

tarla dal penale al sociale", si condividono le nuove forme di alternative alla detenzione indicate da questo progetto? Si pensa di poter programmare altre riforme di Leggi settoriali in materia di sostanze stupefacenti e di disciplina del fenomeno migratorio? Secondo quali principi?

- Come si ritiene di intervenire sui trend crescenti di popolazione penitenziaria, ove si reputino riducibili?

- Pur ritenendo personalmente che questo progetto sia congegnato come un unicum inscindibile comprensivo di diritti, di misure alternative, di ristrutturazione dei Tribunali di Sorveglianza, degli istituti penitenziari, dell'organizzazione centrale e periferica, si pensa che taluni aspetti non possano trovare ampio consenso?

*"Le ideologie sono libertà mentre si fanno,  
oppressione quando sono fatte"*

(Sartre)

#### PREMESSA

## Curare In Carcere O Curarsi Dal/Di Carcere

Stefano  
Vecchio

Alla domanda se sia possibile curare un tossicodipendente in carcere, si può rispondere solo dopo aver dato risposta a quella: in che cosa consiste la cura di un tossicodipendente in un contesto sociale ed istituzionale *normale*? Una domanda che non ha ancora avuto una risposta adeguata né, tanto meno, definitiva.

In realtà la domanda preliminare alla quale si danno risposte contrapposte è: cosa si dovrebbe curare ed in relazione a quali criteri di individuazione di bisogni di salute e personali?

Su questi temi vi è un acceso dibattito che coinvolge prevalentemente politici, religiosi, tecnici e, in forma fortemente marginale, una ridotta area di persone direttamente interessate.

Le concezioni e le pratiche correnti della cura che vengono offerte ai *liberi* e che dovrebbero essere garantite anche ai detenuti, non sono univoche, e fanno riferimento a diverse concezioni della tossicodipendenza cui corrispondono diversi modelli di cura ma considerano solo marginalmente, in media, le singole persone e le loro storie. La cura risulta quindi, in parte, un processo teso a costruire una identità sociale del tossicodipendente corrispondente alla specifica concezione di riferimento (malato, emarginato, deviante, individuo). In particolare il dibattito risulta assai condizionato da influssi moralistici (più che etici) fortemente giudicanti, da posizioni ideologiche (intese come coscienza velata e rovesciata) e da politiche pregiudiziali. Inoltre queste stesse pratiche assumono diverse caratteristiche e connotati se si realizzano nei SerT, nelle strutture intermedie, nelle Comunità di un circuito o di un altro.

La normativa attuale, nell'inserire una dimensione di

*normalità* all'interno della istituzione penale, vi ha riportato anche tutte le sue contraddizioni, incertezze, aporie, problematiche; il dentro e il fuori si compenetrano molto di più di quanto appaia, anzi questo apparire poco riduce i termini del dibattito (ad esempio: metadone sì o no...). È opportuno allora riportare alcune di queste problematiche per svilupparle in contrappunto nel contesto carcerario e penale. Per seguire questa impostazione, ritengo utile una sintetica panoramica delle nozioni e pratiche della cura correnti e delle diverse declinazioni che presentano nel dibattito attuale, per valutarne la applicabilità e le implicazioni nel contesto del circuito penale.

Per semplicità riduco a tre le concezioni della cura correnti:

a) il tx è colpevole di un *comportamento anti-sociale*, per cui la cura si configura come rieducazione, come rimessa a punto del comportamento della persona secondo principi e valori ben definiti. Tale concezione non riconosce alcuna autonomia di giudizio alla persona fino a che consuma droghe. L'intervento quindi prevede un totale affidamento del soggetto agli operatori ed alle strutture. I percorsi terapeutici saranno rigidamente predefiniti ed ogni deviazione prevede punizioni e comunque prescrizioni che correggano tali deviazioni. La concezione della cura, in questo caso, è fortemente connessa ad un imperativo ideologico di condanna del comportamento e di espiazione. La cura si configura come obbligo piuttosto che come diritto (più vicino al sistema penale che al sistema assistenziale).

