

FeDerSerD

informa

n 20

convegno tematico nazionale

marzo 2013

**martedì 12
marzo 2013**

**Auditorium Centro Culturale San Gaetano
Padova**

LA TUTELA DEL DIRITTO ALLA SALUTE IN CARCERE

**Il trattamento delle dipendenze,
delle patologie psichiatriche
e correlate in un approccio intradisciplinare**

PRESENTAZIONE LAVORI PERVENUTI

indice

Poster e comunicazioni brevi

- 1 A GENOVA IL SER.T VA IN TRIBUNALE
- 2 LA TERAPIA DI MANTENIMENTO IN CARCERE: FATTORI FACILITANTI E OSTACOLI
- 3 ESPERIENZA DEL SERVIZIO SOCIALE SER.T CASA RECLUSIONE DI SPOLETO
- 4 IL CARCERE TRA MISCONOSCIMENTO E RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO ALLA SALUTE
- 5 LABORATORIO DI TEATRO
"RACCONTARSI: percorso verso la libertà"
- 6 GRUPPI D'INCONTRO "USCITA DI EMERGENZA"
- 7 IL CARCERE E LO SPIRITO DEI TEMPI
- 8 SOSTANZE PSICOATTIVE D'ABUSO E CARCERE
Un'indagine epidemiologica nei nuovi ingressi nella Casa Circondariale di Prato
nel bimestre luglio/agosto 2012
- 9 CURARE IN UN CARCERE: TRA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE
L'esperienza di uno psichiatra
- 10 PROGRAMMARE UNA DIVERSA QUALITÀ DI VITA PER UN DETENUTO IN USCITA DAL CARCERE,
MULTIPROBLEMatico, CON DISTURBI PSICOTICI E POLI-CONSUMO DI SOSTANZE
Valutazione degli esiti
- 11 SER.T. PENITENZIARI ALESSANDRIA: IL NOSTRO MODELLO DI LAVORO

Supplemento a Mission
PERIODICO
TRIMESTRALE DELLA
FEDERAZIONE
ITALIANA DEGLI
OPERATORI DEI
DIPARTIMENTI E DEI
SERVIZI DELLE
DIPENDENZE

ANNO XI, 2012 - N. 35
Proprietà: FeDerSerD
Sede legale
Via Giotto 3,
20144 Milano

Comitato di Direzione
Direttivo nazionale
FeDerSerD

Direttore scientifico
Alfio Lucchini

Comitato di Redazione
Maurizio Fea, Vincenzo
Marino, Laura Tidone,
Giovanni Strepparola,
Cinzia Assi

Sede operativa e
Redazione Mission
Via G. Mazzini, 54
20060 Gessate (Mi)
tel. 335.6612717
missiondirezione@
virgilio.it

Direttore responsabile:
Stefano Angeli

Copyright by
FrancoAngeli s.r.l.
Milano

Poste Italiane Spa
Sped. in Abb. Post.
D.L. 353/2003
(conv. in L.
27/02/2004 n. 46)
art. 1 comma 1 - DCB
Milano Autorizzazione
Tribunale
di Milano n. 131
del 6 marzo 2002

Edizione fuori commercio

A GENOVA IL SER.T VA IN TRIBUNALE

Cabona Giovanni (Coll. Prof.le Assistente Sociale)
Maria Giannubilo (Coll. Prof.le Esperto Assistente Sociale)

ASL 3 Genovese - Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze - S.C. Ser.T Centro Levante

Premessa

Il progetto "La cura vale la pena" ha avuto inizio nel 2002, a partire dal lavoro svolto con i nuovi giunti nel carcere di Genova Marassi, dall'osservazione di due fenomeni ricorrenti: da una parte giovani tossicodipendenti alla prima carcerazione, dall'altra situazioni croniche che non fuoriescono dal circuito di cancerizzazione della "porta girevole".

L'esperienza con i detenuti tossicodipendenti ha consentito al gruppo di lavoro di osservare come ogni carcerazione contribuisca al consolidamento dell'identità negativa e alla progressiva passivizzazione della persona, piuttosto che promuoverne il recupero e il reinserimento sociale.

