipendenze
 - Sig.ra Maddalena Pinton Direzione dei Servizi Sociali
 - Sig.ra Silvia Marcato Direzione dei Servizi Sociali

Si ringraziano, inoltre, le seguenti Istituzioni per il loro specifico contributo:

- Tribunale di Sorveglianza di Padova, dott. Giovanni Maria Pavarin, Magistrato;
- Ufficio Esecuzione Penale Esterna di Padova, Ministero della Giustizia - dott. Leonardo Signorelli, dott.ssa Angela Stocola, dott.ssa Cristina Selmi e dott.ssa Simona Medea;
- Ufficio Esecuzione Penale Esterna di Venezia, Ministero della Giustizia - dott.ssa Chiara Ghetti e dott.ssa Federica Frattini;
- Comunità San Francesco di Monselice (Pd);
- Comunità Villa Ida di Padova;
- Comunità CEIS di Padova;
- Cooperativa Terra di Padova;
- Comunità CEIS di Mestre-Venezia;
- Comunità Olivotti di Mira (Venezia);
- Comunità San Gaetano di Vicenza;
- Associazione Noi Famiglie Padovane contro la Droga di Padova;

Desideriamo inoltre ringraziare tutti i professionisti (avvocati, psicologi, magistrati, operatori del sistema giudiziario e del sistema di trattamento, etc.) e le persone in trattamento che sono state intervistate nel corso della ricerca.

Per la rassegna della letteratura, si ringraziano inoltre per la disponibilità e la collaborazione:

- Ufficio Informazioni e Statistiche del Ministero della Giustizia
- Biblioteca del Centro Studi Gruppo Abele di Torino
- Biblioteca della Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Padova
- Fondazione E. Zancan di Padova
- Centro di Documentazione del Ser.T. di Arezzo (CeDoSTAr)

INDICE

Presentazione – dell’Assessore Regionale alle Politiche Sociali	9
Introduzione – di Daniele Berto	11

PARTE PRIMA I TRATTAMENTI “QUASI” OBBLIGATORI IN EUROPA IL PROGETTO QCT

QCT Europe: valutazione della “promessa” delle alternative alla carcerazione in un progetto di ricerca transnazionale	19
<i>Alex Stevens European Institute of Social Services Keynes College University of Kent, Canterbury</i>	
QCT Europe: risultati quantitativi sul trattamento quasi-obbligatorio per la tossicodipendenza in uno studio europeo multi-nazionale	31
<i>Ambros Uchtenhagen Insitut fur Suchtforschung, Università di Zurigo, Svizzera</i>	
QCT Europe: costruire e produrre le evidenze qualitative	41
<i>Kerralie Oeuoray Università di Friburgo, Svizzera</i>	
QCT Europe: l’estensione della ricerca in Italia. L’opportunità di comprendere il funzionamento dei sistemi di alternativa alla pena per le persone tossicodipendenti	53
<i>Daniele Berto Unità Funzionale Carcere, Dipartimento per le Dipendenze, Azienda ULSS 16 di Padova, Italia</i>	

PARTE SECONDA
LE MISURE QCT IN ITALIA
TRA TEORIA E APPLICAZIONE

I sistemi QCT in Italia	63
<i>Daniele Berto, Barbara Tabacchi</i>	
<i>Unità Funzionale Carcere, Dipartimento per le Dipendenze, Azienda ULSS 16 di Padova, Italia</i>	

La rassegna della letteratura	71
<i>Morena Tartari, Barbara Tabacchi</i>	
<i>Unità Funzionale Carcere, Dipartimento per le Dipendenze, Azienda ULSS 16 di Padova, Italia</i>	

PARTE TERZA
ANALISI DEI TRATTAMENTI QCT IN ITALIA

QCT in Italia: la rilevazione quantitativa	101
<i>Morena Tartari, Federica Tognazzo, Isabella De Toni</i>	
<i>Unità Funzionale Carcere, Dipartimento per le Dipendenze, Azienda ULSS 16 di Padova, Italia</i>	

QCT in Italia: la rilevazione qualitativa	139
<i>Morena Tartari</i>	
<i>Unità Funzionale Carcere, Dipartimento per le Dipendenze, Azienda ULSS 16 di Padova, Italia</i>	

Conclusioni: le QCT funzionano?	207
--	-----

<i>Bibliografia:</i>	
<i>A - del contributo di Alex Steven</i>	213
<i>B - del contributo di Kerralie Oeuwray</i>	216
<i>C - della parte seconda e terza</i>	217

Presentazione

La questione riguardante i trattamenti obbligatori e quasi obbligatori per detenuti con problemi di tossicodipendenza, è in questo periodo storico, particolarmente dibattuta.

L'Unione Europea ha finanziato una ricerca dal titolo "*QCT - Europe. I trattamenti quasi - obbligatori per i tossicodipendenti condannati in Europa*" che viene presentata all'interno di questo libro.

Questa ricerca, che per l'Italia è stata coordinata dalla ULSS 16 di Padova, ha sondato aspetti trattamentali, riabilitativi e criminologici in un particolare gruppo di persone, i tossicodipendenti, che hanno avuto a che fare con la giustizia in modo diretto.

Per le tematiche che è andata ad indagare, per il rilievo nazionale ed internazionale che ha visto come partners le Asl di Bari e di Firenze, ma anche l' European Institute of Social Services- Keynes College- University of Kent (Inghilterra), l'Institute for Criminal Polices Research-King's College- Londra (Inghilterra), il Ministero della Giustizia Olandese, l'Amsterdam Institute for Addiction Research (Olanda), l'Università di Friburgo (Svizzera), l' Insitutut für Suchtforschung (Svizzera), l'Istituto di Psicologia dell' Università di Vienna (Austria) e il MISTEL/SPI Forschung (Germania) e tenuto conto dei risultati ottenuti, l'Osservatorio Regionale sulla Popolazione Detenuta ed in Esecuzione Penale Esterna, ritiene oltremodo opportuno dedicare questo numero monografico del Bollettino alla divulgazione dei risultati.

Auspicio che tali risultati possano essere utili a tutti gli esperti operanti nel settore della tossicodipendenza, della giustizia e della riabilitazione.

*Assessorato Regionale alle Politiche Sociali
Volontariato, Non Profit ,Programmazione Socio Sanitaria*

Introduzione

L'occasione fornita da questo libro rappresenta un importante momento di riflessione non solo sull'individuo tossicodipendente autore di reato e sul suo trattamento, ma anche un'opportunità per riflettere sulle prospettive di sviluppo esistenti in questo ambito.

L'elevata incidenza di tossicodipendenti ristretti negli istituti penitenziari si può far risalire al fatto che i crimini correlati all'uso di sostanze stupefacenti costituiscono una delle principali cause di ingresso in carcere in Italia. Rilevante è anche il numero dei ristretti per reati quali furti, rapine ed altri crimini contro la persona e la proprietà, commessi per il bisogno di procurarsi le sostanze stupefacenti, ed è altrettanto vero che molti degli imputati e dei condannati tossicodipendenti presenti negli istituti penitenziari sono detenuti per la violazione delle disposizioni penali previste dall'art. 73 del T.U. n. 309/90 (Produzione e traffico illecito di sostanze stupefacenti e psicotrope).

Consapevoli della finalità anche "punitiva" del carcere e delle altre sanzioni, non bisogna però trascurare il concetto di rieducazione del condannato che è un dovere istituzionale e morale.

Ci si deve porre, quindi, delle domande rispetto ai mutamenti inerenti il fenomeno della criminalità e di come questo abbia esteso la sua complessità procurando all'universo penitenziario ulteriori e delicate problematiche quali il fenomeno droga.

Il T.U. n. 309/90, ora modificato dalla Legge del 21/2/06 n.49, rappresenta il tentativo di coinvolgere le persone che fanno uso di sostanze stupefacenti e che hanno commesso dei reati, in un programma terapeutico che sia alternativo alla semplice carcerazione e che si indirizzi verso il recupero di tali persone per re-inserirle nella società.

Le misure alternative alla pena, oltre al loro valore etico e sociale, offrono anche altre importanti implicazioni in termini di riduzione dei costi del "sistema giustizia" e di decongestione degli Istituti penitenziari (a parte la diminuzione delle presenze eccezionalmente ottenuta con la Legge per la Concessione dell'Indulto del 31/7/06 n.241).

Il tema legato alla tossicodipendenza e alla criminalità è oggi molto discusso in tutta Europa; ci si interroga sull'obbligatorietà o meno dei trattamenti alternativi alla pena per i tossicodipendenti e ci si chiede se, nel terzo millennio, il carcere sia ancora una risposta valida a tali comportamenti devianti.

Proprio all'interno di tale clima di discussione, si inserisce la ricerca "QCT - Europe. I trattamenti quasi - obbligatori per i tossicodipendenti condannati in Europa" che viene presentata all'interno di questo libro.

I trattamenti obbligatori o quasi-obbligatori per i tossicodipendenti funzionano? Sono utili? Producono effettivamente una riduzione di recidive nel tornare a commettere reati così come nell'uso di sostanze? Offrono una valida alternativa per un miglioramento dello stile di vita delle persone che hanno problemi di tossicodipendenza? Vi è un reale "recupero" di tali persone?

Tutte queste domande "provocatorie" sono il motore della ricerca QCT Europe, motore che indirizza verso questioni di natura politica, sanitaria e giuridica.

Come precedentemente esposto, in Europa in questo momento c'è un grande dibattito attorno all'obbligatorietà dei trattamenti e attraverso la ricerca QCT Europe l'Unione Europea ha voluto sondare se questo tipo di trattamenti abbia o meno una reale efficacia per coloro che hanno commesso reati connessi all'uso di sostanze stupefacenti.

Questa ricerca è stata realizzata in un momento storico particolare, ovvero quello in cui stava per essere riformata la legislazione in materia di tossicodipendenza che, al momento della pubblicazione di questo libro, è già ufficialmente in vigore.

Il libro è diviso in tre parti. Nella prima parte è presentata la ricerca QCT Europe a livello europeo attraverso tre contributi.

Il primo contributo è del coordinatore del progetto, Dr. Alex Stevens, ed espone i motivi per cui è stata pensata e realizzata questa ricerca.

L'autore illustra le prime fasi del progetto dedicate alla descrizione dei sistemi QCT esistenti nei diversi paesi partner della ricerca e alla raccolta delle evidenze esistenti sull'uso del trattamento della tossicodipendenza per ridurre il livello di criminalità.

La questione fondamentale affrontata nell'articolo è se i risultati positivi ottenuti con le persone che volontariamente entrano in trattamento, possano essere ottenuti anche con soggetti che vengono indirizzati al trattamento dal sistema giudiziario.

Il secondo contributo, del Prof. Ambros Uchtenhagen descrive, sull'asse quantitativo, i risultati della ricerca QCT.

La parte quantitativa dello studio ha stabilito le ipotesi da testare, sviluppato un protocollo di ricerca e individuato gli strumenti utili alla raccolta dei dati.

L'autore sottolinea come la QCT - Europe sia il primo studio europeo multinazionale che prende in considerazione i risultati dei trattamenti alternativi alla carcerazione per tossicodipendenti che hanno commesso reati.

I risultati ottenuti dall'elaborazione dei dati sembrano sostenere una politica che offra ai tossicodipendenti che hanno commesso reati la possibilità di entrare in trattamento come alternativa efficace alla carcerazione.

Il terzo contributo, scritto da Kerralie Ouveray, prende in esame i risultati ottenuti dalla rilevazione qualitativa della ricerca.

L'obiettivo principale dello studio qualitativo è stato capire come funzionano i trattamenti ordinati dal sistema giudiziario.

Attraverso una serie di interviste fatte a soggetti in alternativa alla carcerazione, a professionisti del sistema trattamentale e del sistema giudiziario, l'autrice identifica i programmi QCT come un sistema *de facto* che coinvolge sia i settori del controllo che della cura.

Il quarto contributo di Daniele Berto presenta l'estensione della ricerca QCT Europe in Italia illustrandone gli obiettivi, le ipotesi e le domande a cui si è cercato di dare una risposta.

Nel contributo è spiegato il significato di "QCT - sistemi di trattamento quasi obbligatori", termine utilizzato per indicare il sistema delle misure alternative offerte alla persona tossicodipendente. Il trattamento viene definito "quasi obbligatorio" poiché il condannato con problemi di tossicodipendenza può scegliere se restare in carcere o accedere alla misura alternativa.

La realizzazione del progetto in Italia ha consentito uno studio approfondito sul funzionamento del sistema QCT perché ha permesso l'avvicinamento diretto di utenti e di operatori.

Nella seconda parte del libro sono presentati la realizzazione e i risultati della ricerca QCT Europe in Italia: è descritto il progetto QCT così come venne accolto, predisposto e poi realizzato in Italia; è presentata la rassegna della letteratura esistente in Italia in materia di reati e uso di sostanze, quindi si descrive il funzionamento dei sistemi QCT, ovvero dei sistemi di alternativa alla pena per le persone tossicodipendenti, così come funzionavano in Italia al momento della realizzazione della ricerca, ovvero precedentemente alla

riforma della Legge varata nel corso dell'anno 2006 sopra citata. Viene affrontata poi, la rilevazione quantitativa, i metodi e gli strumenti utilizzati, il campione e risultati rilevati. Successivamente è illustrata la rilevazione qualitativa, così come realizzata, analogamente agli altri paesi europei, anche in Italia, presentando i risultati ottenuti dalle interviste svolte con i soggetti in trattamento e con i professionisti del settore che sono coinvolti nella fase di decisione, nel trattamento e nel monitoraggio della misura alternativa.

Infine, nella parte conclusiva, sono discussi i risultati ottenuti dall'intero progetto di ricerca realizzato in Italia.

Tali risultati si spera possano essere utili ad altri ricercatori e si auspica possano essere utilizzati da coloro che si occupano delle politiche delle tossicodipendenze in Italia e dell'applicazione di misure alternative alla pena per le persone tossicodipendenti.

*Il responsabile della ricerca "QCT-Italy"
Daniele Berto*

PRIMA PARTE

**I TRATTAMENTI "QUASI" OBBLIGATORI IN EUROPA:
IL PROGETTO QCT**

QCT Europe: valutazione della "promessa" delle alternative alla carcerazione in un progetto di ricerca transnazionale

di Alex Stevens¹

In molti Paesi si nota un aumento dell'attenzione dedicata al rapporto che esiste tra l'uso di sostanze illegali e la criminalità. Pochi ritengono che la carcerazione rappresenti una risposta efficace ai reati correlati all'uso di droghe (EMCDDA, 2003) e il trattamento della tossicodipendenza ha dimostrato una maggiore efficacia nel rendere gli individui dipendenti da sostanze, più motivati a cambiare il proprio stile di vita. I programmi di trattamento alternativi alla carcerazione per i detenuti tossicodipendenti offrono un modo per ridurre i danni sanitari e i problemi di criminalità provocati dall'uso di droghe, evitando contemporaneamente i costi e i danni sostenuti dal sistema carcerario.

Tuttavia, esistono poche ricerche su tali programmi alternativi in Europa. La stragrande maggioranza di studi in questo campo proviene dal Nord America, dove vi sono diverse modalità di assunzione di sostanze e una risposta di tipo penale molto diversa rispetto alla maggior parte dei paesi europei (vi sono più detenuti per reati legati alla tossicodipendenza in USA che per tutte le altre categorie di detenuti nell'Unione Europea, nonostante la popolazione negli USA sia inferiore). Se le politiche e i programmi devono continuare ad espandersi sulla base della promessa che tali programmi possono diminuire la criminalità e migliorare la salute, allora è necessario verificare che tale promessa possa essere mantenuta. Il progetto QCT rappresenta proprio questa verifica. Il progetto non può sperare di fornire una

¹ European Institute of Social Services Keynes College University of Kent, Canterbury

risposta definitiva alla domanda "i programmi di alternativa alla carcerazione funzionano per i detenuti tossicodipendenti". Nessun progetto di ricerca può farlo. Tuttavia, il progetto sicuramente spera di dare maggiori informazioni a coloro che si occupano di politica, ai medici e ai ricercatori per essere utilizzate quando decidono rispettivamente cosa finanziare, come trattare e cosa ricercare.

E' stato usato il termine "trattamento quasi obbligatorio" (QCT) per descrivere il trattamento di criminali tossicodipendenti che sia motivato, ordinato o supervisionato dal sistema giudiziario e che si verifica fuori dall'ambiente carcerario. Non è stato usato il termine "trattamento coercitivo" in quanto ciò implicherebbe che tutti i soggetti che entrano in un programma QCT si sentono obbligati a farlo, ma nella ricerca abbiamo rilevato che non è così. Non abbiamo scelto neppure il termine "alternativa alla carcerazione", in quanto vi sono state nel passato molte sentenze di alternativa che non hanno di fatto funzionato come reali alternative. Sono state piuttosto usate come sanzioni aggiuntive, imposte sui soggetti che non sarebbero andati in prigione se la sanzione non fosse stata disponibile, e pertanto hanno contribuito ad un ampliamento del sistema giudiziario (Cohen, 1985). Non è dato sapere se il sistema QCT operi in questo modo in Europa.

All'inizio del progetto di ricerca, non si sapeva nemmeno come descrivere e paragonare i diversi sistemi QCT nei paesi europei. Le prime fasi del progetto sono state dedicate proprio a tale descrizione e alla raccolta delle evidenze esistenti sull'uso del trattamento della tossicodipendenza per ridurre il livello di criminalità. I risultati vengono di seguito riportati, con una descrizione dell'approccio usato dai partner del progetto QCT Europe.

Le ricerche precedenti sull'uso di droghe, la criminalità e il trattamento.

La correlazione tra alti livelli di uso di sostanze e il crimine rappresenta "uno dei risultati più attendibili ottenuti in criminologia" (Welte, Zhang & Wieczorek, 2001). Tale correlazione è stata identificata in studi sui criminali e i detenuti, sui soggetti che entrano in trattamento e in indagini sui giovani. La stessa correlazione ha condotto all'assunto che alte percentuali di criminalità sono correlate all'uso di sostanze. Ciò può essere vero, ma deve essere interpretato con cautela. Innanzitutto, è necessario notare che molti individui usano droghe e non commettono alcun atto criminoso, e che molte persone commettono atti criminali senza aver usato sostanze (Hough, 2002). Inoltre, l'alta percentuale di soggetti arrestati e incarcerati che usano sostanze può essere parzialmente spiegata dalla tendenza del sistema giudiziario di concentrare l'attenzione sugli individui che sono visibili come criminali e che mancano di risorse per opporsi alla sorveglianza e evitare l'arresto (Chambliss, 1973). L'esercizio di estrapolare i dati dei criminali conosciuti dal numero molto maggiore dei delinquenti sconosciuti è un esercizio di "criminologia voodoo" (Young, 2004). In terzo luogo, la correlazione tra l'uso di sostanze e la criminalità non risolve la questione della causalità. Sul legame droghe-crimine sono state date alcune spiegazioni. La più comune è quella che i tossicodipendenti commettono crimini allo scopo di avere più soldi per procurarsi le sostanze. Un altro suggerimento molto diffuso è che le droghe provocano il crimine a causa dei loro effetti sul cervello. Tuttavia, contestazioni a queste spiegazioni "economico-compulsive" e "psico-farmacologiche" provengono da coloro che citano il ruolo della proibizione nel provocare crimine "sistemico" (Goldstein, 1985) attraverso l'aumento del prezzo delle sostanze illegali e lasciando la loro distribuzione nelle mani di bande illegali (Rolles, Kushlick & Jay, 2004). Altri puntano l'attenzione sulle

deboli evidenze del legame psico-farmacologico tra le sostanze illegali e il crimine, rispetto alle evidenze molto più consistenti del rapporto tra l'uso di alcol e la violenza (Martin, Maxwell, White & Zhang, 2004). Una spiegazione non-causale della correlazione viene fatta notare da coloro che vedono sia il crimine che l'uso di sostanze come effetti di altre questioni, quali la deprivazione socio-economica (Buchanan & Young, 2000) o il disagio psicologico (Deitch, Koutsenok & Ruiz, 2000). In sintesi, sebbene vi siano consistenti evidenze sull'alto livello di uso di droghe nei soggetti criminali, "è possibile identificare solo un debole sostegno all'ipotesi di una connessione causale specifica e diretta" (Lurigio & Schwartz, 1999).

Sebbene l'uso di droghe sia collegato al crimine, esiste attualmente un certo consenso sul fatto che il trattamento nelle sue diverse forme possa aiutare i tossicodipendenti a ridurre gli atti criminali. Una meta-analisi di 78 studi americani che comprende trattamenti in comunità terapeutiche, programmi di disintossicazione, di metadone a mantenimento e programmi territoriali ha dimostrato che i soggetti nei gruppi trattati hanno maggiori riduzioni dell'uso di sostanze e degli atti criminali rispetto a soggetti simili in gruppi di controllo non in trattamento (Prendegast, Podus, Chang & Urada, 2002). Simili risultati sono stati identificati nei diversi tipi di trattamento. Anche gli studi su larga scala sul trattamento, come il *Drug Abuse Treatment Outcome Study* negli Stati Uniti (Hubbard, Craddock & Anderson, 2003) e il *National Treatment Outcome Research Study* nel Regno Unito (Gossop, Mersden, Stewart & Treacy, 2002) hanno evidenziato che queste forme di trattamento producono buoni risultati. Anche le nuove forme di trattamento, come il trattamento assistito con eroina introdotto in Olanda e in Svizzera, hanno dimostrato rilevanti riduzioni della criminalità (Uchtenhagen, Gutzwiller,

Dobler-Mikola, & Stephen, 1997; van den Brink, Hendriks, Blanken, Koeter, van Zwieten, & van Ree, 2003).

La questione fondamentale è se questi risultati positivi possano essere ottenuti con soggetti che vengono indirizzati al trattamento dal sistema giudiziario. La più grande sperimentazione di questa idea è attualmente in corso negli Stati Uniti, dove vi sono più di 1.200 "tribunali sulle droghe" (in inglese *drug courts*). Questi tribunali normalmente si occupano di crimini non violenti correlati all'uso di droghe. Si differenziano dai tribunali tradizionali nel tentativo di costruire una relazione tra il criminale e il giudice, il quale può usare il trattamento, i controlli urinari, l'incoraggiamento personale, le minacce e le sanzioni (compresa la carcerazione) per spingere i soggetti verso l'astinenza e verso una vita in assenza di atti criminosi. I primi studi su questo approccio dei *drug courts* sono stati estremamente positivi, ma hanno altresì evidenziato seri difetti metodologici (Belenko, 2001). Questi difetti erano talmente grandi che un giudice Americano ha descritto la rapida diffusione di questi tribunali in tutti gli Stati Uniti "uno scandalo" (Hoffman, 2000). Tuttavia, la ricerca più recente e più rigorosa ha aumentato la convinzione che tali *drug courts* di fatto riducano l'uso delle droghe e il crimine, sia durante la partecipazione sia nei mesi successive (General Accountability Office, 2005).

Vi sono effettivamente dei problemi a paragonare questi *drug courts* alla situazione europea, poiché molti soggetti che entrano in questi tribunali hanno commesso reati relativamente minori, e non sarebbero puniti o posti in trattamento, tanto meno incarcerati, nella maggior parte dei paesi europei. Un confronto più diretto potrebbe essere fatto con il *New York Drug Treatment Alternatives to Imprisonment Programme* (DTAP, National Center on Addiction and Substance Abuse, 2003). Questo programma ha limitato l'ammissibilità agli spacciatori che abbiano avuto una sentenza di carcerazione e ha

dimostrato che coloro che accedono ai programmi di trattamento residenziale hanno tassi di recidiva più bassi di soggetti simili che sono stati incarcerati.

L'invio al trattamento si è realizzato da qualche anno in alcuni paesi europei, compresa l'Italia, ma in assenza di solide basi scientifiche. In Germania esistono una serie di approcci QCT, nelle percentuali del 20% di uomini e 11% delle donne in trattamento nel 2000 (Welsch, 2001). La ricerca tedesca è generalmente meno incoraggiante degli studi americani sull'efficacia del trattamento obbligatorio. Alcuni studi hanno dimostrato che la pressione del sistema legale può ridurre le prospettive di un trattamento efficace (Projectgruppe Rauschmittelfragen, 1991; Sickinger, 1994). Schalast (2000) ha dimostrato una forte correlazione tra l'entrata in trattamento sotto la pressione legale e la ricaduta, un legame evidenziato anche da uno studio tedesco sul trattamento obbligatorio in Svezia, che ha dimostrato che solo il 10% dei soggetti erano ancora in una condizione drug-free al follow-up (Heckmann, 1997). I risultati svizzeri sono più simili a quelli americani. In Svizzera, ci sono 4 percorsi legali per i criminali per accedere al trattamento attraverso il tribunale. La valutazione di 2.793 soggetti non ha rilevato alcuna differenza significativa di risultato alla fine del trattamento tra soggetti in trattamento volontario e soggetti inviati dal tribunale (Grichting, Uchtenhagen & Rehm, 2002). I soggetti inviati dal tribunale rimangono in trattamento per un periodo significativamente più lungo. Un altro studio su soggetti in trattamento residenziale non ha riscontrato differenze significative rispetto all'uso di sostanze e all'integrazione sociale tra soggetti volontari e soggetti inviati dal tribunale dopo i primi 18 mesi successivi alla dimissione (Uchtenhagen, Gutzwiller, Dobler-Mikola et al., 1997).

Nei Paesi Bassi sono stati valutati vari approcci QCT. L'approccio di Intervento Precoce ha riguardato solo una piccola percentuale di soggetti

eleggibili (Koeter, 2000), ha avuto alti livelli di abbandono e non ha prodotto differenze nei problemi droga correlati se paragonato ad assenza di trattamento (Koeter, 2002). Uno studio sull'approccio IMC ha mostrato un alto livello di drop-out e nessun effetto (Gestel, 1999). Uno studio del programma *Triple-Ex* (senza gruppo di controllo) ha evidenziato risultati migliori, con il 41% dei soggetti astinenti e il 64% in assenza di arresti per crimini successivi al follow-up (Vermeulen, Hendriks & Zomerveld, 2000). I soggetti in questo programma sotto la minaccia della carcerazione sono rimasti in programma più a lungo di quelli entrati volontariamente, o con altre forme di coercizione legale. Altri studi su programmi QCT specifici mostrano un alto livello di drop-out ma anche una significativa riduzione del crimine, anche in coloro che hanno abbandonato il programma, se paragonati al gruppo di controllo (Bass, 1998; Biesma, Jetzes, Jong & Valk, 2002).

I programmi QCT sono stati recentemente introdotti nel Regno Unito. I risultati di precedenti ricerche sul *Drug Testing and Treatment Order (DTTO)*, introdotto nel 1998 e sostituito dal *Drug Rehabilitation Requirement, DRR* non sono realmente convincenti. In Inghilterra, i progetti pilota DTTO hanno evidenziato alti livelli di drop-out insieme a diminuzioni significative di atti criminosi e uso di sostanze nei soggetti rimasti in programma (Turnbull, McSweeney, Webster, Edmunds & Hough, 2000). Vi sono state delle difficoltà per stabilire programmi coerenti. In Scozia, i programmi sono stati introdotti con modalità diverse, e gli studi pilota sono risultati più incoraggianti, con livelli di drop-out inferiori (Eley, Gallop, McIvor, Morgan & Yates, 2002). Per coloro che hanno iniziato un programma DTTO in Inghilterra nel 2001, la percentuale di nuove condanne a due anni era 85%, in un gruppo per il quale ci si poteva aspettare una percentuale anche maggiore (Spicer & Glicksman, 2004).

L'elemento comune a tutta la ricerca precedente sui programmi QCT è che il processo rappresenta un punto cruciale. Tali programmi mettono insieme le agenzie sanitarie e giudiziarie che spesso hanno difficoltà di collaborazione. Sul piano intellettuale possono altresì avere idee diverse su ciò che porta i consumatori di droghe a commettere crimini e sul modo migliore di gestirli. Sul piano pratico, possono avere pratiche di lavoro diverse e sistemi informativi che non possono comunicare. Non esistono informazioni sufficienti su come sia possibile superare questi problemi.

Il Progetto QCT

Quando il progetto è iniziato nel 2003, la situazione era caratterizzata da incertezze sul processo e sugli effetti del trattamento quasi-obbligatorio, con risultati contrastanti nei diversi paesi, e una scarsità di evidenze a livello europeo. Lo scopo era quello di costruire le basi scientifiche sull'utilizzo dei programmi QCT in Europa. Per raggiungere tale obiettivo, abbiamo costruito un gruppo di partner che possedeva le competenze necessarie e l'accesso a sistemi QCT comparabili. I partner sono:

- Alex Stevens, Neil Hunt, EISS, [University of Kent](#), United Kingdom
- Paul Turnbull, Tim McSweeney, ICPR, [King's College London](#), United Kingdom
- Dott. Daniele Berto, Morena Tartari, Barbara Tabacchi, Tiziana Codenotti, Azienda ULSS n. 16 Padova, Italy
- Marianne van Ooyen, WODC, Ministry of Justice, Netherlands
- Prof. Marc-Henry Soulet, Kerralie Oeuvray, Université de Fribourg, Switzerland
- Prof. Dr. Ambros Uchtenhagen, Susanne Schaaf, Ulrich Frick, Insitituts für Sucht- und Gesundheitsforschung, Switzerland

- Dr. Wolfgang Werdenich, Gabriele Waidner, Barbara Trinkl, University of Vienna, Austria
- Prof. Dr. Wolfgang Heckmann, Elfriede Steffan, Andrea Viktoria Kersch, MISTEL/SPI Forschung, Germany

Il progetto non sarebbe stato possibile senza il sostegno economico della Commissione Europea, *Fifth Framework Research and Technological Development Programme*.

Come già ricordato, abbiamo iniziato il progetto con la descrizione dei sistemi QCT nei nostri paesi (Werdenich, Waidner & Trinkl, 2004). Per la preparazione di questa descrizione, abbiamo sviluppato una tipologia in cui il trattamento obbligatorio o quasi-obbligatorio può operare a quattro livelli:

- Livello 1: Strutture QCT esterne al sistema legale, che utilizzano altre forme di controllo sociale.
- Livello 2: Strutture QCT come alternative alla carcerazione o per evitare procedure di controllo legale, basate essenzialmente sul consenso e la collaborazione del soggetto.
- Livello 3: Trattamento obbligatorio fuori dal sistema carcerario ma senza il consenso del soggetto.
- Livello 4: programmi QCT in carcere a) sulla base di incentivi e motivazione al cambiamento, oppure b) senza il consenso del soggetto.

Per la nostra ricerca, abbiamo focalizzato l'attenzione sul secondo livello. Come notato dal rapporto speciale dell' *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* sulle alternative alla carcerazione (EMCDDA, 2005), i programmi QCT Livello 2 possono realizzarsi in tre fasi del procedimento legale: prima del processo (ad esempio, con rinvio del processo stesso), nella fase processuale (ad esempio con l'imposizione al trattamento nella sentenza)

o dopo il processo (sostituendo una parte della condanna con il trattamento). Questa terza possibilità è molto più comune in Italia rispetto ad altri paesi europei.

In Inghilterra, abbiamo esaminato il processo e gli effetti del programma DTTO, che prevede che una sentenza possa essere imposta dal tribunale per criminali condannati per reati continuativi relativi alla proprietà, i quali sarebbero diversamente andati in carcere. In Germania, Austria e Svizzera, si è concentrata l'attenzione sulla parte del codice penale che consente "la terapia invece della punizione", sia durante il procedimento che nella fase processuale.

Per superare i problemi metodologici identificati nella ricerca precedente in questo campo, abbiamo adottato un approccio quasi-sperimentale, multicentrico e transnazionale che ha mescolato la ricerca quantitativa con approcci più qualitativi e "realistici" (Pawson & Tilley, 1998).

Non è stato possibile randomizzare la distribuzione dei tossicodipendenti in QCT o in altra condanna. Abbiamo deciso che era appropriato paragonare i soggetti in programma QCT con un campione di soggetti che sono in trattamento senza alcuna pressione di tipo legale. Se si assume, sulla base della ricerca precedente, che questi soggetti probabilmente avranno una maggiore riduzione dell'uso di sostanze e di atti criminosi rispetto a soggetti simili che vanno in carcere o che non ricevono alcun trattamento, e se il gruppo di ricerca QCT hanno riduzioni simili o maggiori di questi "volontari", allora sembra ragionevole assumere che anche i programmi QCT producano effetti che sono superiori rispetto alla carcerazione o all'assenza di trattamento (sebbene questo assunto dovrebbe essere testato in futuri studi randomizzati).

Molti studi sul trattamento si sono concentrati esclusivamente su un luogo di trattamento. Ciò limita la possibilità di generalizzare i risultati, in quanto gli effetti possono essere determinati dalle caratteristiche individuali di quel luogo, piuttosto che dalle caratteristiche generali dell'approccio che viene studiato. Inoltre riduce le opportunità di paragonare i contesti e i meccanismi che si combinano nella produzione dei risultati. Ciò è vero anche per quegli studi che si concentrano esclusivamente su un paese. QCT è un approccio che si sta diffondendo a livello internazionale. L'idea che gli effetti dei programmi QCT possano essere replicati in diversi paesi deve essere testata da ricerche transnazionali. Per questi motivi, abbiamo scelto di analizzare i programmi QCT in diversi luoghi in sei diversi paesi. In cinque di questi paesi abbiamo applicato gli stessi metodi di ricerca per gruppi simili di soggetti.² Ci siamo preoccupati di scegliere tali metodi per poter utilizzare strumenti che fossero paragonabili nei diversi paesi, compreso l'*European Addiction Severity Index*, e di assicurare che venisse riconosciuta l'importanza dei diversi contesti legali e culturali nell'interpretazione dei risultati.

Nel momento in cui abbiamo deciso il nostro approccio, ci siamo anche interrogati sull'utilizzo della nostra ricerca. Non volevamo replicare i problemi evidenziati nella precedente ricerca quantitativa che aveva prodotto stime affidabili di risultato, ma poche informazioni su come ottenere questi risultati. Né volevamo solo ricercare il processo attraverso il quale opera il sistema QCT senza analizzare i suoi effetti. Pertanto, abbiamo deciso di utilizzare elementi sia quantitativi che qualitativi nella nostra ricerca, che non

² E' risultato impossibile includere i Paesi Bassi nella applicazione di questo metodo, a causa del loro diverso approccio ai programmi QCT e ai diversi tempi di valutazioni commissionati dal Ministero di Giustizia.

devono essere visti come parti separate del progetto, ma piuttosto come elementi interconnessi che si rafforzano l'uno con l'altro.

I risultati del nostro lavoro sono presentati di seguito. Speriamo che possano informare i lettori sui modi possibili per migliorare le condizioni di vita dei consumatori di sostanze e per ridurre i danni provocati a se stessi e agli altri. Chiediamo inoltre ad altri ricercatori di investigare ulteriormente e di costruire su ciò che abbiamo fatto, in modo che la verifica del concetto QCT possa essere rispettata e rafforzata.

QCT Europe: risultati quantitativi sul trattamento quasi-obbligatorio per la tossicodipendenza in uno studio europeo multi-nazionale

di Ambros Uchtenhagen³

Esistono pochi dati europei che riguardano l'andamento e i risultati dei trattamenti nei tossicodipendenti criminali, ai quali viene offerta un'alternativa terapeutica alla carcerazione. Sebbene le procedure dei tribunali, i criteri di ammissibilità e i trattamenti offerti siano diversi da un paese all'altro, era necessario raccogliere dati comparativi su tali interventi "quasi obbligatori" (QCT). Allo studio hanno partecipato 5 paesi: Italia, Regno Unito, Austria, Germania e Svizzera. L'obiettivo principale era quello di documentare i risultati di tali interventi paragonati agli interventi volontari, sulla base di un gruppo di controllo di soggetti che ricevevano il trattamento nello stesso servizio.

La parte quantitativa dello studio ha stabilito delle ipotesi da testare, e successivamente ha sviluppato un protocollo di ricerca e gli strumenti per raccogliere i dati. La traduzione del protocollo e degli strumenti, così come la formazione degli intervistatori è stata realizzata a livello nazionale. Tutti i dati sono stati inseriti in banche dati nazionali, trasferiti alla banca dati centrale, puliti e corretti laddove necessario e trasformati in un file SPSS. Come accade in molti studi multi-centrici, è stato necessario identificare numerosi errori e mancanze che sono stati poi classificati e rimandati ai partner dello studio per le dovute correzioni. E' stata fatta una valutazione *ad interim* dei dati dopo il

³ Insitut für Suchtforschung, Università di Zurigo, Svizzera

primo follow-up a sei mesi dall'inizio, mentre l'analisi finale è stata realizzata sulla base dei dati di follow-up 18 mesi dalla fase iniziale.

Le ipotesi di ricerca

Sulla base dell'analisi della letteratura e della discussione tra i partner, le ipotesi iniziali sono state riviste e identificate come di seguito indicato:

- una riduzione dell'uso di sostanze e degli atti criminali, e un aumento dell'integrazione sanitaria e sociale del gruppo QCT
- lo stesso per il gruppo di controllo dei soggetti in trattamento volontario
- una migliore ritenzione in trattamento e risultati diversi nel gruppo QCT rispetto al gruppo di controllo (con altri fattori statisticamente controllati).

Inoltre, una serie di caratteristiche dei soggetti e dei fattori trattamentali dovrebbero essere testati come fattori predittivi di risultato.

Il protocollo di ricerca e gli strumenti

Nel protocollo di ricerca, tutti i dettagli strutturali e procedurali sono stati determinati per la valutazione quantitativa, dopo aver distribuito e commentato una bozza di protocollo sviluppata presso l'Istituto di Ricerca di Zurigo.

Il protocollo finale comprendeva:

- i criteri di selezione dei servizi di trattamento ammissibili per lo studio
- i criteri di selezione dei soggetti ammissibili rispettivamente nel gruppo di ricerca e nel gruppo di controllo
- il materiale informativo per le autorità, i servizi, i soggetti e i comitati etici, oltre al modulo per il consenso dei soggetti

- gli strumenti per la raccolta dati sui soggetti, nella fase iniziale e nei vari follow-up, per la valutazione quantitativa (8 questionari)
- gli strumenti per la raccolta dati sui servizi che hanno partecipato (2 questionari)
- le regole per la traduzione degli strumenti
- le istruzioni per condurre le interviste
- il sistema di codifica per rendere anonimi i dati dei soggetti
- la tempistica della misurazione dei dati (nella fase iniziale del trattamento e a sei, dodici e 18 mesi dopo l'inizio del trattamento)
- i dati aggiuntivi da reperire presso le strutture sanitarie e le forze di polizia, per corroborare le informazioni fornite dai soggetti .

Lo studio è stato portato avanti secondo il protocollo concordato. Tutti i partner hanno organizzato la formazione degli intervistatori per usare gli strumenti, al fine di ottimizzare la qualità e la confrontabilità delle informazioni. Il personale dell'Istituto di Zurigo ha fornito il proprio aiuto per chiarire eventuali incertezze e incomprensioni.

I risultati principali

Reclutamento e logoramento. 845 probandi sono stati reclutati nello studio: 300 dall'Italia, 157 dal Regno Unito, 153 dalla Germania, 150 dall'Austria e 85 dalla Svizzera. Il tasso di logoramento al follow-up era 32% dopo 6 mesi, 42% dopo 12 mesi e 47% dopo 18 mesi. Durante il periodo dello studio, quasi due terzi dei probandi ha abbandonato il trattamento, soprattutto a causa di drop-out o dopo aver terminato il periodo di trattamento programmato. Quelli fuori dal trattamento avevano un tasso di logoramento più alto, come ci si aspettava, in confronto a coloro che erano ancora in trattamento. Le

percentuali erano quasi identiche nel gruppo di ricerca e nel gruppo di controllo. Inoltre, c'è stato un cambiamento durante il follow-up dal trattamento residenziale a quello territoriale tra i soggetti ancora in trattamento.

Descrizione dei servizi. I dati della *Treatment Unit Form*, forniti dai 44 servizi di trattamento, sono stati valutati. I servizi differiscono ampiamente in termini di capacità, di durata del programma di trattamento, del tipo di approccio terapeutico e delle opzioni di cura e di supporto. D'altra parte, praticamente tutti i servizi hanno piani di trattamento individualizzati e la possibilità di accedere a cure psichiatriche se necessarie. La fine prematura del trattamento si verifica nello 0.83% dei soggetti. Anche il rapporto soggetti-professionisti mostra sostanziali differenze, così come la proporzione tra soggetti QCT e soggetti volontari. Nell'analisi della rilevanza dei fattori legati ai servizi rispetto ai risultati, abbiamo rilevato solamente una migliore prognosi nei soggetti in trattamento residenziale su quelli in trattamento territoriale-ambulatoriale.

Dati base-line: All'intake, abbiamo riscontrato differenze significative nelle caratteristiche dei soggetti nei diversi paesi: differenze relative all'età, al genere, alle percentuali di stranieri nel gruppo di studio, alle condizioni di salute mentale, all'uso di sostanze, al coinvolgimento in atti criminali, alla motivazione al cambiamento e alla percezione della pressione al trattamento. Inoltre, il tipo di trattamento varia da paese a paese (ad esempio, il trattamento *residenziale drug-free* è rappresentato ad alte percentuali in Germania e in Austria, ma è totalmente assente nel campione del Regno Unito; solamente in quest'ultimo paese si è riscontrata un'alta percentuale di

programmi diurni). Queste differenze devono essere prese in considerazione nel confronto dei risultati dei paesi partecipanti.

Confrontabilità del gruppo di ricerca e del gruppo di controllo. Pur essendo quasi uguali per numerosità, i due gruppi presentavano delle differenze in una serie di aspetti: disparità di genere (più donne nel gruppo di controllo), problemi di salute mentale (maggiori problemi nel gruppo di controllo), coinvolgimento in atti criminali (percentuali più alte nel gruppo di ricerca) e trattamento ricevuto (più trattamenti di disintossicazione e di terapia sostitutiva nel gruppo di controllo, più trattamenti territoriali drug-free nel gruppo di ricerca).

Cambiamenti riscontrati durante follow-up. Quasi tutti i cambiamenti nelle condizioni e nei comportamenti dei soggetti sono avvenuti in senso positivo. Le condizioni lavorative, misurate attraverso il numero di giorni lavorati durante l'ultimo mese, sono migliorate e sono leggermente migliori nel gruppo di controllo rispetto al gruppo di ricerca.

Anche lo stato di salute generale è migliorato ed è leggermente più alto nel gruppo di controllo (in modo tuttavia non significativo), mentre lo stato di salute mentale è migliorato in maniera analoga nei due gruppi.

Si è registrata una forte riduzione del consumo di sostanze sulla base dei dati forniti dai soggetti, a livello identico nei due gruppi dopo 18 mesi, sebbene il gruppo di ricerca abbia percentuali maggiori all'intake. La sostanza primaria era l'eroina, all'intake (36% dei soggetti) e al follow-up (19% dei soggetti). Coerentemente con quanto ci si aspettava, i soggetti ancora in trattamento tendevano ad avere un consumo inferiore rispetto a quelli fuori dal trattamento (non significativo statisticamente).

Anche il coinvolgimento in atti criminali si è ridotto notevolmente, soprattutto durante i primi 6 mesi, con un piccolo aumento successivo. I soggetti nel gruppo di ricerca hanno mostrato una riduzione altrettanto notevole di coinvolgimento in atti criminali, ma un livello maggiore al follow-up, come all'intake, rispetto al gruppo di controllo. Coerentemente con le aspettative, i soggetti ancora in trattamento hanno mostrato la più alta diminuzione di coinvolgimento in atti criminali.

La verifica delle ipotesi. Sono stati utilizzati vari metodi statistici (analisi bivariata e multivariata) per testare le ipotesi principali, con i seguenti risultati:

- il consumo di sostanze si è ridotto in modo significativo in entrambi i gruppi, soprattutto durante i primi sei mesi, e solo un piccolo nuovo aumento tra i 6 e i 18 mesi;
- le diminuzioni sono diverse a seconda dei centri di trattamento, e nei trattamenti residenziali si registra una diminuzione sempre più rapida;
- nessuna differenza significativa di risultato è stata registrata tra il gruppo di ricerca e il gruppo di controllo;
- il coinvolgimento in atti criminali si è ridotto notevolmente in entrambi i gruppi, soprattutto nei primi 6 mesi, e con pochi episodi di recidiva successivamente;
- le condizioni generali sanitarie e di salute mentale sono migliorate in entrambi i gruppi (nessuna differenza significativa nei gruppi);
- l'integrazione sociale (in termini lavorativi) è migliorata in entrambi i gruppi (nessuna differenza significativa nei gruppi);

- nessuna differenza di ritenzione in trattamento tra il gruppo di ricerca e il gruppo di controllo.