b) Il tx è un *malato* da curare, e secondo le posizioni più recenti e in voga, è un *malato cronico-ricidivante*. Questa prospettiva ha il merito di attribuire la responsabilità dell'intervento ad una istituzione di servizio sanitaria e di normalizzare, in qualche modo, la condizione di tossicodipendenza sottraendola alle concezioni della devianza. Ma anche in questo caso si attribuisce scarso se non nullo *potere* alla persona la quale, in quanto malata, deve seguire i protocolli terapeutici stabiliti secondo le cosiddette *evidenze* scientifiche. Considerato che l'esperienza del consumo e della dipendenza hanno delle forti componenti radicate nelle strategie esistenziali, la condizione di non consumatore (*drug-free*) spesso non è definitiva: allora il *ritorno del consumo* si considera una recidiva e cioè una malattia cronica che alterna periodi di remissione e di riacutizzazione, cioè recidivante. Secondo questa prospettiva la tox non è definitivamente curabile: dipende dal grado di cronicità e dal livello di controllo della recidiva, per cui si acquisisce il diritto ad essere *normali malati cronici-ricidivanti*.

c) Il tx è una *persona* che vive una esperienza complessa (come tutte le esperienze di vita) che determina in modo diverso nelle diverse situazioni una modificazione dello stato di salute, del corpo, della psiche, delle emozioni, degli aspetti relazionali, con gradi di compromissione della realtà individuale, relazionale e sociale non omogenei, con alcune caratteristiche comuni ai consumatori tutte collegabili con la dipendenza dalla sostanza, il carattere illegale del mercato ed un forte livello di disapprovazione sociale connesso alla costruzione di stereotipi. Tutta questa realtà rende difficile identificare il bisogno o i bisogni reali in modo uniforme, e richiede, da parte dei servizi, *con* i destinatari, un atteggiamento di analisi e valutazione continua dei bisogni (che non sono solo strettamente di salute ma anche relazionali, sociali) e delle strategie terapeutiche da utilizzare di volta in volta.

La *cura* in questo caso viene concepita schematicamente secondo tre coordinate: interessarsi a... curarsi di ... prendersi cura di ... che corrispondono al diverso grado di affidamento che può richiedere una persona in relazione alla sua attuale situazione, e di autonomia, sofferenza, salute, non sempre le stesse

in diversi momenti della vita e che si esprimono in modo diverso nei singoli consumatori. Si riconosce alla persona di conservare risorse anche nel corso dell'esperienza del consumo di sostanze, anzi la valutazione di queste risorse diventa la condizione della cura. La guarigione intesa come recupero e ricerca della propria autonomia e di un livello di socializzazione accettabile, viene considerata una prospettiva relativa e possibile, una ricerca, non un traguardo né un imperativo... e non è tutta di responsabilità del soggetto ma anche di chi vive con lui e intorno a lui; anche delle politiche sociali.

Si vede come le tre diverse prospettive della cura possono anche essere in contrasto tra loro e si comprende come diviene complicato spostare questo scenario all'interno della struttura carceraria: basta osservare, ad esempio, cosa ne è della continuità terapeutica per un soggetto che segue un certo trattamento all'esterno e che trova all'interno del carcere un operatore con idee diverse. Si pensi all'uso del metadone ed alle campagne demonizzanti che hanno trasformato un utilissimo strumento terapeutico in un dispositivo di produzione di senso di colpa.

Aggiungo solo che mentre la *prima* concezione può essere considerata contigua al carcere, nel senso che è costituita su una logica analoga, la *seconda*, pur considerando il contesto carcerario sfavorevole, di fatto non è incompatibile con la detenzione in quanto, se le condizioni della terapia farmacologia della *malattia* sono osservate, anche la cura può essere garantita.

La *terza* posizione risulta quella meno compatibile in quanto, dando importanza all'intera esperienza personale, relazionale e sociale, impatta con il cambiamento radicale che questi parametri hanno nella persona detenuta al punto da mettere in discussione la possibilità di una vera e propria cura intesa come recupero di abilità personali e sociali, in quanto dimensioni escluse dalla realtà carceraria e dal carattere punitivo e riparativo della pena. Una incompatibilità, comunque, relativa e che non esclude un intervento orientato alla cura.

Chi scrive aderisce a questa terza concezione della cura, consapevole dei rischi ma anche dei vantaggi che tale posizione comporta. Da questo momento si farà riferimento prevalentemente ad essa per lo sviluppo del discorso.

## **I SERVIZI E LE PRESTAZIONI DELLA CURA AL DI FUORI DEL CARCERE E I SERVIZI DENTRO IL CARCERE**

La normativa attuale - il DL n. 230/00 - prevede un cambiamento *formalmente* radicale: la garanzia per i tossicodipendenti detenuti del diritto all'assistenza secondo le stesse condizioni valide per i liberi. Tale principio, sul quale si è riflettuto poco, introduce un elemento interessante di contraddizione all'interno dell'istituzione carceraria: la garanzia di un diritto - diritto alle cure - nella istituzione totale custodialistica per eccellenza, il carcere, che i diritti sospende. Non è mia intenzione sviluppare specificamente questo argomento, ma ne terrò conto nello svolgimento del discorso.

