



Consultazioni permanenti
Roma 4 giugno 2009
Sala polifunzionale - Presidenza del Consiglio dei Ministri
Via di S. Maria in Via, 37 - Roma

Il sessione ore 9.30

“Carcere e droghe: aspetti organizzativi”

Relatori:

Sandro Libianchi, Maurizio Ruschena, Rosanna Giove, Vincenzo Saulino, Tiziano Fassi, Sonia Calzavara, Serenella Pesarin, Francesco D'Anselmo, Jolanda Ghibaudi, Vincenzo Marino, Marco Cafiero.

Moderatore ed editing del documento:

Dr. Gerardo Guarino

Il primo relatore iscritto a parlare è il dr. G. Guarino. Negli istituti penitenziari italiani esiste un alto tasso di prevalenza di utenti tossicodipendenti rispetto alla prevalenza di utenti tossicodipendenti nella popolazione generale.

Nell'ambito della popolazione generale di detenuti il tasso percentuale di ascritti per art. 73 DPR 309/90 è del 40% di cui il 43% è rappresentato da detenuti stranieri. Pur nella continua fluttuazione dei dati statistici (qui si riporta un dato unificato non corretto per posizione giuridica) si evidenzia comunque che la violazione della legge sugli stupefacenti per reati correlati al traffico e/o spaccio è tra le cause maggiori di ingresso in carcere e contribuisce in maniera determinante al sovraffollamento degli Istituti.

**Violazione legge su
stupefacenti prima
causa di detenzione.**

Se si correlano questi dati con quelli generali della popolazione detenuta, secondo i quali l'età maggiormente rappresentata è compresa tra i 25 e i 44 anni (63%), con un picco tra i 30 e i 34 anni (18,6%), il titolo di studio maggiormente rappresentato è quello della licenza elementare e della scuola media inferiore (61%), si può argomentare che almeno un terzo della popolazione detenuta è rappresentata dalla figura del tossicodipendente-spacciatore o che ha commesso dei reati connessi al suo stato di tossicodipendenza, con un'età di giovane adulto, senza una istruzione adeguata e il più delle volte condannato a pene inferiori ai 4 anni.

**Una tipologia di
detenuto**



Questa tipologia di detenuto tossicodipendente presumibilmente, una volta fuori dal circuito penitenziario, se non aiutato ha un'alta probabilità di proseguire nelle attività illecite cui è dedito di solito e vi ritornerà presto per ulteriori pene. Per questa tipologia a volte appare ineluttabile l'ingresso in un circuito di porta girevole fatta di tossicodipendenza, spaccio o altri reati connessi e ritorno in carcere.

E' inoltre esperienza quotidiana di quanti lavorano in questi ambiti che si tratta molto spesso di soggetti dipendenti da lunga data e che rappresentano l'area di intervento specifica della prevenzione delle patologie correlate. Questa tipologia di utenza obbliga i Ser.T. ad interrogarsi sulle buone prassi da perseguire per la loro gestione, infatti c'è il rischio che il sistema carcere e il sistema Ser.T. svolgano in proposito una funzione di controllo sociale, e poiché non è possibile che questo avvenga, appare oltremodo necessario che il sistema giudiziario e il sistema dei Ser.T. si dotino di modelli organizzativi appropriati e integrati.

In tal senso procede il progetto nazionale sulle problematiche sanitarie dei detenuti consumatori di droghe, sebbene necessari in integrazione dei percorsi riabilitativi, ora completamente assenti dal piano.

Disporre di buone prassi riabilitative aumentando la disponibilità giudiziaria alle misure alternative appare necessario quanto indispensabile. Oggi la proposta potrebbe essere quella di un progetto nazionale che, partendo dai risultati del precedente, si apra alla sperimentazione di buone prassi riabilitative.