Verificando le ipotesi predittive, si è visto che:

- le condizioni legali iniziali sono predittive di coercizione; il gruppo di ricerca aveva un livello più alto di percezione di coercizione;
- una maggiore percezione di coercizione non si correla ad una bassa motivazione al cambiamento;
- il rapporto soggetti-professionisti (carico di lavoro) e la proporzione di soggetti inviati dal sistema giudiziario in un dato servizio non si è dimostrato predittivo di risultato;
- le differenze di procedura giudiziaria e la supervisione dei soggetti QCT non si sono dimostrate predittive di risultato sulla base delle informazioni disponibili;
- tra le caratteristiche dei soggetti, quelle che si sono dimostrate predittive di una riduzione del consumo di sostanze nell'analisi bivariata sono le seguenti: i cittadini residenti hanno una prognosi inferiore dei non residenti, l'alto livello iniziale di criminalità ha una prognosi inferiore, l'alto numero di giorni in trattamento si correla con un maggiore livello di riduzione, l'uso per via iniettiva e il poli-consumo si correla con una prognosi inferiore, ma un alto punteggio nell'auto-efficacia migliora la prognosi.

Altre caratteristiche dei soggetti non si sono dimostrate predittive: l'età, il genere, la lunghezza della tossicodipendenza, la lunghezza della carriera criminale, l'inizio della criminalità precedente all'uso di sostanze, il livello di crimini violenti, la coercizione percepita, il livello di motivazione, il grado di salute mentale, il numero di trattamenti.

Applicando il modello "l'ultima osservazione riportata" e l'analisi multivariata, solamente il gruppo di studio e il paese restano come variabili significative.

Nell'analisi logistica di regressione, le variabili predittive di una riduzione di coinvolgimento in attività criminali sono le seguenti: maggiore livello di criminalità nel gruppo di ricerca (rispetto al gruppo di controllo), nei cittadini residenti (rispetto ai non residenti), nei soggetti più giovani (rispetto a quelli più vecchi), nei soggetti che sono in trattamento residenziale (rispetto a quelli in trattamento ambulatoriale o territoriale).

Limiti e conclusioni

Questo è il primo studio europeo multi-nazionale sui risultati del trattamento per tossicodipendenti, offerto come alternativa dal tribunale con la sospensione della carcerazione.

Tuttavia, i risultati soffrono di un livello di logoramento durante il follow-up e della mancanza di dati indipendenti che possano corroborare quanto riportato dai soggetti. In ogni caso, altri studi che hanno meno logoramento e che hanno accesso ai dati indipendenti hanno dimostrato una buona affidabilità delle informazioni fornite dai soggetti se i soggetti non si prefigurano conseguenze negative a seguito delle informazioni che forniscono. L'utilizzo di intervistatori indipendenti è un modo efficace per prevenire questi sospetti, e nel nostro studio tale modalità può essere considerata a supporto dei risultati.

Possiamo concludere in modo cauto che tutti i nostri risultati puntano nella stessa direzione: i trattamenti quasi-obbligatori sono efficaci quanto i trattamenti volontari, se vengono offerti nello stesso tipo di servizio. Dato il maggiore livello di consumo di sostanze e di coinvolgimento in atti criminali

dei soggetti QCT, i miglioramenti sono tanto degni di nota. Abbiamo anche ragione di concludere che i trattamenti offerti sono più rilevanti delle caratteristiche personali ai fini dei risultati.

In contrasto con la posizione che preferisce affidare alla carcerazione la correzione della tossicodipendenza e dei reati legati alla tossicodipendenza, i nostri risultati sostengono una politica che offra ai tossicodipendenti criminali la possibilità di entrare in trattamento, come alternativa efficace alla carcerazione.

QCT Euope: costruire e produrre le evidenze qualitative

di Kerralie Oeuvray⁴

Le questioni chiave e l'impianto metodologico

Il focus principale dell'asse qualitativo del progetto QCT Europe è stato capire come funzionano i trattamenti ordinati dal sistema giudiziario. In realtà, come *possono* funzionare. Ignorando apparentemente l'importanza per gli individui di essere profondamente motivati per superare un problema di tossicodipendenza, i trattamenti ordinati dal sistema giudiziario scaturiscono dal desiderio legittimo dei criminali di evitare la carcerazione, tanto da "spingerli" in trattamento. In altri termini, in che modo gli individui che vengono "spinti" sviluppano l'idea *volontaria* di seguire un trattamento *obbligatorio*? Come sviluppano un senso di impegno nei confronti degli obiettivi del trattamento e, in qualche modo, fanno propri gli obiettivi stessi? Concretamente, attraverso le diverse fasi dei trattamenti ordinati dal sistema giudiziario, qual'è la miscela sottile di obblighi e di possibilità che sembra attrezzare - o ostacolare - questi individui "spinti" ad appropriarsi del processo di trattamento per se stessi? In modo complementare all'asse quantitativo della ricerca, che ha utilizzato metodi standardizzati su larga scala per determinare *se e fino a che punto* questi trattamenti funzionano, l'asse qualitativo si è introdotto, per così dire, nell'intimità del processo stesso dell'implementazione QCT.

Sicuramente, l'importanza di comprendere come qualsiasi programma di trattamento viene implementato è diventato un obiettivo generalmente accettato negli studi che indagano l'evidenza. Tuttavia, aprire la "scatola

⁴ Università di Friburgo, Svizzera

nera" dei programmi QCT è particolarmente impegnativo. Se la realizzazione di un particolare programma di trattamento può essere valutato all'interno dei "propri" confini, l'implementazione dei programmi QCT supera questi confini. Piuttosto che essere solo "un altro" programma di trattamento apprezzato per i suoi aspetti terapeutici o sociali, i programmi QCT devono anche rispondere a criteri sviluppati dal sistema giudiziario. Allo stesso modo, il sistema QCT richiede che il sistema giudiziario sia in grado di integrare una modalità diversa di trattare questo particolare tipo di individui condannati. Questa complessità del sistema QCT deriva pertanto dal fatto che sia il sistema di controllo sociale sia il sistema di supporto terapeutico sono spinti aldilà dei loro limiti tradizionali e, soprattutto, si trovano in una situazione di forzata prossimità "contro natura". Per quanto riguarda coloro che sono coinvolti nell'implementazione quotidiana dei programmi QCT, studi precedenti confermano che, infatti, si tratterà di confrontarsi con sfide significative (Brochu, S. & Schneeberger, P., 1999).

In termini molto pratici, le figure chiave avranno bisogno di superare le differenze sulle teorie della tossicodipendenza (approccio medico o legato alla delinquenza). Dovranno sicuramente trovare un accordo sul significato della ricaduta ed essere in grado di decidere quali azioni intraprendere in caso di ricaduta di un soggetto durante il programma QCT. Inoltre, dovranno negoziare su come intendano monitorare i progressi del soggetto (attraverso test, relazioni, udienze periodiche) e su cosa fare se i progressi sono ritenuti insufficienti. Sarà necessario considerare come una prima decisione del Tribunale possa essere modificata per renderla più idonea alle situazioni che cambiano rapidamente. Queste figure chiave dovranno anche decidere quando, esattamente, si conclude il programma. Uno studio francese di ampia portata ha concluso che l'implementazione dei trattamenti ordinati dal

sistema giudiziario non solo dipende da questo tipo di cooperazione continua tra le autorità giudiziarie e quelle sanitarie, ma anche che il tipo di collaborazione (afferzata, minimale, organizzata istituzionalmente o lasciata all'iniziativa dei singoli operatori) era fondamentale nella definizione della forma dei trattamenti ordinati dal sistema giudiziario (Setbon, M. 2000). In altre parole, aprire la "scatola nera" del sistema QCT viene considerato non solo *impegnativo* per le contraddizioni e le complessità inerenti al sistema stesso, ma anche *essenziale* in quanto le forme specifiche dei programmi QCT dipendono dalle soluzioni operative che le figure chiave adottano nell'affrontare queste contraddizioni.

Le strategie metodologiche

I principi generali

Le interviste alle *figure chiave* sono perciò diventate la *sostanza* dell'asse qualitativo. In contrasto con una definizione restrittiva che avrebbe limitato un trattamento ordinato dal sistema giudiziario ad un programma di trattamento in sé, abbiamo usato una "definizione operativa" di QCT come un sistema *de facto* che coinvolge entrambi i settori del controllo e della cura. Le figure chiave - soggetti e professionisti- sono stati considerati come parti di un contesto essenzialmente ambiguo e obbligati ad affrontare rappresentazioni, ragionamenti e pratiche potenzialmente conflittuali. Per cercare di capire *come il sistema QCT funziona* abbiamo dovuto metterci nelle condizioni di capire come i soggetti utilizzano gli obblighi e le opportunità durante il programma per (alla fine) sviluppare un impegno al cambiamento, e come e perché i professionisti implementano i programmi QCT in un determinato modo. L'implementazione di trattamenti ordinati dal sistema giudiziario può così essere definita come un processo dinamico che si evolve

nel tempo. L'ordine stesso si può descrivere in termini di fasi cronologiche, e l'idea delle traiettorie può essere utilizzata per catturare le storie individuali dei soggetti man mano che si muovono attraverso i programmi QCT.

La raccolta dei dati

Sono state sviluppate delle guide per le interviste semi-strutturate specifiche per le singole figure chiave per ciascuna delle fasi cronologiche del sistema QCT:

- Fase I Affidamento con programma QCT;
- Fase II Programma QCT in pratica: monitoraggio, trattamento, coordinamento;
- Fase III Fine del programma QCT: continuazione, anticipazione, contemplazione.

I temi delle interviste riguardavano le attività dirette delle figure chiave coinvolte nel programma QCT (soggetti o professionisti) e le attività indirette (coordinamento intersettoriale). Sono state "districate" le decisioni riguardo i luoghi del trattamento, le ricadute e i progressi; sono state descritte le preoccupazioni quotidiane, e infine sono state condivise alcune riflessioni. I tempi delle interviste sono stati scelti in corrispondenza con il protocollo quantitativo: inizio, follow-up a sei mesi e follow-up a 12 mesi.

Secondo una logica di traiettoria, si è cercato di intervistare gli stessi soggetti in ciascuna delle diverse fasi. Oltre che rispondere alle domande specifiche per ogni fase, è stato chiesto ai soggetti di paragonare le loro prime impressioni con le esperienze attuali, allo scopo di valutare il tempo già trascorso, di anticipare ciò che doveva ancora avvenire e di identificare possibili eventi significativi che "facessero la differenza" in senso positivo o negativo. Da un punto di vista puramente metodologico, sapevamo che la

costruzione delle traiettorie non poteva essere garantita in anticipo. Se un soggetto non risultava più disponibile (aveva abbandonato il trattamento, era tornato in carcere), si cercava di intervistarlo sulle ragioni dell'interruzione del programma QCT. I soggetti che avevano abbandonato sono stati poi sostituiti con altri soggetti per assicurare la continuità delle informazioni per tutte le tre fasi.

Tutti i centri coinvolti nella ricerca (Berlino, Friburgo, il Kent, Londra, Padova e Vienna) hanno usato le stesse interviste e hanno avuto la possibilità di aggiungere temi specifici. Per ciascuna fase, i centri hanno cercato di intervistare 8 professionisti e 6 soggetti. Ogni centro ha identificato le proprie figure chiave, anche se tra i professionisti era necessario includere il livello decisionale o manageriale e il livello degli operatori. I soggetti sono stati scelti da un campione quantitativo più ampio secondo criteri teoricamente significativi, con la maggior parte dei centri che hanno scelto di privilegiare il tipo di trattamento o il genere dei soggetti.

Considerando i diversi centri di ricerca, e prendendo tutte e tre le fasi, i professionisti del sistema giudiziario e del sistema di trattamento intervistati comprendono giudici, pubblici ministeri, avvocati, operatori carcerari, personale dei Tribunali di Sorveglianza, amministratori del sistema trattamentale, operatori sanitari e sociali, psicologi... In tutto sono stati intervistati 84 professionisti.

Riguardo ai clienti, sono state completate 138 interviste su 76 soggetti (50 soggetti dalla prima fase e 26 sostituti). Anche se il materiale specifico per ciascuna fase è stato fornito, abbiamo dovuto constatare che ottenere delle traiettorie "complete" - una serie di tre interviste con lo stesso cliente - non era sempre facile. Infatti, nel campione originale dei 50 soggetti a intake, solo 17 sono stati intervistati 3 (e in qualche caso anche 4) volte. Tuttavia, abbiamo

ottenuto un numero consistente di stringe di almeno 2 interviste. Dei 76 soggetti (50 soggetti dalla prima fase e 26 sostituti), 44 soggetti sono stati intervistati almeno 2 volte.

Il centro di ricerca di Padova ha lavorato particolarmente bene, poiché tutti i 13 soggetti reclutati sono stati intervistati almeno 2 volte, e due di loro sono stati intervistati 3 volte.

L'analisi e i risultati

Materiale specifico dei centri e materiale multicentrico

E' bene sottolineare che ogni centro ha analizzato i propri dati quantitativi e qualitativi. Per l'asse qualitativo, l'analisi di ciascun centro è stata costruita nel processo stesso di raccolta dati, in quanto le interpretazioni degli intervistatori e la loro comprensione dei punti principali sono state inserite nella relazione tematica, effettuata per ciascuna intervista qualitativa e progressivamente centralizzata presso un unico centro (Friburgo). Queste interpretazioni di prima mano sono risultate indispensabili ai fini dell'analisi "lontana" dei dati trasversali ai vari centri. *La strategia dell'analisi multicentrica* è stata quella di usare il materiale proveniente dai diversi centri per costruire modelli e tipologie *che contraddicono le differenze nazionali*. In un certo senso questo significa che i singoli centri, come Padova, hanno contribuito a costruire e a chiarire la logica globale del processo QCT e gli stili operativi che, in definitiva, non corrispondono più alle loro proprie specificità. D'altra parte, l'identificazione delle differenze, sia interne che esterne ai centri, e la costruzione di tipologie generali che derivano da tali differenze forniscono *esattamente* i mezzi attraverso i quali molte delle caratteristiche che definiscono un particolare centro vengono alla luce.

Mentre le comparazioni tra centri non sono state pertanto l'obiettivo finalizzato dell'analisi qualitativa centralizzata, esse hanno fornito la "materia prima" che, d'altra parte, ha reso possibile l'identificazione e la chiarificazione delle dimensioni usate nel modello trasversale ai centri. Ad esempio, i dati di Padova comprendevano informazioni di soggetti in programma QCT che hanno intrapreso un'apprezzata attività di volontariato in ambienti specifici e che hanno perciò potuto sviluppare attività "al di fuori della droga" e costruire legami con le loro comunità locali.

Se questa pratica può essere "data per certa" nel contesto italiano, è diventata molto più vivida quando i dati degli altri centri non hanno evidenziato simili esempi. Inoltre, l'esempio ha permesso di integrare "i legami comunitari" come una dimensione che interviene nel processo più ampio di "costruzione dell'impegno al trattamento" e di "sviluppo di identità sociali fuori dal mondo delle droghe", oltre che considerarlo una potenziale caratteristica dei sistemi generali QCT. I successivi resoconti di interviste di un altro centro hanno dato la possibilità di aggiungere ulteriore intensità alla dimensione di "legami comunitari". Abbiamo scoperto che le "attività lavorative" in una istituzione di trattamento non erano confinate ai soliti spacci interni, ma comprendevano la possibilità di intraprendere una esperienza lavorativa supervisionata in un'impresa locale. Pertanto i "legami comunitari" potevano comprendere non solo lo sviluppo di identità sociali fuori dal mondo delle droghe, ma anche identità *professionali*.

Alcune evidenze multicentriche

In continuità con alcune delle questioni sollevate in precedenza, molte delle analisi trasversali si sono concentrate sulla *motivazione del soggetto* e sui temi del *coordinamento dei settori*. Invece di cercare di riassumere in poche righe le

evidenze relative a questi temi (vedi i report ufficiali; anche STEVENS, A., *et al.*), si riportano per ciascun tema alcune indicazioni, suddivise in tre punti, su come sono stati trattati nell'analisi qualitativa multicentrica.

Dalla motivazione alle condizioni che favoriscono l'impegno

Riconoscere la pertinenza attraverso le attività: oltre che catalogare i diversi tipi di motivazione (estrinseca, intrinseca) espressi dai soggetti che intraprendono un trattamento ordinato dal sistema giudiziario, e riconoscere che i clienti esprimono una motivazione mista (estrinseca e intrinseca), le evidenze qualitative multicentriche confermano l'importanza della "questione motivazionale" durante il periodo che porta alla decisione del sistema giudiziario. I soggetti generalmente si sono impegnati ad esprimere la loro motivazione in una forma che avrebbe convinto il giudice e i professionisti i quali, a loro volta, si sono sforzati per misurare, valutare o apprezzare la motivazione dei potenziali clienti QCT.

Differenziare gli stili: ci siamo poi concentrati sulle informazioni riguardanti ciò che può essere sommariamente definita la "situazione di apprezzamento della motivazione". Abbiamo potuto così differenziare tra due "stili di apprezzamento della motivazione".

La motivazione è stata sostanzialmente, rigorosamente e professionalmente definita dai professionisti che hanno cercato di separare i soggetti che volevano usare il programma QCT per evitare il carcere da quelli che "in modo genuino" tentavano di superare la loro tossicodipendenza. La credibilità dei professionisti è stata spesso un tema complementare, con discussioni che cercavano di decidere riguardo al modo più efficace per valutare la motivazione "sufficiente" e "durevole".

La motivazione è stata interpretata in una sorta di modo "fluida", la cui espressione poteva essere adattata alla situazione. La motivazione espressa così "correttamente" poteva costituire un'indicazione del fatto che questi soggetti già con una certa esperienza avevano imparato il linguaggio motivazionale, come infatti è stato confermato dalle informazioni dei clienti. Inoltre, "evitare il carcere" è stato considerato non particolarmente problematico, in quanto la motivazione "fluida" è stata vista come qualcosa che potrebbe o dovrebbe svilupparsi in una situazione di trattamento. Pertanto, piuttosto che una motivazione attestata o dimostrabile, i professionisti hanno cercato un'indicazione che i soggetti fossero "disponibili a dare una possibilità al trattamento".

Scegliere il concetto adeguato: le ulteriori evidenze di *traiettorie* hanno supportato il secondo stile, sebbene suggeriscano anche che senza almeno "qualche" disponibilità, la parte costrittiva del programma QCT avrebbe poco effetto. Tuttavia, i diversi "stili di apprezzamento della motivazione" ci hanno reso cauti circa la nozione di motivazione in sé, che è sembrata in qualche momento inappropriata rispetto ai dati della Fase II. Sia i professionisti che i soggetti in situazioni di trattamento sembrano meno preoccupati di produrre la motivazione e più concentrati sulla gestione delle costrizioni e sulla creazione di possibilità future. Mettendo insieme le descrizioni dei soggetti riguardo la vita quotidiana con le considerazioni sui cambiamenti significativi (ad esempio, "essere riconosciuto in modo valorizzante"), abbiamo identificato una serie di quelle che abbiamo definito "le condizioni che favoriscono l'impegno", una delle quali, come spiegato in precedenza, era la "promozione di legami nella comunità locale".

Coordinamento settoriale durante la fase finale

Confrontare la mancanza di dati: in generale, confrontando l'abbondanza di dettagli sulla prima fase del programma QCT (argomenti, procedure, criteri, opzioni, scelte, reazioni...), il materiale raccolto sulla fase finale di un trattamento ordinato dal sistema giudiziario risulta relativamente "leggero" o meno specifico riguardo al programma stesso. L'interpretazione di tale assenza di dati è, naturalmente, azzardata e generalmente indica la necessità di ulteriori raccolte di informazioni. La sfida particolare qui deriva dall'impressione che la relativa assenza di dati potrebbe indicare in sé parte della risposta alla domanda *come funziona il sistema QCT!* Pertanto abbiamo tentato di ragionare in termini di proposizioni. Le proposizioni seguenti suggeriscono spiegazioni contrastanti.

La teoria della transizione efficace: in confronto alla fase iniziale, durante la quale sono in gioco le condizioni e le identità, la relativa smobilitazione può essere vista come un indicatore del fatto che la transizione dal trattamento quasi obbligatorio al trattamento volontario è effettivamente avvenuta. Invece di essere un tema, la fine dell'aspetto "obbligatorio" del trattamento viene così relegato al livello di dettaglio amministrativo.

La teoria del non-riconoscimento: l'assenza di specifiche attività nella fase finale è un indicatore del fatto che qualsiasi difficoltà legata alla fine del trattamento non viene riconosciuta e pertanto non viene tradotta in alcuna procedura o servizio particolare.

Riesaminare i dati disponibili concede in effetti una qualche possibilità a ciascuna proposizione. Abbiamo anche notato che i professionisti sembrano sottostimare il significato della fine di un trattamento, concentrandosi di più sul fatto che i soggetti finiscano o continuino il *trattamento*, mentre i soggetti si

aspettano o contano su una sorta di riconoscimento ufficiale o simbolico del fatto che il *periodo giudiziario* è effettivamente concluso.

Tentativi di concettualizzazioni: Concentrandosi sul materiale disponibile, è possibile tentare di sviluppare tre stili di "fine ideale":

Orientato al trattamento: la fine del trattamento ordinato da sistema giudiziario è orientato dal *successo del trattamento*. Il settore giudiziario attende le relazioni del settore trattamentale prima di indicare la fine attraverso una lettera, talvolta trasmessa dai professionisti del trattamento. Le relazioni positive sull'andamento del trattamento a volte possono accorciare il periodo inizialmente stabilito. La chiusura può essere caratterizzata da una cerimonia o una celebrazione, organizzata dal sistema di trattamento. Se la durata di un trattamento efficace è significativamente più corta del periodo inizialmente stabilito, i soggetti possono richiedere di contattare occasionalmente l'Ufficio di Sorveglianza. Alcuni dati padovani sostengono questo modello.

Orientato alla sentenza: come per una sentenza penale tradizionale, la fine di un trattamento ordinato dal Tribunale indica che la *durata fissa* dell'ordine giudiziario è arrivata alla fine. I benefici finanziari specifici dei servizi legati direttamente alla durata fissa verranno conseguentemente ritirati. Se esistono ancora i problemi iniziali (dipendenza, comportamenti criminali), verrà iniziata una nuova procedura. I dati di Padova non si inseriscono in questo modello.

Orientato all'integrazione: in questo stile, *le fasi finali e la continuità si sovrappongono*. Sebbene la fine dell'ordine stesso venga negoziato all'interno di una durata quasi fissa, la fase di uscita assicura che il "dopo - QCT" sia già organizzato come se il soggetto avesse già completato l'ordine. Le uscite organizzate come una fase finale sovrappongono esplicitamente gli obblighi e lo status giudiziario con attività integrative e simboli quali un'abitazione

indipendente e un lavoro regolare. La chiusura indica allo stesso tempo la fine dello status giudiziario e la continuità di attività integrative. Gli esempi del campione padovano si inseriscono qui.

Il legame tra gli stili di uscita e le fasi precedenti. Pur in modo ancora sperimentale, gli stili della fase finale sono sembrati più consistenti se correlati alle diverse fasi. Siamo stati così in grado di identificare nei dati di Padova un certo attaccamento consolidato alle risorse della comunità locale all'interno del processo di trattamento. Attraverso tale processo, i soggetti QCT "di successo" hanno fatto esperienze integrative socialmente riconosciute e sembrano pertanto in una buona posizione e ben preparati per la fine del programma.

Conclusioni o continuazione della teoria?

Quando da una parte i progetti di ricerca finiscono, dall'altra le discussioni continuano tra i ricercatori, i decisori politici, gli amministratori pubblici e (perché no) i gruppi dei clienti. La forma stessa delle evidenze qualitative (tentativi di teorizzazioni, esempi e tipologie contrastanti, processi di contestualizzazione, descrizioni pertinenti, casi andati a buon fine o meno) può risultare particolarmente utile in queste discussioni. Le evidenze qualitative sottolineano, ad esempio, la necessità di comprendere "che cosa fa la differenza" tra le situazioni migliori e quelle meno riuscite, oppure tra le condizioni che favoriscono e quelle che ostacolano nei momenti chiave del processo di implementazione di un programma QCT. Un ultimo punto: presentando le specificità della prospettiva qualitativa, è importante tenere conto del "quadro più ampio", cioè, della relazione complementare che esiste tra la prospettiva quantitativa e quella qualitativa. Anche questo è un punto di discussione aperto, alla quale il progetto QCT Europe ha contribuito.

QCT Europe: l'estensione della ricerca in Italia.

L'opportunità di comprendere il funzionamento dei sistemi di alternativa alla pena per le persone tossicodipendenti

di Daniele Berto⁵

Nel settembre 2002 l'Azienda ULSS 16 di Padova ha aderito al Progetto Europeo "*The Quasi - Compulsory Treatment of Drug Dependent Offenders in Europe - QCT Europe*". Il progetto, promosso dalla University of Kent e finanziato dall'Unione Europea, ha avuto una durata complessiva di tre anni e ha visto il coinvolgimento del Dipartimento per le Dipendenze della stessa ULSS 16 dal 1 ottobre 2002 al 31 dicembre 2005. Alla realizzazione della ricerca in Italia hanno collaborato inoltre le ASL di Firenze e di Bari.

In altre parti di questo libro (cfr. pg. 3) sono citati i Paesi partner coinvolti in questo progetto di ricerca.

Il progetto *QCT Europe* ha come scopo primario la produzione e divulgazione di risultati di base utili alla politica e alla pratica dei trattamenti "quasi obbligatori" dei detenuti tossicodipendenti in Europa, oltre alla creazione e divulgazione di una base di valutazione europea sui trattamenti "quasi obbligatori".

E' utile a questo punto chiarire il significato di "sistemi di trattamento quasi obbligatori" o "QCT": questo termine viene utilizzato per indicare il sistema delle misure alternative offerte alla persona tossicodipendente condannata in via definitiva così come consente il Testo Unico 309/90 e la Legge 49/06.

⁵ Responsabile dell'Unità Funzionale Carcere, Dipartimento per le Dipendenze, Azienda ULSS 16 di Padova, Italia

In questo caso il trattamento viene definito "quasi obbligatorio" (in inglese: *quasi-compulsory treatment*) poiché la persona tossicodipendente condannata può scegliere se avvalersene o meno, ma una volta entrata nel programma deve attenersi alle regole e agli obblighi del programma: se trasgredisce a tali obblighi, ritorna in carcere e sconta la condanna dal suo inizio. La "quasi obbligatorietà" sta quindi nella decisione di scegliere il programma o di scegliere di abbandonarlo.

Non c'è quindi ancora, nel momento storico in cui è svolta la ricerca, una obbligatorietà della cura, del trattamento, ma una scelta della persona.

Quali modificazioni stanno avvenendo rispetto al trattamento delle persone tossicodipendenti che hanno commesso reati, non sono state rilevate da questa ricerca, che ha visto la conclusione della rilevazione dei dati nell'agosto 2005.

Gli obiettivi da raggiungere, previsti dal progetto a livello europeo, erano:

- una descrizione dei sistemi di trattamento QCT che vengono correntemente usati nei singoli paesi partecipanti;
- una rassegna della letteratura per ogni paese partecipante relativa ai risultati di ricerche svolte sui sistemi QCT;
- una valutazione quantitativa centrata sui risultati dei sistemi QCT in ogni singolo paese partecipante e sei paesi nel loro complesso;
- una valutazione qualitativa centrata sull'andamento di tali sistemi in ogni singolo paese partecipante e sei paesi nel loro complesso;
- un insieme di dati trans-nazionali ottenuti dalle interviste somministrate all'intero campione della ricerca (gruppi di ricerca e gruppi di controllo), da rendere disponibili anche ad altri ricercatori;
- un database trans-nazionale dei metodi QCT ad uso dei partner del progetto e di altri ricercatori;

- due report (uno in corso d'opera e uno finale) prodotti da ogni paese partecipante sull'andamento e sui risultati del sistema QCT analizzati in ogni Paese;
- seminari di divulgazione (in corso d'opera e al termine della ricerca) da svolgersi in ogni paese partecipante;
- circa 15 articoli in riviste accademiche e professionali;
- un libro contenente i risultati della descrizione dei sistemi QCT, la rassegna della letteratura, la valutazione quantitativa e qualitativa in ogni paese, le conclusioni generali, indicazioni per le politiche e suggerimenti per le ricerche future;
- un report finale della ricerca pubblicato in inglese, francese, tedesco e italiano;
- presentazioni della ricerca in conferenze regionali, nazionali ed europee;
- articoli sulla stampa e sugli altri media relativi ai risultati della ricerca.

La ricerca è stata ideata per rispondere a domande concernenti quali siano i tipi di programmi QCT utilizzati nei Paesi partecipanti, ovvero:

- sulla base di quali supporti teorici e/o basati sull'esperienza e sulla pratica i sistemi QCT sono stati introdotti?
- quali effetti hanno i sistemi QCT sull'uso di sostanze delle persone che usufruiscono dei trattamenti all'interno di tali sistemi?
- quali effetti hanno i sistemi QCT sulla reiterazione dei reati e sul reinserimento sociale di persone che ne hanno usufruito?
- per quali categorie (per esempio, sesso, razza, tipo di uso di droga, storia dell'uso di sostanze) i vari tipi di trattamenti QCT presenti nei

paesi partecipanti mostrano di avere la migliore possibilità di riuscita?

- quali sono le determinanti per un risultato positivo delle varie tipologie di QCT nei Paesi partecipanti?

La rilevazione ha previsto la somministrazione, da parte dell'Italia e degli altri paesi partner, di alcuni questionari validati a livello nazionale e utilizzati anche da altre strutture di ricerca a livello europeo (per i soggetti: *Shortened EuropASI Interview*, *ASI Crime Revised Questionnaire*, *Self Efficacy Questionnaire*, *Perception of Pressure Questionnaire*, *Readiness to Change Questionnaire*, *Victimisation Questionnaire*, *Adapted Treatment Perceptions Revised Questionnaire* e la scheda *Addictional Data*; per le strutture che fornivano un trattamento ai soggetti: *Treatment Unit/Programme Form Revised Questionnaire*).

La ricerca ha visto la partecipazione di 1079 persone in Europa, e l'Italia ha contribuito con un campione di 300 soggetti: 145 appartenenti al *gruppo di ricerca*, ovvero soggetti tossicodipendenti che stavano usufruendo di misure alternative alla detenzione e 155 appartenenti al *gruppo di controllo*, ovvero soggetti tossicodipendenti che volontariamente stavano seguendo un programma terapeutico.

Dell'intero campione italiano, 150 soggetti sono stati reclutati dal Dipartimento per le Dipendenze dell'ULSS 16 di Padova, 100 dal Ser.T. di Firenze e 50 dal Ser.T. di Bari.

La rilevazione prevedeva inoltre tre "follow up" a sei mesi utilizzando gli strumenti già applicati nella prima fase di rilevazione della ricerca.

I ricercatori del Dipartimento per le Dipendenze dell'Azienda ULSS 16 di Padova, dall'ASL di Bari e della ASL di Firenze hanno quindi contattato i soggetti che stavano ricevendo un qualche tipo di trattamento (quasi-obbligatorio o volontario) presso i Dipartimenti stessi o presso comunità

terapeutiche del territorio, somministrando loro i questionari sopra citati in base al seguente schema:

- prima somministrazione (*Intake Phase*), da giugno 2003;
- primo follow up a 6 mesi, da dicembre 2003;
- secondo follow up a 12 mesi, da giugno 2004;
- terzo follow up a 18 mesi, da dicembre 2004.

Per i soggetti che partecipavano alla ricerca era previsto un rimborso per i colloqui di follow up successivi al primo, determinato nella seguente misura:

- colloquio di follow up a 6 mesi: 15,00 Euro
- colloquio di follow up a 12 mesi: 20,00 Euro
- colloquio di follow up a 18 mesi: 40,00 Euro

Al momento della selezione i soggetti hanno ricevuto informazioni circa le finalità e gli obiettivi del progetto di ricerca oltre che la sua durata temporale e i compensi previsti per i follow up.

A ogni soggetto è stato richiesto di sottoscrivere un modulo in cui esprimeva il "consenso informato" alla ricerca.

Sono state inoltre garantite ai soggetti la riservatezza delle informazioni da loro fornite: ogni questionario, infatti, era contraddistinto unicamente da un numero identificativo.

Il progetto, per tutti i paesi partner, è stato articolato in 7 fasi:

1. descrizione del sistema QCT esistente in ogni paese partner e rassegna della letteratura di ogni paese.
2. sviluppo di strumenti di analisi quantitativa e qualitativa.
3. valutazione quantitativa e qualitativa dei dati raccolti in ogni paese.
4. sviluppo di un rapporto nazionale in corso d'opera (*interim report*) sui risultati ottenuti.
5. valutazione qualitativa e quantitativa finale dei dati raccolti.

6. stesura di un rapporto nazionale finale (*final report*).
7. partecipazione alla stesura di un libro "collettivo" di tutti i paesi partecipanti.

Nel corso della ricerca, oltre ai quotidiani contatti via posta elettronica e telefonici, vi sono stati momenti di scambio e incontro tra i ricercatori e i coordinatori del progetto dei singoli paesi partecipanti: in Inghilterra (Canterbury) nel 2002, in Italia (Padova) nel 2003, in Olanda (L'Aja) ancora nel 2003; in Germania (Berlino) nel 2004, in Austria (Vienna) nel 2005. Gli incontri hanno permesso l'attuazione della ricerca in modo parallelo nei diversi paesi e il confronto proficuo tra le persone deputate a coordinare e realizzare la ricerca in ogni paese partner.

Fin dall'inizio, quando nel 2001, Alex Stevens propose la partecipazione alla ricerca ai diversi coordinatori, l'opportunità unica di poter studiare come i sistemi quasi-obbligatori di trattamento per le persone tossicodipendenti condannate funzionano in Italia e l'opportunità di confrontare tale funzionamento con quello di altri paesi europei, ha entusiasmato l'equipe di ricerca che successivamente si è fatta materialmente carico del progetto. Questo entusiasmo non ha mai abbandonato coloro che hanno lavorato al progetto in Italia e anche negli altri paesi.

La realizzazione del progetto in Italia ha consentito uno studio approfondito del funzionamento del sistema QCT, avvicinando le persone direttamente coinvolte nel sistema: utenti e operatori, o meglio, utilizzando i termini inglesi, *client* e *professional*. Studiare da vicino i processi che riguardano le misure alternative per le persone tossicodipendenti, avvalendoci di strumenti quantitativi e qualitativi, ci ha permesso di tratteggiare un quadro ampio, anche se forse non esaustivo, del funzionamento di tale sistema. Tale quadro induce riflessioni e stimola cambiamenti e miglioramenti, e in questo risponde

a una delle esigenze primarie del progetto, cioè di porsi come *suggeritore* di politiche, che non è un aspetto ambizioso del progetto, ma il semplice adempimento a uno degli scopi di questa ricerca e, più generale, al significato stesso del *fare ricerca*.

Il progetto, innovativo e ben accolto da tutte le strutture e le persone contattate, ha suscitato interesse a livello locale e nazionale, tanto da richiedere la pubblicazione di questo libro che raccoglie i risultati della ricerca.

Il lavoro assiduo e costante di coordinamento e supervisione di Alex Stevens dell'European Institute of Social Sciences presso l'Università del Kent in Inghilterra e, per l'asse quantitativo e per l'asse qualitativo, rispettivamente di Ambros Uchtenhagen del MISTEL di Berlino e di Kerralie Ouveray dell'Università di Zurigo, ha permesso di raggiungere risultati utili e proficui per la ricerca nel settore, oltre che risultati utilizzabili da coloro che si occupano di politiche per le tossicodipendenze.

Le ipotesi della ricerca

La ricerca è stata ideata per rispondere a domande relative a quali siano i tipi di programmi QCT esistenti e utilizzati nei vari paesi europei partecipanti e come essi funzionino, quali sia la loro reale efficacia.

Le domande alle quali il progetto ha cercato di rispondere sono:

- sulla base di quali supporti teorici e/o basati sull'esperienza e sulla pratica i sistemi QCT sono stati introdotti?
- quali effetti hanno i sistemi QCT sull'uso di sostanze delle persone che hanno usufruito dei trattamenti QCT?
- quali effetti hanno i sistemi QCT sulla reiterazione dei reati e sul reinserimento sociale di persone che ne hanno usufruito?

- per quali categorie (per esempio, sesso, razza, tipo di uso di droga, storia dell'uso di sostanze) i vari tipi di trattamenti QCT presenti nei Paesi partecipanti mostrano di avere la migliore possibilità di riuscita?
- quali sono le determinanti per un risultato positivo delle varie tipologie di QCT nei Paesi partecipanti?

Scendendo più nello specifico, ci si è poi posti altre domande utili a esemplificare in modo semplice e diretto le ipotesi della ricerca:

- i soggetti del gruppo di ricerca mostrano una riduzione dei reati commessi e una diminuzione dell'uso di sostanze, con un conseguente miglioramento della salute e un effettivo reinserimento sociale?
- i soggetti del gruppo di controllo mostrano una riduzione dei reati commessi e una diminuzione dell'uso di sostanze, con un conseguente miglioramento della salute e un effettivo reinserimento sociale?
- i soggetti del gruppo di ricerca, se paragonati ai soggetti del gruppo di controllo, mostrano una maggior permanenza nel programma (*ritenzione in trattamento*)?
- i soggetti del gruppo di ricerca, se paragonati ai soggetti del gruppo di controllo, mostrano una minore permanenza nel programma?

Le risposte a queste domande si sono fatte via via sempre più evidenti nel corso dello svolgimento del lavoro e sono esposte nelle pagine che seguono.

SECONDA PARTE

**LE MISURE QCT IN ITALIA
TRA TEORIA E APPLICAZIONE**

I sistemi QCT in Italia

di Daniele Berto, Barbara Tabacchi⁶

Uno degli obiettivi previsti dalla ricerca presentata in questo libro era quello di descrivere i sistemi QCT in ogni Paese partecipante al progetto.

In Italia la descrizione di come si attuano e funzionano tali sistemi è stata fatta sulla base delle informazioni raccolte da interviste semi-strutturate rivolte ad operatori del sistema trattamentale e del sistema giudiziario.

Le misure alternative alla pena

Le misure alternative in Italia sono state introdotte con la Legge n°354 del 26 luglio 1975 che rappresenta un momento fondamentale per la regolamentazione dell'esecuzione penitenziaria. Tale Legge tutela gli interessi fondamentali dei ristretti in riferimento ai principi costituzionali (art. 27) e alle Regole minime per il trattamento dei detenuti oltre a tenere conto di un "trattamento individualizzato" e delle specifiche esigenze del singolo detenuto in carcere, ha previsto delle forme di trattamento in libertà svincolate dalle tradizionali modalità "intramurarie".

L'area penale esterna si suddivide in tre categorie:

- le misure alternative,
- le sanzioni sostitutive
- la libertà vigilata.

Le prime comprendono l'affidamento in prova ai servizi sociali, l'affidamento in prova in casi particolari, la semilibertà e la detenzione domiciliare. La definizione di "misura alternativa" sembra correttamente riferibile solo

⁶ *Unità Funzionale Carcere, Dipartimento per le Dipendenze, Azienda ULSS 16 di Padova, Italia*

all'affidamento in prova al Servizio Sociale, , che realizza una forma integrale alternativa alla detenzione, consentendo, forse più di qualsiasi altra misura, una reale opera educativa, in riferimento all'articolo 27, comma 3° della Costituzione Italiana.

Una particolare forma di affidamento è l'affidamento in prova in casi particolari, rivolto ai tossicodipendenti e alcolodipendenti che intendano intraprendere o proseguire un programma terapeutico, in base all'art. 94 del D.P.R. n° 309/90 e successivamente modificato dalla legge n° 49 del 21 febbraio 2006 art. 4.

In questo caso il detenuto tossicodipendente richiede l'accesso alla misura alternativa alla detenzione, che può essere concessa solo se sussistono dei requisiti fondamentali:

- pena detentiva inflitta, o anche residuo pena e congiunta a pena pecuniaria, non superiore a sei anni od a quattro anni, se relativa a titolo esecutivo comprendente reato di cui all'art. 4-bis Legge 354/75 e successive modifiche;
- il condannato deve essere persona tossicodipendente o alcolodipendente che ha in corso o che intende sottoporsi ad un programma di recupero;
- il programma terapeutico deve essere concordato dal condannato con una A.S.L. o con altri enti, pubblici e privati, espressamente indicati dalla legge (art. 115 D.P.R. n. 309/90 e succ. mod. e/o integrazioni);
- una struttura sanitaria pubblica (o una struttura privata accreditata) deve attestare lo stato di tossicodipendenza o alcolodipendenza e la idoneità, ai fini del recupero, del programma terapeutico concordato, a pena di inammissibilità.

Successivamente il direttore dell'Istituto trasmette l'istanza di affidamento al Tribunale di Sorveglianza ed al Pubblico Ministero che ha emesso l'ordine di esecuzione.

L'affidamento viene concesso con provvedimento di ordinanza dal Tribunale di Sorveglianza del luogo in cui ha sede il pubblico ministero competente dell'esecuzione .

L'affidamento ha inizio dal momento in cui il soggetto sottoscrive il verbale con le prescrizioni predisposte dal Tribunale di Sorveglianza con l'impegno a rispettarle.

Prescrizioni indispensabili sono quelle relative alle modalità di attuazione del programma terapeutico e quelle relative alle forme di controllo per accertare che il soggetto prosegua lo stesso programma.

Le altre prescrizioni sono quelle previste per l'affidamento in prova al servizio sociale, e quindi quelle indispensabili relative ai seguenti aspetti:

- rapporti con l'Ufficio di esecuzione penale esterna;
- dimora;
- libertà di locomozione;
- divieto di frequentare determinati locali;
- lavoro;
- divieto di svolgere attività o di avere rapporti personali che possono portare al compimento di altri reati;
- divieto di soggiornare in tutto o in parte in uno o più Comuni ;
- obbligo di soggiornare in un Comune determinato;
- adoperarsi, in quanto possibile, in favore della vittima del suo reato;
- adempiere puntualmente agli obblighi di assistenza familiare.

Durante il periodo di affidamento le prescrizioni possono essere modificate dal Magistrato di Sorveglianza, tenuto conto anche delle informazioni del Sorveglianza di servizio sociale. La sospensione della misura viene effettuata dal Magistrato di Sorveglianza e trasmette gli atti al Tribunale di Sorveglianza per le decisioni di competenza nei seguenti casi:

- quando l'Ufficio di esecuzione penale esterna lo informa di un nuovo titolo di esecuzione di altra pena detentiva che fa venir meno le condizioni per una prosecuzione provvisoria della misura (residuo pena inferiore a quattro anni);
- quando l'affidato attua comportamenti tali da determinare la revoca della misura.

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

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

In questi casi il Tribunale di Sorveglianza che ha giurisdizione nel luogo in cui l'affidato ha la residenza o il domicilio emette l'ordinanza di revoca e ridetermina la pena residua da espiare.

Gli attori coinvolti nei diversi stadi del programma QCT

A seguito delle informazioni ottenute attraverso le interviste effettuate, sono stati identificati quattro livelli a cui il trattamento obbligatorio o quasi-obbligatorio può operare⁷. L'attenzione dei ricercatori si è concentrata sul Livello 2: *Strutture QCT come alternative alla carcerazione o per evitare procedure di controllo, basate essenzialmente sul consenso e la collaborazione del soggetto, o dopo il processo (sostituendo una parte della condanna con il trattamento).*

I programmi QCT del Livello 2 possono essere attuati nelle tre diverse fasi del procedimento legale: prima del processo, durante il processo stesso o dopo la fine del procedimento penale sostituendo così una parte della condanna con il trattamento.

