

CARCERE, IL BUCO NERO DELLA DROGA

REATI COMMESSI DA
TOSSICODIPENDENTI
(**relazione annuale al parlamento....*)

Nel 2024, quasi 28 mila persone sono state denunciate alla Autorità Giudiziaria per reati commessi contro il DPR 309/90.

La grande maggioranza delle denunce (il 91 %) si riferisce al reato di traffico, produzione e detenzione illecita di sostanze stupefacenti (art. 73), mentre il restante 9 % riguarda il reato di associazione finalizzata al traffico (art.74).

Gli stranieri sono il 39 %

Il 7 % ha 18/19 anni
Il 36 % ha da 20 a 29 anni
Il 25 % ha da 30 a 39 anni
Il 25 % ha da 40 a 59 anni
Il 3 % ha da 60 anni in su.

Le denunce riguardanti
cocaina e crack sono il 52 %
cannabis e derivati il 37 %
eroina e altri oppiacei il 4 %
altre droghe sono il 5 %
sostanze sintetiche sono il 2 %

Oltre il 35% della popolazione detenuta è in carcere per violazione della legge sulle droghe, spaccio e consumo di sostanze. Il carcere non può essere la soluzione, anche perché in carcere finiscono soprattutto i "pesci piccoli", mentre i vertici del narcotraffico continuano ad arricchirsi.

I dati confermano come l'attuale legislazione sulle droghe colpisca gli ultimi anelli di una catena criminale più ricca. Non a caso finiscono solitamente in carcere le persone straniere che, così come molti italiani ai margini, con più facilità possono diventare la bassa manovalanza, sacrificabile e facilmente sostituibile, delle organizzazioni dedite al narcotraffico. La periodica registrazione dell'aumento delle vittime per suicidio nelle carceri italiane è sempre più un umano stillicidio.

Il tasso reale di sovraffollamento è del 133 per cento, con 16 mila persone che non hanno un posto. Il numero dei detenuti nell'ultimo periodo cresce di circa 300 unità ogni due mesi. Numeri che rendono fallace ogni discorso che cerca soluzioni all'attuale situazione attraverso l'edilizia penitenziaria.

Se si considera che le carceri italiane hanno in media proprio 300 posti, ogni due mesi che passano avremmo bisogno di un nuovo istituto penale.

Da una prima considerazione ciò che collega le sostanze psicotrope e istituzione carceraria, appare come nesso di causa-effetto, e il carcere si mostra come ultima tappa di un percorso deviante, la correlazione tra sostanze e istituti è in costante aumento e, facendosi assolutamente più forte, essa si caratterizza come condizione di compresenza: la droga è presente in carcere e in carcere sono presenti i tossicodipendenti.

La problematica appare quindi duplice: la struttura carceraria, infatti da un lato mantiene sacche di illegalità e circuiti di diffusione delle sostanze in ambiente inframurario, che rispondono non solo ad esigenze di detenuti tossicodipendenti, ma spesso si presentano come inizio di percorsi di dipendenza, che trovano nella solitudine dell'ambiente carcerario un terreno fertile per attecchire.

Dall'altro lato, la presenza di tossicodipendenti in carcere è un dato allarmante che attesta le carenze del sistema penitenziario sul piano dell'assistenza, della riabilitazione, del recupero, dell'accesso alle misure alternative o più semplicemente del diritto alla salute.

IL rapporto annuale dell'Osservatorio europeo (da Euronews) parla chiaro: *"Rispondere alla presenza di sostanze stupefacenti resta una sfida. Tra pochi controlli e corruzione un nuovo campanello d'allarme sul sistema carcerario".*

Carceri e droga, un binomio sempre più forte e per questo difficile da rompere. Sono tanti i dati e gli aspetti contenuti nell'ultimo rapporto annuale sulle droghe realizzato dall'Osservatorio europeo sulle droghe e delle tossicodipendenze (Euda), e uno di questi riguarda proprio la diffusione nelle prigioni europee.