L'intervento del dr. Libianchi si è aperto con una rapida cronistoria che, partendo dal seminario di studi su "tossicodipendenza e politica penitenziaria", tenutosi in Roma nel febbraio del 1997, ha toccato la legge 419 del 30/11/1998 laddove all'art. 5 si fa esplicito riferimento al riordino della medicina penitenziaria, ed è stata seguita dalla legge 230 del 1999 che agli art. 6, 7 e 8 dove si parla delle risorse finanziarie, del personale, delle attrezzature e dei beni strumentali, arrivando quindi al DPCM dell'01/04/2008 che detta modalità e criteri per il trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie nonché delle attrezzature e beni strumentali.

Tutto questo per evidenziare che si è passati dall'impostazione del 1970, che parlava esclusivamente di medicina penitenziaria, al concetto di tutela della salute in carcere del 2008.

Nella Regione Lazio, sottolinea il dr. Libianchi, è stato assunto come obiettivo generale la diminuzione della recidiva giudiziaria e penitenziaria attraverso la formalizzazione di una struttura operativa, dedicata a garantire una reale presa in carico per la diagnosi, la cura e la riabilitazione attraverso una serie di vincoli che dovrebbero assicurare l'efficacia della struttura.

Quali buone prassi per una tipologia ben definita

Un nuovo progetto nazionale?

Cronistoria in breve

La tutela della salute in carcere



Successivamente si è portata l'attenzione sulle problematiche inerenti il trasferimento delle competenze dal sistema penitenziario al sistema sanitario nazionale, oggi di tipo aziendale, sottolineando l'aspetto più problematico rappresentato dalle forme culturali diverse cui conseguono operatività e produzioni diverse o comunque difficilmente confrontabili.

Il passaggio di competenze

La relazione prosegue con l'esposizione della situazione fluttuante della popolazione penitenziaria dei detenuti e concentra l'attenzione su una serie di punti nevralgici ormai non eludibili: i costi, i livelli essenziali di assistenza, il modello operativo, la gestione contrattuale, le attrezzature obsolete, i locali e la loro messa a norma, la responsabilità, la privacy, il segreto professionale, il rapporto fiduciario, aprendo quindi una finestra sulle buone prassi intraprese dalla Regione Lazio in merito ai punti problematici evidenziati.

I punti non eludibili

I punti essenziali sui quali dovrebbe concentrarsi l'attenzione dell'Amministrazione Statale sono:

Le soluzioni proposte

- una maggiore attivazione organizzativo-gestionale da parte delle Regioni e delle Aziende sanitarie;
- una interazione interistituzionale e una leale collaborazione;
- la piena applicazione della Legge 45/1999 e dell'Accordo Stato/Regioni del 1999;
- le custodie attenuate devono essere poste nella gestione organizzativa delle regioni e delle aziende sanitarie;
- i modelli operativi e terapeutici dei Ser.T. in carcere devono essere condivisi anche tra regioni diverse.

Infine si auspica che laddove non vi sia piena corrispondenza con il dettato giuridico e amministrativo si possa arrivare a procedure eccezionali quali il commissariamento.

Il secondo relatore, dr. M. Ruschena, ha descritto l'esperienza della sezione di primo livello del carcere di Ivrea.

Dal 2001 è attivo un programma terapeutico trattamentale presso la sezione di primo livello per detenuti tossicodipendenti della Casa circondariale di Ivrea, gestito dal Ser.T. locale.

Collaborazione tra casa circondariale e Ser.T

Partendo dalla premessa che la carcerazione del tossicodipendente costituisce un ulteriore passo nell'emarginazione nonché un ennesimo fattore di rischio relativamente alle connessioni familiari e relazionali, si è avviata già dal 1991 una collaborazione tra il Ser.T. e la Casa circondariale di Ivrea che ha rappresentato il nucleo esperienziale per l'elaborazione del progetto terapeutico e trattamentale relativo alla sezione a custodia attenuata, proposto dal Ser.T. e sottoscritto dal carcere di Ivrea e dal Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria del Piemonte e Valle d'Aosta nell'ambito del



fondo nazionale per la lotta alla droga, T.U. 309/90, trasferito alle Regioni ex art. 1 Legge 45/1999.