Sono state inoltre individuate tre fasi del programma QCT e le persone in esse coinvolte:

- Prima Fase: il processo decisionale, entrata in trattamento
- Seconda fase: il trattamento
- Terza fase: l'uscita dal trattamento.

Prima Fase: il processo decisionale, l'entrata in trattamento.

Durante questo periodo, gli attori coinvolti sono:

- il Soggetto che fa richiesta di poter usufruire di un programma alternativo alla pena;
- il Dipartimento per le Dipendenze, che raccoglie tutte le informazioni utili alla stesura del programma terapeutico;

⁷ Vedi articolo di A. Stevens al paragrafo "Progetto QCT".

- l'Equipe Carcere che, contattata dal soggetto, inizia i colloqui con il detenuto per verificare la sua motivazione e valutare con lui quale sia il programma QCT più idoneo per il recupero della persona;
- l'Avvocato che identifica i possibili benefici di legge a cui la persona può avere accesso e prepara l'istanza per la richiesta di quest'ultimi;
- la Comunità Terapeutica: qualora il detenuto abbia un programma terapeutico che prevede il suo inserimento in una comunità, gli operatori che lavorano all'interno di tale struttura iniziano i colloqui con la persona per una reciproca conoscenza;
- il Tribunale di Sorveglianza che decide se concedere o meno l'alternativa alla pena sulla base delle informazioni raccolte e presenti nel fascicolo giudiziario del soggetto.

Seconda Fase: il trattamento.

Durante questo periodo, gli attori coinvolti sono:

- la persona che sta seguendo il programma QCT;
- il Dipartimento per le Dipendenze che effettua regolarmente dei colloqui con la persona;
- l'Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna che ha il compito, attraverso colloqui periodici con il soggetto, di monitorare l'andamento del programma QCT;
- la Comunità Terapeutica che ospita la persona e che relaziona gli altri professionisti del sistema trattamentale e del sistema giudiziario sull'andamento del programma;
- le Forze dell'Ordine per eventuali controlli sulla persona;

- il Tribunale di Sorveglianza che interviene in caso di violazione delle regole del programma qualora vengano meno le condizioni per proseguire il programma.

Terza Fase: l'uscita dal trattamento.

Durante questo periodo, gli attori coinvolti sono:

- il Soggetto che ha portato a termine il programma QCT;
- il Tribunale di Sorveglianza che raccoglie le informazioni che giungono dai professionisti del sistema trattamentale e del sistema giudiziario;
- il Dipartimento per le Dipendenze che relaziona il Tribunale di sorveglianza rispetto all'andamento e al termine del programma QCT;
- l'Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna che relaziona il Tribunale di Sorveglianza rispetto all'andamento e al termine del programma QCT;
- la Comunità Terapeutica che relaziona al Dipartimento per le Dipendenze e all'U.E.P.E. su come è stato portato a termine il programma.

Ogni Paese ha una propria legislazione in materia di trattamento del tossicodipendente che ha commesso dei reati. Si passa da speciali trattamenti realmente obbligatori previsti in alcuni casi dal Ministero di giustizia Olandese ai programmi concordati ma "quasi obbligatori" sopra descritti.

Negli articoli successivi sarà discussa l'utilità di quelli praticati nelle forme previste dalla legislazione italiana.

La rassegna della letteratura

Morena Tartari, Barbara Tabacchi⁸

La rassegna della letteratura esistente in Italia⁹ è stata realizzata per poter meglio definire le ipotesi iniziali della ricerca e per “fare il punto della situazione” nazionale in merito ai trattamenti “quasi”obbligatori per i tossicodipendenti.

Questa rassegna risente quindi del fatto di aver avuto luogo in un momento iniziale e pre-valutativo. Secondo le indicazioni del Comitato scientifico¹⁰, la rassegna era divisa per i temi sotto riportati ed un breve aggiornamento è stato fatto al termine della ricerca stessa.

Uso di Droga e Reati

La normativa italiana specifica in materia di tossicodipendenza era, al momento dell’inizio della ricerca, il “Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza” emanato col D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309 in attuazione della delega al governo conferita dall’art. 36 della legge 26 giugno 1990 n. 162. Solo dopo il termine del lavoro (31/12/05) è stata emanata dal Governo Italiano la Legge 49 (21/02/06)

⁸ *Unità Funzionale Carcere, Dipartimento per le Dipendenze, Azienda ULSS 16 di Padova, Italia*

⁹ Gli altri gruppi di ricerca europei hanno effettuato lo stesso lavoro per i rispetti Paesi

¹⁰ per il Comitato Scientifico si veda p. 3

Rassegna della significatività della correlazione tra uso di sostanze e crimini commessi.

Correlazione tra sostanze e crimine: il punto di vista teorico

I reati commessi dai consumatori di droga sono generalmente di natura colposa. (Giraud, 1998).

L'abuso di sostanze psicoattive può indurre:

- criminalità diretta, caratterizzata dal commettere reati sotto l'effetto acuto o in una situazione di astinenza da sostanze;
- criminalità indiretta, sostenuta dal craving e/o da psicopatologia indotta;
- criminalità ambientale, legata alla frequentazione di aree criminose.

In un lavoro del 2001 Merzagora Betsos evidenzia un ulteriore legame tra droga e criminalità indotto dalla legislazione, in quanto l'assunzione di sostanze stupefacenti di per sé sola si rapporta con la criminalità poiché esiste una legislazione che la punisce, e comunque appartiene ai così detti "reati senza vittime".

I reati più frequentemente correlati all'uso di sostanze sono:

Amfetamine. Esiste un crescente aumento di azioni criminose commesse sotto l'effetto di amfetamine ed un aumento della criminalità connessa alla produzione e alla distribuzione di questa droga (Ministero dell'Interno, Direzione Centrale per i servizi antidroga).

Cocaina. I consumatori assumono comportamenti violenti, variabili dall'aggressione, allo stupro, al furto fino all'omicidio. La carica violenta di tali condotte sarebbe correlata alla via di assunzione risultando più elevata in caso di assunzione endovenosa o di fumo di crack. Non sussisterebbe invece una correlazione significativa con la via di assunzione per quegli eventi

criminosi che richiedono una premeditazione con prolungato impegno psicofisico (ad es. furto e rapina).

Oppiacei. Il comportamento sociale dell'eroinomane è oggi meno che in passato caratterizzato dall'emarginazione e dall'adozione di condotte criminali. Il fenomeno della devianza criminosa interessa prevalentemente gli assuntori per via endovenosa, affetti da dipendenza grave, in quei casi ove l'eccezionale intensità del craving può condurre a condotte violente e alla commissione di reati finalizzati all'ottenimento di supporti finanziari: furto, prostituzione e spaccio di sostanze stupefacenti.

Cannabinoidi. Studi svolti all'estero presi in considerazione dalla letteratura italiana indicano che può esistere una correlazione tra consumo e partecipazione ad atti criminali quali aggressioni, vandalismi, furti.

Psicofarmaci. Studi svolti all'estero presi in considerazione dalla letteratura italiana indicano la correlazione tra abuso di psicofarmaci e crimine. In tale contesto vanno sempre più affermandosi modalità differenziate di assunzione, ad elevato rischio di pericolosità sociale e a connotazione criminale.

Il potenziale criminogeno intrinseco delle diverse sostanze è legato a varianti farmacodinamiche e farmacocinetiche. (Snenghi & Mentisci, 2000)

Correlazione tra sostanze e crimine: il punto di vista empirico

In Italia la dimensione reale del fenomeno tossicodipendenza è difficilmente definibile poiché i consumatori formano una popolazione non numerabile. Il numero certo è quello degli utenti dei Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.).

In base ai dati forniti dalla *Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia* del 2001, si registra un incremento del numero di

soggetti sottoposti a trattamento che, dal 1998 al 2001, è passato da 140.307 utenti a 150.327.

Nel 2004 invece le persone che sono state trattate presso i Servizi territoriali per le Tossicodipendenze (Ser.T.) risultano pari a 171.724. Sono 17.143 i soggetti che sono stati inviati presso le Strutture socio-riabilitative del Privato Sociale (residenziali, semi-residenziali o di prima accoglienza) per un intervento terapeutico e di reinserimento sociale. Ne risulta pertanto che il numero di quest'ultimi è in continua ascesa.

La ricerca ESPAD 2001 sull'uso di alcool, tabacco e sostanze illecite tra gli adolescenti e i giovani studenti evidenzia che esiste un incremento costante negli anni dell'uso di alcol nella popolazione giovanile scolarizzata nel periodo 1995 - 2000; esiste un aumento anche nell'uso di tabacco dal 1995 al 1999; dopo tale anno l'uso è diminuito.

Simile andamento anche per l'uso della cannabis, mentre l'uso di altre sostanze mostra un trend in leggera ascesa.

Un'indagine nazionale italiana (IPSAD 2001) ha stimato l'uso di sostanze anche tra la popolazione tra i 15 e i 44 anni.

Dall'ESPAD 2004 e dall'IPSAD 2004 si rileva sulla popolazione generale e studentesca un incremento del consumo di sostanze illegali, in particolare della cannabis e della cocaina. Continua ad affermarsi il consumo di psicostimolanti rispetto a quello dei depressori del sistema nervoso centrale.

Proporzione dei condannati che utilizzano sostanze

Alla data del 30 giugno 2001, in base alla rilevazione del Ministero di Giustizia, nelle carceri italiane erano presenti 55.261 detenuti di cui 15.173

tossicodipendenti corrispondenti al 27.46 % della popolazione carceraria (i dati sono basati su screening volontario).

Senza variazioni di rilievo, rispetto al triennio precedente, i tossicodipendenti entrati dalla libertà nel 2004, rappresentano circa il 29% del totale dei detenuti (Relazione annuale al Parlamento anno 2005). Alla data 30/06/05, in base ai dati del Ministero della Giustizia, nelle carceri italiane erano presenti 59.125 detenuti, di cui 16.179 tossicodipendenti corrispondenti al 27,4 % della popolazione carceraria. Si nota un aumento della popolazione detenuta con un aumento dei tossicodipendenti reclusi. Tuttavia la percentuale di questi ultimi rispetto al campione rimane invariata.

Proporzione degli utilizzatori di sostanze che commettono crimini

In Italia, i soggetti con utilizzo problematico di sostanze erano 150.327 (31/12/2001 - Relazione Annuale al Parlamento); alla stessa data in carcere erano 17.258, di cui 7.829 reclusi per art. 73 TU 309/90.

Nel 2004 le persone che sono state trattate presso I Servizi Territoriali per le Tossicodipendenze (Ser.T.) risultano pari a 171.724 (Relazione Annuale al Parlamento anno 2005). Nello stesso anno i tossicodipendenti detenuti sono stati 15.558 (Fonte: Ministero della Giustizia).

Proporzione dei reati commessi dai consumatori di sostanze

Possono essere considerati "reati droga-correlati" quelli previsti dalla legislazione corrente, al di là della circostanza in cui è avvenuta l'azione illegale.

Attualmente non esistono ricerche o statistiche utili alla descrizione della proporzione dei reati commessi dai consumatori di sostanze. Gli unici dati sono quelli forniti dal Ministero dell'Interno e dal Ministero della Giustizia.

I nuovi soggetti segnalati ex art. 75 sono andati progressivamente diminuendo dal 1998 al 2001. (Fonte: Ministero dell'Interno - Relazione Annuale al Parlamento 2001)

I tossicodipendenti effettivamente detenuti nel 2004, rappresentano circa il 29% del totale dei detenuti. La quota dei reati commessi da tale gruppo in materia di violazione della Legge sugli stupefacenti (art. 73 e art. 74) tocca il 77% del totale dei reati; altri reati da essi commessi sono: immigrazione (12%); reati contro la persona (4%); reati di mafia (4%); fabbrica e vendita armi (3%).(Relazione annuale al Parlamento pubblica nell'anno 2005).

Tipologia dei reati commessi dagli utilizzatori di sostanze

I dati disponibili forniti dal Ministero dell'Interno e della Giustizia, analizzano la tipologia dei reati commessi dai consumatori di sostanze facendo riferimento alla Legge 309/90 (art. 73 produzione e traffico e attività di vendita, art. 74 associazione finalizzata al traffico e associazione finalizzata allo smercio, art. 75 detenzione di sostanze stupefacenti). Non sono disponibili altri dati ufficiali per altri tipi di reati commessi da tossicodipendenti.

Dai dati riportati nella Relazione Annuale al Parlamento (pubblicata nell'anno 2005) emerge che dei soggetti che hanno usufruito di misure alternative alla detenzione per il loro stato di tossicodipendenza, circa il 44% dei crimini sia contro il patrimonio (furto, rapina, etc.), mentre seguono in quota decisamente inferiore (circa il 15%) quelli previsti dalle norme sugli stupefacenti (traffico, vendita, etc.).

Dalla *Relazione annuale al Parlamento 2003* (pubblicata a luglio 2004) e *2004* (pubblicata a luglio 2005) si ricavano le informazioni che seguono.

Soggetti in trattamento. Il dato relativo al numero di soggetti in trattamento nelle differenti strutture pubbliche e private predisposte al recupero dei tossicodipendenti, conferma l'aumento registrato negli anni precedenti. Tale incremento, che per l'anno 2003 corrisponde all'1%, sembra riguardare gli utilizzatori già conosciuti ai servizi che tornano per riprendere un trattamento precedentemente interrotto, o tossicodipendenti che continuano un trattamento iniziato in precedenza.

Tipologia di utilizzatori. La tipologia di utilizzatori, che continua ad essere per la maggior parte formata da uomini, vede un lieve aumento del numero delle donne che richiedono un trattamento. Si nota, inoltre, un considerevole aumento nel numero di soggetti dipendenti da sostanze diverse dall'eroina, specialmente gli utilizzatori di cocaina, con rilievo particolare nella fascia di età 19-44 anni (tra il 1999 e il 2002 i trattamenti per l'uso di cocaina, come sostanza primaria, hanno registrato un incremento dell'80%). Anche il ricorso ai servizi per il trattamento dell'abuso di cannabinoidi registra un graduale aumento. I soggetti tra i 35 e i 44 anni sono particolarmente rappresentati tra i pazienti in metadone mentre i giovani adulti (23-34 anni) rappresentano una percentuale più elevate tra i pazienti delle Comunità Terapeutiche.

Tipologia di trattamento. Circa il 40% dei tossicodipendenti riceve un trattamento di tipo psico-sociale, mentre, il 60% è trattato con farmaci o con trattamenti integrati. Riguardo i farmaci sostitutivi, si nota un aumento notevole dell'uso del trattamento con metadone a mantenimento, ma anche di persone trattate con la buprenorfina. Un contesto che emerge dalle ricerche recenti è quello relativo agli interventi clinici rivolti a persone che presentano, oltre al problema della tossicodipendenza, una patologia psichiatrica; tali

soggetti necessitano di cure mirate e di comunità residenziali specificatamente preparate per affrontare questo tipo di problematiche. Gli interventi di tipo psicologico nei Servizi rappresentano complessivamente poco meno del 49% di tutti i trattamenti erogati, quota che dal 2001 al 2004 risulta significativamente aumentata. Nell'intero quadriennio si assiste ad una costante diminuzione dei trattamenti di disassuefazione mediante farmaci non stupefacenti, passati dal rappresentare circa il 3% degli interventi farmacologici attuati nel 2001 al 1% nel 2004. L'82% degli interventi farmacologici è attuato con metadone. Dal 2001 al 2004 si assiste ad un aumento della quota di terapie a lungo termine a fronte di una leggera diminuzione di quelle a medio termine e a dosi decrescenti. L'incremento della prescrizione di buprenorfina è stato rilevato negli ultimi anni. Si nota inoltre la riduzione nell'utilizzo del naltrexone. Mentre continua a prevalere il ricorso al trattamento residenziale per la dipendenza da eroina, quote consistenti dei pazienti delle Comunità Terapeutiche presentano un'anamnesi di poli-abuso o di dipendenza dalla cocaina.

Droghe, giovani e territorio. Particolarmente interessante è la differente diffusione dell'uso di sostanze tra i giovani tra i 15 e i 19 anni relativamente alle aree geografiche. In accordo con la ricerca Espad (ricerca sulla popolazione scolastica), la distribuzione dell'uso di cannabis appare interessante tutto il Paese allo stesso modo, con una piccola eccezione per quanto riguarda le isole dove l'uso è leggermente più basso. L'uso di cocaina sembra essersi concentrato nelle regioni del Centro-Sud. Sono infatti le regioni del centro che hanno visto nel quadriennio la maggiore espansione, passando dal 3,7% al 6,9% di studenti con esperienza di uso nella vita. Diminuiscono i consumi nelle aree del Nord-Est e nelle Isole. In controtendenza con il dato nazionale, che vede l'uso di amfetamino-derivati in decremento, le regioni del

Centro evidenziano una crescita nel numero di ragazzi che ne riferisce l'uso (3,4% del 2000 al 4,3% del 2004). E' sempre il Centro, anche se in questo caso in flessione, a presentare insieme al Sud il maggior numero di studenti con esperienza nell'uso di eroina. A fronte di un generale aumento di studenti con esperienza d'uso di allucinogeni si osserva, anche in questo caso, l'aumento del fenomeno nelle regioni del Centro dove gli studenti che hanno riferito un consumo passano dal 2% al 5,5%.

Aumento del consumo di cannabinoidi. Dalla ricerca IPSAD (ricerca sulla popolazione generale) emerge un notevole aumento nel consumo di cannabinoidi in tutte le fasce di età (se si confrontano i dati con quelli relativi all'anno 2001). Per gli uomini, la più alta percentuale di utilizzatori di sostanze è nella fascia di età 25-30 anni, per le donne, la più alta percentuale risulta essere nella fascia di età 24-25.

Aumento del consumo di cocaina. Il 5,4 % dei soggetti intervistati nel 2003 (IPSAD 2001-2003) riferiva di aver fatto uso di cocaina almeno una volta nella vita e 1,5% negli ultimi 12 mesi. L'uso di cocaina evidenzia un incremento significativo passando dal 2001 al 2003. Nell'uso riferito agli ultimi 12 mesi, la classe di età più esposta al consumo di cocaina sembra quella dei più giovani: la cocaina appare utilizzata tra i giovanissimi (15-24 anni) in una quota di soggetti maggiore che nella fascia di età adulta (25-34 anni). Il maggior incremento, peraltro, negli ultimi anni è mostrato dai giovani adulti (25-34 anni) e dagli adulti (35-44 anni).

Aumento del consumo di eroina. L'uso di eroina una o più volte nella vita è riportato dall'1,2% della popolazione studiata tra i 15 e 44 anni di età nel 2003, mentre lo 0,25% ne riferisce un uso negli ultimi 12 mesi. L'assunzione nella vita di eroina, nel confronto 2001-2003, mostra un incremento nella fascia di età 25-34 anni, aumento più consistente nella fascia 35-44 anni. Si osserva una

diminuzione di soggetti giovani che nella vita riferiscono di aver utilizzato eroina una o più volte. Negli ultimi 12 mesi l'uso di eroina si riduce alla metà della frequenza rilevata nel 2001 evidenziando una significativa riduzione che interessa giovani tra i 15 e 24 anni.

Dalla *Relazione Annuale al Parlamento* dell'anno 2003 e dell'anno 2004 emerge che il 13,2% delle persone tra i 15 e i 43 anni ha fatto uso di droghe. Questa percentuale diminuisce al 7,3% nella popolazione tra i 15 e i 54 anni, ma aumenta al 17% se si considera l'età tra i 15 e i 24 anni. Le sostanze più diffusamente utilizzate tra i 15 e i 34 anni (12,8%) sono l'hashish e la marijuana. Il consumo di oppiacei si ferma allo 0,3% della popolazione, mentre l'uso di cocaina si alza al 2,3% incluso il crack. Lo 0,7%, d'altro canto, preferisce l'ecstasy e lo 0,6% fa uso è orientato all'uso di allucinogeni. Un altro 0,6% fa uso di altri solventi.

Uno studente su tre (32,9%), tra i 15 e i 19 anni, fa regolarmente uso di almeno una sostanza. La percentuale decresce considerevolmente fino a fermarsi al 27,6%, se si considera la popolazione studentesca femminile, ma il dato è comunque alto. Praticamente tutti questi fanno uso di hashish o marijuana (27,4%), ma vi è un numero di ragazzi e ragazze tra i 15 e 19 anni che usa eroina per via iniettiva (1,1%, solo tra i ragazzi e le ragazze di 15 anni la percentuale è dell'1%) e circa il 4,5% fa uso di cocaina. Il consumo di ecstasy è del 2,6% e del 2,3% di LSD, mentre il 3,7% fa uso regolare di sedativi e ipnotici.

Nel 2003, 410 italiani e 19 extracomunitari sono morti in Italia a causa dell'uso di sostanze. Confrontati con il 2002, quando i decessi sono stati di 529 persone, c'è stato un decremento del 17%. Coloro i quali "pagano il prezzo più alto" sono quelli che fanno un uso di sostanze continuativo, hanno un'età

compresa tra i 30 e i 34 anni (84 persone decedute) e i tossicodipendenti oltre i 40 anni (80 persone decedute).

Nel corso del 2003, sono stati confiscati 46.867 chili di sostanze stupefacenti, il 10,5% in meno rispetto al 2002 (quando la quantità ammontava a 52.218 chili). La diminuzione, in accordo con quanto riportato nel rapporto del 2003 fornito dal Dipartimento per la Pubblica Sicurezza, riguardava principalmente le droghe sintetiche (-41,11%) e i cannabinoidi (-35,64%). In particolare, nel 2003 sono stati confiscati 2.582 chili di eroina, 3.521 chili di cocaina e 40.470 chili di cannabis. Anche se il numero di operazioni condotte sul territorio nazionale nel 2004 risulta inferiore rispetto al 2001 (18.653: con un decremento di circa il 14%), tale flessione non ha riguardato tutte le sostanze, né ha portato ad una diminuzione dei quantitativi intercettati. Qualora ci si soffermi ad analizzare le operazioni rivolte alle singole sostanze, a fronte di un trend (2001-2004) in diminuzione registrato nel caso dei cannabinoidi e dell'eroina, si rilevano invece significativi aumenti per la cocaina ed una sostanziale stabilità del dato relativo agli amfetamino-derivati.

Più di un quarto dei detenuti presenti nelle carceri italiane sono tossicodipendenti: dei 54.237 ristretti (17.007 stranieri), infatti, 14.332 (3.190 stranieri) hanno problemi legati all'uso di sostanze. Di questi, la maggior parte è formata da uomini (13.709), mentre le donne sono "solo" 623. I tossicodipendenti detenuti con AIDS sono 1.056. Per quanto riguarda i minori che fanno uso di sostanze, nel 2003 si è notata una diminuzione rispetto agli anni precedenti. Se nel 2002 i minori trattati nei centri di prime accoglienza, negli Istituti penali, dai servizi sociali e dalle comunità per minori sono stati 1.100, nel 2003 il numero si è abbassato a 938.

Al 30 giugno 2005, i detenuti presenti nelle carceri italiane sono 59.125, di questi, 40.054 italiani e 19.071 stranieri. Per quanto riguarda i detenuti di

nazionalità italiana, 16.179 sono tossicodipendenti (15.511 uomini e 668 donne). Per quanto riguarda i detenuti di nazionalità straniera, 3.016 sono tossicodipendenti (2.935 uomini e 81 donne). I tossicodipendenti detenuti affetti da HIV sono 1.525, pari al 2,6% dei detenuti presenti (il test per HIV è volontario pertanto il numero potrebbe essere sottostimato). I minori tossicodipendenti, o che fanno uso di sostanze stupefacenti, transitati nel 2004 presso i diversi Servizi della Giustizia Minorile, rappresentano circa il 14% (Centri di Prima Accoglienza); 2% (Uffici di Servizio Sociale per minorenni); 18% Comunità ministeriali); 20% (Istituti Penali per Minorenni)

Ci sono 126.938 tossicodipendenti in carico ai Ser.T., un numero non molto più alto rispetto al 2002 (126.204). I nuovi casi, ad ogni modo, aumentano dai 32.847 del 2002 ai 33.628 nell'ultimo anno. Il numero di persone che sono in trattamento presso strutture socio - riabilitative rimane sostanzialmente lo stesso: da 19.088 nel 2002 a 18.945 nel 2003. Per quanto riguarda la tipologia delle persone in carico ai Ser.T, diminuisce il numero di eroinomani (da 123.154 a 120.134), mentre aumenta il numero di cocainomani (da 10.625 a 14.087) e di consumatori di cannabinoidi (da 14.056 a 16.490).

I dati presentati nella *Relazione Annuale al Parlamento* sullo stato delle tossicodipendenze (anno 2004) mostrano con chiarezza il cambiamento nella richiesta di trattamenti presso i servizi pubblici e private: rispetto all'uniformità dei pazienti che si presentavano al Ser.T. e alle Comunità alcuni anni or sono, il profilo della richiesta di trattamento nel 2004 indica una consistente variabilità.

L'elevata quota di cocaina come sostanza utilizzata dai pazienti appare costituire un altro sensibile cambiamento nella domanda di cure presso i Servizi. Se si sommano i pazienti primariamente dipendenti dalla cocaina con quelli che la accompagnano ad altre droghe si evidenzia come i Servizi

possano annoverare tra gli utenti circa il 40% di individui in contatto con gli psicostimolanti.

La percentuale dei tossicodipendenti nella popolazione carceraria rimane molto elevata (27,4 %): questi pazienti necessitano di un approccio riabilitativo specifico che comprenda nella misura maggiore possibile l'applicazione delle alternative alla detenzione e che offra all'interno degli Istituti Penitenziari tutte le risorse di cura che sono garantite dai Servizi sul territorio. (Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze - anno 2004).

Rassegna della significatività sull'efficacia dei trattamenti volontari: sommario delle significatività empiriche

In Italia, i trattamenti offerti possono generalmente essere suddivisi in 2 grandi categorie: farmacologici e psico-sociali. In Italia su 168.819 trattamenti effettuati nel corso del 2001, il 64% è di tipo farmacologico contro il restante 36% di tipo psico-sociale.

Sul totale di trattamenti farmacologici effettuati, quello metadonico risulta il più rappresentato ed in aumento rispetto al 1998. (Fonte: Ministero delle Politiche Sociali, *Relazione Annuale al Parlamento 2001*).

Gli interventi di tipo psico-sociale nel 2004 rappresentano complessivamente poco meno del 49% di tutti i trattamenti erogati, quota che dal 2001 risulta significativamente aumentata. Sulla base dei dati forniti dal Ministero della Salute, nel 2004 i trattamenti farmacologici rappresentano il 61% circa dei complessivi trattamenti erogati, in leggero aumento rispetto al 2001.

Successo del trattamento farmacologico nella riduzione dell'uso di sostanze, miglioramenti nella salute e riduzione dei comportamenti criminali

In Italia ci sono diverse tipologie di trattamento per tossicodipendenti, che rientrano nelle categorie di seguito elencate:

- trattamenti sostitutivi
- trattamenti psicologici, inclusa la psicoterapia
- trattamenti combinati (trattamenti sostitutivi e trattamenti psicologici)
- trattamenti residenziali
- trattamenti ambulatoriali

Da quanto osservato in questi anni, è stato possibile trarre le evidenze di seguito descritte a favore del trattamento metadonico a bassa soglia:

- appetibilità: la riduzione dei tempi di attesa (da 60 a 2 giorni) per l'avvio del trattamento ha dato luogo, nel giro di tre anni, ad un aumento della popolazione giornalmente trattata;
- efficacia: l'analisi degli esiti del trattamento ha evidenziato una riduzione del tasso di disoccupazione ed un miglioramento dell'adattamento sociale nel corso del trattamento.

In conclusione, la strategia della bassa soglia di accesso ai trattamenti farmacologici sostitutivi ha evidenziato una serie di aspetti favorevoli:

- consente di entrare in contatto con una parte del "sommerso" dei consumatori attivi
- il consumo di sostanze risulta ridotto
- il programma terapeutico integrato (farmacologico più psicosociale), aumenta i risultati favorevoli della sola somministrazione di metadone (Mollica, 2000).

Ad oggi non sono disponibili dati definitivi relativi al trattamento con naltrexone anche se alcuni studi indicano la necessità di associare la terapia

con naltrexone a trattamenti psicoterapici di gruppo. (Grego, Poddighe, Della Valle, Bissoni, 2000).

La Buprenorfina (introdotta in Italia nel 1999), è impiegata in forma di compresse sublinguali (SubutexR): viene utilizzata sia per la disintossicazione che per il mantenimento (Rapporto OEDT, 2000).

La pratica clinica dell'ultimo biennio lascia intravedere risultati positivi raccolti da molti studi locali realizzati in vari Servizi per le Tossicodipendenze. Resta comunque un fattore indiscutibile la necessità di associare al trattamento con buprenorfina altri trattamenti riabilitativi quali quelli psicologici o psicoterapici, sociali e di inserimento lavorativo (Lucchini, 2000).

Correlazione tra durata di ritenzione in trattamento e riduzione a lungo termine dell'uso di sostanze e di crimini

Uno dei problemi maggiori sottolineato dalla letteratura è quello della recidiva. Infatti, l'abbandono spontaneo con interruzione del trattamento farmacologico espone ad un elevatissimo grado di recidiva (oltre il 95%). Generalmente le maggior parte dei casi di drop-out avvengono entro i primi mesi di trattamento. E' da tempo riscontrato che il trattamento metadonico a dosaggi elevati aumenta sia la ritenzione in trattamento che l'astensione dall'uso di oppiacei illegali (Mollica, 2000).

Rassegna della significatività sui trattamenti quasi obbligatori o obbligatori

Sommario sulle politiche o proposte di ricerca sui trattamenti quasi obbligatori

L'entrata in vigore dei decreti legislativi n. 300/99 di "Riforma dell'organizzazione del Governo a norma dell'art. 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59" e n. 303/99 di "Ordinamento della Presidenza del Consiglio dei

Ministri a norma dell'art. 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59", ha realizzato una radicale trasformazione dell'Amministrazione centrale. Tale riforma ha profondamente inciso anche nel settore della prevenzione e recupero dalle tossicodipendenze in conseguenza, in particolare, del trasferimento dei compiti (con le inerenti risorse finanziarie, materiali ed umane) dal Dipartimento degli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Risultano importantissimi la promozione di sistemi di monitoraggio congiunti ad interventi di sensibilizzazione e formazione ai magistrati, del personale degli Istituti di Pena e dei sanitari dei Ser.T., impegnati nelle attività di diagnosi, monitoraggio e certificazione del programma di trattamento (Snenghi, Montisci, Giorgetti, Ferrara, 2001).

Sommario delle ricerche sul funzionamento dei sistemi quasi obbligatori e sui singoli aspetti

La progressiva affermazione, in Italia, della cultura della valutazione, ha consentito l'implementazione, ed in parte la realizzazione, di progetti multicentrici di livello nazionale, per valutare l'entità del fenomeno (progetti ESPAD, ESEDRA, studi di mortalità, etc.) e per valutare l'efficacia degli interventi (progetti buprenorfina, VEDETTE, etc.) e la qualità dei servizi offerti (progetto sulla valutazione della qualità, progetto sui costi dell'assistenza), anche in un'ottica di managed care (MFP/EVELINK) (Pani, 2000).

Nessun lavoro attualmente è stato effettuato in modo diretto per rilevare le recidive criminali dei soggetti tossicodipendenti.

Sono state inoltre effettuate diverse ricerche su singoli aspetti dei programmi QCT. Queste ricerche, solitamente locali e circoscritte, hanno fornito alcuni risultati che indichiamo di seguito.

La tossicodipendenza non è una forma di devianza da sanzionare penalmente; viceversa essa è una patologia causata da determinanti biologiche, psicologiche e sociali, che rappresentano la base di comportamenti devianti veri e propri (Snenghi, Montisci, Giorgetti, Ferrara, 2001).

Esiste un potenziale dissuasivo in funzione terapeutica dispiegato dalle sanzioni amministrative, laddove i soggetti chiedevano l'affido al Ser.T., per evitare la sospensione dei documenti, che avrebbe comportato gravi difficoltà per lo svolgimento del proprio lavoro o per la conduzione del proprio menage familiare (Soldo, 2001).

Vi sono talvolta gravi difficoltà nell'instaurare relazioni più o meno soddisfacenti tra i soggetti decretati e i Ser.T. Ne è una riprova il numero degli insuccessi terapeutici dovuti in parte alla problematicità degli utenti, ma anche a carenze dei servizi in termini di insufficienza di organico, di professionalità degli operatori, di locali che hanno portato in alcuni casi alla chiusura dei servizi medesimi.

Non è da sottovalutare il problema della commistione delle patologie correlate all'uso di sostanza stupefacenti (malattia mentale, AIDS, epatite, alcolismo, ecc.) , che allontana dai servizi molti dei soggetti decretati, vanificando l'opera di aggancio svolta dalla Prefettura. (dato significativo all'interno della ricerca per comorbilità psichiatrica)

Vi è la necessità di tarare i programmi QCT anche in considerazione della differenza di genere (maschi/femmine)

Relativamente alla entità dei programmi terapeutici alternativi alla detenzione, la mancanza di sistemi di monitoraggio giudiziario e/o sanitario

si traduce in carenza di dati oggettivi sull'attuazione dell'assetto normativo (caratterizzato da una eterogenea applicazione territoriale) e sulle prospettive di un suo miglioramento (*ibidem*).

Tra il 1998 e il 2002 sono state condotte in Italia due ricerche¹¹ che hanno evidenziato i vantaggi che derivano dall'usufruire di programmi QCT:

"Formazione professionale regionale per i giovani adulti in esecuzione penale esterna": tale ricerca enfatizza la necessità di coerenza di percorsi formativi e l'aderenza alle necessità del mondo del lavoro ottenibili solo attraverso una impostazione di tipo territoriale, che presuppone un legame tra il sistema formativo all'interno degli Istituti di Pena e il mercato del lavoro locale.

"Società civile e carcere: percorsi di risocializzazione e opportunità di infrazione delle persone condannate. Un bilancio socio economico di area": da tale ricerca emerge la positività delle misure alternative che hanno come diretta conseguenza risultati migliori sia rispetto all'effettivo "reinserimento" sociale della persona condannata (ruolo essenziale giocato dai fattori sociali, relazionali e affettivi come anche dal potere usufruire di reti integrate di supporto), sia rispetto al vantaggio economico per le amministrazioni penitenziarie riguardo alla detenzione (un rapporto che si può stimare di 5:1, nel senso che la carcerazione costa cinque volte più delle misure non carcerarie di esecuzione della pena).

Giansanti (2004) a partire dai risultati emersi da alcune ricerche recentemente condotte in Austria, Germania, Inghilterra, Italia e Spagna, rende conto di come le misure alternative alla carcerazione consentano di conseguire risultati migliori sia rispetto all'effettivo "reinserimento" sociale della persona

¹¹ di esse si trova spiegazione nel lavoro di Giansanti (2004) riportato in bibliografia.

condannata sia riguardo al vantaggio economico per le amministrazioni penitenziarie dei vari paesi. Come si diceva, il lavoro di Giansanti stima che la carcerazione costi cinque volte in più rispetto alle misure non carcerarie di esecuzione della pena. La valutazione economica non è però l'unico parametro da considerare nel rapporto tra società civile e istituzione penitenziaria per la "riabilitazione" della persona condannata. Un ruolo essenziale è giocato dai fattori sociali, relazionali e affettivi, come anche dalla possibilità per la persona condannata di usufruire di reti integrate di supporto costituite dai servizi sociali, dalle attività di formazione e professionali, dalle organizzazioni non profit e di volontariato. Tutte queste agenzie pubbliche e private facilitano l'effettivo reinserimento e rendono possibile contemperare le esigenze di "difesa sociale" con i bisogni di cui è portatrice la persona in esecuzione di pena.

Nel lavoro di Giansanti inoltre, vengono analizzate le prassi di lavoro degli operatori sociali e le loro relazioni di aiuto/controllo con gli utenti, individuando ciò che funziona e ciò che non funziona nell'organizzazione dei servizi preposti alle misure alternative come i CSSA.

Sommario delle evidenze empiriche sull'efficacia dei trattamenti quasi-obbligatori rispetto alla riduzione dell'uso di sostanze, al miglioramento della salute e alla riduzione dei comportamenti criminali.

Nel caso in cui uno o più dei sotto elencati trattamenti sia utilizzato nei sistemi QCT è possibile rilevare alcune peculiarità. Vediamole.

Nel caso del **metadone a mantenimento** si può affermare che i risultati ottenuti col trattamento sono migliori non solo rispetto all'assenza dello stesso, ma anche rispetto alla semplice disintossicazione. Inoltre i programmi di mantenimento con metadone garantiscono una permanenza dei pazienti in

terapia (ritenzione) superiore rispetto alle altre modalità di intervento. Infine i pazienti stabilizzati su dosaggi più elevati del farmaco ottengono risultati migliori.

Per quanto riguarda la **comunità terapeutica**, si hanno evidenze che durante il periodo di permanenza in comunità i pazienti interrompono l'uso delle sostanze d'abuso ed i comportamenti delinquenti. Inoltre, dopo la conclusione del programma l'uso di sostanze e i comportamenti delinquenti risultano inferiori rispetto al periodo antecedente l'ammissione, mentre la produttività sociale è aumentata. Il fattore predittivo di maggior peso risulta essere la lunghezza del periodo di permanenza in trattamento. La ritenzione in programma dei pazienti inseriti in comunità terapeutica è tipicamente bassa, inferiore ai programmi di mantenimento con metadone, ma superiore a quella dei programmi drug-free ambulatoriali. Complessivamente i risultati ottenuti risultano migliori rispetto a quelli dei pazienti che hanno effettuato una semplice disintossicazione.

Anche il **trattamento ambulatoriale drug-free** risulta di qualche efficacia, come dimostrato dal fatto che sia durante che dopo il trattamento i pazienti manifestano un comportamento migliore rispetto a prima dell'inizio dello stesso, nonché dal fatto che i pazienti ammessi al programma ottengono risultati migliori rispetto a coloro che hanno chiesto l'ammissione ma non hanno cominciato il programma. Anche in questo caso il fattore predittivo di maggior peso è la lunghezza del periodo di permanenza. La ritenzione in terapia è ovviamente bassa, sia rispetto ai programmi di mantenimento con metadone sia alle comunità terapeutica.

Guardando le cose in termini economici, possiamo confermare l'utilità del trattamento. Si è ad esempio verificato che esso comporta una riduzione significativa nei costi associati alla attività criminale (Pani, 2000).

Invece, i dati di seguito riportati riguardano ricerche locali generalizzabili al contesto nazionale di riferimento e relative a due contesti particolari di trattamento.

Per quanto riguarda le Segnalazioni alla Prefettura (art. 75), in alcune circostanze il decreto prefettizio rafforza la motivazione a frequentare il servizio e a stimolare gli interessati dall'allontanamento dell'uso di droghe nella prospettiva di evitare le sanzioni o il reiterarsi delle stesse, qualora siano già state irrogate.

Per quanto concerne l'affidamento in prova al Servizio Sociale, portiamo ad esempio un dato del 1996 il quale indica che nel corso di quello stesso anno su di un totale complessivo di 15.299 affidati ai servizi sociali, ben 11.188 soggetti non sono mai entrati nel circuito penitenziario (AaVv, 1998).

Inoltre tra il 10 agosto 1976 e il 30 giugno 1989 il Tribunale di Sorveglianza di Genova ha consentito di individuare 961 casi di affidamento in prova. Per quanto concerne l'esito della prova, il 90% dei casi si è concluso positivamente, mentre solo il 10% circa è stato revocato o sottoposto a procedimenti di revoca (Celenza, Marugo, 1992).

Sommario delle evidenze empiriche degli effetti dei trattamenti obbligatori e quasi obbligatori sulla ritenzione in trattamento

Si evidenziano di seguito dati in generale relativi alla ritenzione in trattamento, già accennati più sopra:

metadone a mantenimento: garantisce una permanenza dei pazienti in terapia (ritenzione) superiore rispetto alle altre modalità di intervento. I pazienti stabilizzati su dosaggi più elevati del farmaco ottengono risultati migliori.

comunità terapeutica: la ritenzione in programma dei pazienti inseriti in comunità terapeutica è tipicamente bassa, inferiore ai programmi di mantenimento con metadone, ma superiore a quella dei programmi drug-free ambulatoriali. Complessivamente i risultati ottenuti risultano migliori rispetto a quelli dei pazienti che hanno effettuato una semplice disintossicazione.

trattamento ambulatoriale drug-free: la ritenzione in terapia è ovviamente bassa, sia rispetto ai programmi di mantenimento con metadone sia alle comunità terapeutica.

Appare inoltre opportuno citare i risultati di alcuni studi svolti in Italia – anche se ancora non completi al momento della realizzazione di questa rassegna – al fine di evidenziare alcune evidenze empiriche emerse.

I dati non definitivi dello Studio Vedette (Jarre e Salamina, 2002), condotto in molte regioni italiane, evidenziavano, per quanto riguarda il trattamento della tossicodipendenza da eroina, i seguenti risultati relativi ai diversi trattamenti sotto elencati:

Metadone

- la ritenzione in trattamento viene migliorata da un elevato grado di istruzione, dall'associazione con la psicoterapia e dalla presenza in anamnesi elementi clinici di comorbidità.
- la ritenzione viene peggiorata dalla precocità dell'insorgenza della tossicodipendenza e dall'essere rientrati in programma dopo una interruzione.
- la ritenzione non viene modificata dagli anni di tossicodipendenza e dal sesso

Comunità terapeutica

- la ritenzione viene migliorata da un elevato grado di istruzione;
- la ritenzione viene peggiorata dalla precocità dell'insorgenza della tossicodipendenza e da un basso titolo di studio (elementare);
- la ritenzione non viene modificata dagli anni di tossicodipendenza, dall'essere prevalenti/incidenti presso il Ser.T. e dall'associazione con altri trattamenti;
- con un campione più numeroso potrebbero assumere evidenza empirica per la ritenzione in trattamento: a. l'essere femmina e b. l'assenza di elementi clinici di comorbidità.

Psicoterapia

- la ritenzione migliora in associazione con altri trattamenti;
- la ritenzione non viene modificata dal sesso e dal titolo di studio
- con un campione più numeroso potrebbero assumere evidenza empirica negativa per la ritenzione in trattamento: la precocità di inizio della tossicodipendenza da eroina.

Metadone vs comunità

- il mantenimento metadonico consente una ritenzione in trattamento più significativa rispetto alla comunità terapeutica
- le interruzioni non concordate nel gruppo Comunità sono quasi il doppio di quelle nel gruppo metadone mantenimento (47% vs 25%)
- basso grado di istruzione e precocità d'esordio della tossicodipendenza sono predittivi di decorso negativo sia per un mantenimento metadonico che per una comunità terapeutica

Dalla rassegna della letteratura appare evidente che il livello di conoscenze fornite dagli studi di valutazione al momento della rassegna della letteratura è da ampliare e implementare.

Soffermandoci ancora sulla valutazione dell'efficacia dei trattamenti, è importante osservare che una generale efficacia del trattamento non aiuta di per sé il clinico a scegliere il trattamento più opportuno per ogni singolo paziente. Il clinico vorrebbe sapere, dato uno specifico paziente, quale sia in quel caso il trattamento, o l'insieme, o la sequenza di trattamenti, più vantaggioso.

Il riduzionismo che operiamo nel parlare di trattamento con metadone o in comunità o drug-free, come se all'interno di ogni tipologia fossero tutti uguali, non trova riscontro nella realtà. (Pani, 2000).

Gli studi sull'efficacia dei trattamenti per la dipendenza da eroina sono pochi, spesso condotti con metodologie di dubbia validità, in particolare in relazione ai trattamenti non farmacologici e agli esiti di lungo termine.

Discussione sulle necessità per ulteriori ricerche individuate nella letteratura

Nel campo della tossicodipendenza ricerca e valutazione rappresentano una attività di importanza primaria, fondamentale per tre ragioni: la gravità delle ricadute negative del fenomeno sul piano sanitario, sociale ed economico; la insufficiente conoscenza dei processi biologici, psicologici e sociali che sottendono le condizioni di tossicodipendenza; la efficacia parziale degli interventi preventivi, curativi e riabilitativi disponibili.