Qui dentro entra di tutto, sempre più facilmente e sempre in maggior quantitativi. Risultato: "Rispondere al problema della droga nelle carceri europee rimane la sfida", la denuncia dello studio.

Dalle testimonianze raccolte e dalle ricerche condotte emerge come nell'Ue le persone in carcere dichiarano un consumo 'una tantum' di sostanze stupefacenti, quindi per lo più occasionale, prima della detenzione e "livelli di consumo più elevati, in particolare di eroina, cocaina e anfetamine", una volta dietro alle sbarre.

Pochi controlli, crescente corruzione: è così che il business illegale prospera. "Le droghe vengono introdotte in carcere in vari modi, tra cui l'occultamento interno da parte di persone in carcere, visitatori e, a volte, personale, nonché il traffico tramite droni", denuncia l'Euda.

In questo mercato troppo tollerato "sostanze potenti, come cannabinoidi sintetici, oppioidi e vari farmaci, possono essere favorite in quanto più facili da occultare".

Si pone anche la questione della salute. Non c'è solo il rischio di overdose, comunque denunciato dall'agenzia europea nel rapporto perché "laddove le droghe vengono iniettate, nel contesto di un accesso limitato di siringhe sterili per iniezione, i rischi di trasmissione di virus trasmissibili per via ematica, inclusi HIV e HCV, aumentano".

Questo perché, denuncia ancora il rapporto, "pochissimi Stati membri segnalano la distribuzione di aghi e siringhe, o di programmi di naloxone per prevenire i decessi per overdose" all'interno delle case circondariali. Un altro aspetto che conferma l'insostenibilità delle condizioni delle carceri europee.

Mentre il sovraffollamento toglie il respiro, dal governo le uniche iniziative sul carcere sono quelle che lo vedono come soluzione a problemi sociali di ogni tipo. Soltanto nel 2024 si sono verificati circa 1.500 episodi di protesta collettiva non violenta nelle carceri italiane

(da *"Tossicodipendenze in carcere"*. - R. Castellani, *Educatore al Ministero di Grazia e Giustizia*)



All'interno dei nostri istituti penali, il problema dei soggetti tossicomani ha assunto una dimensione di tale rilevanza da costituire da più anni oggetto specifico di studio per la ricerca di soluzioni alternative alle condizioni attuali. Gli istituti penitenziari italiani, soprattutto quelli di maggior dimensione, sono venuti ad assumere un ingente carico di soggetti che orbitano nel mondo della droga: sia i gestori delle grandi organizzazioni criminali che trafficano stupefacenti e i manovali di tale mercato (gli spacciatori) sia gli utenti, ossia il vero tossicomane.

Mentre per quanto riguarda gli amministratori e gli addetti ai lavori del mercato della droga l'integrazione nel mondo carcerario ha luogo con le stesse regole e modalità tipiche della criminalità comune, per il tossicomane l'ingresso in istituto, origina processi diversi, con variabili specificità.

Da considerare importante precisare che il tossicomane di cui parliamo è nella maggioranza dei casi l'eroinomane, figura prevalente nei nostri istituti rispetto a leggere forme di tossicomania secondarie e di minore incidenza statistica.

Tutta la sua vita ruota intorno al come rimediare una buona dose e l'uso del piccolo spaccio non soddisfa spesso le esigenze di mantenimento.

La prisonizzazione sancirà praticamente un processo ulteriormente stigmatizzante per tale soggetto o meglio, se fino ad allora la tossicomania non costituiva devianza ma malattia per cui il significante patologico (la malattia) retrocederà per far emergere il significante delinquenza e con esso l'iter procedurale giudiziario.