Un notevole contributo all'attuazione del progetto è venuto dalla commissione comunale per l'attuazione del piano di intervento nel settore penitenziario che ha mantenuto un canale di comunicazione tra carcere e città.

Queste esperienze di collaborazione hanno fatto crescere la competenza dell'equipe integrata carcere/Ser.T.

**Accresciuta
competenza per
l'equipe integrata
carcere Ser.T**

Dal 2002 è operativo un protocollo per la gestione interna del farmaco sostitutivo. Anche il carcere di Ivrea, come molti altri Istituti, patisce il sovraffollamento e rileva una popolazione di detenuti tossicodipendenti/alcooldipendenti sottostimata, a causa di molteplici fattori connessi al disagio, all'emarginazione sociale nonché all'omertà intramuraria.

Di seguito il dr. Ruschena ha descritto il percorso penitenziario del detenuto tossicodipendente. Al nuovo giunto tossicodipendente si propone la segnalazione al Ser.T. attraverso una scheda informativa sottoposta dall'educatore ministeriale che fornisce in quella occasione ogni informazione utile in merito alle cure e alla riabilitazione disponibili in Istituto.

**Il percorso
penitenziario del
detenuto
tossicodipendente.**

In caso di inserimento motivato nel programma trattamento presso la sezione di primo livello, il detenuto tossicodipendente ne accetta integralmente il regolamento e sottoscrive un contratto di ingresso, segue la descrizione di una giornata tipo presso la custodia attenuata, con momenti di attenzione sulla qualità della vita, l'educazione sanitaria, il trattamento psicologico di gruppo, l'attività di animazione, la motivazione alla responsabilizzazione.

Segue quindi la descrizione dell'attività di valutazione attraverso uno specifico sistema suddiviso in obiettivi specifici, indicatori di processo e di risultato.

E' prevista anche un'azione di follow-up successivamente alla scarcerazione. Per una descrizione più particolareggiata si è rimandato al sito www.asl.ivrea.to.it/moduli/oggetto145.pdf.

Il relatore ha terminato il suo intervento portando la riflessione sul trattamento sostitutivo in regime di detenzione, sostenendo la tesi dei regimi di trattamento di tipo sostitutivo anche per il controllo del tono dell'umore, nonché per la prevenzione dell'overdose all'uscita del carcere.

**Il trattamento
sostitutivo in regime di
detenzione**

Il relatore successivo, avv. M. Cafiero, in rappresentanza dell'associazione FICT, propone una serie di riflessioni circa l'opportunità di mantenere in carcere un tossicodipendente.

**Una importante
distinzione**

Si deve puntare, ha sostenuto il relatore, alla terapia come alternativa al carcere e alle sinergie tra pubblico e privato sociale, ritenendo opportuno il mantenimento della distinzione tra sanzione amministrativa per detenzione finalizzata all'uso personale e sanzione penale per detenzione finalizzata allo



spaccio.

Il relatore quindi sostiene che il percorso di recupero è una necessaria alternativa al carcere per il tossicodipendente ed è opportuno equiparare il privato sociale al servizio pubblico soprattutto nell'individuazione dei percorsi alternativi alla detenzione.

Si deve evitare di far diventare le Comunità terapeutiche una sorta di strutture a custodia attenuata esterne al carcere, poiché c'è il rischio di condizionare l'intervento terapeutico e di vanificarne l'efficacia.

Nelle carceri dovrebbero essere disponibili staff congiunti pubblico/privato al fine di gestire e valutare le diverse situazioni e definire insieme il progetto più adeguato.