Il livello di sviluppo della ricerca e della valutazione in Italia non sembra tuttavia coerente con queste priorità. Mentre esistono singole e frammentarie realtà (universitarie in prevalenza), dove vengono raggiunti livelli di

eccellenza, la situazione generale e' tale da rendere la situazione italiana quasi completamente dipendente dai risultati ottenuti all'estero. Ne consegue che si può usufruire solo con notevole ritardo, e con costi elevati, delle conoscenze utili per poter meglio fronteggiare i vari aspetti del fenomeno.

Di fatto, la lontananza spaziale e culturale della ricerca contribuisce al mantenimento del gap esistente fra il livello della stessa e quello della assistenza. L'attività assistenziale continua ad essere erogata in un contesto poco attento alle evidenze scientifiche ed ai processi valutativi e le scelte assistenziali continuano ad essere basate su orientamenti ideologici di non provata efficacia. Inoltre, bisogna considerare che quanto del fenomeno tossicodipendenza rappresenta una particolarità regionale o nazionale può essere indagato solo in loco.

Dovendo individuare le aree prioritarie per la ricerca e la valutazione bisogna in primo luogo rivolgersi a quelle caratterizzate dall'assenza, inconsistenza o contraddittorietà delle evidenze scientifiche. Un'area preliminare a tutte le altre e' quella dell'epidemiologia descrittiva: monitoraggio del fenomeno, della sua distribuzione geografica e temporale, dei fattori principali di rischio, delle conseguenze sul piano sociale, economico, sanitario, degli interventi. Sviluppare questo settore significa costituire l'ossatura, la struttura portante per la verifica nel tempo sia delle modificazioni spontanee del fenomeno che dell'impatto degli interventi.

Un'altra area fondamentale è quella del trattamento. Mentre nel caso della dipendenza da oppiacei possediamo un armamentario farmacologico di rilevante utilità, lo stesso non si può dire per la dipendenza da altre sostanze come ad esempio la cocaina, la nicotina o l'alcol.

Tuttavia diversi farmaci dimostratisi efficaci nell'animale ed in ricerche preliminari nell'uomo, attendono una valutazione formale su larga scala.

Un'attenzione particolare merita anche la valutazione dell'impatto delle variabili individuali, del contesto ambientale, delle caratteristiche dei programmi che condizionano i risultati dell'intervento. Il fine sarebbe quello di individuare fattori predittivi di efficacia che aiutino alla selezione del programma individualizzato più opportuno. Anche il trattamento di popolazioni speciali (comorbidità psichiatrica, gravidanza, etc.) meriterebbe un approfondimento.

La implementazione e conduzione della ricerca, soprattutto nel campo clinico, ha evidenziato quanto la mancanza di procedure amministrative adeguate e di un coordinamento fra i diversi settori della pubblica amministrazione possa condizionarne il successo. Va precisato che, essendo spesso l'oggetto dello studio rappresentato dall'uso di sostanze stupefacenti, le procedure amministrative necessarie per l'attuazione oltre che dovere fare i conti con i requisiti della ricerca in generale devono confrontarsi anche con i requisiti speciali volti a tutelare la società dal "drug misuse".

Si sente la mancanza di un organismo nazionale capace di svolgere azioni di promozione, stimolo, coordinamento ed eventualmente finanziamento della attività di ricerca. Qualcosa di simile al *National Institute on Drug Abuse* degli Stati Uniti. Va ricordato a questo proposito che per i soggetti privati che operano nel settore della ricerca, il campo dell'abuso di sostanze rappresenta un terreno economicamente poco vantaggioso. Questo fatto aggrava ulteriormente la dipendenza dai finanziamenti pubblici. La presenza di un organismo con funzioni di coordinamento e indirizzo potrebbe contribuire a studiare ed eventualmente correggere procedure amministrative, vincoli istituzionali e lentezze burocratiche che rappresentano un costo per l'attività di ricerca ed un limite alla conduzione della stessa.

Sempre in tema di infrastrutture, un'attenzione particolare dovrebbe essere dedicata alla ricerca nei Ser.T. e strutture gestite dagli enti ausiliari. La presenza di assistenza territoriale capillarizzata, come quella esistente in Italia, rappresenta per la ricerca una risorsa preziosa (Pani, 2000).

Inoltre, allo stato attuale è cambiato lo scenario del mondo della droga rispetto al tipo di sostanza, alla tipologia dei consumatori e alle stesse modalità di uso. Ciò impone la necessità di studiare nuove misure e strategie di intervento, per costruire tecniche operative innovative ed organizzare risposte più qualificate ed aderenti ai bisogni dei soggetti. Per attuare queste finalità si richiede un lavoro di sinergia tra le varie istituzioni pubbliche e private, che operano nel settore droga, creando una rete integrata dei servizi sul territorio, che si prenda cura della persona nella sua globalità.

In questo panorama un notevole apporto potrebbe essere fornito dalla Prefettura, che da una parte rappresenta un utile sensore circa i cambiamenti delle sostanze e l'evoluzione delle modalità d'uso e da'abuso elle stesse e dall'altra parte potrebbe utilizzare l'art. 75 come strumento di aggancio per i soggetti segnalati, fungendo da filtro per quelli da avviare allo svolgimento di un programma. (Soldo, 2001).

Infine, la necessità e la possibilità di attuare studi attraverso la formazione di coorti permanenti di soggetti, come nello Studio Vedette sopraccitato, consentirebbe l'aggiornamento periodico dei dati sull'efficacia dei trattamenti grazie ai follow-up.

Una coorte permanente apre infatti numerose possibilità di studio anche in ambiti diversi da quelli per i quali è stato progettato: ad esempio, la registrazione continua degli esiti potrebbe permettere di studiare il ruolo di fattori diversi quali i percorsi diagnostici, l'influenza di caratteristiche

individuali, l'importanza di scelte organizzative diverse dei servizi, nel condizionale esiti più favorevoli (Bargagli, Piras, Faggiano, Versino, 2000).

TERZA PARTE

ANALISI DEI TRATTAMENTI QCT IN ITALIA

QCT in Italia: la rilevazione quantitativa

di Morena Tartari¹², Federica Tognazzo¹³, Isabella De Toni¹⁴

Gli strumenti quantitativi

La batteria di strumenti utilizzati nel corso della ricerca QCT è composta da sette questionari: *Europ-Asi*, *Asi Crime*, *Self Efficacy Questionnaire*, *Readiness To Change Questionnaire*, *Adapted Treatment Perceptions Questionnaire*, *Victimisation Questionnaire* e *Perception of Pressure Questionnaire*.

Tali strumenti sono stati scelti dal comitato scientifico della ricerca in quanto ritenuti validi per le aree tematiche che vanno a sondare e in quanto relativamente semplici sia per la somministrazione, sia per la comprensione del significato degli item da parte dei soggetti che partecipavano alla ricerca.

Per giungere alla forma definitiva dei questionari che sono stati somministrati ai soggetti, si è proceduto, nel marzo 2003, allo studio pilota che ha comportato la somministrazione dei test a due soggetti rappresentativi, l'uno del campione di ricerca, l'altro del gruppo di controllo. I dati raccolti, i commenti dei ricercatori e dei soggetti stessi, hanno permesso di individuare quali potessero essere le difficoltà riscontrate nella somministrazione e ha condotto il comitato scientifico alla stesura definitiva del protocollo di ricerca per l'analisi quantitativa (aprile 2003) e ad apportare le modifiche sui questionari per giungere alla loro forma definitiva.

Si riportano di seguito le caratteristiche principali di ciascun strumento.

¹² Unità Funzionale Carcere, Dipartimento per le Dipendenze, Azienda ULSS 16 di Padova, Italia

¹³ Unità Funzionale Carcere, Dipartimento per le Dipendenze, Azienda ULSS 16 di Padova, Italia

¹⁴ Osservatorio Regionale sulla Popolazione Detenuta e in Esecuzione Penale Esterna (Regione Veneto)

EUROPASI (Blacken, P.; Hendriks, V.; Pozzi G.; Tempesta, E.; Hartgers, C.; Koeter, M.; Fahrner, E.M.; Gsellhofer, B.; Kufner, H.; Kokkevi, A.; Uchtenagen, A.)

EUROPASI¹⁵: è un adattamento dell'Addiction Severity Index (ASI). Si tratta di un'intervista semistrutturata costruita con lo scopo di raccogliere informazioni sulla vita di un utente che abbiano rilievo per la sua sindrome da uso di sostanze stupefacenti. L'intervista indaga sette aree problematiche :

- informazioni generali;
- condizione medica;
- condizione lavorativa/di sostentamento;
- uso di sostanze/alcol;
- area legale;
- relazioni familiari/sociali;
- condizione psichica.

Lo strumento è applicabile alla popolazione adulta e la somministrazione richiede dai 30 ai 45 minuti.

L'EUROPASI è utilizzato per l'assessment clinico e per la ricerca; può essere utilizzato per la valutazione della gravità del problema "uso di sostanze stupefacenti", per monitorare periodicamente l'andamento del trattamento e per verificare i cambiamenti al termine di quest'ultimo.

¹⁵ Lo strumento è stato modificato dal Comitato Scientifico del Progetto QCT - Europe. È stata utilizzata la versione ridotta e omessi gli item che non mostravano attinenza con le ipotesi della ricerca.

ASI CRIME (Blacken, P.; Hendriks, V.; Pozzi G.; Tempesta, E.; Hartgers, C.; Koeter, M.; Fahrner, E.M.; Gsellhofer, B.; Kufner, H.; Kokkevi, A.; Uchtenagen, A.)

ASI CRIME: si tratta dell'area legale che è stata estrapolata dall'EUROPASI. Raccoglie informazioni relative a "quali" reati sono stati commessi dal soggetto e in "quali tempi" (la prima volta, negli ultimi 6 mesi, negli ultimi 30 giorni, l'ultima volta). Vi è inoltre una sezione dedicata alla condizione giudiziaria della persona intervistata.

Gli item presenti nel questionario sono 16, suddivisi in reati contro il patrimonio, contro la persona e sulla violazione delle norme in materia di tossicodipendenza.

SELF EFFICACY QUESTIONNAIRE¹⁶ (basato su Greenglass, Schwarzer & Taubert; *Self Efficacy Scale*, 1999)

Il questionario sull'Autoefficacia è stato creato per valutare l'autoefficacia percepita dalla persona che si sottopone al test, rispetto alle situazioni quotidiane dopo aver subito eventi stressanti.

Il costrutto del questionario sull'autoefficacia riflette una "auto credenza ottimista" (Schwarzer, 1992), riferita al fatto che una persona è in grado di affrontare un compito nuovo, difficoltoso o di fronteggiare le avversità. Percepire l'autoefficacia facilita il raggiungimento degli obiettivi, l'impegno negli investimenti, la persistenza di fronte agli ostacoli e il superamento delle difficoltà; ciò può essere visto come una risorsa positiva.

Per la validazione di questo costrutto sono stati creati dieci item: ogni item si riferisce al grado di successo delle strategie di coping utilizzate (misurato

¹⁶ Lo strumento è stato modificato dal Comitato Scientifico del Progetto QCT - Europe.

attraverso una scala Likert da 1 a 5) e implica una "attribuzione di successo interna -stabile".

Lo strumento può essere somministrato ad una popolazione adulta, inclusi gli adolescenti (ragazzi con meno di 12 anni non possono essere testati).

READINESS TO CHANGE QUESTIONNAIRE¹⁷ (Rollnick e Coll, 1992)

Il questionario sulla motivazione al cambiamento è finalizzato alla valutazione della motivazione al cambiamento nei bevitori eccessivi per poterli assegnare agli stadi di "Precontemplazione" (il soggetto è in una fase iniziale di riflessione intorno al cambiamento che potrebbe mettere in atto rispetto al proprio stile di vita), "Contemplazione" (il soggetto sta concretamente riflettendo sul cambiamento da mettere in atto) o "Azione" (il soggetto ha messo in atto processi di cambiamento rispetto al proprio stile di vita) come riportato da Prockaska e Di Clemente (1986). Il test è composto di 12 item; ai soggetti è richiesto di esprimere il grado di accordo rispetto ad ognuna delle 12 frasi secondo una scala a 5 livelli (da 1 a 5). In questo modo da ciascun item è possibile ricavare un punteggio (da 0 a 4), che indica il grado di accordo con il suo contenuto. Sommando i punteggi degli item relativi ai tre stadi del cambiamento si ottengono i rispettivi valori delle tre scale di valutazione (precontemplazione, contemplazione, azione).

¹⁷ Basato su *Readiness to Change Questionnaire* - Commonwealth of Australia 2000. La versione del test utilizzata nella ricerca fa riferimento all'uso di sostanze e non esclusivamente all'uso di alcol.

ADAPTED TREATMENT PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE¹⁸(Marsden et al., 1998)

Il questionario sulla percezione del trattamento serve a valutare la soddisfazione generale del soggetto rispetto al Servizio di trattamento.

Lo strumento è composto da 10 item che misurano, attraverso una scala Likert. (da 0 a 4), il grado di accordo. Vi sono inoltre alcune domande aperte.

Il test può essere somministrato ad una popolazione adulta.

VICTIMISATION QUESTIONNAIRE¹⁹ (*British Crime Survey* di Fitzgerald et al., 2002)

Il questionario sulla vittimizzazione ha lo scopo di individuare i reati di cui le persone, oggetto di indagini della ricerca, sono state vittime negli ultimi 12 mesi.

Il test è composto da 8 item e le risposte che il soggetto può dare sono codificate con i valori 0, 1, 97 che significano rispettivamente: "no", "si", "mi è accaduto troppe volte per poter ricordare".

PERCEPTION OF PRESSURE QUESTIONNAIRE (adattato dalla TCU, Institute of British Research)

Il questionario sulla pressione percepita ha lo scopo di individuare "da chi" e "quanto" la persona a cui viene somministrato il test si sente costretta ad entrare o a rimanere nel programma di trattamento in cui è inserita.

I 6 item che lo compongono prevedono risposte su una scala Likert da 1 a 5. Dalle risposte fornite si può comprendere se il soggetto percepisce maggiore

¹⁸ Lo strumento è stato modificato dal Comitato Scientifico del Progetto QCT - Europe

¹⁹ Lo strumento è stato modificato dal Comitato Scientifico del Progetto QCT - Europe

pressione "dall'esterno" (autorità sanitarie, famiglia, amici, datore di lavoro, autorità giudiziarie, altri) o "dall'interno" (se stesso).

TREATMENT UNIT/ PROGRAMME FORM - TUF-R

Versione Giugno 1997; rivisto dal gruppo di ricerca QCT nel 2003.

Il questionario è stato presentato ai responsabili delle strutture che hanno collaborato alla ricerca QCT Europe in quanto in esse si trovavano in trattamento alcuni dei soggetti che sono stati reclutati per la ricerca stessa.

Il questionario è formato dalle seguenti sezioni:

SEZIONE A Informazioni di identificazione

SEZIONE B Caratteristiche dell'Unità di Trattamento

SEZIONE C Programma di trattamento/Approccio/Obiettivi/Servizi

SEZIONE D Valutazione degli utenti

SEZIONE E Completamento del trattamento

SEZIONE F Personale

SEZIONE H Valutazione (H1)

SEZIONE K Cambiamenti nell'Unità di Trattamento (K1-2)

Per ciascuna area indagata si chiedeva al responsabile di fornire delle informazioni personalmente o in collaborazione con il personale che formava la sua équipe. Lo strumento è stato compilato autonomamente (questionario autosomministrato) da ciascun responsabile di struttura e riconsegnato in un secondo momento ai ricercatori.

Il metodo

Selezione dei soggetti della ricerca

La ricerca ha visto la partecipazione di 1079 persone in Europa; il campione italiano era di 300 soggetti: 150 appartenenti al *gruppo di ricerca* (soggetti tossicodipendenti che stavano usufruendo di misure alternative alla detenzione) e 150 appartenenti al *gruppo di controllo* (soggetti tossicodipendenti che volontariamente stavano seguendo un programma terapeutico).

Dell'intero campione italiano, 150 persone sono state testate dal Dipartimento per le Dipendenze dell'ULSS 16 di Padova, 100 dal Ser.T. di Firenze e 50 dal Ser.T. di Bari.

Traduzione degli strumenti applicati

I questionari applicati per la rilevazione quantitativa e le interviste qualitative sono stati tradotti dai partner della ricerca nella loro lingua. La traduzione è stata effettuata da una persona laureata in lingue straniere e con una particolare competenza in materia scientifica.

Interviste ai soggetti

Le interviste fatte ai soggetti sono state eseguite direttamente dai ricercatori che dovevano essere persone esterne e indipendenti rispetto ai Servizi di trattamento che seguivano tali persone. I ricercatori sono stati formati per la somministrazione dell'EuropASI.

I dati quantitativi e qualitativi ottenuti dai questionari e dalle interviste, sono stati registrati in forma cartacea e successivamente inseriti su supporto informatico dai ricercatori che hanno eseguito la rilevazione.

Fasi

I dati sono stati raccolti in quattro momenti, in accordo con il protocollo di ricerca quantitativo²⁰. Le interviste sono state effettuate seguendo il seguente schema:

- prima somministrazione all'entrata in trattamento: da giugno 2003
- primo follow up a 6 mesi dall'entrata in trattamento: da dicembre 2003
- secondo follow up a 12 mesi dall'entrata in trattamento: da giugno 2004
- terzo follow up a 18 mesi dall'entrata in trattamento: da dicembre 2004.

Le interviste di follow up dovevano essere effettuate entro le tre settimane precedenti o successive la data limite definita (6, 12 ,18 mesi dalla prima rilevazione).

Nei follow up sono state indagate le aree relative alle attività socio-sanitarie e riabilitative già attuate.

Informazioni fornite ai soggetti

Al momento della selezione dei soggetti che sono entrati nel campione della ricerca, è stato fornito loro un foglio informativo in cui venivano descritte le finalità del progetto, le varie fasi della ricerca, i tempi previsti per l'effettuazione delle interviste di follow up, i potenziali benefici della ricerca stessa e veniva sottolineato il rispetto dell'anonimato e della privacy.

In tale nota informativa, inoltre, era illustrata la politica circa il rimborso per la loro partecipazione. La quota di "rimborso" previsto per ogni intervista di follow up consisteva in:

- colloquio di follow up a 6 mesi: 15,00 Euro
- colloquio di follow up a 12 mesi: 20,00 Euro

²⁰ Le fasi elencate riguardano la rilevazione quantitativa. Per la parte qualitativa si rimanda il lettore al capitolo 7.5. "La rilevazione qualitativa".

– colloquio di follow up a 18 mesi: 40,00 Euro

E' stato poi chiesto loro di firmare un modulo in cui essi esprimevano un consenso informato al fine di diventare soggetti della ricerca.

La riservatezza sui soggetti è stata strettamente mantenuta. Nessuna informazione che poteva permettere l'identificazione dei soggetti é stata comunicata attraverso i partner della ricerca.

Ogni questionario era contraddistinto unicamente da un numero di riferimento e non doveva essere firmato; ciò per consentire l'anonimato e il rispetto della privacy.

L'adesione di ciascun soggetto alle diverse fasi previste dalla ricerca era una libera scelta che, in caso affermativo, ha consentito alla ricerca di realizzarsi anche in virtù delle tante partecipazioni individuali.

Analisi statistica

Tutti i dati sono stati inseriti in banche dati a livello nazionale; successivamente sono stati inviati alla banca dati centrale che ha provveduto a correggerli, se necessario, e a rinviarli ai partner affinché potessero procedere all'analisi.

Per testare le ipotesi principali è stato utilizzato il programma statistico SPSS versione 13.0.

Descrizione del campione

La campionatura e la selezione dei soggetti è stata fatta in base ai seguenti criteri:

- soggetti in alternativa alla pena con programma territoriale, non inseriti in comunità terapeutica (gruppo di ricerca);
- soggetti in alternativa alla pena con programma terapeutico presso una comunità (gruppo di ricerca);
- soggetti che volontariamente sono coinvolti in un programma terapeutico presso il Ser.T. (gruppo di controllo);
- soggetti che volontariamente stanno svolgendo un programma terapeutico presso una comunità (gruppo di controllo).

Tutte le persone contattate hanno accettato e firmato un consenso informato prima delle interviste.

I criteri di esclusione sono stati i seguenti:

- Persone che hanno iniziato un programma terapeutico e che erano senza domicilio, ad eccezione di quelli che si trovavano all'interno di una comunità terapeutica (sono state escluse quelle persone che erano senza fissa dimora, perché al momento dell'intervista non erano in grado di fornire un recapito presso cui si sarebbe potuto ricontattarle).
- Stranieri senza documenti (per la difficoltà di ricontattarli ai successivi follow up), ad eccezione di quelli che stavano svolgendo un programma terapeutico all'interno di una comunità terapeutica.

Sono stati intervistati **145** soggetti appartenenti al gruppo di ricerca e **155** appartenenti al gruppo di controllo, per un totale di **300** persone.

Variabili demografiche

Grafico n°1: Numero di maschi e femmine nel campione italiano, nel gruppo di ricerca e nel gruppo di controllo

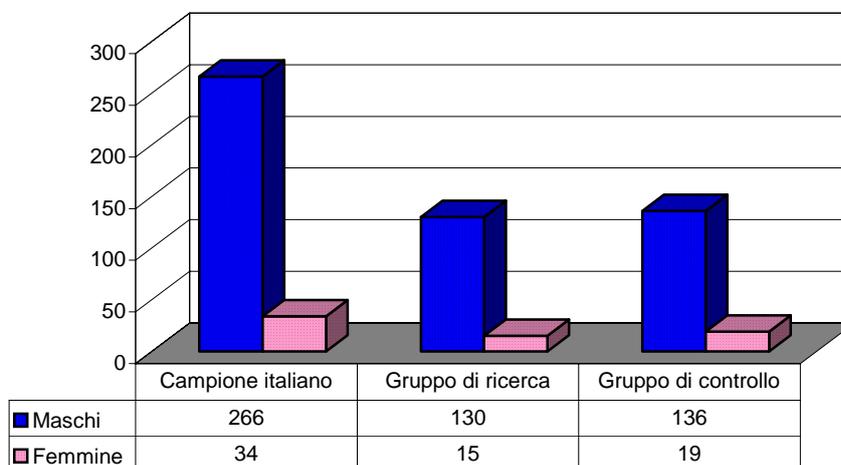


Grafico n°2: Suddivisione per fasce di età nel campione italiano, nel gruppo di ricerca e nel gruppo di controllo

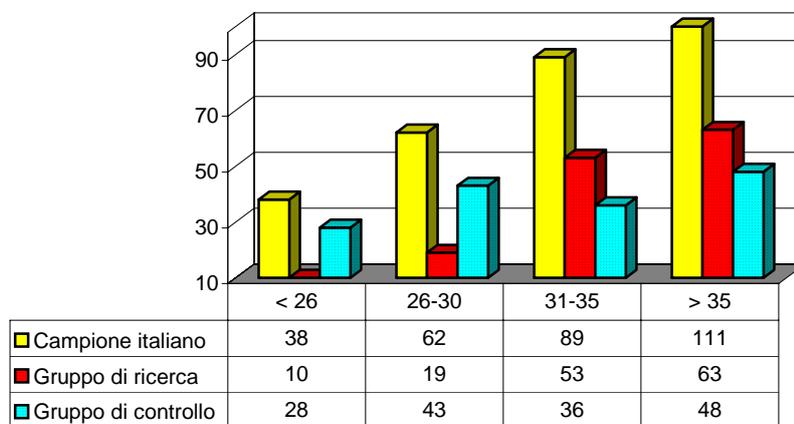


Tabella n°1: Numero di soggetti nel campione italiano, nel gruppo di ricerca e nel gruppo di controllo suddivisi per nazionalità

Nazionalità	Campione italiano	Gruppo di ricerca	Gruppo di controllo
Italia	286	133	153
Marocco	4	4	0
Tunisia	6	5	1
Brasile	2	1	1
Repubblica Dominicana	1	1	0
TFYR Macedonia	1	1	0
Totale	300	145	155

Grafico n°3: Titolo di studio dei soggetti nel campione italiano, nel gruppo di ricerca e nel gruppo di controllo

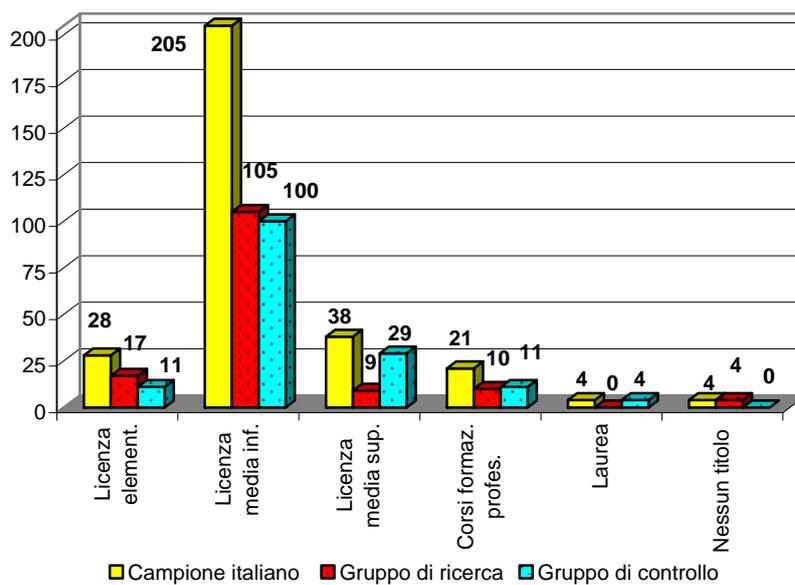
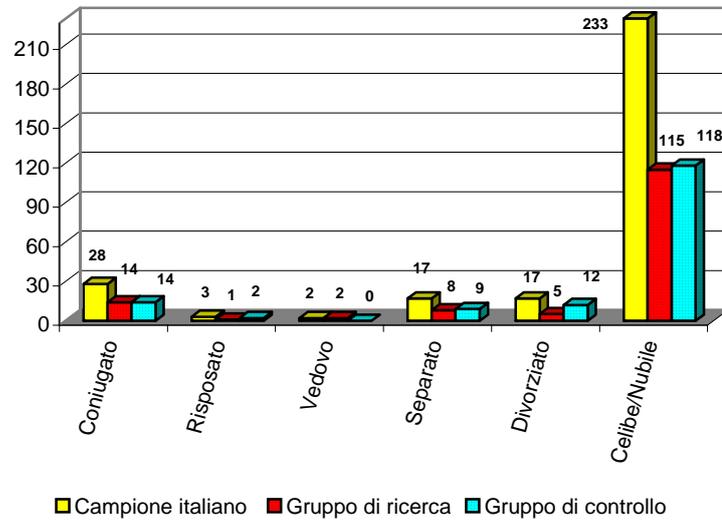
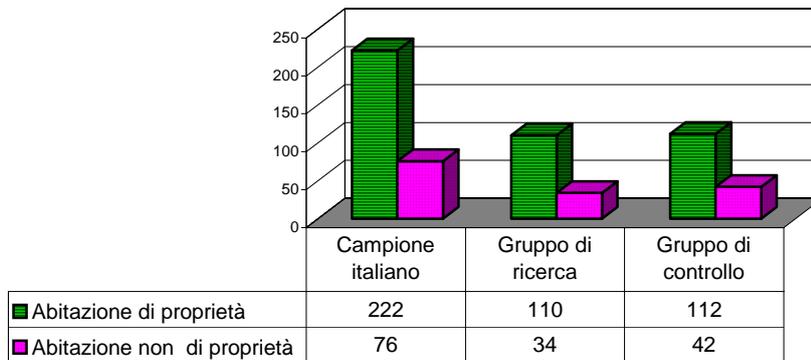


Grafico n°4: Stato civile dei soggetti nel campione italiano, nel gruppo di ricerca e nel gruppo di controllo



E' stata presa in considerazione anche la variabile "soddisfazione o insoddisfazione dello stato coniugale".

Grafico n°5: Condizione abitativa nel campione italiano, nel gruppo di ricerca e nel gruppo di controllo



Per quanto riguarda la condizione abitativa è stata presa in considerazione anche la variabile "soggetti senza fissa dimora nell'ultimo mese prima dell'intervista" in cui le opzioni erano: stare da amici, in un caravan, in un fabbricato, fuori, arrangiamenti.

Grafico n° 6: Anni di occupazione e disoccupazione nel campione italiano, nel gruppo di ricerca e nel gruppo di controllo

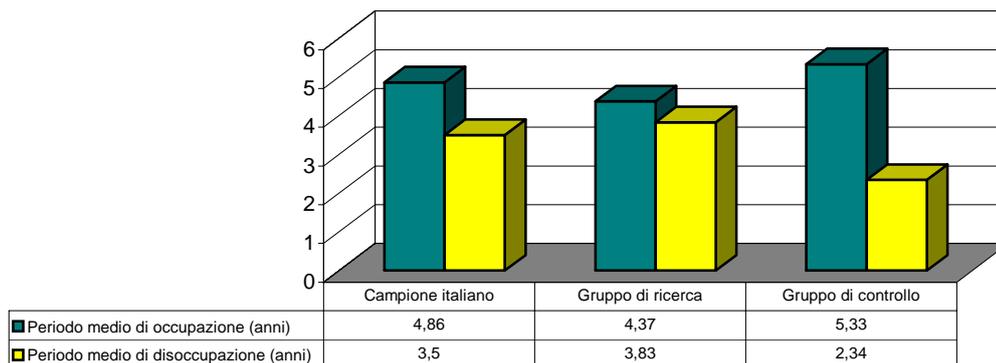


Grafico n°7: Occupazione abituale al momento dell'intervista nel campione italiano, nel gruppo di ricerca e nel gruppo di controllo

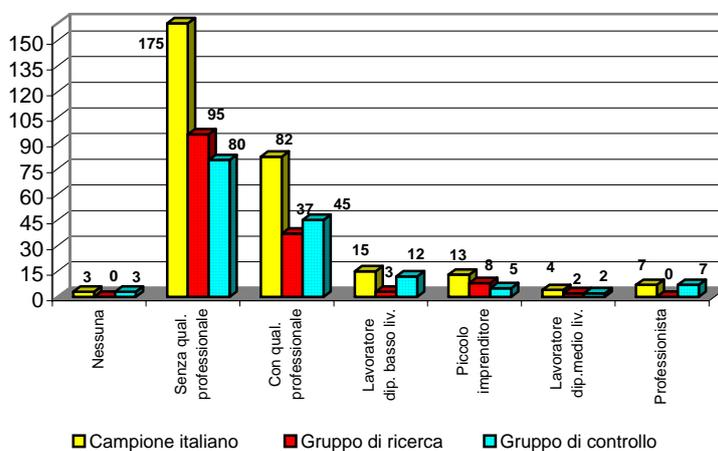
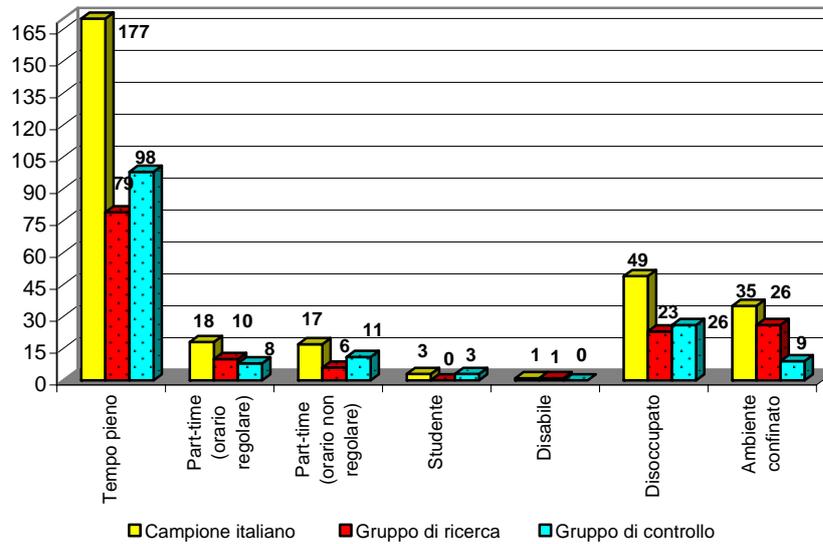


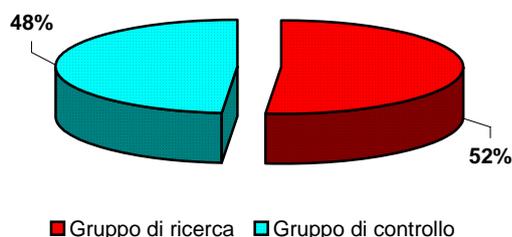
Grafico n°8: Modalità di occupazione negli ultimi tre anni nel campione italiano, nel gruppo di ricerca e nel gruppo di controllo



Per quanto riguarda la condizione lavorativa, è stato considerato il numero medio di giorni lavorati, il numero medio di giorni di congedo per malattia e l'importo medio guadagnato. Le tre variabili si riferiscono agli ultimi trenta giorni prima dell'intervista.

Profilo medico e psicologico

Grafico n°9: numero medio di ospedalizzazioni nella vita: gruppo di ricerca/gruppo di controllo



Sono state inoltre prese in considerazione quanti anni addietro è avvenuta l'ultima ospedalizzazione, se ci sono stati trattamenti per problemi fisici durante i sei mesi precedenti l'intervista e se ci sono stati problemi di salute nei trenta giorni precedenti l'intervista.

Grafico n° 10: Presenza di problemi medici cronici: gruppo di ricerca/gruppo di controllo

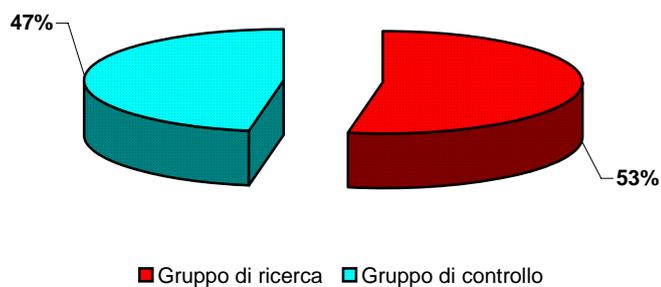
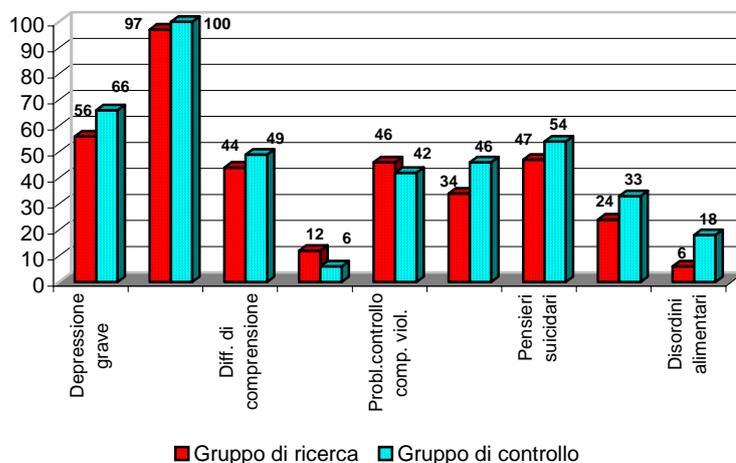


Grafico n°11: Presenza di problemi psicologico-emozionali nella vita nel gruppo di ricerca e nel gruppo di controllo

Per quanto riguarda lo stato psico-emozionale, qualora vi fossero stati dei problemi evidenziati dai soggetti e indicato un trattamento per risolvere questi ultimi, si è preso in considerazione se il trattamento è stato di tipo ambulatoriale o residenziale e se ci sono stati problemi di questo tipo nei trenta giorni prima dell'intervista.

Tipologia di sostanza utilizzata e trattamenti ricevuti

Grafico n° 12: Sostanza che costituisce il problema principale nel gruppo di ricerca e nel gruppo di controllo

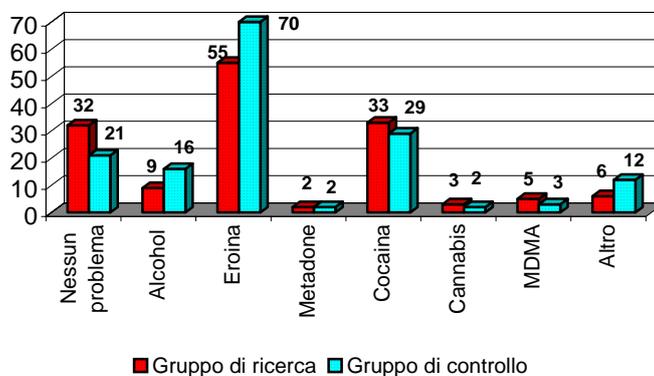


Grafico n° 13: Media degli anni di uso di sostanze per via iniettiva nel gruppo di ricerca e nel gruppo di controllo

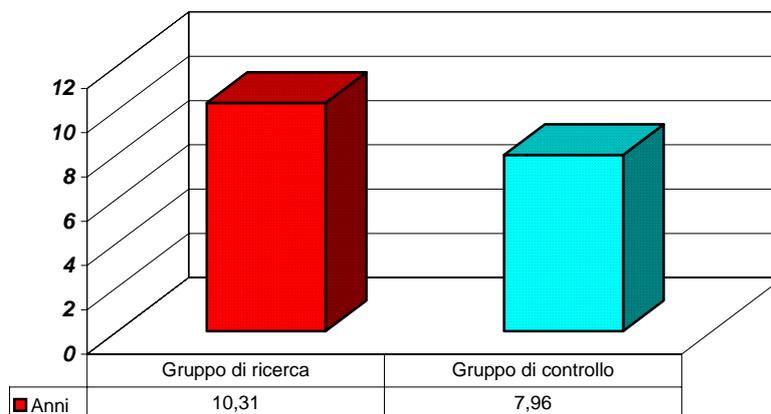
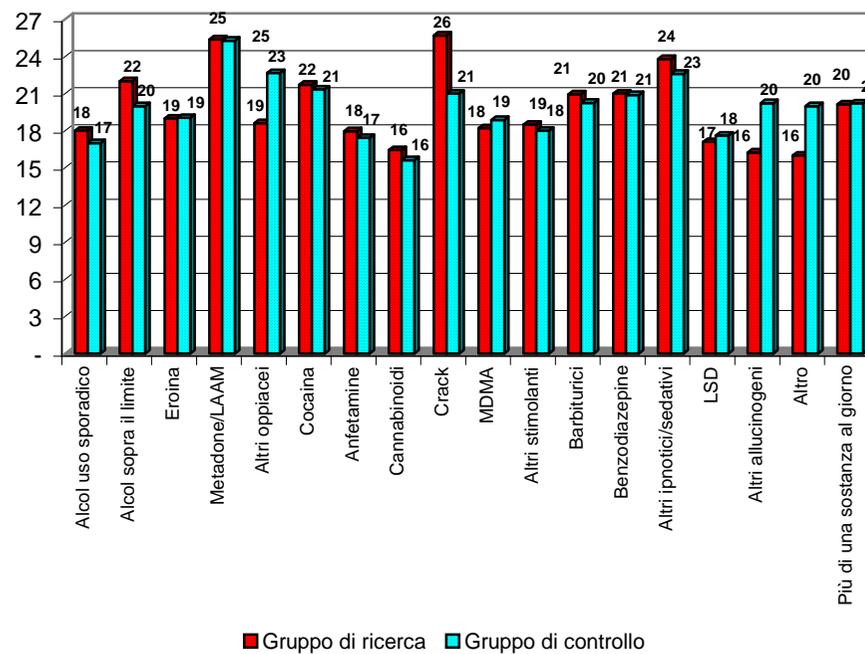
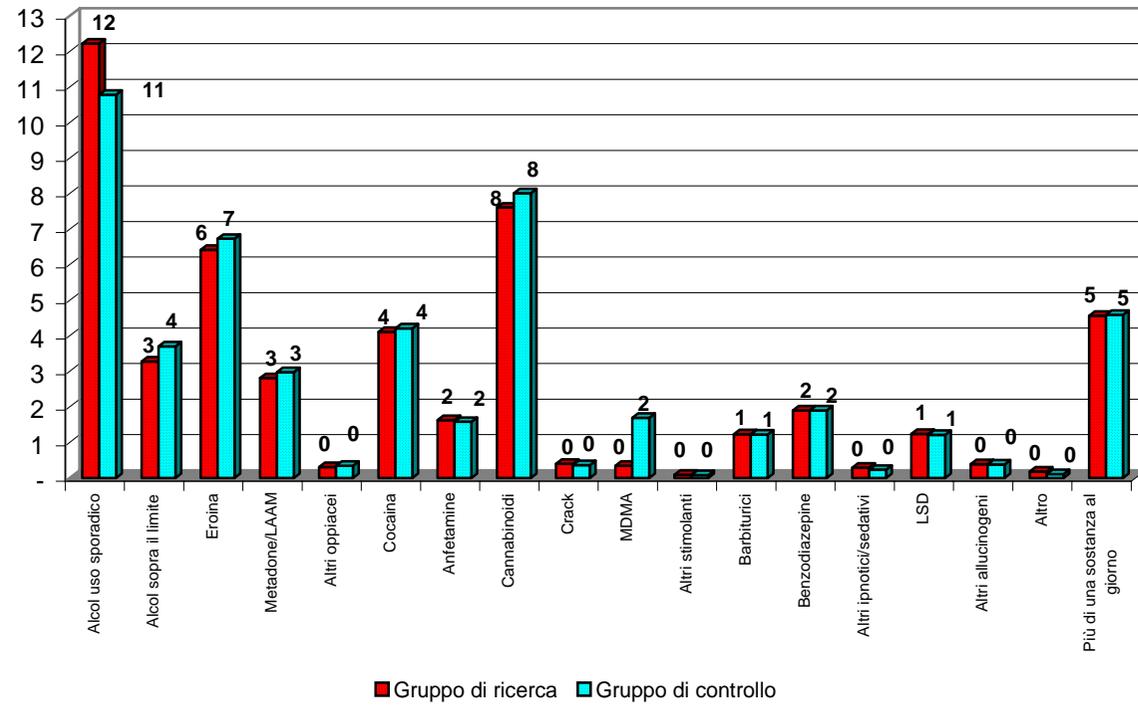


Grafico n°14: Età media del primo uso di sostanze nel gruppo di ricerca e nel gruppo di controllo

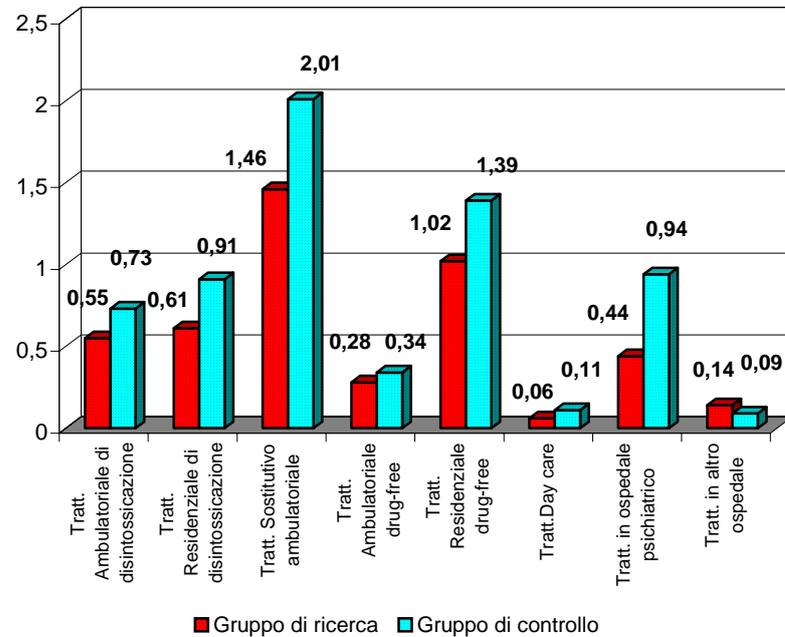
G1





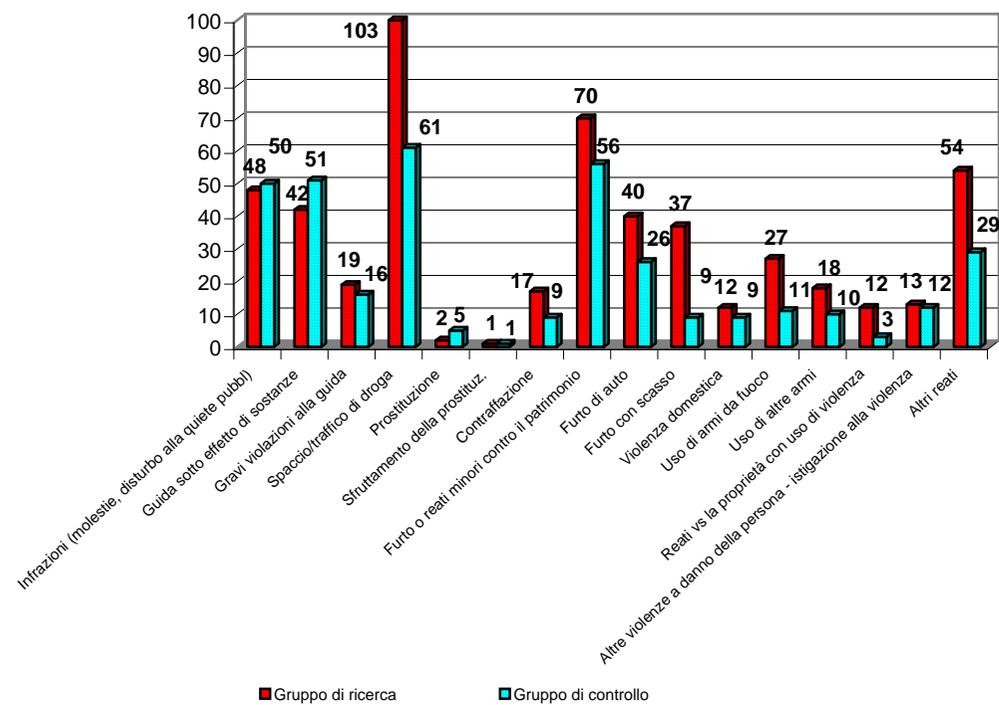
Sono state considerate anche le variabili "uso di aghi nuovi durante gli ultimi sei mesi" e "media del numero di episodi di delirium tremens nella vita".