Nell'ambito della stessa patologia tossicomantica presente negli istituti penitenziari bisogna evidenziare le diverse e importanti tipologie: da una parte abbiamo il tossicodipendente vero e proprio, l'eroinomane che fa uso strumentale del reato per raggiungere la droga, oggetto ormai per lui sostitutivo di qualsiasi rapporto di relazione; dall'altra il soggetto farmacodipendente che appartiene alla malavita organizzata e che secondariamente fa uso indifferentemente di sostanze (eroina, cocaina, anfetamine, alcool), mantenendo una pur minima vita di relazione con il sottosistema criminale.

Va aggiunta alla suddetta, anche se meno rilevante statisticamente, una terza categoria: il tossicodipendente che compie reati colposi a causa della alterazione delle capacità mentali indotte dall'uso di una specifica droga. In questo caso si manifesta una responsabilità diretta legata al tipo di sostanza assunta.

Anche se emerge una confusione di confini tra tossicomania e alcune frange criminali, nella pratica la differente motivazione che spinge il tossicomane all'incontro con l'ambiente della criminalità e l'assunzione dei suoi nuovi modelli di vita, spiega allo stesso tempo la diversità delle modalità reattive del tossicomane vero e proprio in carcere rispetto al cosiddetto delinquente.

Il drogato all'interno dell'istituzione non può più nascondere con il buco i suoi problemi né riesce a causa delle sue condizioni psico-fisiche (astinenza, depressione...) a riferirsi a quegli schemi e ruoli tipici dell'ambiente malavitoso (ad es. Codici d'onore, conquista del potere ecc.) che agiscono come regole di integrazione per il delinquente classico.

La cosiddetta *fissa della droga*, in genere motiva quelle reazioni di ricerca della sostanza stupefacente o suoi surrogati, che hanno lo scopo di difendere il soggetto dal violento distacco che la detenzione gli impone in condizioni non idonee a tal scopo.

Il tipo di reazione e adattamento manifestate dal tossicodipendente in carcere dipendono da concomitanti fattori: il tipo di personalità, storia tossicomantica, deterioramento psicofisico, l'età, l'assenza o presenza di riferimenti affettivi.

Pur in considerazione che l'esperienza tossicomane è diversa per ciascun soggetto, in linea generale, l'impatto con l'istituzione dà origine a delle dinamiche comportamentali comuni a molti tossicodipendenti.

La continua richiesta di somministrazione di farmaci (Roipnol, Talwil ecc.) nella infermeria. l'uso dell'inalazione del gas contenuto nelle bombolette per cucinare, i tentativi di introduzione della droga, infatti, è il rinnovarsi del rituale drogastico.

Tali azioni, compreso il frequente abuso di alcool e vino, sono indicazione del processo di sovrapposizione che possiamo chiamare una tossicodipendenza surrogativa che, sebbene si diversifichi dalle forme originarie, ripete i medesimi meccanismi rafforzando le componenti della tossicomania: la dipendenza psicologica da una sostanza; caratteristica questa costituente del vero nocciolo della patologia tossicomane rispetto alla stessa componente fisica dell'assuefazione.

Se i comportamenti appena descritti rappresentano una caratteristica reattiva ridondante tra i tossicodipendenti, non bisogna dimenticare come l'altra faccia della medaglia è costituita da veri e propri conflitti emotivi gestiti soprattutto nelle prime fasi della detenzione: tentativi autolesionistici, tentativi di suicidio, gravi depressioni, crisi nevrotiche, ecc.

Gli specifici bisogni agiti dal drogato non trovano riscontro nell'ambiente penitenziario in quanto anomali rispetto ai classici modelli comportamentali basati sulle gerarchie di potere.

I tratti di dipendenza, manipolazione predominanti nell'atteggiamento del tossicodipendente ne fanno un uomo in sott'ordine, che difficilmente viene accettato dai gruppi delinquenziali e dai detenuti in genere. Soprattutto nelle strutture penitenziarie sovraffollate, tale processo di emarginazione è esasperato al punto di giungere al ricatto o alla violenza.