Alcune sperimentazioni in atto presso quei Tribunali nei quali il Ser.T. partecipa come osservatore sono molto interessanti e, se estese al privato sociale, potrebbero offrire all'imputato tossicodipendente una diversificata possibilità di interventi. E' necessario ampliare le possibilità di accesso ai programmi sostitutivi della carcerazione, prevedendo un aumento dei fondi necessari, in gran parte destinabili ai programmi residenziali; sono necessari adeguamenti normativi in grado di favorire i percorsi alternativi al carcere coinvolgendo l'intero sistema del privato sociale.

Con il relatore successivo, dr V. Saulino, psicologo, in rappresentanza dell'associazione Conosci (Coordinamento Nazionale degli Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane), si è parlato dell'intervento psicologico in carcere. Allo stato il numero di psicologi penitenziari permette un colloquio di pochi minuti ogni 30 giorni per detenuto. Il relatore ha sottolineato la difficoltà di svolgere il lavoro di psicologo nelle carceri, lavoro di fatto frammentato. Ha ripercorso la storia dei presidi per le tossicodipendenze e ha sottolineato il ritardo strutturale nell'intervento e nel ruolo dello psicologo del carcere, concludendo che è necessario rivedere gli organici e provvedere ad una formazione continua professionale.

Il successivo relatore è stato l'educatore professionale sig. T. Fassi, dell'associazione Feder.Com.E. che ha portato l'attenzione sulle difficoltà di gestire le modalità di ingresso in carcere che, in omaggio alle esigenze di sicurezza, si caratterizzano per ridondanze e dispersione di tempo e risorse.

I costi di un detenuto tossicodipendente in carcere sono maggiori dei costi residenziali in una Comunità.

Stante le attuali e reali difficoltà nel lavorare educativamente con il detenuto tossicodipendente servirebbe una realtà intermedia tra penitenziario e Comunità terapeutica, soprattutto allo scopo di portare il tossicodipendente ad un livello di

**Percorso di recupero
come alternativa
necessaria.**

**Ser.T. "osservatore"
nei procedimenti
giudiziari**

**La mancanza di
personale**

**Ingresso in carcere e
problematiche**

**Una struttura
intermedia tra carcere e
comunità**



adeguatezza relazionale e cognitiva tale da permettergli una piena partecipazione al programma da intraprendere e che oggi appare inficiata dalla presenza di terapie psicofarmacologiche prevalentemente di natura sedativa e che, il più delle volte, fanno parte dell'area dei farmaci d'abuso.

Questo stato comporta inevitabilmente un'attesa più prolungata per l'avvio di prassi educative in quanto bisogna attendere i tempi di sottrazione di tali farmaci.

E' seguita nell'ordine dei relatori la dr.ssa S. Calzavara, responsabile per l'area penitenziaria del Ser.T. di Padova.

La relatrice presenta il modello di Padova. Nell'area padovana insistono un Istituto penitenziario e una Casa circondariale.

Prendendo spunto dalla Cir. ministeriale n. 3593 è stato istituito il "progetto pedagogico". Si tratta di uno strumento che definisce il significato di ciascuna attività e progetto che si intende realizzare, con riferimento al trattamento, definisce anche i soggetti, istituzionali e non, che collaborano al raggiungimento degli obiettivi.

Ha proseguito quindi nella descrizione delle fasi operative relative alla presa in carico Ser.T e del progetto stesso- due sono le dimensioni di impegno operativo dell'area educativa, lo sviluppo delle attività e dei progetti trattamentali, e il coordinamento con le risorse della comunità esterna e quella dell'osservazione e del trattamento individualizzato.

Il progetto individualizzato è un lavoro interdisciplinare tra varia equipe. Segue quindi un passaggio descrittivo dei termini utilizzati per arrivare all'individuazione dei fattori fondamentali per ogni prassi educativa: la comunicazione. Essa produce sempre un cambiamento.