Grafico n°16 :Tipologia e numero di trattamenti ricevuti nella vita nel gruppo di ricerca e nel gruppo di controllo



Profilo criminale

Grafico n°17: Numero dei reati commessi dai soggetti del gruppo di ricerca e dai soggetti del gruppo di controllo



Vittimizzazione

Ai soggetti è stato chiesto se erano stati vittime di reati nei precedenti 12 mesi prima di entrare in trattamento.

Grafico n°18: Risposte fornite al questionario sulla vittimizzazione dal gruppo di ricerca

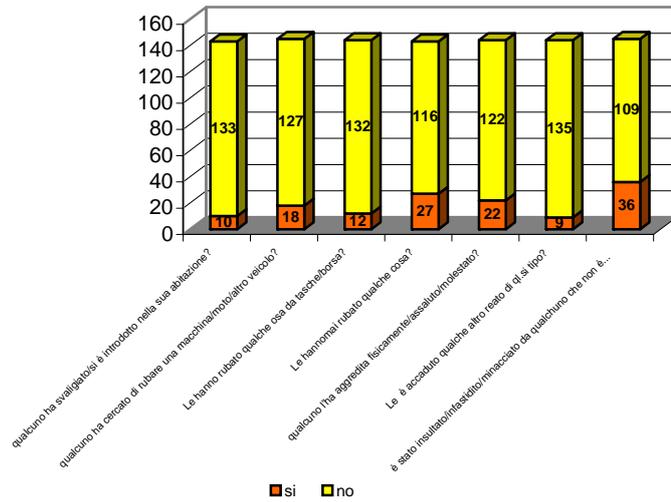
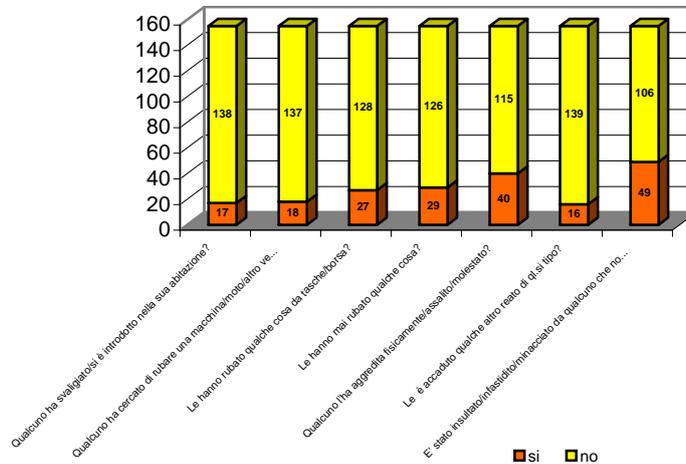


Grafico n°19: Risposte fornite al questionario sulla vittimizzazione dal gruppo di controllo

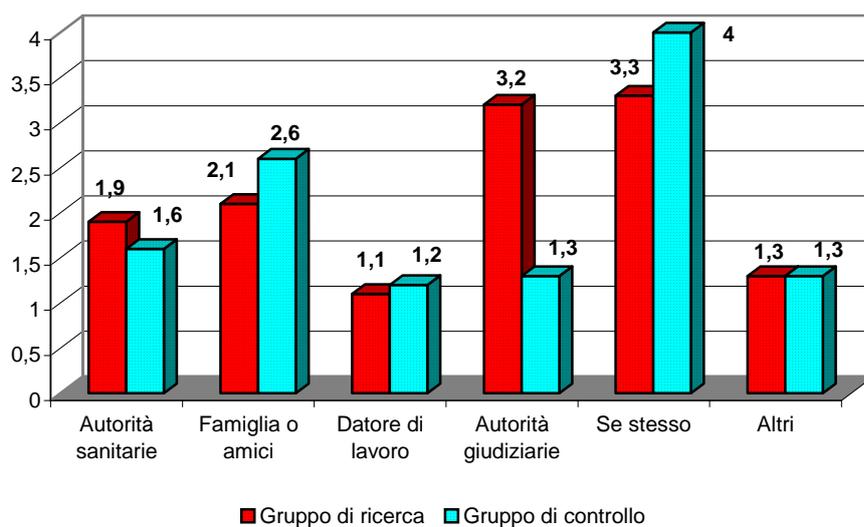


Percezione della pressione

Ai soggetti è stato somministrato il questionario sulla pressione percepita; con tale strumento si è voluto indagare quanto essi si sentissero pressati da altre persone o autorità nella decisione di intraprendere un programma di trattamento. I partecipanti hanno risposto a sei domande con una scala da 1 (nessuna pressione) a 5 (forte pressione).

Il grafico sottostante illustra le risposte date dai due gruppi agli item del test.

Grafico n°20: Risposte fornite al questionario sulla pressione percepita dal gruppo di ricerca e dal gruppo di controllo



Discussione dei risultati

Al fine di procedere all'analisi, il campione è stato osservato nella sua suddivisione in gruppo di ricerca e gruppo di controllo.

Come si può osservare dal Grafico n°21 e n°22, al Primo Follow up (sei mesi dalla prima rilevazione) la percentuale di soggetti appartenenti al gruppo di ricerca è 71,7% "ancora in trattamento", mentre il 28,3% "non più in trattamento". Per quanto riguarda il gruppo di controllo, le percentuali si differenziano di poco dal campione precedentemente preso in considerazione (72,3% "ancora in trattamento"; 27,7% "non più in trattamento").

Al Secondo Follow up (12 mesi dalla prima rilevazione) si osserva che il 43,1% di soggetti appartenenti al gruppo di ricerca non è più in trattamento, mentre il 56,9% è ancora in trattamento. Nel gruppo di controllo, il 43,5% non è più in trattamento e il 56,5% è ancora in trattamento. Ancora una volta non si evidenziano differenze significative tra i due gruppi, tuttavia nel secondo Follow up aumenta la percentuale di soggetti non più trattamento.

Al Terzo Follow up (18 mesi dalla prima rilevazione) la percentuale di soggetti del gruppo di ricerca che non sono più in trattamento è 45,8%; il 54,2% di soggetti, invece, risulta essere ancora in trattamento. Nel gruppo di controllo, il 50,6% non è più in trattamento, mentre il 49,4% è ancora in trattamento. In questa fase si osserva come nel gruppo di controllo c'è una percentuale più alta di soggetti "non più in trattamento" (45,8% vs 50,6%).

Al Terzo Follow up il 45,8% dei soggetti non è più in trattamento. Di questi il 3,5% è stato "allontanato" dal programma, il 41,7% "ha deciso di lasciare" il programma, nel 9,7% dei casi è stato "revocato" l'affidamento, ed infine il 4,2% appartiene alla categoria "altro" (altri motivi per cui il programma è stato interrotto). Si osserva come la percentuale maggiore sia quella relativa ai soggetti che decidono di loro volontà di abbandonare il trattamento.

Grafico n°21: Percentuale dei soggetti in trattamento nel gruppo di ricerca e nel gruppo di controllo

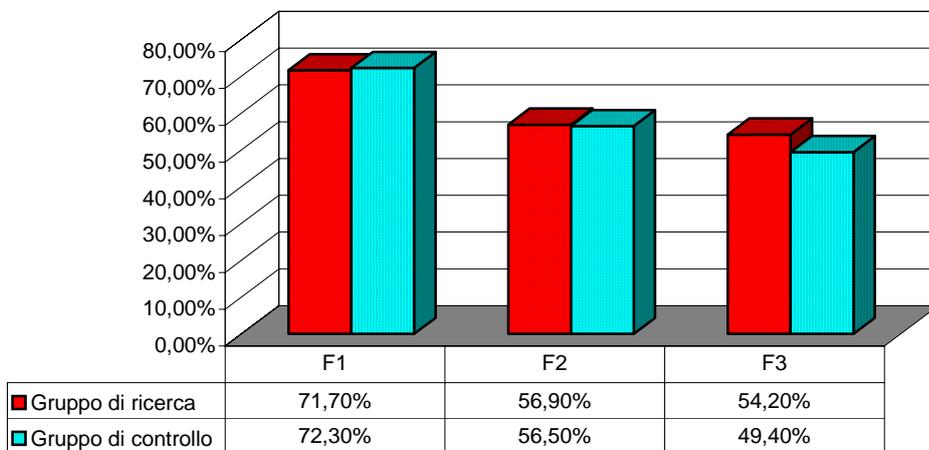
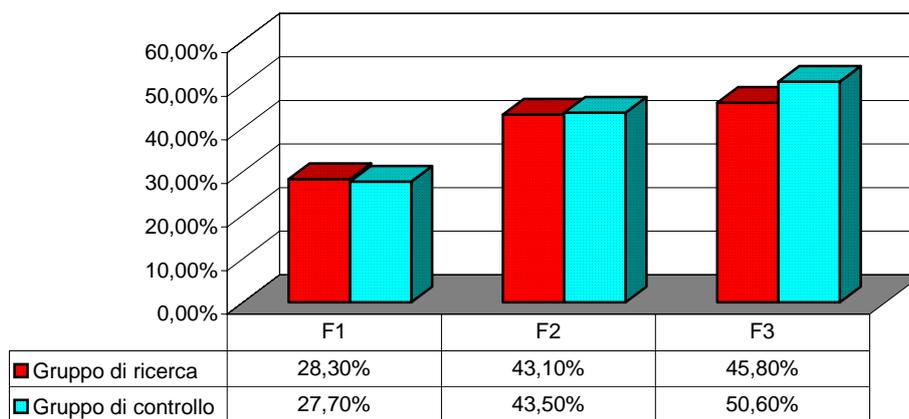


Grafico n°22: Percentuale dei soggetti non più in trattamento nel gruppo di ricerca e nel gruppo di controllo



Per comprendere *quali variabili quantitative e quali fattori influenzano la ritenzione in trattamento*, è stata utilizzata²¹ come variabile dipendente (ovvero la variabile che subisce l'effetto) la risposta alla domanda "è ancora in trattamento?"; le variabili indipendenti sondate (ovvero quelle variabili che potenzialmente potrebbero influenzare la ritenzione al trattamento) sono state:

- tipo di trattamento (residenziale/non residenziale);
- età di inizio di uso regolare della sostanza;
- età di inizio di uso regolare della sostanza senza cannabis;
- numero di trattamenti ricevuti;
- proporzione dei giorni di uso di droga comparato con i giorni di rischio (non in trattamento) negli ultimi 30 giorni;
- se vive con persone con problemi di alcol e/o droga;
- se trascorre gran parte del suo tempo libero con persone con problemi di alcol e/o droga;
- la pressione "esterna" al rimanere in trattamento (esercitata dal sistema giudiziario, autorità medica, datore di lavoro, amici e familiari, altri);
- la pressione "interna" al rimanere in trattamento (se stesso);
- il tipo di stadio raggiunto "nella disponibilità al cambiamento" (*precontemplation, contemplation, action*)²²;
- i giorni di permanenza in trattamento;

²¹ Tutte le analisi dei dati sono state effettuate con il programma statistico SPSS. L'analisi specifica in questione consiste in una regressione logistica poiché la variabile dipendente d'interesse è una dicotomica.

²² Il *Readiness to Change Questionnaire* rileva tre stadi di cambiamento del soggetto: nel primo stadio ("*precontemplation*") il soggetto è in una fase iniziale di riflessione intorno al cambiamento che potrebbe mettere in atto rispetto al proprio stile di vita; nel secondo stadio ("*contemplation*") il soggetto sta concretamente riflettendo sul cambiamento da mettere in atto; nel terzo stadio ("*action*") il soggetto ha messo in atto processi di cambiamento rispetto al proprio stile di vita.

- l'autoefficacia che un soggetto si attribuisce²³.

Da questa analisi è emerso che il tipo di trattamento ha un'influenza significativa sul fatto che un soggetto rimanga o meno nel programma terapeutico. Più precisamente, il trattamento di tipo residenziale sembra avere un effetto maggiore sulla ritenzione nel programma di trattamento rispetto a quello non residenziale.

Anche la quantità di giorni di permanenza in trattamento sembra avere un effetto²⁴ sulla ritenzione stessa. All'aumentare del numero di giorni in trattamento diminuisce la probabilità di abbandonare quest'ultimo.

Infine, solo per il gruppo di controllo, la variabile "autoefficacia" (quanto un soggetto dichiara di sentirsi efficace) ha un effetto²⁵ sulla ritenzione stessa. Tuttavia è da precisare che l'autoefficacia rilevata alla prima intervista è predittiva dell'incapacità di rispettare le regole del programma, e quindi dell'abbandono di quest'ultimo. Infatti, all'aumentare del punteggio ottenuto nella variabile in questione ("autoefficacia"), nella fase iniziale, aumenta la probabilità di abbandonare il programma; ovvero più un soggetto si percepisce in grado di affrontare autonomamente le difficoltà, più sarà portato a credere di potercela fare da solo, e quindi ad abbandonare il trattamento che, nel caso del gruppo di controllo, era stato intrapreso di propria iniziativa.

Comprendere *quali sono le conseguenze dell'abbandono del trattamento* (eventuale carcerazione, effetti sui reati commessi e sull'uso di sostanze stupefacenti) non è stato possibile.

²³ Questo aspetto viene valutato dal *Self Efficacy Questionnaire*.

²⁴ $p < .001$ (la probabilità di errore si aggira intorno allo 0,001%)

²⁵ $p < .01$ (la probabilità di errore si aggira intorno allo 0,01%)

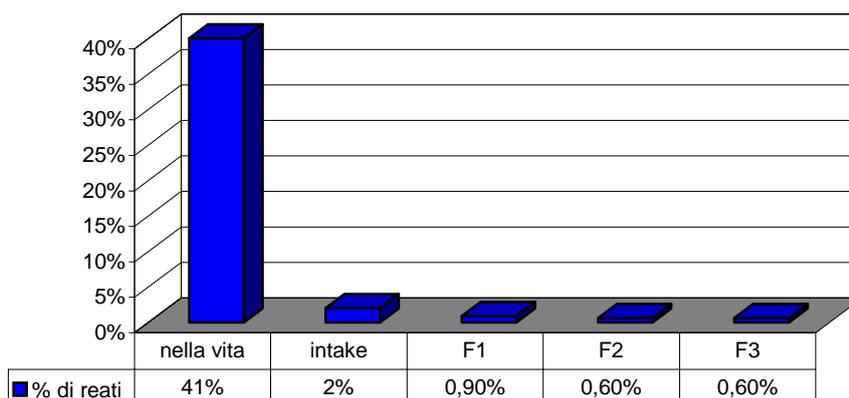
Questo si è verificato in quanto tali soggetti, durante il loro programma terapeutico, o sono passati da una struttura ad un'altra, rientrando quindi nella categoria dei soggetti ancora in trattamento; o, abbandonando completamente i contatti con le strutture che li avevano in carico, non si sono più resi reperibili.

a) Reati

Per quel che riguarda il gruppo di ricerca, come si osserva nel grafico n°23, i *soggetti che riferiscono di aver commesso reati violenti nella vita* (furto con scasso, reati di violenza domestica, uso di armi da fuoco, uso di altre armi, reati alla proprietà con uso di violenza, altre violenze a danno della persona) alla prima intervista sono il 41%. Sempre in tale fase la percentuale di soggetti che riferisce di aver commesso reati violenti negli ultimi 6 mesi è dell'2%. Il basso tasso di reati riferiti dagli intervistati (relativo ai 6 mesi precedenti l'intervista) è dovuto al fatto che tali soggetti provengono dal carcere: nel nostro Paese i tempi d'attesa per ottenere un beneficio di Legge sono molto lunghi, per cui nel periodo precedente all'intervista, le persone si trovavano già in una situazione restrittiva.

Al primo follow up la percentuale (riferita agli ultimi 6 mesi) si abbassa ulteriormente (0,9%) e rimane bassa anche nelle rilevazioni successive (secondo follow up 0,6%, terzo follow up 0,6%).

Grafico n°23: Percentuale di reati commessi dal Gruppo di Ricerca



Tale dato è spiegabile in quanto le persone durante queste fasi di ricerca si trovano in trattamento e sono quindi monitorate sia dal sistema trattamentale, sia dal sistema giudiziario. Tali sistemi prevedono una selezione "a priori" dei soggetti che possono usufruire di misure alternative (persone particolarmente motivate al cambiamento e in tal senso ritenute maggiormente affidabili). In aggiunta va sottolineata la consapevolezza degli stessi soggetti riguardo al fatto che l'infrazione delle regole stabilite nel programma QCT hanno come diretta conseguenza la revoca della misura alternativa e la re-immissione nel sistema penale, ovvero il ritorno in carcere.

Rispetto al gruppo di controllo, dall'analisi dei dati emerge che le categorie "a rischio" per il commettere nuovi reati sono: "espulsi dal trattamento", "deciso di lasciare" e "altro" (tipologie fornite dal questionario). In tali circostanze i soggetti non hanno più alcun tipo di contatto con le strutture del sistema trattamentale e quindi non sono più soggetti a nessun tipo di monitoraggio. È ipotizzabile che proprio tali soggetti siano quelli che commettono nuovi reati; tale dato non può essere però verificato attraverso una analisi statistica in quanto le persone non si sono più rese rintracciabili.

Una diretta conseguenza di quanto sopra esposto è che non è possibile fornire sostegno empirico alla letteratura che afferma una correlazione tra tipologie di sostanze utilizzate e tipo di reato. Non è possibile quindi nemmeno indagare se l'età del soggetto predica o meno il tipo di reato commesso.

b) Uso di sostanze

Il consumo di sostanze da parte dei soggetti appartenenti al gruppo di ricerca e al gruppo di controllo è stato valutato²⁶ attraverso: "la proporzione di giorni di uso di sostanze comparato con i giorni a rischio²⁷ negli ultimi 6 mesi", "il numero di differenti tipi di sostanze consumate negli ultimi 30 giorni", e "il numero di giorni di assunzione di sostanze negli ultimi 30 giorni".

Si è cercato di comprendere se il consumo di sostanze variasse nei diversi tempi (cioè alla prima rilevazione e alle successive tre rilevazioni di follow up).

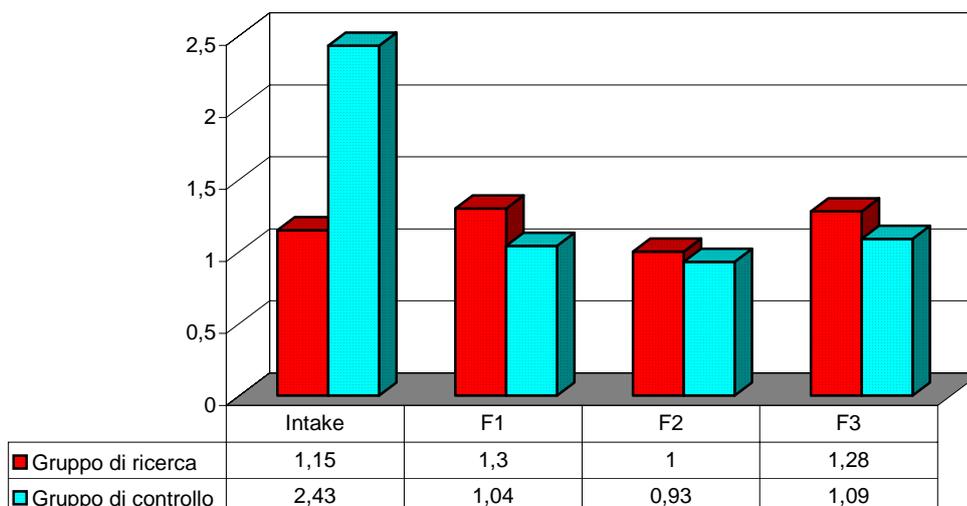
Il "numero di differenti tipi di sostanze consumate negli ultimi 30 giorni" cambia a seconda della fase in cui viene effettuata la rilevazione²⁸.

²⁶ Analisi della varianza a disegno misto 4x2.

²⁷ Per "giorni a rischio" si intendono i giorni in cui il soggetto non si trova né in carcere né in una situazione protetta quale ad esempio un ospedale, ma è "per strada" o in altre condizioni in cui può assumere sostanze.

²⁸ $p < .001$

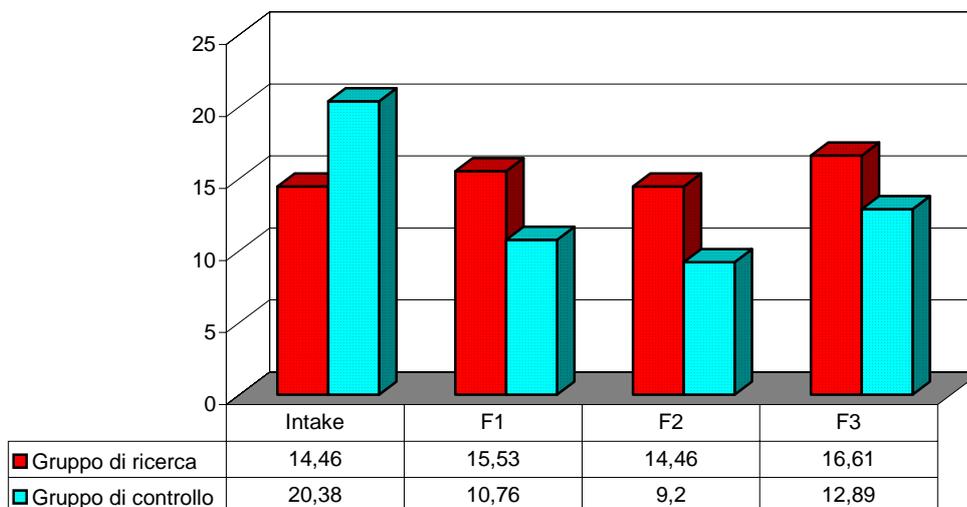
Grafico n°24: Numero medio di differenti tipi di sostanze consumate negli ultimi 30 giorni nel gruppo di ricerca e nel gruppo di controllo



Alla prima rilevazione si evidenzia una forte differenza tra gruppo di ricerca e gruppo di controllo. Il primo gruppo, provenendo da una situazione di coercizione (il carcere), registra una media di uso di sostanze nettamente inferiore rispetto al gruppo di controllo, in cui i soggetti, provenendo da situazioni di vita quotidiana "non controllate", hanno un tasso più alto di consumo di tipi di sostanze (1,15 vs 2,43).

Anche il "numero di giorni di assunzione di sostanze negli ultimi 30 giorni" cambia a seconda della fase in cui viene effettuata la rilevazione.

Grafico n°25: Numero medio di giorni di assunzione di sostanze negli ultimi 30 giorni nel gruppo di ricerca e nel gruppo di controllo



Sia per il gruppo di ricerca che per quello di controllo, le *sostanze che rappresentano il problema principale* sono l'eroina e la cocaina.

Nel gruppo di ricerca emerge che l'eroina risulta essere utilizzata o come unica sostanza o insieme ad altra sostanza; per i soggetti che invece dichiarano la cocaina come sostanza problematica emerge che per la percentuale più alta dei soggetti quest'ultima sia il tipo di sostanza unicamente utilizzata.

Nel gruppo di controllo, l'uso di eroina è accompagnato, secondo quanto riferito dalla maggior parte dei soggetti, ad un'altra o ad altre due sostanze stupefacenti; la cocaina, invece, viene assunta nella maggior parte dei casi assieme ad una sola altra sostanza.

Quindi, in base a questi risultati si può affermare che il "tipo di sostanza primaria utilizzata" determina unicamente "il numero di differenti tipi di sostanze utilizzate".

Per quanto riguarda l'età, è emerso come, nel gruppo di ricerca, all'aumentare dell'età del soggetto, aumenti anche il "numero di giorni di uso di sostanze"²⁹ rilevato e la "proporzione di giorni di uso di droga confrontato con i giorni "a rischio"³⁰ rilevati nella prima fase (all'entrata in trattamento). Tale effetto non si verifica nel gruppo di controllo.

Nelle altre fasi di follow up invece, non si registra alcuna relazione causa-effetto tra l'età e i risultati sull'uso di droga, né per il gruppo di ricerca, né per il gruppo di controllo. Ciò significa che la variabile "età", una volta che il soggetto è entrato in trattamento, non è determinante nello stabilire se avrà o meno più probabilità di ricaduta nell'uso di sostanze (inteso come "numero di giorni di uso di sostanze" e "proporzione di giorni di uso di droga confrontato con i giorni "a rischio"").

La spiegazione ipotizzabile per tale andamento potrebbe essere che: i soggetti del gruppo di ricerca con l'aumentare dell'età (e quindi in teoria maggior indipendenza sociale ed economica) aumentano anche i giorni dell'uso di sostanze. Ciò li condurrebbe, con più probabilità, a compiere reati (come ad esempio furti o scassi al fine di mantenere il loro stile di vita dispendioso). Proprio per tale motivo rientrerebbero quindi in tale gruppo. Quanto detto sopra non si verificherebbe per il gruppo di controllo. L'età del soggetto non sembra invece avere alcun effetto sul numero di differenti tipi di droga consumati negli ultimi trenta giorni, sia nel gruppo di ricerca che di controllo.

²⁹ (prima rilevazione $F(1,144)=5,13$; $p<.01$)

³⁰ (prima rilevazione $F(1,144)=3,04$; $p=.08$)

c) Salute

Si è di seguito cercato di comprendere se e come vi siano differenze sulla salute fisica e psichica tra i due gruppi del campione (ricerca e controllo).³¹

Per quanto riguarda i *trattamenti per problemi di salute* (e quindi non per le sostanze) ricevuti nei 6 mesi precedenti l'intervista non vi sono differenze significative nelle varie fasi di ricerca e tra i due gruppi.

I *problemi di natura psicologica e psicopatologica* rilevati nei 6 mesi precedenti l'intervista, per il gruppo di ricerca non differiscono significativamente nei diversi tempi della rilevazione, mentre per il gruppo di controllo vi è una significativa diminuzione dei problemi di natura psicologica e psicopatologica tra la prima fase e i follow-up successivi. Ciò si verifica in quanto tali soggetti, a differenza di quelli appartenenti al gruppo di ricerca che si trova in carcere, provengono da situazioni "non monitorate". La presa in carico di questi ultimi da parte delle strutture ha quindi un effetto positivo sul loro benessere psicologico.

d) Integrazione sociale

Prendendo in considerazione il livello di integrazione nella società raggiunto dai soggetti di entrambi i gruppi (ricerca e controllo) e ottenuto a seguito del trattamento, è un indicatore positivo che si realizza con la permanenza nel trattamento terapeutico.

Si può infatti osservare come si raggiunga un certo livello di *indipendenza da terzi*³², aumentino i *giorni lavorativi* ed il *guadagno negli ultimi trenta giorni*³³ e come la *modalità di impiego abituale* passi da occupazioni che non permettono

³¹ Analisi statistica: test non parametrico di Cochran

³² Test non parametrico di Cochran

³³ Analisi della varianza a disegno misto

l'indipendenza economica (studente, servizio militare, in pensione, disoccupato e lavoro in ambiente confinato) a occupazioni che permettono di percepire un certo reddito e quindi di raggiungere l'autosufficienza (impiego a tempo pieno, a tempo parziale con orario regolare e a tempo parziale con orario non regolare)³⁴.

Nel gruppo di ricerca, il 27% dei soggetti passa da una risposta positiva alla domanda "ci sono persone che contribuiscono al suo sostentamento?" nella prima fase della rilevazione ad una risposta negativa al Follow up 3 (ovvero nessuno contribuisce al loro sostentamento). Mentre solo il 12,2% passa da una risposta negativa ad una positiva³⁵.

Nel gruppo di controllo si è rilevata la stessa tendenza (da una risposta positiva ad una negativa nel 35,3% dei casi; da negativa a positiva nel 12,9% dei casi)³⁶.

Durante il periodo di trattamento i *giorni in cui il soggetto ha lavorato negli ultimi trenta giorni* aumentano per entrambi i gruppi³⁷.

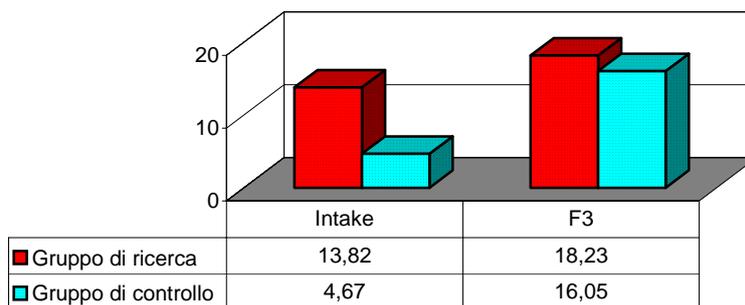
³⁴ Test non parametrico di Cochran

³⁵ $p < .05$

³⁶ $p < .001$

³⁷ Analisi della varianza a disegno misto. Effetto tempo ($p < .001$); effetto tempo in interazione con il gruppo ($p < .001$).

Grafico n° 26: Numero medio di giorni lavorati negli ultimi 30 giorni nel gruppo di ricerca e nel gruppo di controllo



Anche il *denaro guadagnato* nel periodo di trattamento aumenta, nel tempo, per entrambi i gruppi³⁸.

Rispetto alla *modalità di impiego abituale*, per il gruppo di ricerca si osserva che al primo follow up il 17,6% riferisce di passare da un impiego senza reddito ad uno con reddito (al F3); solo il 4,1% riporta l'andamento contrario³⁹. Nel gruppo di controllo si osserva il passaggio del 29,4% dei soggetti da impiego senza reddito a uno con reddito; nel 5,9% dei casi accade il contrario⁴⁰.

³⁸ p<.001

³⁹ p<.05

⁴⁰ p<.001

QCT in Italia: la rilevazione qualitativa

di Morena Tartari⁴¹

Le interviste esplorative

Nel dicembre 2002 sono state condotte le interviste esplorative intervistando tre persone che stavano seguendo un trattamento per la tossicodipendenza all'interno di una misura alternativa alla pena (affidamento in prova ai servizi sociali per tossicodipendenti) e due operatori coinvolti nello stesso "sistema QCT", uno nel "sistema trattamentale" e un altro nel "sistema giudiziario". I soggetti vennero scelti in base all'essere "tipici" e "rappresentativi" di una certa categoria di utenti (client) e operatori (professional)⁴².

Gli obiettivi delle interviste esplorative erano di

- individuare temi specifici da includere nel protocollo di ricerca qualitativo e che potessero aiutare a formulare la bozza della traccia dell'intervista da utilizzare nel corso della ricerca;
- individuare argomenti specifici e approfondirli.

Le interviste esplorative vennero presentate ai soggetti nel seguente modo:

⁴¹ *Unità Funzionale Carcere, Dipartimento per le Dipendenze, Azienda ULSS 16 di Padova, Italia*

⁴² In questo capitolo sono stati utilizzati, per semplicità, i termini in lingua inglese per indicare gli utenti e i professionisti coinvolti nel "sistema QCT". Il termine inglese *client* si riferisce a quelle persone che sono uscite dal carcere grazie a una misura alternativa e usufruiscono di un trattamento all'interno della stessa misura alternativa (nel caso specifico di questa ricerca si tratta di affidamenti in prova al servizio sociale con un programma di trattamento o ambulatoriale, cioè presso un Dipartimento per le Dipendenze - ex Ser.T. - o residenziale, cioè presso una comunità terapeutica); il termine *professional* è stato invece utilizzato per indicare non solo gli operatori dei servizi, ma tutti i professionisti che sono stati intervistati perché facenti parte o del "sistema giudiziario" (come ad esempio, il Magistrato di Sorveglianza, l'assistente sociale del UEPE, l'avvocato penalista, etc.) o del "sistema di trattamento" (come ad esempio, l'educatore professionale e lo psicologo del Dipartimento per le Dipendenze, il responsabile di una comunità terapeutica residenziale, etc.).

"Questo progetto europeo sta cercando di analizzare l'efficacia complessiva dei sistemi QCT e come lavorano alcuni programmi nello specifico. In questa fase della ricerca desideriamo avvalerci della sua esperienza per individuare cosa chiedere, cosa esplorare, su cosa concentrarci per evitare il rischio di perdere di vista degli elementi utili... I suoi suggerimenti saranno accompagnati da quelli di altre persone coinvolte nei programmi QCT e saranno incorporati nel protocollo di ricerca".

I temi affrontati nell'intervista sono stati (sia per i client che per i professional):

- il concetto di esperto e competente (esplorazione della loro condizione di esperto, valorizzazione del loro contributo, elenco delle aree di cui il soggetto si ritiene esperto);
- i risultati attesi dal programma QCT (le "aspettative");
- i risultati reali del programma QCT (elementi che ostacolano, elementi che facilitano, ciò a cui non si pensa);
- opinioni rispetto alla propria esperienza personale di soggetto coinvolto in un programma QCT;
- priorità per la ricerca (individuazione dei temi che il soggetto ritiene debbano essere affrontati).

Lo studio pre-pilota

Nel marzo 2003, in preparazione alle interviste pilota, furono condotte due interviste pre-pilota con l'obiettivo di ottenere informazioni dai professional circa le "cornici" entro le quali agiscono; ovvero, essendo l'applicazione della misura alternativa determinata da precise norme di legge, si è partiti dall'idea che per la concreta applicazione di tale misura gli operatori si muovano all'interno di due cornici: una "obbligatoria" e una "interpretativa". La prima cornice "obbligatoria" (*obligatory framework*) riguarda ciò che la regola dice e ciò che la regola indica di fare, cosa "dovrebbe" accadere in base alla regola

(azioni, comportamenti, decisioni dei client e dei professional): è quindi la cornice della prescrizione formale. La seconda cornice, quella "interpretativa" (*interpretative framework*), riguarda ciò che accade nella pratica, quando la regola viene appunto tradotta in agire professionale, e il modo in cui vengono prese le decisioni rispetto alle varie prescrizioni della regola.

Inoltre le due cornici sono state analizzate partendo dal presupposto che ci siano tre momenti che contraddistinguono il processo QCT: l'ingresso nel programma, la permanenza nel programma, l'uscita dal programma.

Sono stati quindi scelti tre operatori che rappresentassero i diversi punti di vista rispetto al programma di trattamento all'interno di una misura alternativa alla pena.

Le informazioni ottenute dalle interviste sono andate ad arricchire il protocollo di ricerca e la bozza della traccia dell'intervista per lo studio pilota.

Lo studio pilota

Nel maggio 2003 procedemmo allo studio pilota. Gli obiettivi delle interviste pilota concernevano il raccogliere informazioni riguardo

- l'adeguatezza dei temi scelti in relazione alle priorità di ricerca;
- l'adeguatezza della guida per gli intervistatori;
- l'adeguatezza del tipo di report dell'intervista.

Vennero scelti un client e un professional. Il client venne scelto in base al criterio del trovarsi in un programma QCT, ovvero in una misura alternativa alla pena, da almeno una settimana e da non più di quattro settimane. Venne inoltre scelto un professional tra quelli del sistema giudiziario e del sistema trattamentale.

Agli intervistati venne chiesto di rispondere a domande riguardanti la "Fase 1" del programma (*"Pronouncing the QCT measure"*), ovvero quella relativa al momento in cui il client viene arrestato o si trova in carcere - e li deve prendere una decisione circa l'accettare o meno un programma di misura alternativa alla pena - fino al momento in cui inizia il programma stesso.

L'intervista indagava le seguenti aree:

- il processo che porta alla decisione di accettare un programma QCT (ovvero le conoscenze della persona circa il funzionamento del sistema, la disponibilità di informazioni circolanti sul sistema stesso, gli obblighi, i diritti; le "basi" della decisione come, ad esempio, gli argomenti proposti dai professional, l'influenza di altre persone; le aspettative nei confronti del programma QCT, etc.);
- il processo che porta alla decisione di entrare in, o rivolgersi a, un particolare centro di trattamento (residenziale o ambulatoriale, con o senza trattamenti sostitutivi, la "filosofia" del centro, il tipo di programma, i primi contatti con il centro prima dell'ingresso in trattamento, la reputazione stessa del centro, etc.);
- l'inizio del trattamento (le prime impressioni, la verifica e l'adeguamento degli obiettivi e delle aspettative, i problemi principali di quel momento: le sostanze o altri tipi di problemi);
- una valutazione più generale formulata dal soggetto rispetto al programma QCT e all'ingresso in esso.

L'intervista raccoglieva inoltre informazioni relative al tipo di misura alternativa a cui la persona aveva aderito e alle caratteristiche del client (sesso, età, altre brevi informazioni concernenti la sua storia personale e familiare, la sua storia di dipendenza e di trattamento).

La traccia dell'intervista era inoltre utilizzabile sia per i clienti che per i professionisti. In questo secondo caso, gli operatori erano invitati a riferire dal loro punto di vista la storia di un cliente individuato tra quelli con cui vengono in contatto nella loro quotidianità.

La parte finale dell'intervista era dedicata alle impressioni e interpretazioni personali dell'intervistatore (*"Quali credi siano i punti fondamentali? Cos'è ciò che hai compreso dall'intervista?"*).

L'intervistatore doveva poi esprimere, per ogni intervista:

- un parere circa l'adeguatezza dei temi scelti nell'intervista rispetto alle priorità della ricerca, ovvero quali temi e domande proposte trovava pertinenti e quali invece no;
- un parere rispetto all'adeguatezza della guida per l'intervista inviata dal Comitato Scientifico della ricerca, se tale guida fosse o meno strutturata in modo chiaro e comprensibile per il lavoro da svolgersi successivamente;
- un parere rispetto all'adeguatezza della struttura con cui veniva proposto di stendere il report di ogni intervista, in modo che le informazioni riferite non fossero né troppe né troppo poche.

Tutti i dati raccolti nella fase esplorativa, nello studio pre-pilota e nello studio pilota sono stati inviati a Marc-Henry Soulet e Kerrie Oeuvray per l'analisi e il feedback al Comitato Scientifico e ai ricercatori che iniziavano a muoversi sul campo.

Le interviste della ricerca

La domanda guida per l'asse qualitativo della ricerca è: *"Come fanno i programmi QCT ad ottenere i risultati che ottengono?"*.

Come si diceva sopra, le interviste della ricerca hanno riguardato tre momenti, parallelamente alle fasi della rilevazione quantitativa, ovvero:

- Fase 1 - L'ingresso nel programma QCT
- Fase 2 - La permanenza nel programma QCT
- Fase 3 - La fine del programma QCT

I soggetti che per un qualche motivo non erano disponibili a essere intervistati nelle fasi successive, potevano essere sostituiti da persone con caratteristiche simili.

Ai professional veniva chiesto di individuare un caso in particolare che avevano seguito e di raccontare come il sistema QCT aveva funzionato in *quel* particolare caso.

La selezione dei client rispondeva ai seguenti criteri:

- il campione doveva essere rappresentativo della realtà trattamentale in essere.
- il campione doveva essere costituito almeno per metà da donne;
- i client dovevano appartenere alla popolazione del campione quantitativo della ricerca;

La selezione dei professional rispondeva invece a questi criteri:

- gli intervistati dovevano provenire sia dal sistema giudiziario che dal sistema trattamentale;

- gli intervistati provenienti dal sistema giudiziario dovevano essere scelti tra coloro che prendono le decisioni rispetto ai programmi QCT (ad esempio, un Magistrato di Sorveglianza o un Pubblico Ministero) e tra coloro che monitorano le ordinanze (ad esempio, un assistente sociale dell'UEPE⁴³);
- gli intervistati provenienti dal sistema trattamentale dovevano includere sia livelli direzionali che livelli operativi.

La dimensione del campione era, ad ogni fase, di:

- 8 client⁴⁴ in programma QCT;
- 6 professional del sistema QCT, di cui:
 - 3 dal sistema giudiziario (livello decisionale e di monitoraggio);
 - 2 dal sistema trattamentale (livello direzionale e operativo);
 - 1 "altro" che potesse essere rappresentativo del sistema QCT.

Per tutti i paesi partecipanti sono stati utilizzati la stessa guida per le interviste e lo stesso metodo.

Dopo ciascuna intervista i ricercatori hanno redatto un report seguendo una traccia concordata con il Comitato Scientifico. I report sono stati inviati ad ogni fase a Kerrie Oeuvray per il controllo e l'analisi.

⁴³ In questo capitolo verrà nominato l'UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna dello stesso Ministero) in luogo della definizione del servizio vigente al momento della ricerca, ovvero CSSA (Centro Servizio Sociale per Adulti del Ministero della Giustizia). La ricerca si è infatti conclusa nell'anno 2005, quando ancora era in vigore la precedente denominazione - CSSA - di tale servizio del Ministero.

⁴⁴ I *client* contattati nella prima fase dovevano essere entrati di recente in un programma QCT, ovvero trovarsi nelle prime quattro settimane dall'ingresso nel programma.

Vediamo, per ogni fase, quali aree le interviste andavano a indagare.

Fase 1 - L'ingresso nell'affidamento

La "prima fase" veniva descritta agli intervistati come il periodo in cui:

- ha inizio la valutazione del client candidato alla misura;
- proseguono la valutazione e le attività organizzative intorno al caso;
- avviene la decisione degli operatori, del soggetto e del magistrato rispetto al programma QCT;
- il client viene inserito nel centro di trattamento.

Ai *client* intervistati veniva chiesto di raccontare la propria esperienza all'interno della "prima fase". I temi affrontati durante l'intervista erano:

- il percorso che porta alla decisione di accettare una misura alternativa alla pena (le conoscenze circa le misure, ovvero la disponibilità di informazioni, gli obblighi, i diritti), le "basi" della decisione, ovvero le motivazioni, l'eventuale influenza di altre persone, le aspettative;
- come è stata presa la decisione di entrare nel centro di trattamento in cui la persona si trova (il tipo di trattamento, ad esempio se sostitutivo o astinenziale, se residenziale o ambulatoriale; il tipo di centro, ovvero qual è la filosofia del centro e la sua reputazione, come è il programma, come sono stati i contatti precedenti);
- il trattamento stesso (le prime impressioni del client, le verifiche e l'aggiustamento degli obiettivi e delle aspettative, i problemi principali da affrontare);
- una valutazione generale del sistema in quella fase.