Il progetto nasce con l'obiettivo di promuovere la sperimentazione di forme di connessione tra sistema penale e sistema delle risorse esterne, per uscire dalla rigida dicotomia aiuto/controllo e giungere ad un intervento sulle tossicodipendenze che nella sua complessità comprenda sia la funzione terapeutica che quella di controllo, con una metodologia di lavoro sistematica e non frammentata.

Il percorso è costituito da diverse tappe:

- collaborazione con il Ser.T della ASL di Milano dal cui lavoro ha preso le prime mosse il progetto;
- contatti gradualmente nel tempo sia con la Magistratura che con l'amministrazione della ASL, per giungere all'implementazione del Servizio;
- un percorso formativo con gli operatori della ASL e delle strutture accreditate della Regione Liguria;
- un periodo di sperimentazione del progetto in aula dal novembre 2008 al giugno 2009.

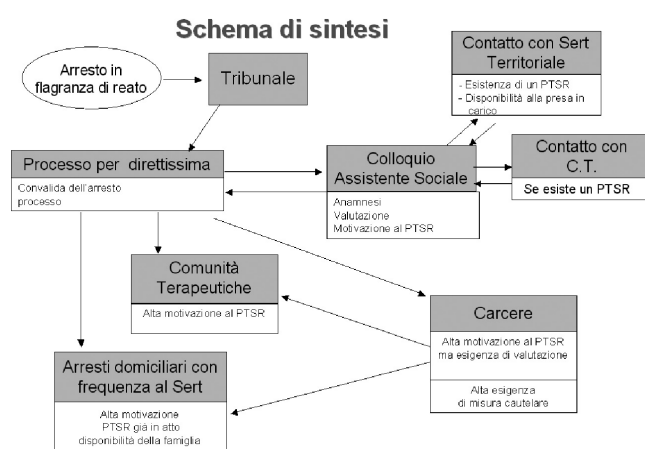
Dal 03/05/10 è iniziata stabilmente l'attività del Servizio in Tribunale con presenza quotidiana dal lunedì al venerdì degli assistenti sociali del Ser.T. Il 30/06/11 sono stati stipulati i protocolli operativi tra la ASL 3 Genovese e il Tribunale di Genova, e la Procura della Repubblica che hanno formalmente riconosciuto l'esistenza del Ser.T in Tribunale prevedendo procedure che definiscono la collaborazione.

Il Servizio

L'attività svolta dagli operatori del Ser.T (4 assistenti sociali) si inserisce nella fase di convalida dell'arresto nella quale il giudice definisce la misura cautelare e consiste in:

- presenza quotidiana presso il Tribunale Ordinario di Genova - Aula Direttissime;

- contatto diretto con gli arrestati tossicodipendenti e verifica della loro disponibilità ad effettuare un colloquio con gli operatori Ser.T prima del processo;
- contatto con i Ser.T di residenza e/o con le strutture private per verificare la presa in carico del soggetto e per verificare l'esistenza e/o la realizzabilità di un programma terapeutico;
- colloquio con l'arrestato;
- trasmissione al giudice il risultato del colloquio e dell'intervento di rete (scheda firmata dall'operatore e dal soggetto);
- verifica dell'andamento del programma con il Ser.T di residenza (entro 15 gg dall'udienza);
- Monitoraggio del programma sino al momento della definizione della pena.