Nel riferire delle attività con i tossicodipendenti in carcere la relatrice indica i riferimenti normativi regionali che ne hanno permesso l'attuazione e descrive quindi il modello organizzativo orientato secondo una garanzia di continuità terapeutica, di integrazione carcere e territorio e di parità di livelli assistenziali all'interno di un sistema omogeneo e differenziato con partecipazione di rappresentanze.

In particolare nella presentazione degli interventi del Ser.T. in carcere oltre a quelli consolidati di prassi si fa immediato riferimento agli inserimenti in custodia attenuata, all'inserimento in un programma drug-free volontario, all'inserimento in gruppi di autoaiuto e all'inserimento in gruppi di sostegno. pur nell'evidenziazione di aree problematiche quali la precarietà degli operatori, le difformità esistenti nelle cure e nelle procedure diagnostiche la relatrice individua comunque fattori di successo nel lavorare in carcere quali la consuetudine alla collaborazione, la risposta alle aspettative dei detenuti, il carattere innovativo dell'integrazione sociosanitaria.

Il "modello Padova".

Le fasi della presa in carico

I progetti individualizzati

E i riferimenti normativi regionali

I programmi possibili



Segue quindi la relazione della Dr.ssa S. Pesarin, Direttore Generale per l'attuazione dei Provvedimenti Giudiziari. La relatrice espone i risultati della riforma del procedimento penale minorile introdotta dal dpr 448/1988 che ha reso il carcere elemento residuale per l'area di pertinenza.

Dai grafici presentati si evidenzia che l'andamento degli ingressi in carcere di minori è in calo dal 2004 mentre è in aumento l'ingresso in Comunità così come è in aumento il numero di soggetti per i quali sono stati attivate azioni di servizio sociale negli stessi anni di riferimento.

**La riforma del
procedimento penale
minorile**

I dati relativi ai minori assuntori di sostanze stupefacenti nel sistema della giustizia minorile fanno rilevare un incremento del consumo di sostanze, soprattutto tra la popolazione italiana, negli anni di riferimento 2004-2008. Non ci sarebbe un incremento di devianza bensì un aumento del consumo di sostanze stupefacenti. Gli obbiettivi del Dpr 448/1988 erano e sono quelli della minima offensività del processo attraverso l'adeguatezza dell'impatto con le strutture penali (C.P.A.), il minimo ricorso a misure di privazione della libertà e la necessità di non pregiudicare i processi educativi e socializzanti in corso unitamente alla necessità di intervenire sul reato commesso attraverso la responsabilizzazione e l'attività riparativa diretta o indiretta.

**I minori assuntori di
sostanze stupefacenti**

Allo stato attuale si reputano opportune specifiche azioni dirette a:

- Implementare il numero delle strutture comunitarie destinate specificamente al trattamento dei minori tossicodipendenti e predisporre un elenco delle comunità terapeutiche e/o socio-riabilitative che possano accogliere i minori tossicofili e portatori di sofferenza psichiatrica;
- Garantire, qualora sussistano specifiche esigenze di tipo terapeutico, in osservanza del principio di continuità della presa in carico, la permanenza del minore nella stessa struttura anche a conclusione della misura penale.
- Prevedere per l'utenza penale minorile di nazionalità straniera: 1) una regolamentazione delle competenze amministrative rispetto all'ultima residenza accertata quale criterio unitario e condiviso, esteso a tutto il territorio nazionale, che consenta quindi una certezza dei referenti operativi ed organizzativi; 2) l'attività di mediazione culturale quale supporto indispensabile alla definizione e all'attuazione del programma trattamentale.

| La relatrice conclude sostenendo l'importanza del reinserimento sociale e lavorativo del minore e sulla necessità di spostare la centratura dalle sostanze e dai percorsi di cura, compresi i collocamenti in comunità terapeutiche, socio-riabilitativo ed educativo, a quelli dedicati al rafforzamento dell'identità

Le urgenze



personale, sociale e civile di ciascun adolescente e dei suoi accresciuti bisogni di sicurezza, di accompagnamento educativo e di riferimenti emotivi ed affettivi.