Ai *professional* intervistati veniva chiesto di raccontare uno tra gli ultimi casi che avevano seguito, quindi la richiesta era di rispondere a ogni domanda dell'intervista facendo riferimento a quel caso e non ad altri. Alla fine dell'intervista avevano la possibilità di spiegare, eventualmente, in cosa differiva quel caso da altri casi seguiti.

Con i *professional del sistema giudiziario* venivano affrontati i seguenti argomenti:

- contatti con il client (quale tipo di intervento precede la "decisione" della misura e l'inserimento del client in un programma e in una struttura; quali contatti vengono stabiliti con il client per arrivare alla decisione e all'inserimento; quali contatti per il futuro vengono anticipati al client);
- coordinamento con i professional dello stesso sistema dell'intervistato;
- contatti con i professional del sistema di trattamento (come collaborano i sistemi?);
- confronto del caso scelto con le procedure standard e la prassi in generale (fino a che punto questo caso è tipico?);
- valutazione dell'adeguatezza del sistema dal punto di vista dell'intervistato per il periodo che precede la "decisione" e le prime settimane di ingresso nel programma;
- eventuali osservazioni personali.

Con i *professional del sistema trattamentale* venivano affrontati i seguenti argomenti:

- contatti con il client (quali contatti vengono stabiliti con il client nel periodo che precede la "decisione" e il suo inserimento nella struttura? che tipo di responsabilità viene assunta per le procedure di inserimento? quali strategie di intervento vengono programmate o sono già in atto? quali sono i problemi e le priorità percepite?);
- coordinamento con i professional dello stesso sistema dell'intervistato;
- contatti con i professional del sistema giudiziario (come i sistemi collaborano?);
- confronto del caso scelto con le procedure standard e la prassi in generale (fino a che punto questo caso è tipico?);
- valutazione dell'adeguatezza del sistema dal punto di vista dell'intervistato per il periodo che precede la "decisione" e le prime settimane di ingresso nel programma;
- eventuali osservazioni personali.

Fase 2 - La permanenza nell'affidamento

La seconda fase è quella centrale del trattamento. Essa dovrebbe implicare, per i professional, il monitoraggio del trattamento, il coordinamento tra le figure professionali che si occupano del caso, il collegamento tra i sistemi a cui le varie figure appartengono; il client, invece, si trova a vivere la quotidianità del trattamento stesso, con le sue regole e richieste, che vanno sommate alle richieste del sistema giudiziario.

Dal punto di vista concettuale vi è una differenza implicita tra le richieste legali e organizzative (cornice "obbligatoria") e il modo in cui gli attori ampliano le potenzialità della misura alternativa (cornice "interpretativa"); l'obiettivo della rilevazione qualitativa di questa ricerca è appunto comprendere come i risultati ottenuti dai programmi QCT vengono ottenuti.

Vi sono tre temi principali che, in questa fase, sono stati affrontati da tutte le interviste.

- *"Il trattare"* e *"l'essere in trattamento"*: per approfondire come le regole dettate dal sistema giudiziario supportino o meno le procedure di trattamento e la responsabilità del client e dei professional.
- *"Il monitorare"*: per approfondire come il monitoraggio avviene dal punto di vista giudiziario e amministrativo (chi è coinvolto e come) e quale tipo di continuità viene assicurata e come questa agisce sul client.
- *"Il coordinare"*: per approfondire come i professionisti del sistema giudiziario e trattamentale coordinano le loro rispettive responsabilità e azioni (ad esempio, come vengono gestite le situazioni di *non-compliance* al trattamento o al programma da parte del client).

Ai *client* intervistati veniva chiesto di raccontare la propria esperienza all'interno della "seconda fase", ovvero quella in cui, all'interno dell'affidamento, si trovano a seguire gli obblighi dell'affidamento stesso e del trattamento.

I temi affrontati durante l'intervista erano:

- la descrizione della quotidianità del soggetto in riferimento al tipo di trattamento che stava seguendo (attività, problemi personali e con l'uso di sostanze, contatti e tipo di rapporto con lo staff del centro di trattamento, contatti con i familiari, gestione delle regole e delle richieste dello staff e dell'affidamento, etc.);
- i contatti con gli attori del sistema giudiziario (quali persone e come queste persone svolgono il monitoraggio della sua situazione, quanto questi contatti soddisfano o meno le aspettative del client, quali sono gli obiettivi di questi contatti, come il client percepisce il collegamento tra gli attori del sistema giudiziario e gli attori del sistema di trattamento);
- l'affidamento: come si sono modificate le aspettative e gli obiettivi del soggetto rispetto al periodo iniziale di ingresso nel programma e quali sono i problemi principali che deve affrontare (le sostanze o altro?);
- una valutazione generale del programma dal suo punto di vista (vantaggi e svantaggi di essere entrato in un programma QCT, inconvenienti, presenza o meno di continuità con gli operatori, cosa lavora bene e cosa lavora male);
- le aspettative per la restante parte del programma.

Ai *professional* intervistati veniva chiesto di individuare uno tra gli ultimi casi che avevano seguito a partire dal momento in cui il client era stato inserito in un programma di trattamento (residenziale o ambulatoriale) all'interno di una misura alternativa alla pena, e di focalizzarsi sull'ultimo periodo, corrispondente alla "seconda fase" individuata dalla ricerca, in cui il client stava proseguendo il trattamento da almeno sei mesi.

Come per la precedente fase, agli intervistati veniva fatta la richiesta di rispondere a ogni domanda dell'intervista facendo riferimento a quel caso e non ad altri. Alla fine dell'intervista avevano la possibilità di spiegare, eventualmente, in cosa differiva quel caso da altri casi seguiti.

Con i *professional del sistema giudiziario* le interviste avevano l'obiettivo generale di comprendere come gli attori del sistema giudiziario monitorano i progressi del client e come coordinano le attività all'interno del loro sistema e, all'esterno, in relazione con il sistema di trattamento. Nell'intervista venivano affrontati i seguenti argomenti:

- i contatti con il client: come funziona il monitoraggio del client in questa fase dell'affidamento, quali aspetti vengono esaminati durante questi contatti, come vengono trattati gli episodi di *non-compliance* al trattamento, quanto soddisfacenti sono i vari contatti, quali contatti futuri vengono programmati con /per il client, come vengono tenuti questi contatti (in forma di relazione, di lettera, etc.) e come si spiega eventualmente al client ciò che viene riportato nei documenti scritti;
- il coordinamento con i professional dello stesso sistema dell'intervistato (viene assicurata continuità? etc.);
- i contatti con i professional del sistema di trattamento (come collaborano i sistemi?);
- il confronto del caso con la procedura standard e la prassi generale (fino a che punto il caso raccontato è un caso tipico?);
- la valutazione, da parte dell'intervistato, dell'adeguatezza del sistema così come applicato al client scelto in questo caso (cosa ha lavorato bene e cosa no e per quali motivi?);

- eventuali aspetti del sistema che sarebbero da modificare o migliorare.

Con i *professional del sistema trattamentale* le interviste avevano l'obiettivo generale di comprendere come gli stessi riuscivano a integrare le richieste della normativa QCT all'interno della loro pratica professionale e come poi riuscivano a coordinarsi sia al loro interno che in relazione con i professional del sistema giudiziario.

Gli argomenti affrontati nell'intervista erano:

- i contatti con il client: come l'ordinanza QCT influenza il processo di trattamento (il trattamento QCT è simile al trattamento "volontario"?), i tipi di contatti tenuti con il client (fino a che punto l'ordinanza QCT si impone sull' "agenda di trattamento"?, con quale ritmo e frequenza avvengono i contatti, quali aspetti vengono affrontati durante questi contatti, come viene gestita la *non-compliance* al trattamento, vi sono eventuali discrepanze tra le regole del trattamento e le regole del programma della misura alternativa);
- il coordinamento con i professional dello stesso sistema dell'intervistato (viene assicurata continuità? come circolano le informazioni? etc.);
- i contatti con i professional del sistema giudiziario (come collaborano i sistemi? quali temi vengono affrontati durante i contatti? come viene affrontata una eventuale ricaduta del soggetto? etc.);
- il confronto del caso con la procedura standard e la prassi generale (fino a che punto il caso raccontato è un caso tipico?);

- la valutazione, da parte dell'intervistato, dell'adeguatezza del sistema così come applicato al client scelto in questo caso (cosa ha lavorato bene e cosa no e per quali motivi);
- eventuali aspetti del sistema che sarebbero da modificare o migliorare.

Fase 3 : La fine dell'affidamento

La terza fase è quella in cui si fa prossimo il termine del programma all'interno della misura alternativa alla pena.

Ovviamente anche in questa fase dobbiamo distinguere tra quelli che sono gli aspetti "obbligatori" e penali del programma ("cornice dell'obbligatorietà") e quelli che invece sono gli aspetti trattamentali ("cornice trattamentale"). Concretamente l'obiettivo è vedere se e come i due sistemi, giudiziario e trattamentale, sono in relazione tra loro nell'ultima fase di trattamento.

Questa è anche l'ultima intervista della ricerca ed è quindi anche un momento in cui gli intervistati possono tirare le somme del lavoro fatto su se stessi o sugli utenti fino a quel momento.

Anche in questa fase vi sono tre dimensioni indagate:

Il "persistere" nel trattamento: le informazioni raccolte dal client servono a illustrare la sua quotidianità all'interno del programma, non più da client alle prime armi, ma da client in un certo senso "esperto" e quindi in grado di raccontare come è mutato il suo stile di vita rispetto all'ingresso in trattamento e rispetto a sei mesi prima (data dell'ultima intervista); le informazioni raccolte dal professional consentono invece

di comprendere se quanto "offerto" dal trattamento corrisponde o meno alle esigenze e alle aspettative del client.

L'anticipare e il preparare il termine dell'ordinanza: da un lato le informazioni raccolte dal client e dal professional servono a comprendere come entrambi contribuiscono a pensare in anticipo, pianificare e forse anche ad influenzare il modo (e il momento) in cui l'ordinanza QCT avrà termine; dall'altro lato, le informazioni raccolte servono a comprendere se il termine della misura sia un evento simbolico oppure più semplicemente un momento amministrativo. Inoltre, dal punto di vista del client, pensare in anticipo al termine della misura significa anche tentare di vedere cosa ci sarà dopo e quindi anche progettare il dopo.

Il ripensare e valutare il tempo trascorso nel programma QCT: le informazioni raccolte dai client servono a comprendere come essi si rappresentano ora gli eventi avvenuti nel corso della misura alternativa, come li configurano e quali interpretazioni offrono all'intervistatore e a loro stessi, laddove sono fondamentali i diversi tipi di motivazione nella *compliance* al trattamento della tossicodipendenza. Le informazioni raccolte dai professional servono invece a chiarire quali aspetti (sociali, economici, trattamentali, etc.) differenziano i programmi QCT che hanno lavorato "bene" da quelli che invece hanno lavorato "male".

Ai *client* intervistati veniva chiesto di raccontare la propria esperienza all'interno della "terza fase", ovvero quella in cui si avvicinano al termine dell'affidamento, anche se al momento dell'intervista sono ancora all'interno della misura alternativa. Gli obiettivi erano quelli di comprendere la "sostanza" della fase finale dall'ottica del client, comprendere come il client si

prospetta la fine del programma e le condizioni che ne conseguono, comprendere inoltre la valutazione che l'intervistato dà del sistema QCT.

I temi affrontati durante l'intervista erano:

- il "persistere" in trattamento all'interno del centro che lo ospita, ovvero la descrizione di cos'è, dal suo punto di vista, un client "avanzato" e cosa lo distingue dagli altri client presenti nella struttura, quali benefici o privilegi formali o informali ha un client "avanzato" rispetto al monitoraggio, gli eventi significativi intercorsi negli ultimi sei mesi (dall'ultima intervista in poi), i contatti intercorsi con i professionisti del sistema trattamentale;
- le "anticipazioni" e la preparazione della fine dell'ordinanza penale: cosa il client conosce della procedura, cosa si aspetta che accada, come il client percepisce i collegamenti tra i sistemi giudiziario e trattamentale rispetto alla fine dell'ordinanza e se eventualmente conosce o si aspetta forme di "controllo" successive alla fine dell'ordinanza penale, quali sono le aspettative del client rispetto al "dopo";
- l'affidamento dall'inizio alla fine: come il client, guardandosi indietro nel tempo, percepisce l'intero periodo dell'affidamento, quali aspetti di sé e del programma riconosce come mutati e come si spiega questi cambiamenti, come percepisce l'importanza della motivazione e dei benefici e dei servizi di cui ha usufruito, cosa ha funzionato e cosa no rispetto all'intero sistema, rispetto alla scelta del programma e di quel particolare centro di trattamento; come si sono modificate le aspettative e gli obiettivi del soggetto rispetto al periodo iniziale di ingresso nel programma e quali sono i problemi principali che deve affrontare (le sostanze o altro?);

- aspetti del sistema QCT che il client ritiene importanti da riferire a coloro che stanno svolgendo la ricerca QCT Europe.

Ai *professional* intervistati veniva chiesto di individuare uno tra gli ultimi casi che avevano seguito a partire dal momento in cui il client era stato inserito in un programma di trattamento (residenziale o ambulatoriale) all'interno di una misura alternativa alla pena, e di focalizzarsi sull'ultimo periodo, corrispondente alla "terza fase" individuata dalla ricerca, in cui il client si approssima alla fine del programma della misura alternativa.

Come per la precedente fase agli intervistati veniva fatta la richiesta di rispondere a ogni domanda dell'intervista facendo riferimento a quel caso e non ad altri. Alla fine dell'intervista avevano la possibilità di spiegare, eventualmente, in cosa differiva quel caso da altri casi seguiti.

Con i *professional del sistema giudiziario* le interviste avevano gli obiettivi generali di comprendere come appunto gli attori del sistema giudiziario monitorano i client "avanzati" e come li preparano a una "prevedibile" fine del programma e di comprendere come tali attori coordinano le attività dell'ultima fase all'interno del loro sistema e, all'esterno, in relazione con il sistema di trattamento.

Nell'intervista venivano affrontati i seguenti argomenti:

- i contatti con i client "avanzati" e che stanno per terminare: come funziona il monitoraggio in questa fase dell'affidamento e con questo tipo di client, quali aspetti vengono esaminati durante i contatti con il client, quali sono le caratteristiche che rendono un client "avanzato" e che lo fanno diverso dagli altri, quali "anticipazioni" vengono fornite al client, come viene affrontata la coincidenza o la non coincidenza

- tra il termine della misura e il termine del trattamento, come verrà messa in atto la fine della misura;
- anticipazioni rispetto al "dopo": cosa accadrà probabilmente con questo client dopo il termine della misura, ci saranno con lui altri contatti?;
 - i contatti con i client al termine: fino a che punto la fine del programma QCT è gestibile attraverso relazioni scritte?;
 - il coordinamento con i professional dello stesso sistema dell'intervistato (chi viene coinvolto e come? etc.);
 - i contatti con i professional del sistema di trattamento (in vista dell'anticipazione della fine del programma, come collaborano i sistemi? quanto soddisfacenti sono i vari contatti?);
 - il confronto del caso con la procedura standard e la prassi generale (fino a che punto il caso raccontato è un caso tipico riguardo a tutti gli aspetti finora trattati nell'intervista);
 - la valutazione, da parte dell'intervistato, dell'adeguatezza del sistema così come applicato al client individuato nella fase finale del programma (cosa ha lavorato bene e cosa no e per quali motivi);
 - eventuali aspetti del sistema che sarebbero da modificare o migliorare.

Con i *professional del sistema trattamentale* le interviste avevano l'obiettivo generale di comprendere come gli stessi riescano, in questa terza fase, a integrare le richieste della normativa concernente le misure alternative nella loro pratica professionale e come poi riescano a coordinarsi sia al loro interno sia con i professional del sistema giudiziario.

Gli argomenti affrontati nell'intervista erano:

- i contatti con i client "avanzati" e che stanno per terminare: come funziona il trattamento in questa fase dell'affidamento e con questo tipo di client (è simile o diverso dal trattamento con gli altri client che non sono in misura alternativa?), quali aspetti vengono esaminati durante i contatti con il client, come viene svolta la valutazione e le relazioni, quali criteri vengono adottati, quali "anticipazioni" vengono fornite al client, come viene affrontata la coincidenza o non coincidenza tra il termine della misura e il termine del trattamento, come il sistema trattamentale contribuisce alle decisioni che concernono la fine dell'affidamento;
- anticipazioni rispetto al "dopo": cosa accadrà probabilmente con questo client dopo il termine della misura, ci saranno con lui altri contatti?;
- il coordinamento con i professional dello stesso sistema dell'intervistato: come la misura alternativa si inserisce nella prassi trattamentale;
- i contatti con i professional del sistema giudiziario: in vista dell'anticipazione della fine del programma, come collaborano i sistemi, quanto soddisfacenti sono i vari contatti;
- il confronto del caso con la procedura standard e la prassi generale (fino a che punto il caso raccontato è un caso tipico riguardo a tutti gli aspetti finora trattati nell'intervista);
- la valutazione, da parte dell'intervistato, dell'adeguatezza del sistema così come applicato al client individuato nella fase finale del programma (cosa ha lavorato bene e cosa no e per quali motivi);
- eventuali aspetti del sistema che sarebbero da modificare o migliorare.

I risultati

I risultati di seguito riportati riguardano le tre fasi dell'affidamento, così come sopra descritte, viste dalla prospettiva dei client e dei professional del sistema giudiziario e trattamentale.

Per quanto riguarda i professional, si è scelto di descrivere, in questo capitolo, quali sono gli elementi, per ogni fase, che a loro parere funzionano o non funzionano, e quali sono gli aspetti che potrebbero essere eventualmente modificati e/o migliorati. Si sono volute inoltre aggiungere informazioni circa come, a opinione dei professional, circolano le comunicazioni sia all'interno di ogni sistema che tra i due sistemi (giudiziario e trattamentale).

Fase 1 - L'ingresso nell'affidamento

La prima fase è quella della valutazione e della decisione: la decisione del candidato-client rispetto all'accettare o meno la misura alternativa, e la valutazione da parte dei sistemi, trattamentale e giudiziario, rispetto all'idoneità o meno del soggetto al programma. Ciò significa che è anche il momento, come si diceva, in cui viene scelto, sia da parte del client che degli operatori, il tipo di trattamento e il centro di trattamento in cui la persona verrà inserita.

I client

Riguardo alle informazioni circa la possibilità e le modalità di attuazione delle misure alternative, i client intervistati riferiscono che tali informazioni sono state loro fornite da altri detenuti al momento della carcerazione oppure ne erano già a conoscenza grazie all'esperienza di amici o conoscenti tossicodipendenti che avevano usufruito di una misura alternativa. In alcune

situazioni il client invece era venuto a conoscenza delle possibilità delle misure alternative direttamente dal legale difensore.

Attualmente, riferiscono, non ci sono protocolli scritti o procedure formalizzate che, all'ingresso in carcere o al momento della condanna, informino la persona di tutte le possibilità di cui può usufruire per richiedere un programma QCT.

In un momento successivo, le informazioni rispetto agli obblighi e ai diritti rispetto il programma alternativo vengono in genere fornite dagli operatori a cui il soggetto nel frattempo si è rivolto, in carcere, per ottenere l'idoneità al programma. Sono questi i membri dell'équipe pedagogica del carcere, o gli psicologi del Dipartimento per le Dipendenze che lavorano all'interno del carcere, o gli educatori del Dipartimento per le Dipendenze di cui il client ha richiesto l'intervento.

La decisione da parte del client, una volta che gli operatori l'hanno messo di fronte alle varie possibilità di trattamento, viene presa solitamente in base alla percezione del vantaggio di poter trascorrere l'equivalente della pena al di fuori del carcere, con maggiori possibilità di reinserimento sociale e lavorativo.

Dalla descrizione dei client, il lavoro degli operatori che lo seguono all'interno del carcere (psicologi ed educatori) è decisivo nel valutare la motivazione e nell'influenzare positivamente il soggetto a una riflessione sulle sue reali possibilità di poter entrare e rimanere in un programma alternativo, e quindi di saperne rispettare le regole e gli obblighi. Decisivo è anche il ruolo degli operatori nella scelta del tipo di programma e della struttura di trattamento adeguata (ambulatoriale vs residenziale) dove inserire il client: il client viene informato dei pro e dei contro di uno e dell'altro, e insieme viene valutata

l'una e l'altra opportunità, in base ai feedback degli operatori sulle reali capacità dei clienti di restare o meno all'interno di un programma o di un altro.

Fondamentale è inoltre la possibilità per il cliente, qualora richieda un affidamento con un programma di trattamento ambulatoriale, di un lavoro esterno, senza il quale non è possibile ottenere l'affidamento.

I problemi che i clienti riferiscono nel primo periodo riguardano la difficoltà di prendere confidenza con le regole del programma e con le regole del trattamento, i problemi relazionali ed emotivi (con se stessi, con i familiari e con gli altri utenti presenti nella struttura), il fatto di essere talvolta "abbandonati" dagli operatori (come ad esempio, riferisce qualcuno, "una volta inserito in comunità, gli operatori del Dipartimento per le Dipendenze non ti vengono più a trovare, o, se lo fanno, lo fanno raramente").

Una situazione diversa è quella dei clienti che non entrano in carcere o escono dal carcere in sospensione pena - accordata dal Magistrato - in attesa della misura alternativa. In questo periodo il cliente che non riesca a essere inserito immediatamente in un centro di trattamento è particolarmente a rischio di ricadute, perché solitamente viene ospitato presso l'abitazione dei familiari e può riprendere contatti con persone o situazioni che lo pongono a rischio di ricaduta.

Rispetto a questa prima fase, la valutazione da parte dei clienti circa cosa funziona agevolmente, riguarda la relativa brevità dei tempi una volta definito il programma da parte del Dipartimento per le Dipendenze: questo viene inviato al Magistrato e i tempi di attesa per la scarcerazione sono brevi

(in genere intorno a un mese); quindi le persone valutano che questo aspetto "funziona" adeguatamente.

Un aspetto favorevole riguarda anche la possibilità di essere seguiti sempre dagli stessi operatori, che, secondo i client, agevola il percorso per l'ottenimento del programma e talvolta anche la motivazione che la persona riesce a elaborare.

Un client ci ha spiegato: *"quando sei in carcere, in realtà pensi a quando uscirai, ma sempre in modo "superficiale", non realistico. Solo gli operatori riescono a farti capire qual è la realtà che ti attende fuori"*.

Sempre rispetto a questa prima fase, la valutazione da parte dei client circa cosa non funziona nel sistema QCT, riguarda il fatto che spesso le informazioni disponibili al detenuto durante la prima fase della detenzione (e talvolta anche oltre) sono poche, confuse e frammentarie. Non viene fornito materiale scritto per permettere una più corretta conoscenza delle possibilità di programmi QCT per un detenuto tossicodipendente.

Un altro aspetto riguarda gli operatori che lavorano all'interno della struttura penitenziaria (sia gli operatori che fanno capo al sistema giudiziario, sia quelli che fanno capo al sistema sanitario), i quali essendo in sottonumero, spesso non riescono a supportare adeguatamente il client in questa delicata fase iniziale: sono infatti limitati i colloqui con gli educatori e con gli psicologi e spesso a distanza di lunghi periodi di tempo gli uni dagli altri.

Un client intervistato ha raccontato che per lui è stato molto difficile riuscire a mantenere i contatti con i diversi attori che si stavano occupando del suo caso: *"da dentro il carcere è difficile rendersi conto di quello che all'esterno i diversi operatori stanno facendo, il detenuto ha spesso l'impressione di essere abbandonato e che nessuno stia facendo nulla per la sua situazione, pensi che gli operatori ti hanno*

illusio e che nessuno di loro voglia occuparsi di te. E' veramente difficile. La comunicazione in carcere è difficile. Un detenuto deve avere molta pazienza: riuscire ad avere colloqui con gli operatori del Dipartimento per le Dipendenze prima e poi con quelli della comunità, richiede molta pazienza poiché i tempi di attesa sono lunghi." Gli operatori della comunità, per entrare in carcere e avere un colloquio con il client, devono fare richiesta al Dipartimento per le Dipendenze e attendere l'autorizzazione da parte del carcere; tutto ciò richiede alcuni giorni (circa una settimana) e questo, secondo l'intervistato, è comunque tempo che viene perso inutilmente in quanto la direzione del carcere conosce benissimo gli operatori della comunità che entrano in carcere con una certa frequenza.

Sono quindi percepiti come "lunghi" i tempi di attesa per un programma, dipendendo la sua formulazione dagli incontri che il detenuto riesce ad avere con gli operatori.

Per quanto riguarda l'ingresso in trattamento viene talvolta riferita una difficoltà iniziale nel rispetto delle regole della comunità e del programma.

E sono proprio la non conoscenza delle difficoltà che si incontreranno e la non preparazione a un programma QCT i due motivi che maggiormente, secondo il client, determinano il fallimento delle alternative alla detenzione.

Un punto che viene riferito come critico appare essere il fatto che gli operatori del Dipartimento per le Dipendenze che fino a quel momento avevano seguito la persona, spesso non sono in grado di farle visite frequenti presso la comunità, e il client può non percepire "continuità" nel trattamento ricevuto.

Infine, un client afferma: *"In carcere una persona non migliora, non c'è riabilitazione e non si lavora per un reinserimento, solo pochi hanno questa fortuna e io sono stato uno di questi"*.

Un altro client dice: *"in carcere hai pochi stimoli che ti aiutino a riflettere, in modo costruttivo, su quello che è stato il tuo stile di vita fino a quel momento"*.

Un altro ancora riferisce: *"Se tu arrivi in carcere come delinquente di terza categoria, ne uscirai come delinquente di seconda categoria: il carcere non ti aiuta a tirarti fuori dalla droga e dai giri, ma peggiora la tua situazione"*.

Rispetto a questa prima fase, i client suggeriscono quali sarebbero gli aspetti da migliorare e/o modificare e quindi le loro richieste sono:

1. continuità nel trattamento: i client segnalano la necessità di essere seguiti fin dal loro ingresso in carcere, per quanto riguarda la misura alternativa, sempre dagli stessi operatori del sistema giudiziario e/o trattamentale, per avere una sorta di continuità di trattamento e nella relazione fiduciaria; tali operatori infatti dovrebbero seguire il caso anche dopo l'uscita dal carcere, durante l'affidamento e fino al termine dello stesso;
2. possibilità di contatti tra il "dentro" e il "fuori": i client segnalano la necessità di migliorare i contatti tra l'interno e l'esterno del carcere, ovvero l'esigenza che gli operatori in carcere si possano porre come "mediatori" tra il "dentro" la struttura e il "fuori", gestendo efficacemente i collegamenti con gli operatori esterni e tutte le persone in un qualche modo coinvolte nell'inserimento del client nell'affidamento (familiari, datore di lavoro, attori del sistema giudiziario e trattamentale); maggiori possibilità di contatto con il Magistrato di Sorveglianza: a parere dei client dovrebbero esserci maggiori possibilità di contatti diretti e scambi, ovvero il Magistrato dovrebbe poter avere la possibilità di "farsi un'idea" della persona attraverso contatti più frequenti con lui, in modo da poter valutare

direttamente il programma che il client gli richiede di accogliere; contatti più frequenti tra gli operatori del Dipartimento per le Dipendenze e dell'equipe del carcere nel momento in cui la persona è in carcere (prima e dopo la richiesta della misura);

5. maggiore completezza delle informazioni rispetto all'affidamento e alle misure alternative in generale (obblighi, regole, figure competenti, ruoli, etc.), magari anche con materiale cartaceo;
6. programmi ad hoc: i client segnalano inoltre la necessità della "formulazione" di un programma maggiormente ad hoc per la persona, ovvero che vada incontro a necessità familiari e lavorative della persona.

I professional

Rispetto a questa prima fase, la valutazione da parte dei *professional del sistema giudiziario* rispetto a cosa funziona e a cosa non funziona nel sistema QCT è la seguente.

Secondo i legali intervistati il sistema in linea generale in questa prima fase funziona agevolmente: nei casi individuati, i termini di legge sono stati rispettati da tutti gli attori nei termini temporali prestabiliti e le comunicazioni sono state adeguate e sufficientemente rapide da parte di tutti.

Gli intervistati muovono invece alcune critiche rispetto ai seguenti punti:

- la situazione carceraria, con il sovraffollamento delle carceri e le poche attività con valenza rieducativi, non consente un adeguato recupero della persona tossicodipendente;
- le comunità terapeutiche, così come sono oggi strutturate in Italia, non sono adatte al recupero dei tossicodipendenti. Le comunità sono infatti strutturate per ospitare client che hanno fatto abuso di eroina,

i tossicodipendenti attuali, invece, sono per lo più cocainomani e assuntori di droghe sintetiche;

- i programmi che il Dipartimento per le Dipendenze propone, inoltre, dovrebbero tenere conto maggiormente delle caratteristiche del client, valorizzando il possibile recupero affettivo dei soggetti. Il professional sottolinea quindi l'importanza che il Dipartimento per le Dipendenze ponga maggiore attenzione al sostegno della famiglia.

Diverso è il parere dell'assistente sociale dell'UEPE la quale ritiene che il sistema, soprattutto quello giudiziario, non tenga conto adeguatamente della vita reale delle persone: riferisce infatti che la lentezza del sistema influisce negativamente sulle possibilità di un adeguato recupero del tossicodipendente. Vi è poi difficoltà a "dialogare" con il Magistrato di Sorveglianza in maniera sufficiente a meglio coordinare gli interventi e le decisioni rispetto ai casi. Secondo l'operatore, manca infatti una restituzione all'UEPE da parte del Magistrato di Sorveglianza rispetto alla decisione presa, rispetto alla motivazione. Ciò faciliterebbe alle assistenti sociali il compito di spiegare e motivare in maniera più adeguata ai condannati il rigetto di un'istanza o altre decisioni prese nell'ordinanza stessa (l'assistente sociale infatti si riserva un colloquio con il client per leggere l'ordinanza insieme e, se l'istanza di affidamento è stata rigettata, per vedere cosa si può modificare nella richiesta successiva di un programma o di altro).

La comunicazione tra UEPE e Magistratura di Sorveglianza viene ritenuta scarsa e spesso solamente formale (relazione scritta sull'osservazione prima dell'affidamento, relazione finale dell'affidamento). Secondo l'intervistato potrebbe quindi essere utile un maggiore coordinamento delle decisioni tra

Tribunale di Sorveglianza e UEPE, che si prende cura del seguire il condannato una volta inserito in un affidamento.

Secondo l'operatore intervistato sarebbe necessario portare modifiche ai tempi delle azioni giudiziarie: le condanne spesso hanno luogo a molti anni di distanza dal momento in cui è stato commesso il reato e ciò provoca degli effetti "perversi" nella vita delle persone per cui si trova. Le persone si trovano a dover scontare condanne per reati commessi dieci anni prima; nel frattempo a volte sono uscite dalla tossicodipendenza, hanno condotto una vita adeguata, magari costruendosi una famiglia con figli e mantenendo un lavoro regolare. Ciò comporta uno sconvolgimento della vita del soggetto che nel giro di pochi mesi vede distruggere il lavoro degli anni precedenti, con l'effetto, così come riferisce l'operatore, che talvolta le famiglie si sfasciano e le persone, una volta conclusa la pena non saranno più in grado di riprendere la loro vita dal punto in cui l'hanno interrotta, ma si troveranno senza riferimenti, senza affetti e senza lavoro e quindi probabilmente torneranno a delinquere.

Un altro aspetto da modificare, secondo l'intervistato, riguarda l'uso del linguaggio: il linguaggio attualmente utilizzato dai vari servizi è settoriale, un po' come se ognuno parlasse una propria lingua: ritiene invece che ci sia la necessità di un linguaggio maggiormente condiviso; in questo modo sarebbe anche meno difficile spiegare alle persone il contenuto di una ordinanza, di una relazione, ecc.

Anche rispetto ai tempi di durata dell'intero processo che precede l'affidamento, secondo l'intervistato, sarebbe auspicabile una riduzione dei tempi, che (al momento dell'intervista) vanno da un minimo di quattro mesi ad una massimo di due anni.

Secondo l'operatore intervistato andrebbero anche migliorate le modalità con cui comunicare al condannato l'ordinanza con la quale il Tribunale ha deciso o meno l'affidamento: attualmente (da circa un anno e mezzo dal momento dell'intervista) l'ordinanza arriva al condannato tramite posta. Bisognerebbe quindi studiare un modo per comunicare al condannato la sentenza con modalità meno asettiche e maggiormente "umane", in modo da contenere eventuali reazioni negative e dannose delle persone sia sulla loro vita che su quella degli altri.

Il Magistrato di Sorveglianza intervistato ha mosso invece alcune critiche rispetto alla scarsità di informazioni presenti nel fascicolo: ad esempio appare mancante la storia dei precedenti programmi terapeutici, il vissuto del soggetto, non c'è quindi una visione retrospettiva relativa al caso. Rispetto al programma redatto dal Dipartimento per le Dipendenze, l'intervistato evidenzia l'assenza di attenzione nei confronti delle caratteristiche psicologiche e umane del soggetto e delle motivazioni: i programmi redatti appaiono, al momento dell'intervista, "standard" e non personalizzati, come invece sarebbe auspicabile a parere dell'intervistato.

Un altro problema è dato dai tempi: le informazioni relative al client da inserire nel fascicolo giudiziario arrivano pochi giorni prima della camera di consiglio (il termine di legge è di 5 giorni prima) e questo arrivare all'ultimo spesso non consente una analisi più puntuale della situazione e così spesso la decisione risulta "discrezionale".

Un ulteriore problema è relativo alle relazioni delle Forze dell'Ordine, che hanno sempre carattere negativo e vengono fornite spesso all'ultimo momento.

Rispetto a ciò che l'intervistato modificherebbe nel sistema si evidenzia quanto di seguito.

Vi è la necessità di un maggior passaggio di informazioni tra Dipartimento per le Dipendenze e Comunità terapeutica, tra UEPE e Forze dell'Ordine e ciò è dovuto a una scarsa coscienza dell'unitarietà del compito, cioè manca una rete di collegamento tra le varie Istituzioni.

Inoltre, a parere dell'intervistato, gli operatori coinvolti presentano una ipervalutazione del proprio ruolo che porta ad una mancanza reciproca di collaborazione e di trasparenza rispetto alle operazioni.

Rispetto a questa prima fase, la valutazione da parte dei *professional del sistema trattamentale* rispetto a cosa funziona e a cosa non funziona nel sistema QCT è la seguente.

Gli educatori professionali del Dipartimento per le Dipendenze indicano che a loro parere, è mancante, nella valutazione precedente alla stesura del programma, una valutazione della personalità dei soggetti, completata eventualmente anche da test psicologici; e anche quando queste informazioni sono presenti, spesso non sono rese disponibili all'educatore che deve redigere il programma. Secondo tali operatori infatti una valutazione testistica della personalità sarebbe utile da inserire nella redazione del programma come informazione che completa il quadro del soggetto.

Gli educatori riferiscono che nel sistema di decisione QCT in cui sono coinvolti, viene usata una rete professionale informale che funziona in base a prassi consolidate: le prassi sono molto informali e vengono modificate a seconda dei clienti con cui i professional si trovano ad avere a che fare. Le prassi sono più o meno immutate da anni e si fondano su scambi di informazioni prevalentemente verbali. A parere degli intervistati, se anche ci

fosse uno schema, un protocollo scritto da seguire per lavorare ai casi, comunque esso sarebbe poco applicabile perché i casi sono diversi l'uno dall'altro ed è necessaria un'alta flessibilità dell'operatore per lavorare ad essi.

Secondo gli educatori intervistati, gli aspetti che potrebbero essere da migliorare e/o da modificare sono:

- incrementare la rete di relazioni informali con gli altri operatori al fine di incrementare lo scambio di informazioni;
- incrementare il personale che si occupa dei programmi QCT all'interno del Dipartimento per le Dipendenze, cosicché non si debba lavorare solamente sulle emergenze, ma si possano affrontare i casi in maniera più ampia e approfondita;
- costruire una rete di relazioni con gli altri operatori che si occupano del caso dopo la concessione dell'alternativa, poiché allo stato attuale manca un feedback sull'andamento del programma da parte dell'équipe che segue i casi di coloro che sono già affidati. Non è quindi possibile sapere, da parte dell'operatore che si è occupato di redigere il programma, quali tipologie di programmi vadano a buon fine e non e per quali motivi, così da poter apportare modifiche e miglioramenti ai programmi che nel proprio agire professionale propone agli utenti;
- instaurare un buon rapporto con la famiglia o le figure di riferimento del client, in modo da poter contare su validi alleati per portare a termine la valutazione, ma anche successivamente, il programma stesso.

Lo psicologo del Dipartimento per le Dipendenze che opera in carcere riferisce che la condizione operativa in carcere, caratterizzata dalla carenza di personale e dal numero elevato di detenuti, spesso non consente di avere un numero adeguato di colloqui e un adeguato livello di tempestività degli stessi. Il problema più difficile da far superare ai detenuti è il problema del tempo con la relativa ansia e la paura del fallimento della richiesta di un programma QCT e quindi delle proprie aspettative.

Un altro problema riguarda le aspettative che, come riferisce l'operatore intervistato, vanno sempre tenute "basse", affinché non si verifichino delusioni pericolose per il detenuto (che potrebbe incorrere in ricadute o in atti autolesionistici).

Uno dei problemi è che le prassi utilizzate nello scambio di informazioni sono discrezionali e non consolidate. L'unica prassi consolidata è quella che riguarda la "riunione di sintesi" e che vede la presenza dei vari operatori o referenti di area con cui il detenuto viene a contatto.

A parere dello psicologo c'è l'esigenza di modificare i seguenti aspetti:

1. innanzitutto i tempi, che sono troppo dilatati e che spesso non giovano alle condizioni del detenuto. La dilatazione dei tempi è spesso dovuta a carenza di personale e di professionalità, quando invece un intervento tempestivo consentirebbe una diminuzione dei problemi;
2. andrebbero inoltre assicurate e sviluppate maggiori occasioni di contatto tra gli operatori e i detenuti, poiché spesso trascorrono diversi mesi dal momento in cui il detenuto inoltra una "domandina" a un operatore al momento in cui ottiene risposta o ottiene la visita dello stesso;
3. un maggior flusso di personale specializzato non può che favorire la creazione di maggiore benessere oltre che tra gli altri detenuti

all'interno della struttura, anche tra i detenuti che fanno domanda di programma QCT.

Il responsabile di comunità terapeutica intervistato riferisce invece che all'inizio, quando viene fatta la proposta da parte del Dipartimento per le Dipendenze alla comunità terapeutica di prendersi in carico il caso, la difficoltà dell'équipe della comunità riguarda il recepire informazioni sul detenuto proprio da parte del Dipartimento per le Dipendenze che lo ha in carico. Le relazioni del Dipartimento per le Dipendenze, inviate al responsabile della comunità, sono stringate, sommarie. Capita così diverse volte di dover fare una valutazione "alla cieca", dove l'équipe della comunità può utilizzare come propria risorsa solo l'esperienza maturata nei molti anni di lavoro con questa tipologia di utenti e non le informazioni provenienti dalle altre istituzioni che hanno seguito il caso.

Il problema viene superato in parte solo nel momento in cui gli operatori della comunità prendono contatti direttamente con il client recluso in carcere. Molte volte, infatti, quello che i detenuti raccontano di se stessi nelle lettere inviate alla comunità, non corrisponde al vero. La situazione reale può essere conosciuta solo dal Dipartimento per le Dipendenze e quindi sarebbe utile una conoscenza a priori della storia del client.

Le difficoltà iniziali che presenta il client sono quelle di adattarsi alla nuova realtà in cui si trova e al rispetto delle regole della comunità.

Per quanto concerne il sistema che regola i programmi QCT, secondo il responsabile della comunità intervistato, questo esiste, formalmente c'è, ma non funziona.

Il problema fondamentale da evidenziare riguarda la comunicazione e la tempestività con la quale sono fornite le informazioni. Difficile è riuscire a

comunicare con i diversi operatori in quanto sono tutti molto occupati a svolgere il proprio lavoro; probabilmente questo deriva anche dal fatto che mancano le risorse umane, cioè c'è troppo poco personale. All'interno del sistema trattamentale si è costretti a lavorare solo sulle "urgenze" e ogni problema viene affrontato all'ultimo momento, a causa di una disorganizzazione interna al sistema.

Una difficoltà tipica, ad esempio, è che una volta che la Comunità ha proposto il proprio programma terapeutico al client, non riesce più a sapere nulla di lui, spesso fino a quando non se lo trova davanti alla porta della struttura. Il carcere, cioè, in alcuni casi non fornisce alcuna comunicazione alla comunità terapeutica sulla data di scarcerazione del client.

Una volta inserito il client nella comunità con un programma QCT si interrompono completamente i contatti con il Dipartimento per le Dipendenze.

Secondo la persona intervistata è presente, oltre alla disorganizzazione, anche un disinvestimento da parte degli operatori.

Inoltre, a parere dell'intervistato il problema principale per il client è la difficoltà a contattare l'equipe interna al carcere per avere informazioni sui sistemi QCT e sulle sue reali possibilità di usufruirne.

La lunghezza dei tempi, la scarsa tempestività di intervento e la poca comunicazione sono i problemi individuati dal responsabile di comunità terapeutica. Inoltre esiste, secondo tale operatore, una grande disorganizzazione all'interno dei diversi sistemi (trattamentale e giudiziario), che non riescono a programmare gli interventi con un margine sufficiente di anticipo sulle scadenze imposte dalla Legge (ad esempio, riferisce, vi è difficoltà per il Dipartimento per le Dipendenze a rispettare la scadenza per la

presentazione del programma entro i termini utili per farlo pervenire in Camera di Consiglio).

In generale, per migliorare la situazione basterebbe che tutti gli attori coinvolti, operatori del sistema di trattamento (Dipartimento per le Dipendenze), operatori del sistema giudiziario (UEPE) e operatori della comunità, fissassero degli incontri periodici per la discussione dei casi in carico e di quelli che saranno presi in carico.

Secondo l'intervistato basterebbero quattro riunioni all'anno per aggiornarsi e confrontarsi.

Le relazioni contenenti le informazioni sul caso che si sta seguendo dovrebbero poi essere più dettagliate e contenere un maggior numero di informazioni sul client.

Si potrebbe anche intervenire direttamente sul carcere, cercando di stabilire con la direzione dei rapporti più stretti che permettano l'ingresso degli operatori senza dover ogni volta fare richiesta di permesso. Si dovrebbe inoltre fare in modo che il responsabile della comunità sia informato quando il client viene scarcerato in modo da essere pronti ad accoglierlo al suo arrivo.

FASE 2 - La permanenza nell'affidamento

La seconda fase è quella centrale: per il client riguarda la quotidianità del trattamento e le regole/richieste del programma, per i professional riguarda il monitoraggio del trattamento, il coordinamento tra le figure che si occupano del caso e tra i sistemi a cui le varie figure appartengono.

I client

I client intervistati nella Fase 2 hanno raccontato innanzitutto la propria quotidianità all'interno della misura alternativa: chi in trattamento residenziale, chi in trattamento ambulatoriale, gli intervistati hanno comunque individuato come fondamentale, sia all'interno della comunità che nel territorio, il fatto di poter avere una occupazione. Per i client in comunità il lavoro, sia esso quello "interno" (pulizia e riassetto delle stanze, il cucinare o il lavorare presso i terreni o nei laboratori organizzati dalla comunità) è fondamentale anche se non retribuito, perché oltre a occupare il tempo della giornata, fornisce positivi riscontri, li aiuta a percepire la propria efficacia nello svolgere attività come tutte le altre persone, li aiuta a lavorare "insieme" agli altri e a sentirsi utili. Per chi invece gode di un affidamento con trattamento ambulatoriale, il lavoro è indispensabile ovviamente per l'ottenimento e il proseguimento della misura, ma ha il valore aggiunto di sostenere economicamente la persona e la sua famiglia e lo aiuta a reinserirsi in società. La scoperta/riscoperta delle proprie capacità attraverso il lavoro appare quindi come uno degli elementi fondamentali di questa fase.