Nella maggioranza degli istituti italiani, quando il soggetto tossicomane entra in carcere viene inserito nelle normali sezioni, e dopo una prima fase di intervento, se necessario, in infermeria per la risoluzione dei problemi fisici o patologie intercorrenti. Tale prassi non è quasi mai preceduta dall'analisi del tipo di personalità tossicomane e dalla valutazione delle opportunità di una integrazione indifferenziata nell'ambiente istituzionale.

E' da precisare questa situazione, in quanto si ritiene che ad essa si debba addebitare gran parte di quelle dinamiche relazionali, che danno luogo al fenomeno del rinforzo della criminalizzazione del drogato.



Quanto sopra sinteticamente descritto sui bisogni individuali e sulle relazioni del tossicomane nell'ambiente penitenziario, identifica il contesto su cui si deve la risposta dell'istituzione al tossicomane.

Alla luce della complessità del fenomeno essa non può comprendere solo l'aspetto sanitario o al massimo quello psicosociale, ma deve tener conto anche di un altro elemento, quello preventivo.

Nell'ambito trattamentale l'aspetto sanitario è infatti quello che l'istituzione ha maggiormente privilegiato nel corso degli anni, favorendo l'intervento dell'U.S.L. nel carcere in accordo con la specifica normativa prevista nella legge 685/'75 o cercando di provvedere attraverso il suo personale sanitario.

L'intervento psicosociale ha trovato invece le minori realizzazioni sia per le stesse difficoltà strutturali delle istituzioni: il sovraffollamento, carenze di posti di lavoro interni e di spazi di socializzazione sia per la lentezza delle procedure giudiziarie, che hanno rinviato nel tempo il momento del reinserimento all'esterno per tali tipi di soggetti, su cui gli effetti della detenzione sono notoriamente deleteri.

Nell'istituzione possono essere individuati come oggetto di prevenzione una serie di fenomeni connessi sia con la personalità del tossicodipendente che con il problema più in generale della droga in carcere. Il più rilevante di essi, collegato strettamente alla morbosità della patologia tossicomane nel suo impatto con l'istituzione, è il tentativo di suicidio che più frequentemente compare all'inizio della detenzione.

Altri fenomeni da prevenire sono quelli, già descritti, relativi alle forme di dipendenza alimentate da sostanze surrogate, se non addirittura da assunzione occasionale di droga clandestinamente introdotta. Connesso ad essi è il problema dell'assunzione di tali sostanze da parte di detenuti non tossicodipendenti, spesso iniziati al consumo con la detenzione.

In relazione sempre alla particolare personalità del drogato emerge anche l'altra grave problematica della sua integrazione nell'ambiente penitenziario per evitare i fenomeni e di vittimizzazione e di apprendimento di tecniche criminali, soprattutto da parte dei tossicomani alle prime esperienze carcerarie.

Nell'istituzione penitenziaria prevenire implica agire, in considerazione di tre livelli di operatività: controllo; informazione-formazione del personale; modifiche quali-quantitative delle strutture e/o servizi.

Il primo livello, quello del controllo, è ampiamente usato dall'istituzione poiché si avvicina maggiormente alle sue finalità di sicurezza e implica un ricorso a schemi già precostituiti. Infatti, normalmente negli istituti è ufficialmente previsto il controllo dell'assunzione di particolari farmaci, il controllo su detenuti in condizioni psichiche precarie, controlli attraverso perquisizioni nelle celle ecc.

Ma a quanto l'esperienza dimostra, il livello del controllo anche se adeguatamente usato, non è sufficiente da solo a prevenire tali fenomeni e per le possibili elusioni allo stesso e perché non soddisfa quelle condizioni ad altri livelli.



Per quanto riguarda il livello informazione-formazione è forse necessario accennare brevemente al suo significato. L'informazione costituisce la base per tutti gli operatori istituzionali, dal direttore, all'educatore, all'agente affinché essi abbiano una percezione corretta del vissuto e della realtà dell'esperienza tossicomana.

