

Curare la dipendenza nel tempo della pena

**Perché bisogna
invertire la rotta
dal penale al sociale**

di
Leopoldo Grosso

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

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

Il carcere, esito di molte storie di dipendenza

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

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

Intanto, altre sostanze psicoattive si affacciavano sul mercato – le cosiddette «nuove droghe» o sostanze di sintesi – rendendo più chiaro e netto il confine tra consumo e dipendenza, ma senza che si avvertisse il

bisogno di adattare la legislazione al cambiamento del fenomeno che, sul piano della sua interpretazione e della sua ricaduta normativa, rimaneva appiattito sul concetto di tossicodipendenza.

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

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

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

1 | La legge del '75, fortemente voluta dalle forze sociali e politiche più sensibili, sostenuta anche con uno sciopero della fame da parte del Gruppo Abele, aprì le porte alla cura delle persone dipendenti, istituì

i SERT e riconobbe gli sforzi del privato sociale e delle comunità terapeutiche. Consentì di evitare l'esito del manicomio, non però quello del carcere.

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

Ma quali storie approdano in carcere?

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

Le storie con meno risorse sociali

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

La dipendenza, come molte altre «malattie sociali», su cui confluiscono aspetti sanitari, culturali ed educativi, risponde a determinanti di salute che hanno a che fare con l'organizzazione complessiva dei sistemi

sociali rispetto ai quali gli stili di vita risultano più una variabile dipendente che autonoma. L'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) non smette mai di ricordare come molti comportamenti ad alto rischio sanitario quali il fumo, l'assunzione di alcol, il consumo di sostanze psicoattive illegali presentino un gradiente sociale inverso molto pronunciato ⁽²⁾.

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

Lo zoccolo duro: le persone doppiamente recidive

Il carcere è stracolmo di persone dipendenti recidive. Persone tossicodipendenti che, terminato il periodo di detenzione, incontrano presto una «doppia ricaduta». In primo luogo la ripresa del consumo (ed è noto quanto alto sia il rischio overdose per i dimessi dal carcere), in secondo luogo la «ricaduta» nella criminalità quale ri-approdo, spesso inevitabile, per il mantenimento della propria dipendenza.

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

2 | Con *gradiente sociale di salute* si indica il legame esistente tra fattori sociali (istruzione, reddito, classe sociale...) e salute. Gradiente sociale inverso, riferito alla dipendenza, sta a significare che la probabilità di

approdarvi e il rischio di conseguenze negative (sul piano sanitario e sociale) connesse a tale comportamento crescono in ragione inversa delle risorse sociali di cui gli individui dispongono.

fortemente intricati con la seduzione della sostanza stupefacente.

Altre volte la «lezione appresa» e le «buone intenzioni» non trovano gli aiuti per riuscire a definire un nuovo stile di vita, che consenta un percorso di reintegrazione sociale e lavorativa, il mantenimento del rapporto con i servizi di cura, la realistica gestione di un diverso progetto di sé, pur desiderato e sostenuto da motivazioni non effimere.

Il fenomeno della «doppia ricaduta» o della «doppia recidiva» – prima la ripresa della dipendenza e poi quella dei comportamenti devianti e criminali correlati – costituisce lo zoccolo duro delle presenze delle persone dipendenti in carcere. Nel grande *tourbillon* delle entrate e uscite dalle case circondariali e dagli istituti di pena, con l'elevata turnazione dei detenuti dipendenti, spesso per pene di lieve entità, le persone recidive, quasi «delinquenti abituali», rappresentano la sfida più difficile per gli educatori e gli operatori dei servizi di riabilitazione.

Talvolta ancora fortemente identificati nella propria dipendenza e stile di vita, altre volte impauriti e impotenti rispetto a meccanismi personali e di contesto di cui non sanno come liberarsi, più spesso a metà strada tra il vagheggiare un'alternativa senza solidi ancoraggi realistici e il rimanere posizionati sulle proprie abitudini rassicuranti nonostante tutto, tutti comunque manifestano comportamenti ambivalenti, contraddittori, passivo-aggressivi, con oscillazioni repentine tra entusiasmi e attivazioni illusorie da una parte e delusioni altrettanto improvvise a cui fanno seguito comportamenti recriminatori dall'altra.

I detenuti stranieri dipendenti: i più diseguali

L'esperienza della dipendenza, come quella del consumo di sostanze psicoattive illegali,

è trasversale alla popolazione detenuta italiana e straniera.

Gli stranieri spesso risultano dipendenti come esito della deriva e del fallimento del loro progetto migratorio. Costretti, per la mancanza e il venir meno dei necessari supporti, oltretutto, molto spesso, per la loro condizione di «clandestinità», a vivere in strada, su di essi l'alcoldipendenza e l'eroinadipendenza si innestano con relativa velocità, rendendo le persone ancora più emarginate e vulnerabili.