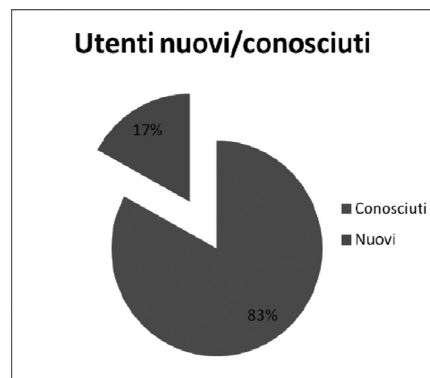
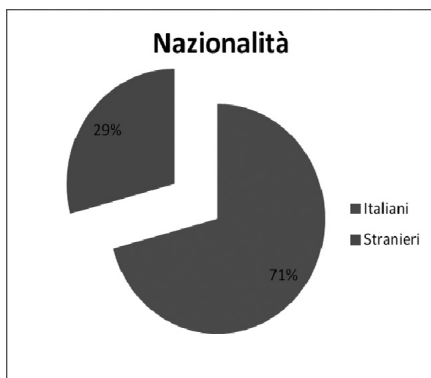
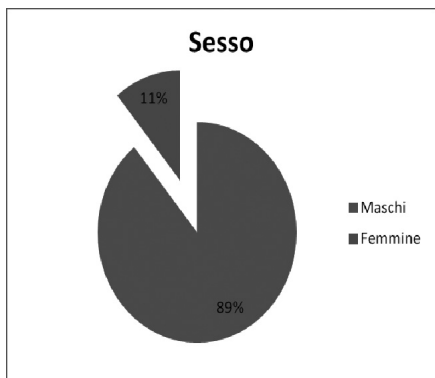
I Dati

Nel periodo di attività preso in esame (dal maggio 2010 al dicembre 2012) sono stati presi in carico 247 pazienti di cui 220 maschi (89%) e 27 femmine (11%).

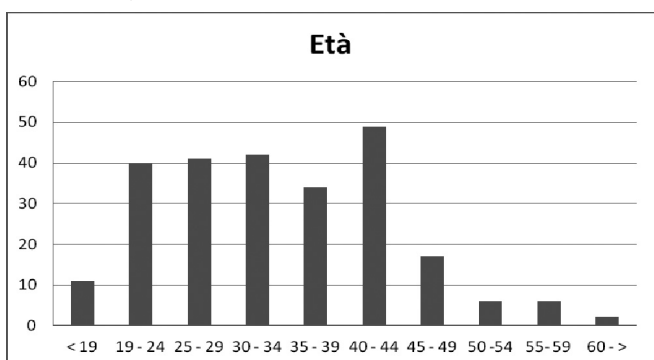
È importante rilevare che il 17% degli utenti presi in carico presso il Ser.T in Tribunale è risultato essere sconosciuto ai servizi territoriali. Il dato dimostra il raggiungimento di uno dei principali obiettivi del progetto iniziale, ossia il raggiungimento di utenti che altrimenti non sarebbero giunti ai servizi territoriali se non dopo diverso tempo e dopo almeno un periodo di carcerazione. L'età media degli utenti nuovi intercettati è di 26,9 anni. Si rileva però un numero consistente di giovani sotto i 24 anni, target privilegiato dell'intervento.

Nella distribuzione degli utenti per fasce d'età si evidenzia un picco nella fascia tra i 40 e 44 anni, ma le fasce d'età giovanili, tra i 19 e 34 anni raccolgono il maggior numero di utenti seguiti. In particolare si sottolinea il dato rilevante di 11 utenti 18 anni. Questo elemento ci consente di dire che l'intervento ha la possibilità di un'intercettazione precoce sia della dipendenza da sostanze stupefacenti o alcool, sia dei problemi di devianza ad essa correlati favorendo trattamenti nei confronti di soggetti molto giovani diminuendo i tempi di latenza.

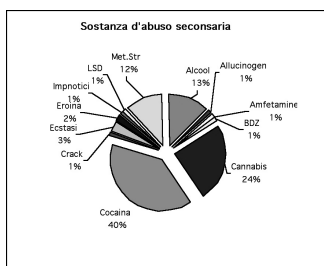
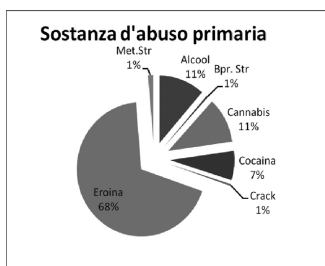
Le persone prese in carico hanno dichiarato uso di sostanza stupefacente primaria per il 68% di eroina, per l'11% di alcool e cannabinoidi e un 7% di cocaina,



mentre con l'1% troviamo il crack, il metadone da strada e la buprenorfina da strada.