La distinzione tra consumatore e tossicomane, tra droghe legali e illegali ecc. ad esempio, assume una importanza rilevante per una chiara conoscenza, aldilà di errate impostazioni (allarmistiche o permissive) trasmesse dai mass-media.

L'informazione ha poi un altro risvolto, quello di influire selettivamente sulla percezione del fenomeno; spesso negli istituti una distorta visione del drogato porta ad una prassi permissiva o repressiva non congrua al caso di tossicomania che si ha di fronte. Non è raro riscontrare nell'istituzione atteggiamenti permissivi verso l'alcolista ed eccessivamente repressivi nei confronti del tossicofilo.

Dall'informazione data al personale, si passa ad un grado superiore: quello della formazione del personale. In questo ambito necessitano delle differenziazioni collegate a specifici settori operativi.

Per formazione si intende qualcosa di più della conoscenza del fenomeno, bensì l'apprendimento e qualità psicologiche nonché di tecniche di intervento relazionali.

Il tema informazione-formazione fa riflettere su chi debba svolgere l'azione didattica o formativa.

La risposta a questo quesito dovrebbe coinvolgere l'amministrazione penitenziaria congiuntamente con la struttura sanitaria pubblica e i suoi organismi.

Fino ad oggi tale livello nell'istituzione è stato abbastanza trascurato; se l'informazione è stata carente e non fornita a tutti, la formazione non ha avuto alcun riscontro pratico. Il livello informazione-formazione, invece permetterebbe di agire sul contesto istituzionale e più precisamente su quelle dinamiche relazionali che ne costituiscono la struttura.

Si verificherebbe così una profonda influenza sull'operatività e sull'efficacia delle strategie di intervento.

La modificazione dei rapporti istituzionali, infatti costituisce un cambiamento qualitativo, superiore rispetto al semplice controllo repressivo che lascia inalterato il fenomeno e le sue cause.

Il problema del suicidio del tossicomane ad esempio è più efficacemente prevedibile se l'operatore, essendo in possesso di determinate informazioni, è in grado di osservare il comportamento del soggetto con un'ottica diversa, più prettamente psicologica che non di puro controllo, reagendo all'occorrenza con atteggiamenti più corretti dal punto di vista relazionale.

Il terzo livello - modifiche quali-quantitative delle strutture e dei servizi - è fondamentale per la funzionalità degli altri. Infatti è necessario garantire l'adeguata presenza delle strutture penitenziarie (strutture lavorative, ricreative ecc.) e le qualità dei servizi (sanitario, rieducativo, assistenziale) per poter parlare di prevenzione.

Laddove un servizio sanitario istituzionale è carente e poco funzionale è più difficile arginare fenomeni come l'abuso di psicofarmaci del tossicodipendente in sostituzione della sostanza stupefacente. L'assenza o carenza di strutture lavorative e ricreative determina una mancanza di stimoli sia per il tossicomane che per il detenuto comune, ostacolando eventuali processi di trattamento e all'opposto rinforzando o creando quelle dinamiche di dipendenza verso qualsiasi sostanza capace di procurare una evasione gratificante.

Ogni livello descritto per le sue stesse caratteristiche presuppone che anche gli altri vengano soddisfatti. Fermarsi al solo livello del controllo è insufficiente come formare degli operatori senza avere delle strutture di supporto mediante cui lavorare.

Attuare una prevenzione nel carcere significa anche creare presupposti per il trattamento di tossicodipendenti oltre che aprire la strada per un intervento psicosociale. Con ciò non si intende dire che il carcere può diventare una struttura idonea per la cura di tale tipo di soggetto, significa che con esso in tal modo si possa influire meno drasticamente sulla sua patologia e sui fenomeni ad essa connessi.

L'istituzione piuttosto che costituire una fase di transizione o di rafforzamento di un buco futuro, potrebbe fornire una possibilità di aggancio del tossicomane per un discorso di recupero che non può che essere proiettato all'esterno, in libertà.