L'esperienza della *dipendenza*, insieme a quella della *vita di strada*, tende a omologare e appiattire i comportamenti su queste due uniche dimensioni, rendendo meno evidenti le differenze etniche e attenuando le specificità culturali. In carcere – e questo vale anche per la popolazione detenuta italiana – è importante tutelare le persone dipendenti rispetto ai consumatori, spesso ingaggiati in attività più connesse alla criminalità organizzata.

I detenuti dipendenti stranieri, come tutti i detenuti migranti, godono di meno benefici degli italiani e qualche giurista ha parlato di un vero e proprio *doppio ordinamento giuridico e penitenziario* a sfavore degli stranieri. Questi, nella stragrande maggioranza, non possono beneficiare dei permessi premio e ancor meno delle misure alternative, anche quando ne hanno diritto, per il semplice fatto che all'esterno non trovano gli appoggi sufficienti per una residenzialità, pur breve, in grado di fornire sufficienti garanzie alla magistratura di sorveglianza.

Di fatto i loro diritti, in quanto detenuti, vengono dimezzati. Anche la comunità terapeutica, rispetto alla quale il magistrato non avrebbe riserve, è spesso preclusa in quanto molte ASL non ritengono di doversi sobbarcare la retta per persone che non hanno un permesso di soggiorno (nonostante leggi e circolari ribadiscano il contrario).

Fenomenologia della esperienza carceraria

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

L'impatto con la sezione «nuovi giunti»

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

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

- da una parte coloro che vivono con disperazione lo stigma della carcerazione in relazione al proprio ambiente di provenienza e all'immagine di sé;
- dall'altra coloro che patiscono la promiscuità dell'ambiente carcerario, la temono, dubitano di sapersene difendere anche in relazione al proprio stato di dipendenza. Ai primi, spesso consumatori più che dipendenti, pare crollare un mondo addosso, e la drammatizzazione dell'esperienza carceraria costituisce un brusco confronto con il dato di realtà. In precedenza l'agio e la spensieratezza della vita condotta escludevano dal proprio orizzonte mentale la possibilità di un tale evento, in quanto il consumo e gli eventuali piccoli «traffici» connessi apparivano «naturali» nell'ordinarietà della gestione del proprio stile di vita.

Ai secondi la vulnerabilità derivante dallo stato di carenza per l'improvvisa assenza della sostanza, il timore di essere esposti a ricatti, il doversi confrontare con gruppi di detenuti con cui in strada si era entrati

in conflitto, creano stati di ansia e agitazione non facilmente gestibili, che spesso contribuiscono ad avverarne le paure e a precipitare delle situazioni.

Superato lo shock del primo impatto

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

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

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

Il rischio che prevalga l'adattamento all'istituzione

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

all'istituzione) si impone come esperienza prevalente per molti detenuti e per i detenuti tossicodipendenti in particolare. Esso non consente di pensare e di scegliere, e conduce a un lungo periodo di non-scelta, di fatto protratto fino al «fine-pena», quando da «liberi» ci si cimenterà, con più o meno consapevolezza, con il rischio della «doppia ricaduta».

Il lungo tempo a disposizione del detenuto rischia così di essere apparente. Gli obblighi di comportamento tra i ristretti con lui e la passivizzazione indotta da una tv che costituisce l'unica finestra sul mondo rubano, proprio nella gestione della quotidianità minuta, la possibilità per il detenuto di capitalizzare diversamente il proprio tempo e metterlo a disposizione della riflessione.

Quale lavoro è possibile in carcere?

Le contraddizioni di cui sono portatori i detenuti tossicodipendenti e la necessità di fare i conti con alcune dinamiche della vita carceraria aprono lo spazio all'intervento degli operatori.

Tutti gli operatori ne sono coinvolti, indipendentemente dalle loro mansioni specifiche: sia gli agenti predisposti alla sicurezza sia gli educatori ministeriali e il personale sanitario preposto al trattamento.

Quattro indicazioni

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

Assicurare continuità al trattamento o prendere in carico Alcune persone tossicodipendenti che approdano in carcere sono

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

Ridurre il danno e promuovere la cura di sé

Proteggere il detenuto dalla propria dipendenza, dalla possibilità di reiterare il proprio comportamento «tossico» anche in stato detentivo, sia compromettendosi in «giri» e commerci di varia natura con gli altri detenuti, sia con un viraggio sul consumo di psicofarmaci e alcol, costituisce una priorità.