Rispetto al trattamento, l'aspetto principale è il mantenere l'astinenza e il lavoro attorno al cambiamento degli stili di vita. Il lavoro degli operatori viene descritto come un "*offrire stimoli indirizzati al sostegno durante la fase di cambiamento, ma senza mai distogliere l'attenzione dalle responsabilità dell'utente*". Mettono quindi a disposizione della persona "*strumenti utili e indispensabili al processo di cambiamento*".

Un altro aspetto importante riferito dagli intervistati è il lavoro attorno al recupero delle relazioni affettive del client, sostenuto dai vari operatori. Le

finalità sono quelle di modificare e/o migliorare le relazioni già esistenti o nel sostenere le persone nel crearne di nuove.

Il confronto con gli operatori è percepito come utile e indispensabile per il recupero dei legami affettivi che la persona deve imparare ad affrontare e gestire con modalità differenti da quelle che avevano caratterizzato il periodo in cui usava sostanze.

Ancora una volta viene percepito come fondamentale il fatto che la presenza degli operatori sia caratterizzata da continuità, ovvero che gli stessi operatori possano seguire il caso in ogni sua fase e che possano tenere frequenti contatti tra loro.

Un intervistato che ha invece avuto l'esperienza di aver cambiato gli operatori dell'equipe di trattamento durante l'affidamento, ha riferito di aver vissuto il cambiamento senza problemi poiché tutte le informazioni sul suo conto furono "passate" alla nuova equipe, con la quale è riuscito ad instaurare un ottimo rapporto di piena fiducia: *"Non ho mai avuto la sensazione di essere stato "scaricato" dagli operatori che prima mi seguivano... Quando vado al Ser.T. li vedo e scambio qualche parola con loro"*.

Inoltre i client percepiscono come importante il fatto che fin da quando erano in carcere abbiano potuto usufruire di un trattamento terapeutico o di sostegno e che tale occasione abbia potuto "prepararli" in un qualche modo al "dopo", ovvero al momento in cui si sarebbero trovati "fuori" dal carcere, all'interno di un programma QCT.

Uno dei client a questo proposito riferisce: *"più informazioni ti danno rispetto al dopo mentre sei in carcere e meno possibilità hai che il programma fallisca... sei più preparato"*. Un lavoro preventivo viene quindi sentito anche in questa fase come una "buona base" di partenza.

Le regole del programma, con cui il client si è confrontato nella prima fase, vengono via via interiorizzate nella seconda fase. La persona riesce a lavorare con un atteggiamento più critico verso i propri comportamenti e atteggiamenti e a porsi quindi in maniera diversa anche nei confronti delle regole.

Uno dei client riferisce: *"il vantaggio principale di un affidamento riguarda la possibilità di confrontarsi con i problemi quotidiani che ogni persona che conduce una vita "normale" deve affrontare"*. Un altro client aggiunge: *"in carcere hai spesso pochi stimoli che ti aiutino a riflettere, in modo costruttivo, su quello che è stato il tuo stile di vita fino a quel momento"*.

Rispetto alle regole dell'affidamento per chi ha un programma di trattamento ambulatoriale, un client descrive una situazione condivisa anche dagli altri intervistati: *"non è facile a volte accettare il fatto che tutti i tuoi conoscenti non hanno limiti di orari e di luoghi e si possono spostare liberamente mentre tu sei costretto a restare all'interno di "confini" che hai accettato, ma che comunque con il passare del tempo diventano sempre più stretti e difficili da rispettare. Tutto ciò è più difficile quando hai una famiglia, una compagna, dei figli che fanno una vita di "sacrificio" a causa tua"*.

Un altro intervistato afferma: *"Le regole del programma ti salvaguardano da eventuali "tentazioni", che riguardano l'uso di sostanze e lo stile di vita condotto fino a prima della carcerazione.*

Le difficoltà maggiori che vengono riferite riguardano il fatto di riuscire ad introiettare le regole stabilite dal programma QCT e, per chi sta in comunità, le regole della comunità che ospita il client: *"non è facile", racconta un intervistato, "per chi ha vissuto gran parte della sua vita "senza regole" dovere, improvvisamente, sottostare a molte di queste, gran parte delle quali, almeno in un primo momento, incomprensibili"*.

Rispetto all'accettazione delle regole dell'affidamento dagli intervistati vengono generalmente riferiti i seguenti problemi:

- la scarsa libertà di movimento che in qualche modo ostacola la crescita lavorativa del client;
- l'orario restrittivo (il rientro a casa la sera avviene troppo presto soprattutto nel periodo estivo);
- la difficoltà di creare e mantenere relazioni amicali e sentimentali a causa delle "ristrettezze" del programma (relativamente a luoghi e orari).

Uno degli affidati, rispetto ai limiti orari chiarisce il problema: *"è dura restare con l'orologio in mano tutta la sera quando scendo a mangiare un gelato con mia sorella e mia nipote, con l'ansia costante di sbagliare orario e di pagarne le conseguenze"*.

Alcuni client con affidamenti lunghi (per l'intera lunghezza consentita dalla legge nel momento in cui è stata condotta questa ricerca, ovvero 4 anni) hanno riferito, per la Fase 2, preoccupazione al pensiero di dover rispettare le regole per un periodo molto prolungato.

I rapporti tra il client e gli operatori del sistema giudiziario proseguono anche nella Fase 2. Il contatto diretto è con l'assistente sociale dell'UEPE, mentre non è diretto il contatto con il Magistrato: a lui l'affidato si rivolge con richieste scritte o mediate dall'assistente sociale.

Gli incontri tra il client e l'assistente sociale avvengono solitamente ogni due - tre settimane e hanno la finalità di monitorare la situazione, con attenzione a che il client non trasgredisca le regole e lavori per un reale reinserimento. L'assistente sociale viene percepita dagli intervistati come una figura di riferimento molto importante, spesso investita anche affettivamente, e che,

come si diceva, ha il ruolo di "mediare" tra il sistema di trattamento (Dipartimento per le Dipendenze e Comunità Terapeutica) e il sistema giudiziario (Magistrato di Sorveglianza), ovvero di tenere i contatti con gli operatori del trattamento e di riferire al Magistrato periodicamente, con una relazione di aggiornamento, ciò che sta avvenendo o di inoltrare ad esso richieste che riguardano il client.

Più intervistati hanno riferito che è inoltre cura dell'assistente sociale dell'UEPE indirizzare gli affidati a comprendere che le richieste che rivolgono al Magistrato, relative per esempio a permessi che riguardano spostamenti di orari e di luogo, devono essere in linea con la filosofia dell'affidamento che *"non deve essere solo una strategia per evitare il carcere, ma un intervento che consenta di essere persone recuperate e reinserite nella società"*.

Salvo trasferimenti o motivi di salute, solitamente la stessa assistente sociale segue l'affidato per tutto il periodo del programma e ciò viene percepito dai client come molto importante, poiché la relazione di fiducia instaurata tutela solitamente anche l'andamento del programma.

In linea generale i client riferiscono di non essere informati esplicitamente dei contatti che esistono tra gli attori del sistema giudiziario e di quello trattamentale.

I vantaggi percepiti dagli intervistati in questa fase riguardano la possibilità di essere *"aiutati e seguiti durante la presa di coscienza dei propri problemi"*, ovvero essere sostenuti e guidati nel cambiamento dello stile di vita, cambiamento in cui tutti avevano fallito precedentemente, anche quando tentato con modalità *"fai da te"*.

Un intervistato che ha usufruito di un programma con due tipi consecutivi di trattamento (prima residenziale e poi ambulatoriale) racconta che in un primo

momento la comunità gli ha offerto, oltre a un'alternativa valida alla carcerazione, un percorso terapeutico utile ad interrompere e a curare il suo stato di tossicodipendente, e il successivo programma territoriale gli ha poi permesso di affrontare il reinserimento nella società contenendo il rischio di ricadute e di frequentazioni pericolose.

Spesso la situazione in cui le persone si percepiscono durante l'affidamento è una situazione di "confine", che è ben descritta dall'affermazione di un intervistato: *"assaporare la libertà, ma non poterla godere pienamente è una cosa difficile da gestire, soprattutto quando esci da una situazione di chiusura totale come il carcere"*. Il non essere ancora completamente autonomi nella gestione di uno stile di vita "sano" e nell'introduzione di regole di comportamento, li fa sentire appunto *"in bilico"*.

Gli aspetti che gli intervistati indicano come da modificare e/o migliorare in questa fase riguardano:

- per gli affidati con programma ambulatoriale, una maggiore disponibilità da parte degli operatori (del sistema giudiziario e trattamentale) a colloqui di sostegno o di monitoraggio;
- per gli affidati con programma residenziale, una maggiore presenza degli operatori del Dipartimento per le Dipendenze nella fase residenziale comunitaria del programma, per favorire la continuità e il sostegno rispetto alla motivazione e al trattamento;
- una maggiore disponibilità da parte del Magistrato di Sorveglianza ai contatti diretti con gli affidati "per poter comprendere il motivo di determinate richieste di autorizzazione inoltrate relative a orari e

spostamenti e, dall'altro lato, per poter comprendere i motivi del rigetto dell'istanza;

- una maggiore flessibilità del programma, studiata situazione per situazione, rispetto agli orari e agli spostamenti.

Riguardo alle aspettative e gli obiettivi iniziali dell'affidamento, gli intervistati non riferiscono modificazioni in esse a fronte di una loro adeguata motivazione e preparazione da parte degli operatori.

La frase di un client, riassume l'atteggiamento in questa fase rispetto alle aspettative nei confronti dell'affidamento: *"Riuscire a costruire una vita nuova"* dice.

Le aspettative dei client rispetto al restante periodo del programma QCT riguardano invece la possibilità di mantenere l'astinenza, di continuare a svolgere l'attività lavorativa iniziata, migliorare e *"rinforzare"*, come dice un intervistato, i rapporti affettivi esistenti.

Anche in questo caso l'affermazione di un intervistato riassume l'atteggiamento nei confronti della parte restante del programma: *"quello che mi aspetto è di rimanere fuori dal carcere a scontare la pena, di vivere la mia vita in libertà, vicino alla mia famiglia e cavandomela da solo rispetto ai soldi, senza pesare su nessuno"*.

I professional

Rispetto alla seconda fase, la valutazione da parte dei *professional del sistema giudiziario* rispetto a cosa funziona e a cosa non funziona nel sistema QCT è la seguente.

I legali riferiscono di seguire "dall'esterno" questa fase dell'affidamento. Un avvocato infatti racconta: *"ho potuto seguire i miglioramenti di cui ha beneficiato il*

mio cliente durante la sua permanenza in comunità e il supporto da lui ricevuto dagli operatori e dagli educatori della comunità, nonché da tutti gli operatori del Ser.T. Durante gli incontri con il cliente, che avvenivano perché aveva in corso un altro procedimento, ho potuto constatare di persona l'effettivo miglioramento e il cambiamento a lui occorsi per merito della sua permanenza in comunità".

Dal punto di vista di uno dei legali, vi era una regola onerosa per il cliente, che gli ha causato "molta sofferenza", ovvero quella della comunità che lo obbligava a vedere i familiari a molta distanza di tempo tra un incontro e l'altro e, riferisce l'avvocato, "ad esempio le visite da parte di un genitore presso la Comunità, dovevano essere contrattate e motivate e i tempi erano molto dilatati".

L'avvocato inoltre descrive "una certa rigidità da parte del Magistrato di Sorveglianza per definire modifiche anche minime al programma originale, rigidità dovuta, in questo caso, al fatto che il client aveva precedenti reati, ma presente anche in altri casi in cui il cliente è al primo reato".

Sono di solito di aiuto un buon sostegno da parte degli operatori della comunità e dell'assistente sociale dell'UEPE, che consentono al cliente di superare le difficoltà relative al rispetto delle regole e alla loro introduzione.

Un altro legale intervistato afferma che il sistema QCT è potenzialmente efficiente, ma che essendovi un certo margine di discrezionalità, vi è differenza tra caso e caso e tra magistrato e magistrato.

Secondo l'assistente sociale dell'UEPE in questa fase vi è difficoltà a dialogare tra i servizi coinvolti, e soprattutto con il Ser.T., per poter meglio coordinare gli interventi e le decisioni rispetto ai casi.

L'assistente sociale evidenzia inoltre che la collaborazione con le Forze dell'Ordine non è adeguata e afferma: "quando i Carabinieri suonano il campanello a casa tua anche tre volte per notte, e questo ogni giorno, per controllare

che il detenuto sia in casa, pregiudicando così il suo riposto notturno e quello dei familiari, quando mi raccontano questo allora capisco quanto sia difficile per loro".

Un aspetto da modificare, secondo l'assistente sociale, riguarda i tempi troppo lunghi per ottenere la modifica di alcune regole per conto del client (luoghi, orari, lavoro).

Da migliorare sarebbero anche le relazioni con le Forze dell'Ordine, sia rispetto alle informazioni da scambiarsi che rispetto al come coordinarsi nel seguire uno specifico caso.

Rispetto alla seconda fase, la valutazione da parte dei *professional del sistema trattamentale* rispetto a cosa funziona e a cosa non funziona nel sistema QCT è la seguente.

Secondo l'operatore di un Dipartimento per le Dipendenze i sistemi giudiziario e trattamentale non sono sufficientemente adeguati alle situazioni a cui devono far fronte. In entrambi i sistemi il personale non è sufficiente e talvolta le informazioni non circolano tra gli operatori così come dovrebbero.

L'operatore riferisce che è difficile e talora impossibile avere contatti diretti e pianificati con l'assistente sociale dell'UEPE. Un altro problema riguarda il fatto che né le comunità terapeutiche né l'UEPE garantiscano un reale inserimento lavorativo, svolgendo la loro funzione di "accompagnamento" in un percorso di reinserimento sociale e anche lavorativo del client. Questo aspetto, a detta dell'operatore, rischia di compromettere la buona riuscita dell'intervento terapeutico.

Secondo l'intervistato sarebbe necessario modificare i seguenti aspetti:

- incrementare la circolazione delle informazioni e le occasioni di scambio e confronto tra gli operatori del sistema giudiziario e gli

- operatori del sistema di trattamento anche nella fase del monitoraggio e con una pianificazione degli incontri tra operatori;
- una maggiore disponibilità da parte degli operatori di entrambi i sistemi a collaborare con altre istituzioni del territorio (comuni, associazioni, cooperative, datori di lavoro, centri di accoglienza, etc.) al fine di individualizzare maggiormente i programmi di affidamento e di individuare opportunità di inserimento lavorativo;
 - la disponibilità da parte degli operatori del sistema giudiziario e della comunità a seguire l'inserimento lavorativo del client e a coordinarsi rispetto a questo importante aspetto.

Lo psicologo del Dipartimento per le Dipendenze che presta servizio in carcere ci offre invece un importante punto di vista rispetto ai casi in cui l'affidamento è fallito e l'affidato è tornato in carcere.

Secondo l'intervistato, gli interventi spesso falliscono poiché il personale dentro e fuori dal carcere e in entrambi i sistemi, giudiziario e trattamentale, non è sufficiente e le informazioni non circolano tra gli operatori così come dovrebbero. Non vi sono momenti "obbligatori" di coordinamento tra gli operatori e vi è uno scollamento tra sistema trattamentale e sistema giudiziario, sia prima che dopo l'ingresso in affidamento, così che spesso gli uni squalificano l'operato degli altri a totale danno del fruitore dell'intervento, ovvero dell'affidato.

Il client che rientra in carcere dopo il fallimento del programma è considerato un "nuovo ingresso", quindi le pratiche sanitarie che si svolgono nei suoi confronti sono uguali a quelle che si svolgerebbero nei confronti di un detenuto che entra in carcere per la prima volta. Il client viene così visto dal sanitario del carcere, dallo psicologo e dall'educatore assegnato al suo caso.

Lo psicologo tenta di contenere eventuali agiti dettati dal fallimento provato dal client e cerca di analizzare cos'è avvenuto e quali difficoltà siano sorte anche a livello della motivazione del client. Solitamente, se i termini di legge lo consentono, si lavora per motivare di nuovo la persona a inoltrare una nuova istanza per la richiesta di affidamento, cercando di lavorare affinché venga maturata una motivazione più adeguata e venga formulato un programma maggiormente idoneo e "individualizzato" rispetto alla situazione del client.

Il motivo del fallimento viene individuato spesso nel programma troppo "standard" e nello scollamento tra operatori che non riescono così a far fronte alle difficoltà della persona, oltre che talvolta a una valutazione sommaria della motivazione della persona. La non disponibilità di lavori adeguati alla persona e retribuiti in misura equa, oltre che alla possibilità di una dimora adeguata si ritrovano inoltre spesso tra i motivi che hanno concorso al fallimento.

Secondo l'intervistato sarebbe necessario migliorare i seguenti aspetti:

- maggiore disponibilità di personale in entrambi i sistemi, giudiziario e trattamentale;
- maggiore coordinamento tra gli operatori dei due sistemi;
- maggiori possibilità di inserimento lavorativo per il client e di flessibilità, da parte del sistema giudiziario, ad accettare un cambio del posto di lavoro del client una volta che questi è in affidamento;
- maggior disponibilità da parte degli operatori delle comunità terapeutiche a considerare la situazione del client in affidamento diversa da quella del client che intraprende volontariamente un percorso comunitario e delle conseguenze che determinate scelte degli operatori hanno sul client in affidamento;

- riduzione dei tempi di attesa dei programmi al fine di ridurre la permanenza in carcere della persona tossicodipendente, soprattutto se di giovane età;
- maggiore possibilità di lavoro terapeutico per il contenimento del fallimento del client al suo reingresso in carcere.

Fase 3 - La fine dell'affidamento

La terza fase è quella finale, che vede l'approssimarsi del termine del programma. Concerne di nuovo gli aspetti della "permanenza" all'interno del programma, ma, a differenza della fase precedente, questa è la fase in cui l'affidato può iniziare a pensare al "dopo" e a organizzarsi per affrontarlo.

I client

I client intervistati raccontano che, giunti alla terza fase dell'affidamento, le regole del trattamento e dell'affidamento non sono diverse da quelle riservate agli altri client, che si trovano in fasi diverse. Ciò che cambia è il fatto che nel corso del tempo il rapporto di fiducia e di conoscenza della persona da parte degli operatori fa sì che vi sia una maggiore "flessibilità". Questo nella pratica viene tradotto con una maggiore disponibilità, per esempio da parte del Magistrato, ad accordare modifiche agli orari e ai luoghi in cui il client si può spostare, magari permettendo all'affidato di rientrare più tardi il sabato sera per uscire con la propria ragazza o di spostarsi in altri comuni per motivi di lavoro o concedendogli un breve periodo per andare con la famiglia a trascorrere le vacanze estive in una località turistica. Queste concessioni, che magari a chi vive "normalmente" possono sembrare poco significative, in realtà dall'affidato vengono percepite come un segnale tangibile della fiducia

che gli operatori gli accordano e viene quindi in un certo senso proprio da questa fiducia in lui incentivato a non trasgredire.

Rispetto al trattamento, i client riferiscono di non aver percepito che vi fossero differenze tra loro e le persone che invece avevano intrapreso il trattamento in maniera volontaria e senza una misura alternativa. Il trattamento viene quindi ritenuto uguale per tutti.

Coloro che si trovavano in trattamento residenziale in comunità terapeutica, hanno descritto come molto positivo il rapporto con gli operatori della comunità, mutato nel tempo in senso positivo e costruttivo. Percezione analoga viene riferita da coloro che hanno un programma ambulatoriale rispetto agli operatori del Dipartimento per le Dipendenze. Molti di tali client hanno espresso l'intenzione di essere seguiti dagli stessi operatori anche al termine del programma o di mantenere comunque con essi contatti, magari occasionali.

In questa fase quindi viene vissuto con minore apprensione e con maggiore fiducia il rapporto con gli operatori sia del sistema giudiziario che di trattamento: la persona non si sente più "controllata" ma finalmente si sente "seguita" e curata.

Il ruolo degli operatori, soprattutto quando vi è una buona alleanza, appare fondamentale nel superare i momenti di crisi e nell'aiutare gli affidati a non compromettere il percorso dell'affidamento compiuto fino a quel momento.

Qualche intervistato ha suggerito: "in questa fase è possibile avere un rapporto tale con gli operatori che riescono a farti superare con ironia anche le difficoltà che mai avresti detto di superare".

Rispetto alla percezione che i client hanno di se stessi in questa fase del programma, riportiamo le parole di una ragazza in affidamento territoriale: *"sono cambiata dall'inizio dell'affidamento, sono meno insicura e ansiosa, ma sono diventata, soprattutto in quest'ultimo periodo, passiva, perché dico: "tanto sono gli altri a dover decidere per me", e non posso fare scelte autonomamente"*. Il problema della *"passività"*, discusso con i professionisti che la seguono, è stato da lei percepito in modo diverso dopo che gli operatori del Dipartimento l'hanno rassicurata dicendole che è un *"momento naturale, fisiologico del programma"*.

La stessa intervistata racconta: *"non sono contenta del lavoro che faccio, guadagno poco perché mi danno da lavorare per poche ore, ma non posso cambiarlo fino alla fine dell'affidamento perché ci sono troppe carte da fare, senza la sicurezza che il Magistrato sia d'accordo"*, contribuendo così a sottolineare come la terza e ultima fase del programma possa essere talora caratterizzata da una accettazione passiva della condizione dettata anche dalla natura delle regole e dalla complessità dei procedimenti burocratici per cui *"non vale la pena cambiare lavoro fino a quando non avrò finito l'affidamento"*.

Rispetto alla *"vita quotidiana"* nell'ultima fase, alcuni intervistati riferiscono che le visite, *"praticamente quotidiane"* dei Carabinieri presso il loro domicilio, sono spiacevoli perché avvengono a ogni ora del giorno e della notte e interrompono il sonno loro e dei loro familiari; ma alcuni hanno aggiunto: *"d'altronde devono fare il loro mestiere..."*.

Ciò che frequentemente hanno riferito i client rispetto a questa fase, soprattutto se erano in affidamento da molto tempo, riguarda una certa *"stanchezza"* nei confronti dei vincoli ovvero delle regole del programma che li condizionano nella gestione della vita quotidiana, familiare e lavorativa.

Rispetto al termine del trattamento i client riferiscono che spesso esso coincide con il termine dell'affidamento, salvo situazioni in cui il Magistrato e

L'assistente sociale dell'UEPE ritengono sia utile e più tutelante dal punto di vista delle ricadute vincolare la persona a un proseguimento del trattamento per un certo periodo. E' comunque il client a decidere o meno il proseguimento del trattamento che può sospendere in qualsiasi momento al termine dell'ordinanza legale.

I client, quando si avvicina il termine dell'affidamento, vengono informati dall'assistente sociale delle modalità con cui verrà loro notificata l'ordinanza (direttamente alla persona e contemporaneamente anche all'assistente sociale).

Per quanto riguarda i contatti tra i due sistemi di trattamento in questa fase, quasi tutti i client hanno riferito di sapere che vengono fatte relazioni periodiche in forma scritta da parte del Dipartimento per le Dipendenze all'UEPE, ma che talvolta tali contatti possono essere semplici telefonate di "aggiornamento". Non conoscevano però i contenuti delle relazioni e quanto esse fossero approfondite rispetto alla situazione personale, né con quale frequenza venissero redatte le relazioni o avvenissero le telefonate; poteva capitare che gli operatori verbalizzassero al client di essersi sentiti tra loro telefonicamente.

In linea generale gli operatori del Dipartimento per le Dipendenze vengono percepiti come accoglienti e disponibili, mentre talvolta gli operatori dell'UEPE sono stati sentiti come "più distaccati e burocratici".

Le aspettative che i client hanno del "dopo" la fine del programma possono essere riassunte nella frase di un intervistato: "mi immagino molto più libero e in grado di fare scelte personali e lavorative diverse, senza dover inoltrare ogni volta le richieste al Magistrato".

I client inoltre sapevano che se avessero voluto decidere di proseguire il trattamento esso sarebbe stato gratuito.

Tutti i client erano a conoscenza del fatto che al termine dell'affidamento non dovevano aspettarsi successivi controlli da parte dell'UEPE o del Dipartimento per le Dipendenze, a parte coloro che, per situazioni particolari (ad esempio: commutazione della sanzione in libertà vigilata o proseguimento del programma di trattamento) avrebbero dovuto continuare a relazionarsi con il sistema trattamentale e/o giudiziario.

La percezione che i client hanno dell'affidamento dall'inizio alla fine e di come questo ha modificato la loro vita è di un percorso di crescita e maturazione, oltre che di possibilità di integrazione sociale e lavorativa.

Una giovane client ha descritto l'affidamento come l'opportunità che le ha salvato la vita - *"se fossi rimasta dentro, non ne sarei uscita viva"* - perché le sue problematiche psicopatologiche erano tali che solo un trattamento residenziale poteva tenerla al sicuro da agiti autolesionistici; inoltre la comunità le ha permesso livelli di cura farmacologica e di psicoterapia che in carcere non poteva avere, oltre alla ricostruzione dei rapporti con i familiari.

Per altri client più anziani e con una carriera delinquenziale tipica del tossicodipendente, la motivazione ad accettare un affidamento era quella di potersi inserire gradualmente nel mondo del lavoro e cambiare stile di vita, *"senza partire da zero, come quando si esce dal carcere dopo la pena"* e hanno riferito che nel corso dell'affidamento sono riusciti a instaurare un buon rapporto con gli operatori dei servizi, tanto da desiderare di continuare ad averli come punto di riferimento anche al termine del programma.

Per tutti la possibilità data dall'affidamento di poter riallacciare i rapporti affettivi con i familiari o un partner è un aspetto molto importante.

La limitazione della libertà dettata dalle regole del programma relative agli orari e agli spostamenti, viene percepita come via via più onerosa nel corso dell'affidamento, mano a mano che la persona si reinserisce socialmente.

A questo proposito, un client afferma: *"i diritti di cui godo sono simili a quelli delle persone libere, ma da un punto di vista pratico la gestione della vita quotidiana è più complessa, poiché ogni decisione deve essere filtrata dall'assistente sociale dell'UEPE e dal Magistrato"*.

Le regole del programma hanno provocato, secondo alcuni, un rallentamento rispetto all'utilizzo di risorse lavorative, formative e personali.

Quasi tutti i client hanno riferito che la loro motivazione non è variata dall'inizio dell'affidamento: non si sono mai "pentiti" della loro scelta e non tornerebbe indietro.

Nel corso dell'affidamento le persone imparano a muoversi meglio all'interno delle richieste e delle regole; ma tutti i client hanno riferito che la disponibilità e la motivazione del client stesso sono fondamentali per il rispetto delle regole per il funzionamento del programma.

Molti di loro riferiscono di essere stati, soprattutto all'inizio, timorosi che qualsiasi piccolo inconveniente potesse farli tornare in carcere, mentre mano a mano che il programma procede, la preoccupazione relativa a questo aspetto diminuisce: hanno capito che il rispetto delle regole è sufficiente per tutelarli dal rientro in carcere e che non c'è discrezionalità o mancanza di professionalità in coloro che li seguono; che non si lasciano andare a interpretazioni sommarie del loro comportamento, ma si rifanno a leggi, regole e principi.

Per quasi tutti non ci sono state sorprese nel corso del programma: la motivazione non è mutata, ma è rimasta stabile, è accaduto quel che si attendevano poiché tutto era stato loro spiegato molto chiaramente sia dagli operatori che dall'avvocato e quindi nulla è stato frainteso; non sono state create false aspettative e pertanto erano pronti ad affrontare le regole del programma senza scontrarsi con esse.

I client riferiscono di cambiamenti significativi nella loro situazione personale dall'inizio alla fine del programma. Un client racconta: *"sono cambiato nei valori e nella stima di me stesso, sono maturato e ho una visione completamente diversa della vita: prima ero un ragazzino sbandato e mi atteggiavo a rapinatore, adesso sono un lavoratore serio, una persona stimata, sono sicuro di me, ho una bella fidanzata, amici e persone che mi stimano"*.

L'affidamento è stato quindi utilizzato, dopo un primo periodo iniziale in cui per alcuni ha prevalso la motivazione a *"non scontare la pena in carcere"*, come strumento per migliorare e *"darsi delle regole"*, *"una possibilità per fermarsi a riflettere sugli errori commessi"*, *"una possibilità di maturazione"*.

Solo un client ha riferito *"delusione e scontento"* in quanto ritiene di non essersi visto offrire possibilità reali per un inserimento nella società: le difficoltà a trovare una dimora e un lavoro che economicamente gli consentisse di pagarsi un affitto vengono imputate alle assistenti sociali che non hanno saputo indirizzarlo adeguatamente e gli hanno creato false aspettative rispetto alle difficoltà che realmente ha incontrato.

Un problema riferito di frequente è però appunto quello dei salari molto bassi che i client realizzano mensilmente, in quanto spesso l'essere assunti in cooperative sociali e con orari a tempo parziale si traduce in un guadagno ai minimi della sussistenza, alla quale riescono a far fronte se dividono le spese di casa con una partner, con amici o con altri familiari.

Alcuni intervistati hanno fatto notare come fonte di disagio i controlli delle urine e i colloqui da effettuare al Dipartimento per le Dipendenze perché il recarsi presso il Dipartimento li mette nella condizione di poter incontrare spacciatori e vecchi amici all'ingresso o all'interno di quel luogo. Per questo motivo alcuni di loro hanno sottolineato l'importanza di studiare situazioni e luoghi diversi in cui i controlli delle urine e i colloqui possano avvenire *"per evitare rischi inutili"*.

Al termine dell'ultima intervista i client hanno ritenuto importanti da riferire agli ideatori della ricerca le seguenti necessità rispetto al funzionamento del sistema QCT:

- una attenta valutazione della motivazione dell'affidando e un successivo adeguato sostegno della sua motivazione nel corso dell'affidamento;
- un adeguato sostegno psicologico che argina, nei momenti di stanchezza, il pericolo di ricadute, di trasgressione delle regole o di abbandono del programma;
- considerare gli affidandi e gli affidati nelle loro "individualità", ovvero mettendo a punto programmi maggiormente ad hoc, personalizzati e seguendoli in maniera più diretta e vis a vis durante l'affidamento, garantendo un rapporto maggiormente

"personalizzato"; a questo proposito una delle intervistate riferisce: "la sensazione è che spesso i tossicodipendenti vengano considerati anche da chi dovrebbe occuparsene come un gruppo indistinto di individui con la medesima problematica e non singole persone con storie e problematiche diverse, con la conseguenza di offrire programmi standard e rapporti standard";

- incrementare e aumentare la disponibilità di personale nel sistema giudiziario, poiché secondo gli intervistati non vi sono le possibilità descritte nel punto precedente proprio per carenza di personale;
- non creare false aspettative nel client, chiarendo ogni passo del programma fin dall'inizio;
- sostenere il client nella ricerca del lavoro all'inizio del programma e nella ricerca di un lavoro più adeguato alle sue esigenze nel corso dell'affidamento;
- premiare i comportamenti adeguati, il rispetto delle regole e la buona condotta del client con una maggiore flessibilità delle regole del programma (orari e luoghi);
- predisporre i contatti tra il client e il Dipartimento per le Dipendenze durante l'affidamento in un luogo diverso da quello frequentato dagli utenti in tossicodipendenza "attiva";
- mettere a disposizione dei client dopo il termine dell'affidamento una "struttura di riferimento" ove rivolgersi per eventuali colloqui di supporto, nel caso un client ne sentisse la necessità.

Rispetto alla durata dell'affidamento i client hanno riportato pareri discordi: c'è chi ha riferito di ritenere lungo un affidamento di quattro anni poiché genera "stanchezza" e chi invece ha riferito di ritenere auspicabile un periodo

di affidamento superiore ai quattro anni, per concedere maggiori possibilità di recupero e reinserimento a coloro che ricevono una condanna.

I professional

Rispetto alla terza fase, la valutazione da parte dei *professional del sistema giudiziario* rispetto a cosa funziona e a cosa non funziona nel sistema QCT è la seguente.

Tutti i legali intervistati in questa fase ritengono che i programmi scelti per i loro clienti siano stati adeguati e abbiano funzionato bene e il recupero della persone sia riuscito. La recidiva, se arriva, è dovuta alla persona e non alla validità del programma. Le ipotesi di revoca nascono per abbandono della comunità o abbandono del programma; altri problemi vengono gestiti all'interno del centro di trattamento e solitamente rientrano senza compromettere l'affidamento.

In questa fase del programma i contatti tra client e avvocato sono sporadici e avvengono per motivi quasi sempre non direttamente riconducibili all'affidamento in corso (saldo della parcella dell'avvocato, altri procedimenti in corso, etc.).

I legali spiegano che la fine del periodo di affidamento avverrà con il fine pena dell'affidato, che coincide con la fine temporale della pena inflitta, quindi il client fino a quel momento sarà tenuto ad osservare tutte le prescrizioni del centro di trattamento ambulatoriale o residenziale (che sono poi le prescrizioni dell'ordinanza di affidamento).

Di seguito ci sarà un'udienza di fronte al Tribunale di Sorveglianza per verificare se, dal punto di vista degli operatori che hanno seguito il caso, il programma ha raggiunto gli obiettivi previsti.

In caso affermativo ci sarà la declaratoria di estinzione pena, se invece gli obiettivi del programma terapeutico non saranno stati raggiunti, e questo dovesse risultare dalle relazioni degli operatori competenti, il Tribunale non si pronuncerà in modo favorevole.

Spesso la durata della pena inflitta non coincide con la durata della pena alternativa e quindi chi deve espiare una pena inferiore alla durata del programma, si trova poi a completare il programma terapeutico per volontà del Tribunale.

Viceversa il programma terapeutico in comunità può essere più breve della pena, e quindi terminato il percorso comunitario la persona deve individuare nuove condizioni per affrontare il periodo di tempo residuo fino alla fine della pena.

Difficilmente capita che si passi da un articolo 94 a un articolo 90, e che quindi si passi alla diversa misura della sospensione della pena residua, terminato un percorso in comunità, proprio in virtù di questo percorso.

I contatti tra i legali e gli operatori del loro stesso sistema in questa fase non avvengono, mentre sono descritti come produttivi i contatti con gli operatori del sistema trattamentale, al quale i legali si rivolgono per segnalare situazioni particolari del client. Tutti questi contatti sono però informali e discrezionali e non determinati da una prassi specifica.

Da modificare, secondo i legali intervistati, sarebbero i lunghi tempi burocratici, semplificando invece alcune procedure relative alla richiesta dell'affidamento.

Positivo potrebbe essere, a loro parere, un maggiore investimento sulla creazione di una alleanza e di una fiducia tra il client e gli operatori, che in talune situazioni potrebbe agevolare lo svolgimento del programma e in altre limitarne le possibilità di fallimento.

Viene segnalato il rischio di fallimento di fronte a programmi concordati su tempi molto lunghi.

Viene inoltre segnalata la necessità di programmi maggiormente individualizzati, che tengano conto di tanti aspetti del client come l'età, il genere, la presenza o meno di figli, la famiglia, gli affetti, la posizione economica, lavorativa, abitativa.

L'assistente sociale dell'UEPE spiega che la differenza tra un client avanzato e un client che è appena entrato in affidamento consiste nel fatto che la gestione di un client avanzato è più difficile a causa della stanchezza rispetto alla coerenza di un progetto. La fase più critica del programma è a metà percorso: *"è un periodo delicato in cui bisogna lavorare molto sulla motivazione e sulle cose fatte"*. Gli inadempimenti che sorgono sono vari e vanno dalla perdita del lavoro alla esecuzione di reati, all'assunzione di droga o al non rispetto di regole del programma.

In questo periodo esiste inoltre la possibilità di ottenere una fine della pena anticipata, e in questo caso bisogna relazionare al Magistrato su tutti gli aspetti che riguardano l'affidato: il lavoro, la famiglia, il reinserimento, la condizione personale.

Porta l'esempio di un client in cui l'inadempimento è sorto dalla difficoltà di gestire il lavoro, la famiglia e il volontariato, portando appunto a disertare quest'ultimo. Una delle giustificazioni addotte dal client è stata quella del cambio della persona di riferimento per l'attività di volontariato e questo ha destabilizzato ulteriormente il client, che ha poi avuto difficoltà a trovare e programmare un altro percorso di volontariato. Inoltre l'assenza dello stesso assistente sociale per il periodo di un mese ha fatto sì che non fosse possibile

sostenere la persona, della quale si sospettava fosse avvenuta in quel periodo una ricaduta nell'uso di sostanze.

Nel caso di ricaduta, in questa fase avanzata, l'assistente sociale deve lavorare con il Ser.T. e parlare con il Magistrato per spiegare che questo client non poteva fare di più e che l'assenza fisica dell'operatore, durata un mese, ha portato a non accorgersi prima di questo momento di difficoltà e a sostenerlo come necessario. Al client, anticipa l'assistente sociale, comunque non verrà revocato l'affidamento, perché per arrivare alla revoca dovrebbe commettere un reato ed essere colto in flagrante.

Secondo l'assistente sociale anche in questa fase il sistema non è adeguato: la monoprofessionalità dell'assistente sociale non è più utile, servirebbero UEPE pluriprofessionali, dove la presa in carico possa essere completa, mentre così com'è zoppica. Il lavoro di équipe porterebbe ad un notevole salto di qualità. Questa critica vale soprattutto per la necessità della presenza di una professionalità come quella dello psicologo all'interno dell'équipe dell'UEPE per la valutazione e la presa in carico del caso. I problemi di "stanchezza e di fatica psicologica" degli affidati sarebbero così meglio sostenuti.

L'affidamento troppo lungo è spesso causa di stanchezza e rischio di trasgressione delle regole. Ciò viene avvertito dagli affidati soprattutto nell'ultima fase del trattamento.

Per migliorare il sistema, l'intervistato introdurrebbe la possibilità almeno di confrontarsi con altre professionalità, per scambiare pareri sulle decisioni da prendere. L'intervistato infatti afferma di sentirsi "solo" nelle decisioni da prendere, e che più di una volta avrebbe voluto poter consigliarsi con altri professionisti.

Rispetto alla terza fase, la valutazione da parte dei *professional del sistema trattamentale* rispetto a cosa funziona e a cosa non funziona nel sistema QCT è la seguente.

Secondo gli educatori del Dipartimento per le Dipendenze anche in questa fase la procedura che viene messa in atto con i QCT client è una procedura codificata e consolidata nel tempo. L' "incontro" con un Magistrato attento, sensibile e disponibile, rende possibile risolvere eventuali momenti di crisi dell'affidato senza incorrere in revoche del programma e facendo presente l'adeguatezza di particolari richieste del client. In tal senso, a volte, la costruzione di una rete di relazioni anche informale, che può consentire contatti telefonici diretti, contribuisce maggiormente alla risoluzione di un problema.

Secondo gli intervistati, alcune comunità terapeutiche lavorano molto bene con gli affidati, realizzando un lavoro importante e approfondito sulla loro condizione personale e motivandoli a un reale cambiamento.

Rispetto al programma, gli intervistati riferiscono di avere l'obbligo, anche in questa fase, di verificare il rispetto delle regole che lo caratterizzano.

In alcuni casi, ma non in tutti, viene riferita una buona sinergia con i colleghi del sistema giudiziario e del sistema trattamentale: laddove gli altri operatori lo consentano vi sono continui scambi di informazioni sul client e sull'andamento del programma.

L'operatore del Dipartimento per le Dipendenze è responsabile rispetto al proprio intervento trattamentale sia in quanto ha l'obbligo di fornire informazioni al sistema giudiziario e rispettare i tempi previsti dalla legge, sia in quanto deve fornire sostegno al client. Non ha invece responsabilità di fronte a eventuali ricadute del client.

Secondo gli intervistati eventuali problemi che il client può incontrare sono legati alla pericolosità dell'ambiente sociale che lui potrebbe riprendere a frequentare una volta terminato l'affidamento, con il rischio così di ricadute e ripresa dell'attività criminosa.

Rispetto a quanto evidenziato, gli operatori sottolineano l'importanza di:

- incrementare il coordinamento e i contatti tra i sistemi giudiziario e trattamentale;
- incrementare la rete territoriale anche, in un primo momento, in modo informale;
- individuare comunità terapeutiche in grado di "lavorare bene" con gli affidati e ridurre quindi il rischio di fallimento dei programmi;
- impostare, negli affidamenti con trattamento ambulatoriale, un buona alleanza con il client e una efficace relazione di sostegno;
- individuare inserimenti lavorativi adeguati per i client sia in affidamento ambulatoriale che residenziale.

Secondo lo psicologo del Dipartimento per le Dipendenze che opera in carcere, i termini "accompagnamento" e "accoglienza" che attualmente caratterizzano le fasi di trattamento sono sì termini più "affettivi", ma allo stesso tempo sono aspetti nella realtà, nella pratica, poco curati. Soprattutto per quel che riguarda la fase finale del programma QCT, sulla carta i programmi sono ottimi, ma nella realtà dei fatti, i client vengono spesso abbandonati a se stessi e il termine "accompagnamento" allora si svuota di significato.

I programmi andrebbero costruiti sulle necessità della persona e modificati nel corso dell'affidamento sempre in base alle necessità della persona. Il

modificarli dovrebbe essere meno complesso da un punto di vista burocratico. Le regole, anche quelle della comunità terapeutica, dovrebbero tener conto dell'età della persona e delle sue esigenze. Spesso invece in comunità una regola è uguale per tutti, mentre è diversa la condizione di ciascuno e questo, soprattutto con le persone di una certa età, diviene difficile da giustificare.

Secondo l'intervistato dovrebbe esistere un rapporto più stretto tra il Dipartimento per le Dipendenze e la comunità terapeutica e dovrebbero essere previste riunioni d'équipe per i casi. L'efficacia terapeutica viene così diminuita e, nel caso degli affidamenti, si perdono delle opportunità di trattamento importanti.

Nel caso ad esempio della fase del reinserimento al termine del percorso comunitario, i ragazzi talvolta si trovano soli, in quattro o cinque in un appartamento, senza controllo di operatori e senza un lavoro più puntuale da parte della comunità rispetto al reinserimento lavorativo; questa situazione spesso causa ricadute.

In sintesi, la gestione dei casi lasciata in mano alle sole comunità non consente un'efficacia terapeutica e comporta che gli operatori delle altre istituzioni debbano in un qualche modo accettare l'operato della comunità senza poter intervenire e arrivando talvolta *"quando il latte è già versato"*.

Gli operatori delle comunità, aggiunge l'intervistato, spesso non sono *"personale selezionato"*, ma giovani laureati senza esperienza e senza formazione adeguata, lasciati a se stessi nella gestione di situazioni complesse e di utenti con magari vent'anni più di loro. La loro inesperienza, anche relazionale, è spesso fatale ai clienti e non è sicuramente una garanzia di trattamento efficace. Anche *"il fatto di usare una rete informale di relazioni e non invece una prassi più codificata, lascia spesso gli interventi al caso da parte delle équipe"*. Inoltre *"ogni comunità ha le proprie tradizioni organizzative"* e questo crea

confusione sia al client che agli operatori esterni". Secondo l'operatore un momento di confronto con altre istituzioni e sistemi consentirebbe alle comunità terapeutiche di rivedere alcune regole attraverso appunto il confronto con la "visione" degli altri operatori.

Per quanto riguarda ciò che si potrebbe migliorare o modificare, l'intervistato segnala la necessità di:

- supervisioni inter-équipe per tenere sotto controllo eventuali scelte personali degli operatori che talvolta possono compromettere l'affidamento del client;
- maggiore specializzazione delle comunità terapeutiche;
- un reale accompagnamento da parte dei servizi nel percorso di reinserimento lavorativo;
- incrementare i contatti tra operatori dei diversi sistemi;
- messa a punto di programmi maggiormente "ad hoc" sul client e maggiormente flessibili nel corso del loro svolgimento;
- offrire sostegno e continuità terapeutica anche al termine del programma.

Conclusioni della rilevazione qualitativa

L'analisi delle 42 interviste condotte⁴⁵ ha consentito di evidenziare diversi aspetti del funzionamento del sistema delle misure alternative per tossicodipendenti in Italia (sistema QCT).

Le caratteristiche dello "stile operativo" italiano sono principalmente riconducibili al fatto che il sistema QCT risponde al controllo del sistema giudiziario.

