

Intervista a Linda Montanari dell'agenzia europea Euda

Senza crimini per droga le carceri si svuoterebbero

Il 24 e 25 settembre a Strasburgo presso il Consiglio d'Europa si è tenuta una conferenza internazionale sul tema *Droghe in carcere: garantire un trattamento umano ai detenuti con disturbi da uso di sostanze*. Secondo il Comitato europeo per la prevenzione della tortura (CPT) va garantito il diritto dei detenuti a ricevere un'assistenza sanitaria equivalente a quella della popolazione generale. Ma è garantito questo diritto? Alla conferenza ha partecipato la dottoressa Linda Montanari, responsabile dell'area carcere e droga per l'agenzia dell'Unione Europea sulla droga (Euda). Montanari ha accettato di rispon-

L'uso di sostanze all'interno delle carceri non è permesso ma avviene. La premessa è che in carcere entrano le droghe e si sa, bisogna prenderne atto e agire di conseguenza.

dere alle domande di *carteBollate*. Con una premessa: la difficoltà a raccogliere dati comparabili negli Stati europei. «*Ci sono Paesi che fanno ricerche periodiche sull'uso di sostanze tra i carcerati, mentre altri, come l'Italia, usano dati di routine, inclusi i tossicodipendenti dichiarati all'ingresso in carcere. Noi dell'agenzia abbiamo definito un questionario modello utilizzato da un terzo dei Paesi nelle loro inchieste periodiche. L'Italia non ha ancora avviato l'implementazione ma ha migliorato l'informazione sul carcere e droga e speriamo avvii a breve una ricerca*». In Europa, secondo un rapporto pubblicato nel 2022, il 18% delle persone detenute è in carcere per reati contro la legge sulla droga: per traffico o per uso personale. A

questa percentuale devono essere aggiunti tutti coloro che sono in carcere per reati indirettamente correlati al consumo di sostanze: i cosiddetti reati di tipo acquisitivo, ovvero reati contro la proprietà commessi per finanziare il consumo di droga. Quest'ultimo gruppo poi è spesso recidivo e può costituire una percentuale significativa della popolazione carceraria. «*In Norvegia hanno simulato cosa succederebbe se si eliminassero tutti i crimini correlati alla droga, sia quelli diretti che quelli indiretti - spiega Montanari - e hanno stimato che la popolazione carceraria diminuirebbe del 60%*».

C'è un modello in Europa che funziona meglio degli altri nel trattamento dei detenuti con dipendenze da sostanze? Buone pratiche che andrebbero diffuse?

È abbastanza difficile stabilire delle classifiche proprio per la difficoltà a raccogliere dati uniformi, posso però portare alcuni esempi: in Portogallo, dove il consumo è un reato, ma è depenalizzato, un tossicodipendente non viene segnalato al prefetto come in Italia, ma passa da una commissione che predispone un piano olistico di intervento. Altri modelli di intervento all'interno del carcere che funzionano con efficacia sono quelli della Spagna e del Lussemburgo, dove sono implementate politiche olistiche di riduzione del danno. In Lussemburgo per esempio hanno diversi tipi di intervento: trattamento di sostituzione con metadone o buprenorfina, distribuzione di siringhe e condom, e programma sicuro per fare tatuaggi (*safe tattoo programme*). Nel carcere di Montpellier, dopo che il medico responsabile Fadi Meroueh ha introdotto il programma di scambio di siringhe l'epatite è stata eradicata dal carcere.

Ci ha colpito leggere che in molte carceri sia possibile fare uso di sostanze stupefacenti per via parenterale. Com'è possibile in un contesto dove anche il farmaco da banco più banale è regolamentato da una rigida distribuzione?

L'uso di sostanze all'interno delle carceri non è permesso ma avviene. La premessa è che in carcere entrano le droghe e si sa, bisogna prenderne atto e agire di conseguenza. Degli 11 Paesi che hanno raccolto dati con il nostro questionario sull'uso in

carcere, tutti riportano qualche forma di consumo. Il problema è il rischio associato, perché è nascosto, spesso in condizionati igieniche inadeguate e con pochi strumenti per l'utilizzo, che porta a una maggiore condivisione degli aghi, aumentando il rischio di contrarre malattie infettive come HIV ed epatite. Un altro rischio attuale dell'uso in carcere è legato alle nuove sostanze, cannabinoidi sintetici e oppioidi sintetici, come il nitazene, più potente del fentanyl e molto più potente dell'eroina. Sono stati riportati casi di uso e problemi di intossicazione da uso di nitazene in carcere in Irlanda, Regno Unito e l'isola d'Oltremare francese la Réunion.