A questo punto sono necessarie alcune nuove puntualizzazioni in relazione ai seguenti interrogativi:

- È possibile curare, garantire il diritto alla salute, in una istituzione totale che per definizione sospende i diritti in generale delle persone ristrette al suo interno?
- La normativa attuale in tema di tossicodipendenze e detenzione (DL n. 230/00) che prescrive il diritto alle cure per i tossicodipendenti ristretti al pari dei liberi, che cosa effettivamente stabilisce?
- È possibile, rispetto alle tossicodipendenze, parlare di cure, riferendoci ad una pratica e a una concezione unitaria della cura così come realizzate nei

SerT, nelle Comunità, nei servizi in generale, che ci permettano di capire cosa si intende per *continuità delle cure* o per *garanzia delle cure*?

La contraddizione inserita dalla legge all'interno del carcere, in ogni caso apre delle interessanti possibilità di intervento e riflessioni sulla natura dell'assistenza in carcere. Sulla base dell'esperienza napoletana della istituzione di un SerT Area Penale che opera nell'ambito del Dipartimento Farmacodipendenze ASL NA1, esporrò alcune riflessioni e spunti di analisi e proposte.

### **ISTITUZIONI TOTALI E CURA**

Rispetto all'interrogativo se sia possibile curare nel contesto di una istituzione totale, inizio con una riflessione di Franco Basaglia:

*"... nella funzione custodialistica implicita nell'istituzione (e in netta contraddizione con la sua finalità terapeutica) giocano elementi che con la malattia poco hanno a che fare... La malattia in questo caso serve da occasione ad un atto di esclusione che quasi sempre assume un carattere irreversibile, con la conferma definitiva dello stato morboso. L'ideologia medica che informa l'istituzione serve allora ad assorbire nel suo terreno contraddizioni che non sempre sono di sua competenza, dando un carattere tecnico scientifico ad una esclusione sociale".*

Basaglia si sofferma sull'ospedale psichiatrico, ma qui ci interessa considerare il doppio livello di riflessione che sollecita.

- Come nel manicomio, anche nel carcere la malattia *serve da occasione ad un atto di esclusione*: discorso che naturalmente va riferito alla specifica realtà della tossicodipendenza ed ai reati che vengono commessi nell'ambito di un forte condizionamento determinato dalla illegalità del mercato e del consumo, e dalla potente azione di induzione alla devianza da parte degli stereotipi sociali. Ora, se il carcere *ha poco a che fare* con questa realtà della tossicodipendenza, *l'ideologia medica* riportata come pratica all'interno del carcere, rischia di "assorbire nel suo terreno contraddizioni che non sempre sono di sua competenza, conferendo un carattere tecnico-scientifico ad una esclusione sociale".

- Il problema che hanno di fronte i servizi per i tossicodipendenti è quello di considerare che la propria azione non è neutrale (o astrattamente affidata al mito della scienza) e che la strategia che si adotta deve tenere presente il rischio di confermare una esclusione pur nella convinzione di fornire un atto di cura.

- La legge, in ogni caso, apre uno spazio, per quanto contraddittorio e difficile da agire, interessante in quanto delinea, in tale spazio, una competenza autonoma del Ministero della Sanità laddove tutta l'istituzione è retta dal Ministero della Giustizia. È uno spazio non solo di azione ma anche di confronto, considerando che nella realtà concreta della vita di un carcere, non vi è il servizio socio-sanitario buono e la direzione del carcere cattiva, ma vi sono linguaggi istituzionali e missioni diverse a partire dalle quali si aprono occasioni di accordi e negoziazioni.

### **QUALI PROSPETTIVE**

Come è noto, il lavoro di umanizzazione del manicomio portò alla consapevolezza della impossibilità di cambiare dall'interno una istituzione totale ed alla necessità di deistituzionalizzare, di chiudere i manicomi per realizzare strutture e servizi integrati nel tessuto comunitario che restituissero alla follia la sua dimensione e collocazione sociale ed esistenziale, ed ai servizi una chiara funzione assistenziale.

Se questa logica è analoga alla relazione tossicodipendenza-carcere, la deistituzionalizzazione non può certo interessare, per ovvii motivi, l'insieme della

struttura penale, ma può interessare, seppure parzialmente, la parte che riguarda alcuni aspetti di questa relazione.