Gli strumenti consistono soprattutto nel ricorso a una terapia di mantenimento metadonico ai dosaggi utili per la copertura del *craving*, che in Italia non è garantita in tutti gli istituti di pena (in nessun carcere invece è consentita la disponibilità di materiale sterile per il consumo di droghe, nonostante si siano ormai verificati numerosi episodi di overdose, anche fatali).

Nel tentativo di riveicolare un'attenzione positiva per il proprio corpo e per la propria salute, lo stato di detenzione dovrebbe poter costituire l'occasione, anche grazie alla presenza del sistema sanitario nazio-

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

Progettare il dopo: la reintegrazione sociale

Gettati i presupposti per la conduzione della terapia della dipendenza all'interno delle mura carcerarie, si tratta di definire, con la persona detenuta, un realistico progetto per il «dopo», in modo da riuscire a creare le condizioni per condurre, una volta «fuori», un diverso stile di vita.

Possedere una dimora e poter esercitare un lavoro in grado di fornire il reddito sufficiente per la propria autonomia personale sono le condizioni indispensabili anche per il successo della continuazione della cura presso i servizi ambulatoriali.

Aiuti materiali e concreti (accesso alla dimora e al lavoro), trattamento farmacologico anticraving, accompagnamento relazionale ed eventuale presenza di vincolo giudiziario, costituiscono gli «ingredienti» utili a sostenere la motivazione al cambiamento e alla realizzazione di un diverso progetto di sé. I quattro aspetti implicati si rinforzano vicendevolmente e l'indicatore più significativo è rappresentato dalla *compliance* al trattamento, non inficiata da sporadici e limitati episodi di consumo, su cui è importante aprire una riflessione, ma che da segnali di allarme non possono essere considerati di per sé rivelatori del fallimento del progetto.

Prevenire la ricaduta e i rischi connessi alla scarcerazione È noto come le prime otto settimane dall'uscita dal carcere rappresentino il più alto rischio di overdose.

La ritrovata situazione di libertà, l'essere circondato dagli amici di sempre, il ritrovarsi in situazioni di alta esposizione al consumo, il riproporsi di stimoli condizionati, oppure il semplice desiderio di «festeggia-

re» l'avvenuta scarcerazione nel modo più consueto, costituiscono (considerato l'equilibrio dei nuovi assetti fisiologici dell'organismo in virtù di una diminuita tolleranza all'eroina) un rischio elevato in molti casi rivelatosi fatale.

La prevenzione più efficace abbina lo strumento farmacologico («sostitutivo» di protezione) con un lavoro di almeno tre incontri specifici mirati all'acquisizione delle necessarie consapevolezze e delle relative abilità di *coping*. L'aggancio al servizio e la continuità della cura «dentro-fuori» ne sono i presupposti.

Per un piano nazionale di misure alternative

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

Garantire i diritti dei detenuti alla cura

Perché si possa ridurre il sovraffollamento di detenuti che oggi rende irrealizzabile il dettato legislativo della legge 309 sulla dipendenza, diventa essenziale predisporre un progetto nazionale con l'obiettivo di programmare e definire, nella piena applicazione della normativa vigente, progetti individuali di misura alternativa per i detenuti dipendenti che ne hanno diritto.

Si tratta di renderne effettiva la realizzazione nei diversi contesti territoriali, oppure nelle comunità terapeutiche e riabilitative che si dichiarano disponibili ad accogliere le persone dipendenti che lo desiderino e per le quali il magistrato non ritenga opportuno l'affidamento ai servizi territoriali.

L'iniziativa, che per essere efficace deve possedere un respiro nazionale, si pone lo scopo di portare a regime l'applicazione del dettato legislativo, e quindi non si configura come un piano «una tantum», che non abbia continuità nel tempo.

L'obiettivo è istituire un dispositivo permanente in grado di garantire i diritti dei detenuti tossicodipendenti alla cura in misura alternativa, in modo da creare un costante flusso di uscita (meglio ancora sarebbe di non ingresso, se si generalizzasse la vecchia esperienza del «SERT in Pretura») che eviti il ricrearsi di situazioni di sovraffollamento delle carceri con la conseguenza di peggiorare la qualità della vita di tutti i detenuti. L'indicatore più tragico di questa situazione è l'aumento delle morti in carcere.