Quindi fornisce alcune indicazioni sulle urgenze da affrontare:

- direttive e linee di indirizzo specifiche per il settore minorile;
- revisione del dpr 309/90 prevedendo specificazioni per il settore minorile;
- risorse dedicate al settore minorile per la continuità tratta mentale;
- risorse finanziarie dedicate al settore sanitario penale minorile anche attraverso la riattribuzione di fondi nei capitoli di bilancio del Dipartimento Giustizia Minorile per interventi destinati ai tossicofili e/o portatori di disagio psichico a prescindere dal passaggio della Medicina Penitenziaria al SSN per ovvie motivazioni logistiche, socio-educative e tratta mentali;
- finanziamenti per la sperimentazione innovativa;
- monitoraggio del passaggio della medicina penitenziaria al SSN poiché si registrano interventi e servizi della ASL disomogenei sul territorio nazionale, che variano da Regione a Regione con particolare riferimento ai collocamenti dei minori in comunità terapeutiche e/o socio-riabilitative nonostante i provvedimenti emessi dall'Autorità Giudiziaria Minorile e inficiando così il principio della residualità del carcere per tali soggetti.

Segue quindi la relazione del Dr. F. D'Anselmo, Direttore della scuola di formazione e aggiornamento del corpo di Polizia penitenziaria e del personale dell'amministrazione penitenziaria di Monastir (Ca).

Viene esposta la tematica della custodia attenuata per i detenuti tossicodipendenti prendendo spunto dall'esperienza della casa di reclusione di Castelfranco Emilia dove, sostiene il relatore, l'Amministrazione penitenziaria ha sperimentato un progetto originale che prevede il massimo coinvolgimento di tutti i soggetti attivi che si occupano del fenomeno tossicodipendenza, ossia il Ser.T. di Modena, la rete provinciale e regionale del pubblico e del privato sociale accreditato ivi comprese le Comunità terapeutiche.

La custodia attenuata e il coinvolgimento dei soggetti attivi

Sulla questione della custodia attenuata il relatore ritiene che vi siano, in linea di massima due modelli, di cui, il secondo con due variabili. Il primo di essi rappresentato dall'Istituto penitenziario autonomo dedicato completamente alle dipendenze (I.C.A.T.T.) e il secondo caratterizzato dalla sezione inserita in un più ampio contesto detentivo ovvero posta al di fuori dell'Istituto ma entro il perimetro dello stesso. In questa ultima ipotesi, si rileva un limite organizzativo che vede l'esigenza della sicurezza prevaricare sull'aspetto rieducativo; inoltre, si crea una spaccatura tra l'intero e l'esterno dell'Istituto nel senso che verso una fetta minoritaria di detenuti vengono impiegate risorse e attenzioni maggiori rispetto alla maggioranza della restante popolazione ristretta. Nel primo modello, invece, il trattamento è omogeneo e si valorizza la specializzazione

I due modelli della custodia attenuata.



della struttura e del personale.

Comunque la premessa consiste nel fatto che il carcere è “patogeno” per il detenuto tossicodipendente e che pertanto occorre studiare forme intermedie organizzative tra il carcere tradizionalmente inteso e la Comunità terapeutica. L’esperienza di Castelfranco Emilia va proprio in questa direzione, una struttura intermedia dove detenuti tossicodipendenti, definitivi o imputati, per i quali non sia stato possibile preordinare misure alternative alla detenzione, per volontà personale o altre esigenze obbiettive, possono essere ospitati per evitare innanzitutto l’adattamento progressivo, in senso deteriore, alla “sub-cultura intracarceraria. Altra innovazione risiede nella centralità e valorizzazione del Gruppo di Osservazione e Trattamento allargato, di cui agli artt. 28 e 29 del d.P.R. 230/200, ove risulteranno coordinate dal direttore dell’Istituto, tutte le risultanze e istanze dell’osservazione dei molteplici soggetti che vi partecipano.