Più che deistituzionalizzare tutto, e senza avere la pretesa velleitaria di rimuovere le condizioni che determinano la carcerizzazione (che dovrebbe essere oggetto di politiche ben più complesse ed incisive che coinvolgono realtà nazionali e internazionali), si può delinearne una strategia non meno efficace, nel breve e medio periodo, nell'ambito dell'attuale assetto normativo ed istituzionale. Un approccio la cui filosofia sarebbe la *riduzione del danno*, intesa in senso più generale di orizzonte culturale di una strategia di servizio e di intervento.

In primo luogo, l'azione all'interno del carcere finalizzata a *ridurre la sofferenza* attraverso una serie di offerte e strategie operative di servizio tese a ridurre gli effetti di sofferenza e di perdita di sé che l'esclusione istituzionale determina mettendo *tra parentesi* la stessa tossicodipendenza. È una sfida alle professionalità che devono reinventarsi e riproporsi, sapendo offrire le proprie competenze e ridefinendosi in un contesto insidioso. Medici, Psicologi, Assistenti sociali, Animatori, Educatori, Operatori del terzo settore devono cooperare perché il detenuto tossicodipendente mantenga una integrità fisica, psicologica, sociale anche nella sospensione dei suoi normali parametri di esistenza.

Un servizio che opera in carcere non riesce a fare tutto ciò con facilità, in quanto dipende da diversi fattori, quali i rapporti con la Direzione del carcere, con i dirigenti, con gli educatori, con il personale penitenziario, con gli spazi a disposizione per operare: gli ostacoli impliciti dell'istituzione e le strategie esplicite di ostacolo ad ogni tipo di alterazione, anche minima, degli equilibri.

La normalità di cui parla la legge quindi, non può essere riferita se non in modo contraddittorio e parziale al diritto alle cure, ma piuttosto all'atteggiamento del servizio volto a garantire una pratica di presa in carico svincolata dal mandato istituzionale dell'istituzione punitiva carceraria, per inserire (anche in questo caso in modo contraddittorio ma attivo) una sua modalità di presa in carico, di interessamento per la salute e per la sofferenza della persona, per la sua storia e per la ripresa della sua storia, per non perdere il senso, per resistere.

Ma che cosa significa più precisamente ridurre la sofferenza?

In primo luogo, il SerT dell'Area Penale deve garantire la continuità dei trattamenti farmacologici sostitutivi, con il metadone o la buprenorfina, e delle altre prestazioni (psicoterapie, supporto sociale). Garantire la continuità del trattamento non deve significare la garanzia del semplice atto meccanico della somministrazione di un farmaco, ma porsi l'obiettivo di garantire la continuità della presa in carico, ad esempio facilitando la relazione diretta con il SerT competente territorialmente e storicamente, per i progetti relativi alla fine detenzione o alle misure alternative.

La continuità della presa in carico richiede che con il detenuto si analizzi cosa è accaduto nella propria esistenza per effetto della *interruzione* determinata dalla detenzione, per ricostruire gli obiettivi che si era dato in stato di libertà (ad esempio trattamento farmacologico a mantenimento, sostegno psico-sociale, mantenimento relazioni familiari, lavoro, sperimentazioni lavorative e sociali, contenimento stato di malattia...) nell'ambito della ricostituzione di una presa in carico che prova a tenere vivi questi obiettivi, a sospenderli senza smarrirli, a mantenere uno sguardo interiore verso l'esterno, a tenere aperta una progettualità esistenziale. Questo significa anche analizzare con la persona, in modo pragmatico e non colpevolizzante, i rischi-benefici del reato connesso alla condizione di tossicodipendenza e rivalutare i comportamenti a rischio sociale per rielaborare strategie possibili e più efficaci di uso dei servizi (ad

esempio con la riduzione del bisogno di sostanze attraverso un trattamento farmacologico di riduzione del danno che elimini l'esigenza di realizzare reati) e migliorare in generale le proprie abilità sociali.