La sostanza d'abuso secondaria dichiarata è per il 40% cocaina, per il 24% cannabinoidi, per il 13% alcool, per il 12% metadone da strada, per il 3% Ecstasi, per il 2% Eroina, mentre all'1% troviamo Allucinogeni, Amfetamine, Benzodiazepine, Crack, Impnotici e LSD.



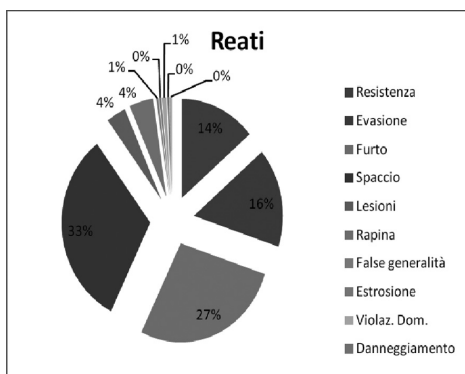
I reati per i quali le persone prese in carico sono state arrestate e processate per svariati reati che si concentrano principalmente su quattro tipologie di reato fortemente connesse con la dipendenza da sostanze stupefacenti. Spaccio di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR 309/90) 33%; furto (art 624 art 625 CP) 27%; eva-

sione (art. 385CP) 16%; resistenza a pubblico ufficiale (art. 337 CP) 14%. In numero molto minore si sono registrati il reato di rapina (art 628 CP) 4%; lesioni personali (art 582 CP) 4%; false generalità (art 496 CP) 1%; estorsione (art 629 CP) 1%, violazione di domicilio (art 614 CP)

Nuovi Orizzonti

Per poter completare l'attività coerentemente con gli obiettivi previsti dal progetto iniziale si deve implementare l'intervento di tutoring nei confronti delle persone nuove prese in carico dal Ser.T in Tribunale che necessitano di sostegno nell'affrontare il programma terapeutico presso il servizio territoriale. L'evento di crisi, generato dall'arresto, scopre nodi e fragilità del sistema familiare spesso celati da tempo anche dagli stessi componenti del nucleo, in questa frattura si inserisce l'intervento del tutor che deve essere adeguatamente calibrato con il tipo di utenza e la loro particolare situazione giudiziaria. Finalità del tutoraggio dovrebbe essere quella di inserirsi all'interno del sistema Famiglia, iniziare un percorso di cura o di verifica del programma in corso al Ser.T; accompagnamento nel percorso motivazionale; sostegno alla scelta della tipologia di trattamento; individuazione delle risorse della persona, della famiglia e del territorio da utilizzare per sostenere il percorso intrapreso.

Per perseguire questo obiettivo il Servizio ha proposto all'Azienda la messa a bando di due borse di studio, della durata di 10 mesi, per laureati in Servizio Sociale e in Scienze della Formazione allo scopo di giungere alla definizione metodologica dell'intervento di tutoring e case management nei confronti dei giovani tossicodipendenti per i quali il giudice disponga la misura cautelare degli arresti domiciliari presso la propria abitazione.



LA TERAPIA DI MANTENIMENTO IN CARCERE: FATTORI FACILITANTI E OSTACOLI

Carolina Cappa, Enrico Teta

Dipartimento Dipendenze 1, ASL T02

Diversi studi suggeriscono che la terapia di mantenimento con farmaci agonisti in carcere possa avere effetti positivi sulla morbidità, la mortalità e sulla reiterazione dei reati (Larney, 2009, Stallwitz, 2007). In particolare questa porta ad una riduzione dell'uso di sostanze stupefacenti e delle ricadute nel breve e lungo termine, una riduzione dei comportamenti a rischio (trasmissione di patologie infettive e comportamenti delinquenziali) ed una maggior ritenzione in trattamento dopo la scarcerazione (Dolan, 2003; Heiner, 2006, Kinlock, 2009). La review sistematica di Hedrich (2012), conclude che la terapia di mantenimento con oppioidi sostitutivi è una opzione di trattamento efficace. In Europa, la Spagna, l'Austria e l'Inghilterra sono i paesi con la maggiore diffusione delle terapie di mantenimento in ambiente detentivo.