Il Magistrato di Sorveglianza viene rappresentato da tutti, utenti (client), operatori e professionisti (professional), come una autorità reale, personificata, che detta regole e limiti imprescindibili, che "accorda", "permette" e "concede" ma che allo stesso tempo "revoca", "sanziona", "punisce". L'assistente sociale del sistema giudiziario (UEPE) controlla e monitora il programma e viene talora percepito come "distaccato", "lontano", "burocraticizzato".

A parere degli intervistati un buon programma può essere realizzato non solo all'interno di un centro di trattamento residenziale, ma anche nel territorio, attraverso un centro di trattamento ambulatoriale, all'interno quindi di una "comunità", intesa non nel senso di comunità terapeutica, composta da una rete di relazioni, e di un "territorio", sul quale tali relazioni vengono agite. La comunità e il territorio, a parere degli intervistati, possono fornire reali, immediate e concrete opportunità di reinserimento per la persona tossicodipendente, che può così sperimentare da subito la propria efficacia.

⁴⁵ Come riportato nella descrizione metodologica della rilevazione qualitativa, gli intervistati erano 8 client e 6 professional per ognuna delle tre fasi individuate dalla ricerca.

Le relazioni tra i vari attori istituzionali si realizzano attraverso una modalità di collaborazione "top-down", dove le decisioni vengono prese a un livello gerarchicamente superiore rispetto a chi poi le mette in atto.

La durata dell'affidamento è prestabilita per legge ed è ritenuta, a livello europeo, di medio-lungo termine (al momento della rilevazione la durata massima è di 4 anni). Il termine dell'affidamento avviene solo su disposizione del Magistrato, sentito il parere dell'UEPE, che a fine programma predispone una relazione da inviare appunto al Magistrato.

Durante l'affidamento può succedere che il client passi dal trattamento in comunità (residenziale) al trattamento nel territorio (ambulatoriale) qualora ne faccia richiesta e se il Magistrato ritiene la sua motivazione sufficiente e la sua condizione adeguata. Viene ben visto (e favorevolmente valutato) dal Magistrato un proseguimento del trattamento terapeutico (soprattutto residenziale) anche dopo il termine del programma QCT: questi elementi sono percepiti come a tutela della persona tossicodipendente, ma sono, d'altro canto, anche a tutela della società che riaccoglie la persona.

Gli intervistati individuano come elementi fondamentali di un programma il "trattamento", "il reinserimento lavorativo", "il reinserimento sociale" (che avviene in primis attraverso attività di volontariato): sono passaggi obbligatori per giungere alla rieducazione e riabilitazione della persona.

Durante il programma la persona viene "monitorata" e vengono redatte relazioni periodiche su di essa (per esempio, dalla comunità che poi le invia al Dipartimento per le Dipendenze e al Magistrato, dall'assistente sociale al Magistrato), confermando il funzionamento "top-down" del sistema giudiziario e di tale sistema nei confronti di quello trattamentale.

La trasgressione delle regole viene "punita" con la revoca dell'affidamento, anche se una certa flessibilità consente di valutare caso per caso eventuali ricadute o trasgressioni e la concessione di "un'altra possibilità".

La compliance al trattamento e quindi al programma da parte del client può essere continuamente valutata e risulta riconosciuta e premiata da parte del sistema con una certa flessibilità delle regole del programma nell'approssimarsi al suo termine.

Secondo i professional intervistati le informazioni tra i sistemi giudiziario e trattamentale non circolano sempre in modo adeguato e sufficiente. Le comunicazioni non sono sempre tempestive e sufficientemente ricche di particolari da consentire a ogni istituzione coinvolta (e ai relativi operatori) di poter svolgere in modo efficace il proprio compito.

Viene evidenziata la mancanza di una rete di collegamento valida ed efficace che permetta appunto una circolazione delle informazioni tempestiva, efficace, adeguata. Talvolta viene sottolineata settorialità e scarsa concertazione degli interventi: ciò si ripercuote in parte sulla compliance del client al trattamento e sul rispetto delle regole del programma.

Molta parte del lavoro degli operatori si basa su una rete di contatti informali e su prassi informali consolidate ma, appunto, non formalizzate e che spesso quindi sono "a discrezione" degli operatori.

Lo stile operativo italiano presenta quindi i seguenti vantaggi:

- una relativa "flessibilità";
- è altamente vincolante per il client, che viene responsabilizzato e obbligato ad accettare il concetto di "trattamento";

- la rete informale tra le istituzioni può offrire opportunità aggiuntive al client.

Lo svantaggio evidenziato riguarda invece la "discrezionalità" spesso presente nell'agire degli operatori e quindi delle Istituzioni coinvolte.

Conclusioni: le QCT funzionano?

Una volta inseriti in un programma QCT (misure alternative alla pena), i soggetti del gruppo di ricerca (tossicodipendenti che in alternativa alla detenzione stanno svolgendo un programma terapeutico) mostrano assenza di recidive nel tornare a commettere reati, così come nell'uso di sostanze.

La condizione di salute fisica e psichica rimane stabile rispetto alla condizione precedente (i soggetti, provenendo da una situazione protetta come il carcere, hanno potuto avere a disposizione cure mediche e trattamenti psicologici a differenza dei soggetti tossicodipendenti in libertà).

Ciò che invece mostra una effettiva significatività è il reinserimento sociale. A seguito del programma QCT i soggetti ottengono una indipendenza da terzi, aumentano i giorni lavorativi, il guadagno negli ultimi trenta giorni e la modalità di impiego abituale passa da lavori che non permettono l'indipendenza economica a occupazioni che consentono di percepire un certo reddito e quindi di raggiungere l'autosufficienza.

Una buona integrazione sociale, intendendo con questa anche una certa indipendenza economica, ottenibile attraverso un lavoro sicuro e regolare, è perciò l'aspetto più desiderato quando si intraprende il programma terapeutico (aspetto emerso anche dall'analisi qualitativa delle interviste fatte ai soggetti) e quello che poi sembra realmente raggiungersi alla fine del trattamento. Quest'aspetto dà quindi prova della reale utilità dei programmi QCT e viene confermato anche dai dati qualitativi che lo presentano tra le priorità dei programmi stessi.

I soggetti del gruppo di controllo (tossicodipendenti che senza alcun obbligo di legge stanno svolgendo un programma terapeutico) mostrano, quando rimangono all'interno del programma di trattamento, assenza di reati, significativa diminuzione dell'uso di sostanze e miglioramento della

condizione di salute psichica. Per il gruppo di controllo infatti vi è una significativa diminuzione dei problemi psichici tra la prima rilevazione e le successive; ciò si verifica in quanto tali soggetti, a differenza di quelli del gruppo di ricerca che si trovavano in carcere, provengono da situazioni non monitorate. La presa in carico da parte delle strutture ha quindi un effetto positivo sulla loro salute mentale.

Per quanto riguarda il reinserimento sociale, anche il gruppo di controllo è soggetto ad un effetto significativo dovuto al trattamento, con un andamento simile a quello del gruppo di ricerca.

Per quanto riguarda la permanenza nel programma di trattamento non vi sono differenze statisticamente significative tra i due gruppi.

Per entrambi i gruppi all'aumentare del numero di giorni in trattamento, diminuisce la probabilità di abbandonare quest'ultimo.

Per quanto riguarda il tipo di trattamento, i trattamenti residenziali sembrano garantire maggiormente la ritenzione; i trattamenti non residenziali garantiscono comunque un'efficacia anche se in misura minore.

La caratteristica principale dello "*stile operativo*" dei sistemi QCT in Italia, così come rilevato dall'analisi delle interviste qualitative, risiede nel fatto che il detentore del controllo del programma è il sistema giudiziario.

Sia secondo le persone in alternativa alla pena che secondo i professionisti appartenenti al sistema giudiziario e al sistema di trattamento (intervistati in tre momenti diversi della ricerca, ovvero all'inizio del programma, in itinere, all'approssimarsi della fine dello stesso) i programmi QCT offrono una valida alternativa alla carcerazione, anche se presentano, nell'operatività reale, degli aspetti che andrebbero modificati e/o migliorati.

Una caratteristica (coincidente con i risultati emersi dall'analisi quantitativa) è che un buon programma può essere realizzato non solo all'interno di un servizio di trattamento residenziale, ma anche attraverso un trattamento ambulatoriale, nel territorio, qualora sia presente una rete che può fornire reali, immediate e concrete opportunità di reinserimento per la persona tossicodipendente.

Le priorità che il sistema indica all'interno di un programma QCT riguardano il "trattamento", "l'inserimento lavorativo", "l'inserimento sociale" (proposto in un primo momento attraverso attività di volontariato), la rieducazione o riabilitazione della persona (nei dati quantitativi il "trattamento" influenza positivamente il "reinserimento").

Durante il programma la persona viene "monitorata": la compliance al trattamento e quindi al programma da parte dell'individuo è continuamente valutata e risulta riconosciuta e premiata da parte del sistema.

Lo stile operativo italiano sembra quindi presentare i seguenti vantaggi:

- 1) una relativa "flessibilità";
- 2) è altamente vincolante per la persona, che viene responsabilizzata e obbligata ad accettare il concetto di "trattamento";
- 3) la rete informale tra le istituzioni del/nel territorio offre ulteriori possibilità all'individuo.

Lo svantaggio evidenziato riguarda invece la "discrezionalità" spesso presente nell'agire degli operatori e quindi delle istituzioni coinvolte. Secondo gli intervistati le informazioni tra i sistemi (giudiziario e trattamentale) e anche all'interno degli stessi sistemi non circolano in modo adeguato così da consentire a ogni istituzione coinvolta di poter svolgere il proprio compito al pieno delle proprie potenzialità.

Viene evidenziata talora la mancanza di una rete di collegamento valida ed efficace che permetta appunto una circolazione delle informazioni tempestiva e adeguata e una concertazione degli interventi rispetto al singolo caso trattato. Ciò, secondo gli operatori, si ripercuote, in parte, sulla compliance del soggetto al trattamento e sul rispetto delle regole del programma.

Molta parte del lavoro si basa invece su una rete di contatti e prassi informali sebbene consolidati e spesso ben funzionanti ma che, appunto, non sono formalizzate, ma sono "a discrezione" degli operatori.

Gli operatori e i soggetti intervistati indicano le seguenti soluzioni ai problemi presenti attualmente:

- lo studio da parte dei Dipartimenti per le Dipendenze di programmi QCT maggiormente individualizzati, studiati ad hoc sulla specifica storia della persona e sulle sue risorse (personali, familiari, sociali, economiche, lavorative, etc.) e quindi non "standard";
- lo sviluppo di servizi pluri-professionali, accantonando una modalità mono-professionale fino ad ora utilizzata ;
- la presenza costante di una équipe che funzioni come riferimento per la persona e che sappia intervenire appropriatamente riconoscendo le necessità dell'individuo;
- l'implementazione del lavoro di rete, attraverso lo sviluppo di protocolli;
- una maggiore integrazione tra le istituzioni e il territorio che consenta di incrementare le opportunità di inserimento lavorativo e sociale della persona, opportunità che appaiono fondamentali per la buona riuscita del programma QCT.

Dall'analisi quantitativa e qualitativa è emersa, quindi, la positività di molti aspetti del programma QCT, con utili indicazioni su alcuni nodi focali che

dovrebbero essere studiati con maggior attenzione per ottenere risultati ancora migliori.

BIBLIOGRAFIA

A - del contributo di Alex Stevens

- Baas, N.J. (1998). *Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV)*. Den Haag, WODC: Ministerie van Justitie.
- Belenko, S. (2001). *Research on Drug Courts: A Critical Review 2001 Update*. New York: National Centre on Addiction and Substance Abuse.
- Bieleman, B., Biesma, S., Jetzes, M., Jong, A.d., & Valk, V.d. (2002). *Opgevangen onder drang. Evaluatie SOV-drang in Rotterdam Groningen: Intraval*
- Buchanan, J., & Young, L. (2000). The War on Drugs - a war on drug users? *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 7(4), 409-422.
- Chambliss, W.J. (1973). The Roughnecks and the Saints. *Society* (November/December), 24-31.
- Cohen, J. (1985). *Visions of Social Control* Cambridge, Polity Press
- Deitch, D., Koutsenok, I., & Ruiz, A. (2000). The relationship between crime and drugs: What we have learned in recent decades. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(4), 391-397.
- Eley, S., Gallop, K., McIvor, G., Morgan, K., & Yates, R. (2002). *Drug Treatment and Testing Orders: Evaluation of the Scottish Pilots*. Edinburgh: Scottish Executive Central Research Unit.
- EMCDDA (2003). *Treating drug users in prison - a critical area for health-promotion and crime-reduction policy. Drugs in Focus No. 7*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2005). *Annual report 2005: Selected issue 2. Alternatives to imprisonment - targeting offending problem drug users in the EU* Lisbon: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction
- General Accountability Office (2005). *Adult Drug Courts: Evidence Indicates Recidivism Reductions and Mixed Results for Other Outcomes*. GAO-05-219. Washington, DC: General Accountability Office.
- Gestel, B.v. (1999). *Tussen straat en kliniek. Evaluatie van vier intramurale motivatiecentra voor harddrugsverslaafden* Amsterdam: Regioplan Stad en Land
- Goldstein, P. (1985). The drugs-violence nexus: A tripartite framework. *Journal of Drug Issues*, 15, 493-506.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Treacy, S. (2002). Change and stability of change after treatment of drug misuse 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK). *Addictive Behaviors*, 27(2), 155-166.

- Grichting, E., Uchtenhagen, A., & Rehm, J. (2002). Modes and impact of coercive inpatient treatment for drug-related conditions in Switzerland. *European Addiction Research* (8), 78-83.
- Heckmann, W. (1997). Schwedische Gardinen: Zur Tradition der Zwangsbehandlung Suchtkranker und -gefährdeter in Schweden. *Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 43(3).
- Hoffman, M.B. (2000). The Drug Court Scandal. *North Carolina Law Review*, 76.
- Hough, M. (2002). Drug user treatment within a criminal justice context. *Substance Use & Misuse*, 37(8-10), 985-996.
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G., & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 125-134.
- Koeter, M. (2002). *Vroeghulp aan verslaafden. Het effect van de Vroeghulp Interventie Aanpak op criminele recidive en verslavingsgedrag*. Amsterdam: Amsterdam Institute of Addiction Research
- Lurigio, A.J., & Schwartz, J.A. (1999). The nexus between drugs and crime: theory, research and practice. *Federal Probation*, 63, 67-72.
- Martin, S.E., Maxwell, C.D., White, H.R., & Zhang, Y. (2004). Trends in alcohol use, cocaine use, and crime: 1989-1998. *Journal of Drug Issues*, 34(2), 333-359.
- National Center on Addiction and Substance Abuse (2003). *Crossing the Bridge: An Evaluation of the Drug Treatment Alternative-to-Prison (DTAP) Program. A CASA White Paper*. New York: National Center on Addiction and Substance Abuse, Columbia University.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1998). *Realistic Evaluation* London: SAGE Publications
- Prendergast, M.L., Podus, D., Chang, E., & Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 53-72.
- Projektgruppe Rauschmittelfragen (1991). *Forschungsprojekt "Amsel". Abschlussbericht Band 1* Frankfurt/Main: Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
- Rolles, S., Kushlick, D., & Jay, M. (2004). *After the war on drugs: Options for control*. London: Transform Drug Policy Foundation.
- Schalast (2000). Rückfälle während der Behandlung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. *Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 46(2).
- Sickinger (1994). *Ausstieg aus der Heroinabhängigkeit* Freiburg: Lambertus Verlag
- Spicer, K., & Glicksman, A. (2004). *Adult conviction: results from the 2001 cohort. Home Office Online Report 59/04*. London: Home Office.
- Turnbull, P.J., McSweeney, T., Webster, R., Edmunds, M., & Hough, M. (2000). *Drug Treatment and Testing Orders: Final Evaluation Report* London: Home Office.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., & Stephen, T. (1997). Programme for a medical prescription of narcotics: a synthesis of results. *European Addiction Research*, 3(4), 160-163.

- Van den Brink, W., Hendriks, V.M., Blanken, P., Koeter, M.W., van Zwieten, B.J., & van Ree, J.M. (2003). Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 327(7410), 310.
- Vermeulen, K.T., Hendriks, V.M., & Zomerveld, R. (2000). *Drangbehandeling in Den Haag: Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van het behandelprogramma Triple-Ex voor justitiabele verslaafden* Den Haag: Parnassia Addiction Research Centre
- Welsch (2001). Suchthilfestatistik 2000 in Deutschland. *Sucht Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*.(Neuland Verlag), Geesthacht.
- Welte, J.W., Zhang, L.N., & Wiczorek, W.F. (2001). The effects of substance use on specific types of criminal offending in young men. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 38(4), 416-438.
- Werdenich, W., Waidner, G., & Trinkl, B. (2004). Quasi-Compulsory Treatment of Drug Dependent Offenders - A Description of Existing Systems. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 1, 71-78.
- Young, J. (2004). Voodoo criminology and the numbers game. In J. Ferrell, K. Hayward, W. Morrison, & M. Presdee (Eds.), *Cultural Criminology Unleashed*. London: Glasshouse Press.

B - del contributo di Kerralie Oeuvcay

- Brochu, S. & Schneeberger, P. (1981). "L'impact des contraintes judiciaires dans le traitement de la toxicomanie." 68. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT), 1999.
- Gottheil, E., McLellan, A. T., et al., *Matching Patient Needs and Treatment methods in Alcoholism and Drug Abuse*, Springfield, Thomas.
- Landry, M., Lamarche, P., et al. (1995). "L'alcoolisme et les autres toxicomanies." In *Traité des problèmes sociaux*, éd. par DUMONT, F., LANGLOIS, S. & MARTIN, Y., 179-195. Québec, Institut québécois de recherches sur la culture.
- Miller, W. R. M. (1989). "Matching Individuals with Interventions." In *Handbook of Alcoholism Treatment Approches Effective Alternatives*, éd. par MILLER, W. R. & Hester, R. K. New York, Pergamon.
- Setbon, M. (2000). *L'Injonction thérapeutique. Evaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés*, Paris, CNRS - GAPP.
- Simmat-Durand, L. & Rouault, T. (1997). "Injonction thérapeutique et autres obligations de soins", *Toxibase Dossiers*, 1-28.
- Stevens, A., Berto, D., et al., "The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: results from a European study of quasi-compulsory treatment", *European Addiction Research* Accepted for forthcoming publication.

C - della parte seconda e terza

- A.a.V.v. (maggio 1998) .Le misure alternative alla detenzione. Mediazione penale, CSSA, enti locali, volontariato. Le disposizioni europee, alternative per i minori negli USA. Esperienze a Padova, Venezia, Firenze e Roma, in *Politiche sociali*, Anno III, n. 1-2.
- Aa. Vv. (2000) Nuovi strumenti europei per la ricerca sugli esiti del trattamento: affidabilità del "Maudsley Addiction Profile" (MAP ERIT-Version) e del "Treatment Perceptions Questionnaire" (TPQ) in Italia, Spagna e Portogallo, in *Personalità/Dipendenze*, vol. 6, fasc. II, 49-60 (<http://www.pol-it.org/ital/riviste/personalita/mars.htm>).
- Aa. Vv. (28-30 novembre 2000). I nuovi fenomeni, le nuove droghe e la riorganizzazione dell'intervento, in *Atti della III Conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope*, Genova, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali (<http://www.genovaduemila.it>).
- Aa. Vv. (dicembre 2000). Analisi di un progetto a bassa soglia all'interno del Ser.T. "Lo spazio Medina", in *Dal dire al fare*, n. 3.
- Aa. Vv. (2001). Lo studio pilota di VEdeTTE 2: risultati preliminari e primo bilancio, in: Faggiano F. (a cura di), *OED (Osservatorio Epidemiologico Dipendenze) Piemonte - Rapporto 2001*, Torino.
- Aa. Vv. (2001). Lo studio VEdeTTE in Piemonte: rapporto sul seminario di presentazione dei primi risultati, in: Faggiano F. (a cura di), *OED (Osservatorio Epidemiologico Dipendenze) Piemonte - Rapporto 2001*, Torino.
- Amato G., Fidelbo G. (1994). Interventi preventivi, curativi e riabilitativi, in *La disciplina penale degli stupefacenti*, Edizione Giuffrè, Milano.
- Amato G., Fidelbo G. (1994). La disciplina processuale per il tossicodipendente, in *La disciplina penale degli stupefacenti*, Edizione Giuffrè, Milano.
- Associazione Antigone (2000). Primo rapporto Nazionale sulle condizioni di detenzione. Tra dentro e fuori: le misure alternative al carcere, in *Il carcere trasparente*. Edizione Castelvecchi.
- Azzaro Pulvirenti R. (2002). Bioetica e droga: quale rilievo hanno gli aspetti etici?, in *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 38 (3), 217-222.
- Bandini T., Francia A., Ragazzi M. (aprile-luglio 1992). Considerazioni criminologiche sugli aspetti terapeutici e sanzionatori previsti dalla nuova normativa italiana in tema di stupefacenti, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, Anno III, n. 2-3.
- Bargagli A.M., Piras G., Faggiano F., Versino E. (ottobre 2000). Vedette. Studio nazionale per la Valutazione dell'Efficacia dei Trattamenti per la Tossicodipendenza da Eroina, *Monografia n. 1, Protocollo e stato dell'arte*.

- Beconi A., Ferrannini L. (1986). Problemi di applicazione delle misure alternative alla detenzione del tossicodipendente, in *Questione Giustizia*, Anno V, n. 4.
- Belotti Valerio (a cura di). (2004). *Valutare il lavoro. Per una lettura critica degli inserimenti lavorativi dei soggetti in stato di dipendenza in Italia*. Guerini e Associati, Milano.
- Buffa P. (1993). Le aree conoscitive sottoposte alla valutazione del Tribunale di sorveglianza in materia di affidamento in prova al Servizio sociale di soggetti alcool e tossicodipendenti (art. 47bis O. P.): individuazione delle variabili significative nell'ambito del materiale istruttorio che correla l'istanza di affidamento, in *Tossicodipendenza e Aids, Atti del Seminario interprofessionale per il personale penitenziario*, Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ministero di Grazia e Giustizia, Verbania.
- Cacciavillani I. (1998). I principi e i presupposti, in *Il trattamento giuridico riabilitativo nella tossicodipendenza*, Edizione Signum.
- Cacciavillani I. (1998). Il procedimento amministrativo, in *Il trattamento giuridico riabilitativo nella tossicodipendenza*, Edizione Signum.
- Cacciavillani I. (1998). Il procedimento penale, in *Il trattamento giuridico riabilitativo nella tossicodipendenza*, Edizione Signum.
- Cacciavillani I. (1998). Introduzione, in *Il trattamento giuridico riabilitativo nella tossicodipendenza*, Edizione Signum.
- Cafiero M. (2002). Spiragli di luce. Ricominciamo a parlare di recupero per i tossicodipendenti detenuti, in *Progetto Uomo*, Anno V, n. 12.
- Canterini M. (1998). Le comunità per i tossicodipendenti e per gli anziani, in *L'educatore tra professionalità pedagogica e responsabilità sociale*, Edizione La Scuola.
- Celenza F., Marugo M.I. (ottobre 1992). La revoca dell'affidamento in prova al servizio sociale: una ricerca sull'attività del Tribunale di Sorveglianza di Genova, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, Anno III, n. 4.
- Cerasella E. (1994). Competenze e criteri di raccordo e coordinamento tra le varie istituzioni dello Stato, in *La disciplina giuridica della tossicodipendenza dal regolamento del 1929 al dpr. 171 del 1993*, Edizione Cedam.
- Cerasella E. (1994). Il gruppo Pompidou, in *La disciplina giuridica della tossicodipendenza dal regolamento del 1929 al dpr. 171 del 1993*, Edizione Cedam.
- Coluccia A., Marzi A. (1992). Le nuove linee di tendenza della politica criminale italiana in tema di sostanze stupefacenti, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, Anno III, n. 4.
- Coluccia A. (1993). Il ruolo della comunità terapeutica nella cura e nella riabilitazione della tossicodipendenza: la ricerca in comunità terapeutica, in *Tossicodipendenza e percorsi terapeutici: esperienze a confronto*, Edizione Cedam.
- Coluccia A. (1993). Introduzione, in *Tossicodipendenza e percorsi terapeutici: esperienze a confronto*, Edizione Cedam.

- Coluccia A. (1993). L'alternativa sanitaria e il consumatore di sostanze stupefacenti: momenti di riflessione, in *Tossicodipendenza e percorsi terapeutici: esperienze a confronto*, Edizione Cedam.
- Croce M. (agosto/settembre 1993). Approcci alla devianza, in *Animazione sociale. Cura e riabilitazione dei tossicodipendenti e/o alcol dipendenti coinvolti nell'area penale. Linee di indirizzo, convenzioni, protocolli operativi*, Ministero di Giustizia, Commissione Nazionale consultiva e di coordinamento per i rapporti con le regioni e gli enti locali, Roma marzo 1994.
- De Vero G., Siracusano P. (1996). Sanzioni amministrative e penali nella repressione del traffico di stupefacenti, in *Droga: problemi vecchi e nuovi, Atti del XXIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Sociale e del III convegno della Società Siciliana di Criminologia*, Istituto Italiano di Medicina Sociale Editore, Roma.
- Dipartimento delle Dipendenze, Arezzo 1996. Tossicodipendenza tra controllo sociale e aiuto alla persona. Verso nuove strategie di collaborazione, in *Atti*, Prefettura di Arezzo, Azienda Usl 8
- Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia dell'Università degli Studi di Torino (1998), *Studio VEdeTTE*, newsletter, a. 1, n. 1, (www.studio-vedette.it).
- Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia dell'Università degli Studi di Torino (1998), *Studio VEdeTTE*, newsletter, a. 1, n. 2, (www.studio-vedette.it).
- Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia dell'Università degli Studi di Torino (1999), *Studio VEdeTTE*, newsletter, a. 2, n. 1 e n.2, (www.studio-vedette.it).
- Faggiano F. Ruschena M. (a cura di). (1999). *Rapporto n. 2 agosto 1999*. Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze - Regione Piemonte.
- Farina B., Janiri L, Trattamento farmacologico delle ricadute nella dipendenza da Alcol, in *Personalità / Dipendenze* (<http://www.pol-it.org/ital/farina.htm>).
- Farrel M. (1994). Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review, *Br Med J*; 309:997-1001.
- Fea M. (28-30 novembre 2000) Etica, responsabilità terapeutica, organizzazione del sistema di cura: un'esplorazione di confini, in *Atti della III Conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope*, Genova, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali (<http://www.genovaduemila.it>).
- Ferranti D., Pascolini A., Piretti M., Rossi A. (a cura di). (1991). Gli interventi di prevenzione e recupero tra amministrazione e giurisdizione, in *Testo unico delle leggi in materia di stupefacenti. Un'analisi critica*, Edizione Giuffrè, Milano.
- Foà D. (a cura di). (1999). Controllo sociale attenuato o social support rinforzato? La problematica degli arresti domiciliari, in *Che faccio io qui. Quando giudicato è un tossicodipendente. Una guida chiara per operatori della giustizia, della sicurezza e della cura*, Edizione Franco Angeli, Milano.
- Foà D. (a cura di). (1999). I dati quantitativi, in *Che faccio io qui. Quando giudicato è un tossicodipendente. Una guida chiara per operatori della giustizia, della sicurezza e della cura*, Edizione Franco Angeli, Milano.

- Foà D. (a cura di). (1999). Oltre le sbarre? Una proposta, un progetto, un servizio di connessione tra pena, sicurezza e continuità delle cure, in *Che faccio io qui. Quando giudicato è un tossicodipendente. Una guida chiara per operatori della giustizia, della sicurezza e della cura*, Edizione Franco Angeli, Milano.
- Foà D. (a cura di). (1999). Orientamenti legislativi e sperimentazione sul campo, in *Che faccio io qui. Quando giudicato è un tossicodipendente. Una guida chiara per operatori della giustizia, della sicurezza e della cura*, Edizione Franco Angeli, Milano.
- Foà D. (a cura di). (1999). Zona franca o punto di scambio? Organizzazione e funzionamento del Servizio Tossicodipendenze all'interno del Palazzo di Giustizia di Milano, in *Che faccio io qui. Quando giudicato è un tossicodipendente. Una guida chiara per operatori della giustizia, della sicurezza e della cura*, Edizione Franco Angeli, Milano.
- Gerra G., Zaimovic A., Zimbelli U., Maria Emanuela Timpano. (2000). Alle radici della dipendenza: condizioni predittive e correlati biologici, in *Medicina delle Tossicodipendenze*, anno VIII, n. 26-27.
- Giasanti Alberto (a cura di). (2004). *Le misure alternative al carcere*. Franco Angeli, Milano.
- Giraud E., Lo stato attuale della tossicodipendenza in Italia, in *Inserimenti lavorativi di soggetti detenuti tossicodipendenti in misura alternativa. Analisi e valutazione delle borse lavoro progettate dal Centro di Servizio Sociale per Adulti di Cuneo nell'anno 1998-99*. (<http://www.ristretti.it>)
- Giraud E., Criminogenesi delle sostanze stupefacenti, in *Inserimenti lavorativi di soggetti detenuti tossicodipendenti in misura alternativa. Analisi e valutazione delle borse lavoro progettate dal Centro di Servizio Sociale per Adulti di Cuneo nell'anno 1998-99*. (<http://www.ristretti.it>)
- Giusti G., Bacci M., Bordini E., Stocchi A. (aprile-luglio 1992). Studio prospettico sulle complicanze mediche e sulle carriere criminali di un gruppo di tossicodipendenti in trattamento metadonico, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, Anno III, n. 2-3.
- Grassi M. C., Pisetzky F., Nencini P. (2000). L'approccio tossicologico alla clinica delle tossicodipendenze: scelta ragionata delle scale di intensità della dipendenza, in *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 36 (1), 3-8.
- Iannitelli A., Castra R., Antenucci M. (2002). Doppia diagnosi o comorbidità? Definizioni e osservazioni cliniche, in *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 38 (3), 233-239.
- Jarre P., Salamina G. (a cura di). (11 novembre 2002). Giornata di presentazione dei risultati dello studio Vedette, *I determinanti della ritenzione in trattamento*, Torino.
- Lovati A. (a cura di). (1993). Cure e trattamenti dei tossicodipendenti: aspetti penalistici, in *Carcere e territorio. I nuovi rapporti promossi dalla legge Gozzini ed un'analisi del trattamento dei tossicodipendenti sottoposti a controllo penale*, Edizione Franco Angeli, Milano.

- Lovati A. (a cura di). (1993). Il trattamento dei tossicodipendenti nelle misure alternative alla detenzione: esperienze in atto, in *Carcere e territorio. I nuovi rapporti promossi dalla legge Gozzini ed un'analisi del trattamento dei tossicodipendenti sottoposti a controllo penale*, Edizione Franco Angeli, Milano.
- Lovati A. (a cura di). (1993). La criminalità dei tossicodipendenti. Il trattamento intramurale, in *Carcere e territorio. I nuovi rapporti promossi dalla legge Gozzini ed un'analisi del trattamento dei tossicodipendenti sottoposti a controllo penale*, Edizione Franco Angeli, Milano.
- Lovati A. (a cura di). (1993). Recenti modifiche dell'ordinamento penitenziario in relazione allo stato di alcol e tossicodipendenza, in *Carcere e territorio. I nuovi rapporti promossi dalla legge Gozzini ed un'analisi del trattamento dei tossicodipendenti sottoposti a controllo penale*, Edizione Franco Angeli, Milano.
- Lovati A. (a cura di). (1993). Tossicodipendenza in carcere, in *Carcere e territorio. I nuovi rapporti promossi dalla legge Gozzini ed un'analisi del trattamento dei tossicodipendenti sottoposti a controllo penale*, Edizione Franco Angeli, Milano.
- Lucchini Alfio (a cura di). (2002). *L'uso della buprenorfina nel trattamento della tossicodipendenza. Due anni di esperienze nei Ser.T.*, FrancoAngeli, Milano.
- Lucchini Alfio. (28-30 novembre 2000). Dalla sanzione alla prevenzione: potenzialità e criticità nelle esperienze dei servizi, in *Atti della III Conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope*, Genova, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali (<http://www.genovaduemila.it>).
- Maremmani I., Canoniero S., Pacini M. (2002). Psico(pato)logia dell'"addiction". Un'ipotesi interpretativa, in *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 38 (3), 241-257
- Margara A. (2001). Affidamento in prova ai servizi sociali art. 47 o.p., *Atti del Seminario sulle Tossicodipendenze - Firenze*, (materiale raccolto dall'Associazione "Altro Diritto"), (<http://www.ristretti.it>)
- Margara A. (2001). Detenzione domiciliare art. 47 ter o.p., *Atti del Seminario sulle Tossicodipendenze*, Firenze, (materiale raccolto dall'Associazione "Altro Diritto"), (<http://www.ristretti.it>)
- Margara A. (2001). Liberazione condizionale art. 176 c. p., *Atti del Seminario sulle Tossicodipendenze - Firenze*, (materiale raccolto dall'Associazione "Altro Diritto"), (<http://www.ristretti.it>)
- Margara A. (2001). Misure alternative: disciplina generale, *Atti del Seminario sulle Tossicodipendenze - Firenze*, (materiale raccolto dall'Associazione "Altro Diritto"), (<http://www.ristretti.it>)
- Margara A. (2001). Permessi, *Atti del Seminario sulle Tossicodipendenze*, Firenze, (materiale raccolto dall'Associazione "Altro Diritto"), (<http://www.ristretti.it>)
- Margara A. (2001). Semilibertà art. 50 o. p., *Atti del Seminario sulle Tossicodipendenze - Firenze*, (materiale raccolto dall'Associazione "Altro Diritto"), (<http://www.ristretti.it>)

- Margara A. (2001). Sospensione dell'esecuzione della pena per soggetti tossicodipendenti art. 90 dpr. 309/90, *Atti del Seminario sulle Tossicodipendenze - Firenze*, (materiale raccolto dall'Associazione "Altro Diritto"), (<http://www.ristretti.it>)
- Margara A., (2001) Affidamento in prova terapeutico per soggetti alcolodipendenti e tossicodipendenti art. 94 dpr. 309/90, *Atti del Seminario sulle Tossicodipendenze - Firenze*, (materiale raccolto dall'Associazione "Altro Diritto"), (<http://www.ristretti.it>)
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Dipartimento delle Politiche Sociali e Previdenziali, (2000). *Relazione Annuale al Parlamento sullo Stato delle Tossicodipendenze in Italia*.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Dipartimento delle Politiche Sociali e Previdenziali, (2001) *Relazione Annuale al Parlamento sullo Stato delle Tossicodipendenze in Italia*.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Dipartimento delle Politiche Sociali e Previdenziali, (2004) *Relazione Annuale al Parlamento sullo Stato delle Tossicodipendenze in Italia*.
- Mollica Roberto. (28-30 novembre 2000). Metadone a bassa soglia tra riduzione del danno e terapia, in *Atti della III Conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope*, Genova, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali (<http://www.genovaduemila.it>).
- Morrone Adriano. (2003). *Il trattamento penitenziario e le alternative alla detenzione*. CEDAM, Padova.
- Mosconi G. (1998). *Dentro il carcere, oltre la pena*. CEDAM, Padova. Mosconi G., Patarini M. (a cura di), *Oggetto e metodo della ricerca*, in *Flessibilità della pena in fase esecutiva e potere discrezionale. Sentencing penitenziario: 1986 - 1990*.
- Nastasio A. (1993). Il trattamento dei tossicodipendenti ed alcolodipendenti sottoposti ad una misura alternativa alla detenzione. L'esecuzione penale extracarceraria: attività di osservazione e trattamento di soggetti tossicodipendenti, in *Tossicodipendenza e Aids. Atti del Seminario interprofessionale per il personale penitenziario*, Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ministero di Grazia e Giustizia, Verbania.
- Nizzoli U. (2000) *Immigrazione e abuso di sostanze, tra integrazione ed esclusione sociale. Ruolo dei Servizi. Piattaforma di Bagnolo*, in *Personalità / Dipendenze*, vol. 6, III, 137-140
- Nizzoli U., Montanari G. (2001). La costruzione ed implementazione di un sistema qualità in un Ser.T: l'esperienza di Reggio Emilia, in *Personalità / Dipendenze*, vol. 7, fasc. I, 89-96 (<http://www.pol-it.org/ital/riviste/personalita/nizzoli.htm>).
- OEDT (2000) *Aspetti specifici correlati agli stupefacenti in Europa: terapie sostitutive, persecuzione dei reati per droga e problemi relativi alle donne che*

- consumano stupefacenti e ai loro bambini. Relazione annuale dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, in *Dipendenze*, n. 1, marzo 2001.
- OEDT (2000), Aspetti specifici correlati agli stupefacenti in Europa: terapie sostitutive, persecuzione dei reati per droga e problemi relativi alle donne che consumano stupefacenti e ai loro bambini. Relazione annuale dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, in *Dipendenze*, n. 1, marzo 2001.
- OEDT (2001) Focus sulle droghe. Importanza delle terapie sostitutive per la cura dei tossicodipendenti, Relazione annuale dell'Osservatorio Epidemiologico delle Tossicodipendenze dell'UE, in *Stella Polare*, periodico trimestrale del Centro di Solidarietà di Firenze, Anno XXI; n. 3, settembre 2002.
- OEDT (2002) Importanza delle terapie sostitutive per la cura dei tossicodipendenti, Relazione annuale dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, in *Dipendenze*, n. 1, marzo 2002.
- OIDT (2000) Osservatorio italiano per la verifica dell'andamento dei fenomeni delle droghe e delle tossicodipendenze. The State of the Drug Problem in Italy Annual Report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali.
- OIDT (2001) Osservatorio italiano per la verifica dell'andamento dei fenomeni delle droghe e delle tossicodipendenze. The State of the Drug Problem in Italy Annual Report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali.
- Pani P. (28-30 novembre 2000). Lo stato dell'arte e le prospettive della valutazione nel campo delle tossicodipendenze in Italia, in *Atti della III Conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope*, Genova, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali (<http://www.genovaduemila.it>).
- Pani P. (28-30 novembre 2000). Rapporto sulle proposte emerse nella sessione di lavoro "Valutazione dei trattamenti e delle prevenzioni", in *Atti della III Conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope*, Genova, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali (<http://www.genovaduemila.it>).
- Peducci C.A., Cavaliere L. Davoli M., Pasqualini F. (a cura di). (1998). *Bollettino Sistema informativo Tossicodipendenze*, Regione Lazio.
- Pepino L., (a cura di). (1985). Poco più che una introduzione (Spunti per un inquadramento e una chiave di lettura dell'intervento giudiziario), in *Questione Giustizia*, Anno IV, n. 2.
- Pepino L., (a cura di). (1998). I provvedimenti urgenti del Pretore, in *Droga tossicodipendenza e legge*, Edizione Franco Angeli.
- Pepino L. (a cura di). (1998). Tossicodipendenza, carcere e misure alternative, in *Droga tossicodipendenza e legge*, Edizione Franco Angeli.

- Pepino L. (a cura di). (1998). Tossicodipendenze e interventi giudiziari civili tra attuale normativa e prospettive di riforma, in *Droga tossicodipendenza e legge*, Edizione Franco Angeli.
- Pepino L. (a cura di). (1998). Trattamento e giurisdizione nelle prospettive di riforma della legge 685/1975, in *Droga tossicodipendenza e legge*, Edizione Franco Angeli.
- Porcella A. (maggio 1994). Le norme giuridiche sulla tossicodipendenza dopo il referendum, in *Medicina delle farmacotossicodipendenze*, Anno II, n. 3.
- Porcella A. (maggio 1994). Nel labirinto della legge: poche le certezze, tanti gli interrogativi, in *Medicina delle farmacotossicodipendenze*, Anno II, n. 3.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli affari sociali (2000) *Proposte per un programma organico di azione e interventi per il contrasto al consumo e all'abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope* (Documento predisposto dalle sessioni di lavoro della Consulta nazionale degli esperti e degli operatori delle tossicodipendenze), (<http://www.genovaduemila.it>).
- Ragazzi M., Malfatti D. (luglio 1994). Pallestrini E., Rossoni N., Le violazioni della normativa in tema di detenzione e di spaccio di sostanze stupefacenti nella città di Genova, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, Anno V, n. 3.
- Rossi G. (a. a. 1989/90). *Comunità terapeutiche ed enti territoriali*, tesi di laurea in Diritto Amministrativo, Università degli studi di Ferrara, Facoltà di Giurisprudenza, relatore Mario Bertolussi.
- Salazar L. (2002). Recenti iniziative dell'Unione Europea in tema di consumo e di traffico di droga, in *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 38 (3), 319-321.
- Schiavone S. (2002). Il mercato illecito delle sostanze stupefacenti in Italia: nuove droghe e trend di sviluppo, in *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 38 (3), 315-318.
- Ser.T. di Ravenna Valutazione dei trattamenti con il Naltrexone, in *Personalità/Dipendenze*. (<http://www.polit.org/ital/dipendenze/valut3.htm>).
- Ser.T. di Rimini, Valutazione dell'efficacia del programma terapeutico con Naltrexone, in *Personalità/Dipendenze* (<http://www.polit.org/ital/dipendenze/valut1.htm>).
- Silvestrini B. (2002). Tossicomane: definizioni e classificazioni, in *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 38 (3), 211-215.
- Snenghi R., Montisci M. (2000). Sostanze d'abuso e crimine, in *Medicina delle Tossicodipendenze*, anno VIII, n. 26-27.
- Snenghi R., Montisci M., Giorgetti R., Ferrara S.D., (dicembre 2001). Tossicodipendenza e carcere: aspetti medico-legali, in *Medicina delle Tossicodipendenze*, Anno IX, n. 33.
- Soldo M. (a cura di). (settembre 2001). Indagine sui trattamenti svolti dai soggetti segnalati alla Prefettura di Roma nel periodo 1990-2000 ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. N. 309/90, in *Dipendenze*.
- Solivetti L.M., (1993) Presentazione dei dati relativi al fenomeno delle TD, HIV e sindromi correlate, in *BION Bollettino informativo dell'osservatorio nazionale sul*

- fenomeno della tossicodipendenza, Hiv, e sindromi correlate in ambito penitenziario e sugli interventi riabilitativi.* Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ministero di Grazia e Giustizia, n. 1, (4-24).
- Strain E.C., Stitzer M.L., Liesbon I.A., Bigelow G.E. (1993). Dose-response effects of methadone in the treatment of opioid dependence. *Annals of Internal Medicine*; 119:23-37.
- Tedici M., Carlomagno L., Ticci M., Erbi S. (28-30 novembre 2000). Il gruppo articolo 75: un modello di intervento psico-educativo per una particolare tipologia di utenza, in *Atti della III Conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope*, Genova, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali (<http://www.genovaduemila.it>).
- Turco L. (13-15 marzo 1997). Intervento del Ministro per la Solidarietà Sociale Livia Turco, *seconda Conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope e sull'alcoldipendenza*, Napoli. (<http://www.ausl5.la-spezia.it/droga/sostanze/napoli.htm>).
- Vetere C. (28-30 novembre 2000). Intervento sulla medicina dell'evidenza e i trattamenti delle tossicodipendenze, , in *Atti della III Conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope*, Genova, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali (<http://www.genovaduemila.it>).
- Ward J., Mattick R.P., Hall W. (a cura di). (1998). *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*. Harwood Academic Publisher, Amsterdam.
- Zotta M. (28-30 novembre 2000). Le sanzioni amministrative previste dall'articolo 75 del D.P.R. 309/90: bilancio e proposte di modifica", in *Atti della III Conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope*, Genova, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali (<http://www.genovaduemila.it>).
- Zotta M. (28-30 novembre 2000). Rapporto sulle proposte emerse nella sessione di lavoro "Le sanzioni amministrative previste dall'articolo 75 del Dpr 309/90: bilancio e proposte di modifica", in *Atti della III Conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope*, Genova, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali (<http://www.genovaduemila.it>).
- Zuccaro Piergiorgio. (gennaio 2001). Osservatorio su fumo, alcol e droga, in *Notiziario ISS*, vol. 14, n. 1, (<http://www.iss.it/notiziario/vol14n1/n1v14/art2.htm>).