Ma nella valutazione della continuità delle cure bisogna considerare, al di là delle ideologie, la particolarità del contesto carcerario. Nel carcere, infatti, si determina una rottura del rapporto con la comunità di vita, si riducono e vengono meno tutte quelle pressioni sociali e fattori culturali che spingono e sostengono il comportamento tossicomane e deviante, compresa la mancanza di libertà di circolazione nella città e di rapporto con il mercato illegale (anche in questo caso, peraltro, il discorso andrebbe dettagliato con la valutazione della circolazione di sostanze illegali all'interno del carcere). In questa situazione riaffiora il senso di colpa e diventa preminente lo stereotipo della cura con il metadone inteso come *droga di stato*, con tutti i vissuti di frustrazione che questo comporta. Per molti, ciò induce una richiesta di disintossicazione che non effettuerebbero da liberi. Paradossalmente, la situazione di chiusura al sociale, e del *sociale del carcere* (la disapprovazione degli altri detenuti), sollecita un senso di orgoglio e di reazione all'immagine negativa del tossico che spinge verso una disintossicazione appunto reattiva.

Di fronte alle richieste frequenti di svezamento, maggiori di quanto non avvenga tra i liberi, una opposizione ideologica non è rispettosa per la persona e rischia di indurre strategie di evitamento e di falsificazione della relazione terapeutica (fa il paio con quegli atteggiamenti meccanicistici di medici che impongono schemi astratti di mantenimento al di là di ogni coinvolgimento e progettazione con la persona tossicodipendente, che rischia di curare la propria idea di malattia più che rispondere al suo bisogno di cure).

A rendere più complessa questa realtà, concorre anche il sovraffollamento che crea *esigenze di spazio* da parte dell'istituto di pena e trasferimenti che ostacolano e condizionano i tempi delle cure. Un soggetto disintossicato in carcere in queste condizioni, senza aver fatto un percorso terapeutico convinto e motivato, spinto prevalentemente dall'ossessione di togliersi di dosso lo stereotipo, rischia fortemente l'abuso di altre sostanze in carcere (quali l'alcool e le benzodiazepine) e l'overdose nel momento in cui ritorna in libertà. Continuità della presa in carico significa allora analizzare questi rischi, individuare e rinforzare i comportamenti volti ad evitare i rischi o a contenerli, mantenere il rapporto stretto con il servizio esterno per la ripresa della valutazione del trattamento impropriamente interrotto.

Considerate tutte queste variabili, si comprende come il problema della continuità delle cure non può essere ridotto alla semplice e semplicistica continuità del trattamento farmacologico (anche se in alcuni casi può non essere possibile fare di più), ma va considerato come continuità della *qualità* della presa in carico.

La continuità della presa in carico ha la funzione di aiutare il soggetto a difendersi dal meccanismo negativo dell'esclusione istituzionale e di conservare almeno quella parte del progetto di esistenza - contraddittorio e parziale quanto si vuole - rappresentato dal proprio programma di trattamento.

L'intervento attivo di riduzione della sofferenza, limitato alla detenzione in carcere, può rappresentare per alcuni detenuti la sola possibilità di intervento, ma per molti altri rappresenta solo l'inizio in una evoluzione della presa in carico. Importante considerare questo aspetto dal punto di vista non della routine, ma come *strategia di servizio* secondo l'orizzonte culturale e pragmatico fin qui delineato.

Si inserisce a questo punto la seconda fase dell'obiettivo di un servizio di

area penale all'interno del carcere: di riduzione della sofferenza verso una ulteriore attenuazione e un accompagnamento al di fuori dal carcere.

*Si comprende come l'altro obiettivo generale del servizio debba tendere alla riduzione della permanenza in carcere della persona tossicodipendente.*

In questo senso si tratta di rivalutare, nell'ambito di un circuito per quanto possibile collegato, le strutture a custodia attenuata, destinati solo tossicodipendenti.

Le strutture a custodia attenuata, di per sé sono una tipologia di istituti di pena che per quanto *attenuino* le caratteristiche di rigidità della pena, collegano comunque reato e tossicodipendenza, configurando ancora un'esclusione ed una colpa da espiare, seppure in un contesto di minore oppressione. Ma la custodia attenuata può essere considerata, date le realtà carcerarie sovraffollate (si tenga conto che in media un terzo dei detenuti è tossicodipendente), come un'area *intermedia* di approfondimento delle problematiche della persona ed in collegamento con i SerT ed i Servizi sociali della area penale esterna e dei Servizi sociali dei Comuni; di costruzione di un programma motivato, realistico, solido, di alternative alle pene. Oltre ad attenuare la pena, si progetta una fuoriuscita non affrettata e perciò più consistente, resa possibile anche dal fatto che lo stesso detenuto ha meno fretta.