Obiettivi dello studio

Viste le linee guida internazionali, la letteratura e le esperienze a favore della terapia di mantenimento in carcere, si è cercato di effettuare una valutazione sulla presenza e sull'impatto di questa nella realtà italiana. In Italia, da qualche anno, il trattamento con oppioidi sostitutivi viene effettuato in quasi tutte le carceri; tuttavia i dati rispetto a tali terapie sono scarni, non sistematizzati e non esistono neppure linee guida nazionali a tal proposito. L'obiettivo è di valutare quali sono i fattori che giocano a favore o contro la diffusione della terapia di mantenimento in carcere.

Materiali e metodi

Sono stati selezionati, con un campione di convenienza, 7 istituti di pena in Piemonte e in Lombardia. È

stata effettuata una intervista a medici di sette carceri e sono stati affrontati i seguenti punti: organizzazione del trattamento dei tossicodipendenti e organizzazione interna; criteri di accesso alle terapie di mantenimento; convinzioni sulle terapie da parte di medici, operatori sociosanitari, Amministrazione Penitenziaria e Sanitaria del carcere e opinioni dei detenuti tossicodipendenti; eventuali fattori ostacolanti; commercio di sostanze stupefacenti, misuso, diversione e comportamenti a rischio. Le interviste sono state effettuate con modalità tali da consentire ai medici di esprimere liberamente le loro opinioni. I dati ottenuti sono stati valutati nel loro insieme, per riuscire ad avere un quadro generale sulle terapie.

Risultati

ORGANIZZAZIONE GENERALE PER IL TRATTAMENTO DEI TOSSICODIPENDENTI DETENUTI

Tutte le carceri osservate presentano un'organizzazione per la presa in carico e il trattamento con oppioidi sostitutivi con procedure standardizzate e omogenee. Le terapie disintossicanti tendono a essere adattate alle necessità (e pressioni) dei pazienti con dosaggi e tempi variabili.

TERAPIE DI MANTENIMENTO CON OPIOIDI SOSTITUTIVI, DATI E CRITERI DI ACCESSO

I criteri clinici di gravità della tossicodipendenza e la sua prognosi sono presi in considerazione solo in tre istituti. Dalle interviste emerge che la decisione di attuare terapie di mantenimento è legata principalmente alla presenza di patologie psichiatriche e internistiche. Fatta eccezione per due carceri, non è stato effettuato da parte dei medici un pensiero di tipo organizzativo rispetto alle terapie di mantenimento (Tab.1).

OPINIONI SULLE TERAPIE DI MANTENIMENTO CON OPIOIDI SOSTITUTIVI

Da parte del personale non direttamente addetto al trattamento, è presente una scarsa informazione sulla patologia da dipendenza come malattia cronica recidivante, intesa spesso più come una pratica edonistica legata alla fragilità di carattere o al vizio. Sia l'Amministrazione Penitenziaria, sia quella Sanitaria faticano a concepire la presenza di terapie con oppioidi sostituti-

Tab. 1 – Criteri di accesso per le terapie di mantenimento con oppioidi sostitutivi

ISTITUTO PENITENZIARIO	Criteri di accesso	Problemi psichiatrici	Problemi fisici	OST preesistente	Durata della carcerazione	Gravità della dipendenza	Induzione prima della scarcerazione
ISTITUTO 1	No	No	No	No	Si	No	No
ISTITUTO 2	Procedure standard	Si	Si	Si	Si	Si	Si
ISTITUTO 3	Procedure standard	Si	Si	Si	Si	Si	Si
ISTITUTO 4	Si	Si	No	No	No	No	No
ISTITUTO 5	Si	Si	No	No	No	No	No
ISTITUTO 6	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No
ISTITUTO 7	Si	Si	Si	Si	No	No	No

vi nel lungo termine con la generale percezione del carcere come un luogo libero da qualsiasi tipo di sostanza stupefacente. Da parte di quasi tutti i detenuti, emerge la necessità di scalare le terapie, con una generale incomprensione della natura della loro patologia. In alcune realtà gli agenti penitenziari sembrano percepire i vantaggi delle terapie di mantenimento in termini di detenuti più gestibili e apparente minor commercio di sostanze.