Carcere come elemento “patogeno”

Centrale per la riuscita di una simile prospettiva è la formazione specifica e mirata del personale e in particolare della Polizia penitenziaria. Il progetto “Crisalide” risponde a questa esigenza. Il relatore prosegue poi nel descrivere le caratteristiche della struttura intermedia, le principali attività e l’articolazione della giornata.

L’importanza della formazione del personale

Infine, il relatore rimarca che, collateralmente, occorrerà intensificare il progetto DAP prima, fortemente voluto dall’Amministrazione Penitenziaria dapprima presso il Tribunale di Milano e, sperimentalmente attuato successivamente presso i Tribunali di Roma, Padova, Reggio Calabria e Catania, al fine di deflazionare le carceri.

Segue la relazione della Sig.ra J. Ghibaudi, in rappresentanza del Gruppo Abele e CNCA. La relatrice mette in evidenza il dato statistico dell’incremento della detenzione per i soggetti tossicodipendenti, le stime ufficiali riportano un dato intorno al 27 % della popolazione detenuta generale, ma il dato reale anche se non ufficiale, sembra essere intorno al 40% e questo a motivo di fattori molteplici quali la mancata diagnosi, la mancata autodichiarazione, l’uso di sostanze che non si evidenziano con eclatanti sintomatologie astinenziali fisiche.

L’incremento della detenzione per i tossicodipendenti

E’ necessario riaprire una discussione sull’art. 73 del dpr 309/90 proprio perchè la dipendenza da sostanze si presenta come un problema di salute prima ancora di essere un rischio di carcerazione per i reati ad essa connessi. E’ in atto, sostiene la relatrice, una diminuzione delle concessioni delle misure alternative a fronte di un incremento delle detenzioni per reati connessi alla legge sugli stupefacenti.

Problema di salute prima che rischio di carcerazione

La relatrice poi porta l’attenzione sull’uso di droghe in carcere, sui rischi di malattie infettive, sulle necessità di: garantire una presa in carico terapeutica



anche ai migranti affetti da dipendenza e non in regola con le norme di soggiorno, garantire l'accesso e la continuità di terapie con farmaci sostitutivi a mantenimento e/o di contrasto alle patologie correlate, attivare misure preventive efficaci.

Conclude evidenziando, inoltre, l'opportunità di superare la discrepanza oggi esistente fra le regioni in merito alle rette previste per l'affidamento terapeutico in comunità e la misura cautelare in struttura terapeutica.

Nell'intervento della Dr.ssa. R. Giove dell'azienda ASL di Milano viene illustrato il progetto "Nave" del servizio area penale e carcere dell'ASL di Milano. Il progetto "Nave" si iscrive in un ambito di trattamento avanzato laddove le motivazioni alla cura e la disponibilità di tempi, per lo più brevi, lo consentono, al fine di progettare un percorso terapeutico alternativo al carcere, quando la posizione giuridica lo consente. La relatrice presenta i dati anche in ambito minorile e descrive l'area progettuale costituita da il progettare il fuori Bollate-San Vittore, il Topic I e Il finanziati dalla commissione europea, il progetto SP.IN, il trattamento con il protocollo per l'agopuntura e il progetto sui minori di area esterna sottoposti a misure restrittive della libertà "spazio blu".

Da molti anni **la ASL di Milano** è impegnata in un contesto sia Italiano che Europeo di formazione, in rapporto all'applicazione della misura alternativa alla detenzione per soggetti dipendenti patologici autori di reato e processati per direttissima. Tale attività ha due obiettivi prioritari il primo è quello di far prendere contatti all'autore del reato (per la maggior parte degli utenti per la prima volta) con i servizi sanitari, il secondo è quello dell'applicazione immediata della misura alternativa presso una comunità e quindi non l'ingresso in carcere.