Seguendo questa logica si tratta di costruire dei collegamenti funzionali tra aree strutturali ed operative, anche di natura diversa, copresenti nell'area penale, che riducano l'isolamento del detenuto tossicodipendente e gli offrano la possibilità, prevista dalle leggi, di vivere quanto meno possibile l'aspetto punitivo del carcere e quanto più è possibile recuperare (ed in alcuni casi riformulare) il programma terapeutico e di socializzazione. In tal modo si riducono gli aspetti totalizzanti ed escludenti dell'istituzione, e si mette anche in evidenza la non corrispondenza tra tossicodipendenza e delinquenza e quindi il carattere ambiguo della funzione carceraria - il connubio tra istituzione totale e nascondimento - che agisce su un problema sociale ed esistenziale con una logica di ordine pubblico.

Ma un tale processo richiede che si instaurino relazioni attive e positive tra Dipartimenti delle Dipendenze, Centri Servizi Sociali Adulti, Direzioni degli Istituti di Pena sia ordinari che a Custodia attenuata, il Tribunale di Sorveglianza, gli Enti Locali, il Terzo Settore.

In questo quadro è necessario delineare, con il concorso di tutti questi soggetti, percorsi specifici, certi e differenziati per le alternative alle pene che consentano di utilizzare questa opportunità nei tempi dovuti ed in modo personalizzato.

Ma l'avvio di un tale processo richiede che il problema più generale della relazione tra sicurezza e politiche sociali, e le implicazioni con la marginalità e la tossicodipendenza, diventi oggetto strategico delle politiche delle Regioni e dei Comuni nella definizione, ad esempio, dei Piani di Zona, che diventi area di intervento non episodico o burocratico del circuito dei servizi dei Dipartimenti delle Dipendenze delle ASL in stretto rapporto con il Terzo Settore che dovrebbe anche in questa realtà recuperare il suo ruolo di sensibilizzazione, provocazione, proposta.

Ripensare i modelli di intervento, le culture e le strategie di azione con i detenuti tossicodipendenti significa, allora, lavorare contemporaneamente *dentro e fuori*; diviene strategia complessa e multiforme di *alleggerimento* dei muri dell'esclusione sociale ed istituzionale. L'obiettivo di ridurre la sofferenza, si continua con l'obiettivo di attenuare il carico istituzionale e con quello di ridurre la

permanenza in carcere.

Lavorare *dentro e fuori* significa però essere consapevole che *fuori*, nella normale realtà sociale ed economica, i meccanismi di emarginazione sono sempre più potenti e diffusi. La crisi dello stato sociale ha infatti ridotto i meccanismi di protezione sociale determinando una realtà di insicurezza sociale che si manifesta sempre più come problema di ordine pubblico, tanto che alcuni osservatori parlano di passaggio dallo *stato sociale allo stato penale*. Non è un caso che anche in Italia, dopo una certa stasi, vi sia un aumento delle carcerazioni e che queste interessino sempre più categorie sociali come gli immigrati ed i tossicodipendenti. E che per un numero rilevante di tossicodipendenti vi sia una continua alternanza tra detenzione e libertà, tra il dentro ed il fuori, tra una esclusione sociale ed una istituzionale, che contribuisce a diffondere stili microcriminali e a limitare, fino ad annullarlo, il potenziale terapeutico e di reinserimento sociale degli interventi dei servizi.

Le concezioni della cura non sono mai neutrali in quanto concorrono a sostenere l'uno o l'altro processo sociale, politico, culturale: tanto più necessario, quindi, l'impegno di ricostruzione di nuovi legami istituzionali e sociali, capaci di contenere i fenomeni di degrado e di esclusione.

Senza nascondersi l'estrema difficoltà del percorso, come dimostra la proposta di legge Fini che rilegge il sistema dei servizi secondo una logica punitiva, di disapprovazione sociale e di riconversione secondo un modello da istituzione totale che prevede un continuum servizio-comunità-carcere. La forza di tale modello non sta tanto nella sua applicabilità o funzionalità, quanto nella sua presa a livello non solo di opinione pubblica - che l'insicurezza rende sempre più sensibile alle spinte securitarie -, ma anche, in modo trasversale, a livello di forze sociali, politiche, culturali.

Per questo è necessario che il problema non si riduca ai servizi, ma che vi sia una riappropriazione della questione - che è una seria questione che riguarda la convivenza civile e la quotidianità - da parte dei soggetti sociali e politici; e, non ultimi, degli intellettuali.

*"Se esiste il senso della necessità deve esistere  
anche il senso della possibilità"*

(R. Musil)