FATTORI OSTACOLANTI (TAB. 2)

Diversi fattori ostacolano la presenza di un adeguato trattamento a lungo termine, nonostante alcune Regioni abbiano stilato dei protocolli di intesa tra l'Assessorato della Sanità e Amministrazione Penitenziaria.

Eterogeneità delle policy in materia di tossicodipendenza nelle carceri

L'organizzazione interna delle carceri varia da istituto a istituto a seconda che accolga detenuti provenienti dalla libertà (case circondariali), o che siano destinate a detenuti che debbano scontare pene definitive (case di reclusione). Alcune case di reclusione non accettano a priori soggetti con trattamenti sostitutivi e per accedere è necessaria una completa disintossicazione. Questo porta a ripercussioni sulla gestione clinica: un istituto che non accetta terapie con metadone noto per essere più "accogliente", comporta una maggior pressione di terapie a scalare nelle case circondariali circostanti, anche in pazienti che necessiterebbero terapie di mantenimento.

Relazioni tra Ser.D, Amministrazione Sanitaria e Penitenziaria non sempre funzionali

Emerge una difficile sinergia tra Ser.D intramurari, Amministrazione Sanitaria e Penitenziaria: nonostante finalità e obiettivi sembrano essere, in linea di principio gli stessi, gli strumenti per raggiungerli differiscono (repressione e controllo vs cura).

Fattori contestuali

In alcune carceri il medico tossicologo non può prescrivere terapie diverse da quelle sostitutive. In alcune situazioni non vi sono spazi dedicati per gestire terapie a lungo termine. In altri contesti le condizioni di vita sono particolarmente disagiate e spingono le persone a rapide terapie disintossicanti per poter essere trasferiti in ambienti diversi.

COMMERCIO DI STUPEFACENTI E PSICOFARMACI

Nelle carceri osservate, lo spaccio di sostanze stupefacenti viene riconosciuto e sembrerebbe subire una particolare influenza dal tipo di gestione farmacologica del paziente e dalle dimensioni dell'istituto. La prigioni più grandi, e in città più grandi sembrano avere maggiori problemi inerenti lo spaccio, come rilevato anche da Stover (2007). In tutte le carceri vi è una forte richiesta di psicofarmaci legata alla persistenza di craving e altri sintomi astinenziali. Questo genera fenomeni di abuso e richieste improprie di farmaci utilizzati come merce di scambio.

Conclusioni

Il WHO indica in modo specifico la necessità di effettuare terapie sostitutive a mantenimento in carcere