Partendo dall'esperienza del Servizio presso il Tribunale di Milano (1994), sono stati attivati -con ASL di Milano capofila- il progetto DAP-Prima dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria con apertura delle sedi di Roma, Reggio Calabria, Catania e Padova, e nel corso del 2008 sono state attivate le sedi di Genova e Napoli..

Segue quindi l'intervento del Dr. V, Marino, dirigente medico Ser.T. ASL di Varese che presenta i risultati del "Progetto nazionale problematiche sanitarie dei detenuti consumatori di droghe". Scopo del progetto era, anche, la realizzazione di linee guida finalizzate a migliorare l'efficacia dell'istituto ex art. 94 del t.u. 309/90 (affidamento in prova in casi particolari). Questa azione è stata affidata alla ASL di Varese ed ha promosso una ricerca-azione orientata al miglioramento di questo istituto. Segue quindi una dettagliata esposizione di grafici che evidenziano l'andamento temporale, geografico e di genere dei detenuti tossicodipendenti e si pone, il relatore, la domanda sull'efficacia effettiva delle misure alternative ex art 94, rilevando nel contempo l'estrema disomogeneità di applicazione sul territorio nazionale.

Il progetto "Nave" di Milano

Varese: il progetto nazionale problematiche sanitarie dei detenuti consumatori di droghe



Ne scaturisce l'esigenza di avere degli indicatori utili per misurare la reale efficacia dell'istituto dell'art. 94 ed espone un indicatore utilizzabile quale la revoca della misura alternativa espressa in tassi percentuali e ne conclude che il dato di revoca sembra costante negli anni esaminati, 2001-2007, e conclude che l'affidamento ex art 94 sembra determinare un minor tasso di recidiva nel reato, soprattutto se concesso prima dell'ingresso in carcere.

Esigenza di misurare l'efficacia della norma ex art. 94

L'applicazione delle misure alternative, continua il relatore, e gli esiti della stessa sono molto disomogenei sul territorio nazionale e mancano criteri univoci di scelta per la loro applicazione e conduzione.

Applicazione disomogenea delle misure alternative al carcere

La popolazione tossicodipendente sembra essere quella che più necessita di una migliore definizione di tali criteri, è necessario promuovere modalità di applicazione delle misure alternative più efficaci, omogenee e condivise, sviluppate dal basso attraverso il coinvolgimento e il confronto attivo degli operatori. Il relatore descrive quindi le tappe di sviluppo del progetto tra criticità, indicatori e metodi di valutazione addivenendo ad una agenda di miglioramento individuata anche nel corso di perfezionamento universitario in "tossicodipendenze sotto il profilo giudiziario" seguito da un modula fad.

La formazione ha avuto come tema centrale il lavoro di assesment multidisciplinare in merito alla proposta di misura alternativa. L'intera esperienza della ricerca-azione e gli strumenti prodotti sono stati raccolti in un volume messo a disposizione del DNPA e dei servizi interessati.

Il relatore infine comunica che il 18 settembre p.v. presso l'Hotel Aron Park, Roma Eur, ci sarà il convegno conclusivo del progetto nazionale.

Conclusioni del Direttore di Dipartimento Dr G. Serpelloni.

Le conclusioni del convegno

E' necessario attivare un tavolo di lavoro permanente per fornire indicazioni utili per la legiferazione con alcuni mandati specifici:

- modifiche normative
- linee tecniche di indirizzo
- riabilitazione
- standard nazionali

In sostanza bisogna ricreare le condizioni per evitare la frammentazione regionale a seguito della scomparsa della medicina penitenziaria come organo centrale di coordinamento.

E' inoltre necessario costituire dentro il carcere le unità operative per l'alcooldipendenza in integrazione con tutti gli altri servizi.

E' necessario dare vigore al progetto dap-prima

Bisogna orientarsi per soluzioni sinergiche .



Presidenza del Consiglio dei Ministri
DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