Migliaia di detenuti rimangono esclusi

La necessità di rilanciare un piano nazionale che implementi le misure alternative nasce dal constatare che migliaia di detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti ristagnano in carcere quando potrebbero viceversa fruire di percorsi di cura alternativi. Le ragioni del mancato ricorso a questo dispositivo legislativo appaiono molteplici:

- la scarsa informazione tra i detenuti (in particolare stranieri);
- la parziale assenza di copertura giuridica da parte degli avvocati difensori;
- l'esiguità temporale di molte condanne che è uguale o addirittura inferiore al tempo della procedura per ottenere la misura;
- il debole investimento dei servizi nel predisporre progetti alternativi comunque impegnativi (si privilegia una logica selettiva rispetto ad alcuni «casi», in genere già noti e conosciuti dai servizi stessi);
- la scarsa dotazione di risorse umane e finanziarie a disposizione per la realizzazione di tali progettualità;

- la propensione delle ASL al risparmio in questo tipo di settore;
- l'esiguità della retta di rimborso alle comunità terapeutiche;
- l'orientamento della magistratura, e della magistratura di sorveglianza in particolare, nel privilegiare la misura degli arresti domiciliari in comunità terapeutica, all'interno di una nuova tendenza (che si è imposta di recente) che ha registrato la drastica diminuzione delle concessioni di ogni opportunità di conversione della pena.

Chi dovrebbe accedere alle misure alternative

La *diagnosi clinica della dipendenza* dovrebbe costituire l'unico criterio discriminatorio per l'accesso a misure alternative alla carcerazione, indipendentemente dal tipo di reato commesso, da quale sostanza consumata, dalle vie di assunzione utilizzate.

Se per le persone dipendenti da eroina per via endovenosa l'esame medico obiettivo, la storia pregressa di trattamenti documentati, la presenza di patologie correlate possono fornire elementi sufficientemente validi per la diagnosi, non è invece così per tutte le persone consumatrici o dipendenti da altre sostanze di cui, in particolare, non viene fatto un uso endovenoso.

Per queste situazioni, sempre più presenti all'interno del carcere, bisogna ricorrere agli esami di laboratorio e in particolare all'esame che più di ogni altro è in grado di documentare nel tempo a ritroso il correlato biochimico di un consumo quantomeno continuativo: l'«esame del capello».

Anche per questo motivo risulta difficile fare una stima di quanti siano oggi i detenuti dipendenti, al di là del fatto che siano recidivi o meno, che possono o non possono fruire delle misure alternative.

Il calcolo non può che essere condotto Regione per Regione, sommando i dati che

vengono riportati da ogni SERT per ogni istituto di pena per quanto riguarda il numero delle persone dipendenti diagnosticate al momento (al netto della lista di attesa e dei tempi delle procedure diagnostiche) e trattate.

Alla rilevazione di tale dato si dovrebbe accompagnare la valutazione della situazione giuridica, per capire di quanto si riduca il numero degli aventi beneficio alla pena alternativa alla detenzione, sempre che, su iniziativa legislativa, non si decida di rivedere la norma (la legge ex Cirielli) che esclude dai benefici le persone recidive, almeno per quelle dipendenti, costituendo la recidiva (come sostiene una nota definizione dell'OMS) la caratteristica principale delle situazioni di dipendenza.

LA DIFFICOLTÀ DI DISCRIMINARE CHI HA DIRITTO E CHI NO

Il personale dei SERT, oggi preposto come sistema sanitario nazionale alla diagnosi di dipendenza in carcere, deve riuscire a distinguere tra:

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

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

Per una legislazione che inverta la rotta

Se in questi anni, anche per l'illusione repressiva che l'impatto giudiziario potesse comportare lo sviluppo di una motivazione per la cura della dipendenza, si è operato secondo una logica che di fatto ha spostato la problematica dal sociale al penale, si tratta oggi di invertire la rotta.

Non si tratta di rinunciare al vincolo penale per coloro che hanno commesso reati perché indotti da uno stato di dipendenza. Si tratta di rinunciare alla detenzione perché inefficace come strumento di cura, e spesso iatrogeno. È nel sociale che le persone dipendenti possono imparare a fare i conti con i loro comportamenti, se debitamente aiutate e contenute. Le tante iniziative e misure alternative alla detenzione hanno mostrato di funzionare, rivelandosi più efficaci del carcere nella prevenzione della recidiva, anche per le persone dipendenti. Tutti i dati e le ricerche in merito testimoniano e convalidano tale tipo di scelte.

Ciò impone una revisione della normativa esistente, in più di una direzione: dalla riforma del processo penale (non bisogna mai dimenticare il fatto che il 60% dei detenuti è in attesa di giudizio, e che il ricorso alla custodia cautelare si abbina alla lunghezza dell'attesa e della celebrazione del processo), alle modifiche della legge sull'immigrazione là dove i migranti sono discriminati rispetto all'uguaglianza del diritto nei confronti dei cittadini italiani, alla soppressione dell'ex Cirielli nella parte riguardante la recidiva, all'abolizione della Fini-Giovanardi nel correttivo posto alla 309.

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