Tab. 2 - CFattori ostacolanti

ISTITUTO PENITENZIARIO	Provenienza dei detenuti	Fattori ostacolanti
ISTITUTO 1	Dalla libertà in attesa di giudizio e definitivi	Presente una sezione per le terapie sostitutive con precarie condizioni igieniche. I pazienti richiedono scalari rapidi per poter cambiare sezione. Pressioni da parte della amministrazione penitenziaria per terminare la terapia. Divieto di accesso alla Comunità Terapeutica interna del carcere se in terapia.
ISTITUTO 2	Dalla libertà in attesa di giudizio	Mancanza di "cultura" sulle tossicodipendenze da parte dei sanitari. Cooperazione degli agenti penitenziari, perché i detenuti in terapia sono più tranquilli.
ISTITUTO 3	Definitivi	Mancanza di "cultura" sulle tossicodipendenze da parte dei sanitari. Collaborazione degli agenti penitenziari, perché i detenuti in terapie sono più tranquilli.
ISTITUTO 4	Definitivi	Problemi inerenti il "ruolo" del tossicologo in carcere. I detenuti tossicodipendenti sono maggiormente "discriminati" se in terapia sostitutiva.
ISTITUTO 5	Dalla libertà in attesa di giudizio	Non rilevanti
ISTITUTO 6	Dalla libertà, in attesa di giudizio Definitivi	Non sono riportati fattori ostacolanti La valutazione viene effettuata in base alle caratteristiche cliniche dei pazienti. Carcere per pene medio lunghe. Gli interventi vengono valutati nel lungo termine.
ISTITUTO 7	Dalla libertà, in attesa di giudizio	Anni fa era presente una maggioranza di terapie di mantenimento, ora prevalgono terapie a scalare su richiesta dei detenuti per accedere ad un carcere del territorio con possibilità di lavoro, dove non accettano detenuti in terapia sostitutiva. Mancanza di possibilità di impostare terapie farmacologiche diverse dal metadone.

(Stover, 2007). In Italia sono presenti protocolli di intesa regionali, ma mancano chiare linee guida da parte del Dipartimento delle Politiche Antidroga. Tale mancanza si traduce in una serie di approcci eterogenei e non standardizzati, come si rileva anche in altri paesi europei (Michel, 2007; Stover, 2010). Benché i trattamenti a breve termine siano diffusi e la terapia di mantenimento non sia a priori rifiutata, in carcere questa rimane l'eccezione e non la regola del trattamento. Questo significa che i tossicodipendenti in carcere vengono di fatto discriminati:

- limitando l'accesso alle terapie farmacologiche a lungo termine;
- limitando l'accesso ad alcuni istituti a causa di una terapia sostitutiva in corso;
- delegando i tossicodipendenti ad aree dedicate spesso scarsamente vivibili;
- inducendo i pazienti e gli operatori e prendere decisioni per problematiche contingenti che poco hanno a che vedere con la salute, la clinica e il senso della terapia.

Il pensiero prevalente presente è che il carcere proprio per la sua ufficiale mancanza di sostanze "guarisca" il tossicodipendente. Si pensa che il carcere in quanto tale sia uno strumento che aiuti a contenere il fenomeno della dipendenza. In realtà il carcere in quanto tale di per sé lascia situazioni inalterate, o aggrava situazioni di tossicodipendenza. Non vi è un'adeguata risposta clinica a causa fattori organizzativi, contestuali e pregiudiziali e non esistono linee guida nazionali che aiutino ad affrontare tali problemi: non si coglie l'evento della carcerazione come opportunità terapeutica.

Bibliografia

- Dolan KA, Shearer J, MacDonald M, Mattick RP, Hall W, Wodak AD. (2003) A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug Alcohol Depend.* Oct 24;72(1):59-65.
- Hedrich D, Alves P, Farrell M, Stöver H, Möller L, Mayet S. (2012) The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. *Addiction.* 2012 Mar;107(3):501-17.
- Heimer R, Catania H, Newman RG, Zambrano J, Brunet A, Ortiz AM, Hurley W, Dunne MP. (2006) Methadone maintenance in prison: evaluation of a pilot program in Puerto Rico. *Drug Alcohol Depend.* Jun 28;83(2):122-9.
- Kinlock TW, Gordon MS, Schwartz RP, Fitzgerald TT, O'Grady KE. (2009) A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: results at 12 months postrelease. *J Subst Abuse Treat.* Oct;37(3):277-85.
- Larney S, Dolan K. (2009) A literature review of international implementation of opioid substitution treatment in prisons: equivalence of care? *Eur Addict Res.* 15(2):107-12.
- Michel L, M Carrièri P, Wodak A (2008) Harm reduction and equity of access to care for French prisoners: a review *Harm Reduct J.* 5: 17.
- Stallwitz, A., & Stöver, H. (2007). *The impact of substitution treatment in prisons A literature review.* *International Journal of Drug Policy,* 18(6), 464-474.
- Stöver H, Weilandt C. (2007) *Drug use and drug services in prisons from Health in prisons A WHO guide to the essentials in prison health* Edited by: Lars Möller, Heino Stöver, Ralf Jürgens, Alex Gatherer and Haik Nikogosian, WHO, 85-111.
- Stöver H, Michels II (2010) *Drug use and opioid substitution treatment for prisoners.* *Harm Reduct J.* Jul 19;7:17.