Esistono differenze "di genere" nell'approccio e nel trattamento e anche nel tipo di dipendenze tra donne e uomini detenuti?

Ho condotto uno studio specifico sulle donne, droga e carcere in quattro istituti: San Vittore, Giudecca, Vallette e in Portogallo. Le donne sono in carcere, in gran parte, per questioni relazionate con la droga, che non vuol dire solo crimini: per uso 6-7%, per traffico 20%, moltissime per i cosiddetti crimini relazionati con la droga, ossia per procurarsela, per un totale di 60% di donne in carcere per crimini relazionati con la droga e questo senza grandi differenze tra carceri o Paesi. Di solito hanno un profilo molto vulnerabile e c'è una percentuale altissima di detenute che hanno subito violenza sessuale durante la loro vita, solitamente nell'ambito familiare; e non una volta sola, ma ripetutamente nella loro vita, con percentuali certamente sottostimate, dal momento che non tutte denunciano o parlano della violenza subita e molte nemmeno la riconoscono come violenza. Molte usano le droghe come una sorta di *self medication* per sopportare il trauma. In questo caso mi sento di dire che se non si comincia a lavorare sul problema della violenza di genere in modo sistematico nella società, sarà difficile vedere un'inversione di tendenza in carcere e in generale nella devianza e nell'uso problematico di sostanze tra le donne.

Nel documento fornitoci alla base del forum del consiglio d'Europa, si legge che le sostanze vengono usate spesso per sfuggire alla noia, succede per la mancanza di offerta da parte delle strutture verso i detenuti o in generale?

Tutte le ricerche dicono che l'uso di sostanze in carcere è in parte legato alla noia, al fatto che il tempo in carcere non passa e a questo si deve anche l'incremento dell'uso delle droghe sintetiche. Da una ricerca condotta in Belgio emerge per esempio che più di un terzo delle persone tossicodipendenti ha iniziato in carcere a usare anche una droga aggiuntiva. Per questo le attività sono fondamentali, non attività qualsiasi però: se mandi le detenute a fare corsi di cucito, questo replica stereotipi di genere, non fornisce risorse che possono essere utili una volta fuori dal carcere e non aiuta ad aumentare le potenzialità delle donne e la loro autostima.

Tra le sostanze stupefacenti sono annoverati anche gli psicofarmaci?

In carcere c'è in generale un uso elevato di psicofarmaci, perché la prevalenza di disturbi mentali è alta, perché l'ambiente del carcere non facilita la riduzione di tali problemi e tende ad aumentarli e anche perché c'è carenza di personale e spesso agli psichiatri e ai medici non resta che dare psicofarmaci perché non hanno il tempo per fare altro; anche gli psicologi sono pochi. Poi certamente anche il loro utilizzo improprio al di fuori della prescrizione medica è molto alto e in questo caso

In Portogallo, dove il consumo è un reato, ma è depenalizzato, un tossicodipendente non viene segnalato al prefetto come in Italia, ma passa da una commissione che predispone un piano olistico di intervento.

lo classifichiamo tra le sostanze. *Com'è la situazione italiana rispetto alla media europea?*

L'Italia avrebbe il potenziale per mettere in atto numerosi servizi, anche grazie al fatto che la responsabilità per la salute in carcere è in carico alla sanità. Tuttavia la sanità regionalizzata può creare situazioni a macchia di leopardo, dove se i responsabili sono estremamente motivati come per

esempio in Lombardia il servizio è proattivo. Non dappertutto è così.

Quali proposte sono emerse durante il vostro forum e in generale quali sono le raccomandazioni?

Ci sono varie cose da fare. Per citarne solo alcune: attuare psicoterapia di gruppo, visto che i colloqui individuali sono pochi per carenza di personale, implementare i collegamenti con i servizi esterni, formare il personale, anche gli agenti, stimolare il coinvolgimento dei pari, responsabilizzando i detenuti. Poi sul piano strettamente trattamentale in alcune realtà si sta cominciando a usare al posto del metadone la buprenorfina ad azione prolungata iniettata una volta al mese, che lascia libero il medico per fare attività di *counselling*. Uno dei gli ostacoli è il costo elevato. Una questione cruciale poi è prevenire il rischio di morire di overdose che è altissimo nelle prime due settimane dall'uscita dal carcere. In 5 Paesi è già prevista la consegna per la copertura a casa con il naxolone. Non si dovrebbero mai lasciare scoperte le persone, attivando un collegamento immediato con i servizi esterni.

Laura Taroni ed Elena Vitali con la collaborazione di Paola Rizzi