ESPERIENZA DEL SERVIZIO SOCIALE SER.T CASA RECLUSIONE DI SPOLETO

Gianni Casubaldo

Assistente sociale specialista Dipartimento per le Dipendenze Foligno (PG), ASL UMBRIA2

Introduzione

Sono quasi vent'anni che svolgo la professione di assistente sociale di un Ser.T anche all'interno di un istituto penitenziario, nella fattispecie, la Casa di Reclusione di Spoleto.

Nel corso di tutti questi anni sono accaduti tanti fatti che hanno richiesto anche nella mia attività professionale cambiamenti d'interventi e strategie d'aiuto. Sono cambiate leggi, non solo il DPR 309/90 ma anche l'introduzione della Legge 251/2005 cosiddetta Cirielli e la riforma della sanità penitenziaria con il passaggio di tutte le competenze al Servizio Sanitario Nazionale.

Sono cambiate le risorse per i programmi socio-riabilitativi in alternativa alla detenzione in carcere, mi riferisco non solo ai budget per gli inserimenti in comunità terapeutiche, ma alle risorse per un reinserimento sociale e lavorativo previsti tra l'altro anch'essi con apposite norme, con riferimento al DPR 616/77 riguardante l'assistenza post penitenziaria e la legge 381/91 per interventi a favore di soggetti svantaggiati. Sono cambiati anche gli stessi detenuti. L'Istituto Penitenziario di Spoleto ha recepito sempre più detenuti provenienti da altre Carceri per il cosiddetto "sfollamento" fino a raddoppiare il numero. Mi sono trovato quindi a lavorare con un territorio piuttosto "virtuale".

Gli interventi sociali del Ser.T dentro il carcere

La professione d'assistente sociale per definizione attua progetti/intervento per favorire il reinserimento delle persone in condizioni di difficoltà. Alla luce di questo dato di fatto, il ruolo all'interno di un istituto penitenziario è molto importante.

Il detenuto vede nell'assistente sociale una delle possibilità per uscire fuori del carcere e per costruire un progetto che lo aiuti a non rientrare. Il fenomeno delle "porte girevoli" nel caso di un tossicodipendente è piuttosto diffuso: entrare e uscire in continuazione dal carcere è lo spettro del fallimento conseguente alla recidiva che connota la tossicodipendenza come una malattia cronica recidivante (definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità).

L'ascolto del tossicodipendente in carcere non è quindi un'impresa facile e dipende da diversi fattori che cambiano di volta in volta. Le variabili per un colloquio dipendono dall'aria che si respira in sezione quel giorno, dalla disponibilità degli agenti a chiamare il detenuto considerato la loro cronica insufficienza d'organico, dalla disponibilità della "stanzetta" colloqui, dalle

condizioni climatiche dell'ambiente e infine, ma non per ordine d'importanza, dalle condizioni sanitarie del detenuto, in altre parole se è nervoso, o sotto l'effetto di farmaci, o ancora peggio rassegnato.

Forse il carcere è il "responsabile" principale di avere modificato una parola tanto in voga oggi, come l'*emergenza*.

I mass media parlano solo del carcere in termini d'emergenza (suicidi, sovraffollamenti) e siccome lo è da sempre oramai non ci crede più nessuno. Ho iniziato a frequentare gli istituti penitenziari nel 1988 da studente universitario come tirocinante assistente sociale presso l'allora C.S.S.A. di Perugia, oggi U.E.P.E., con accesso alla vecchia Casa Circondariale di Perugia di Piazza Partigiani. Già allora le carceri scoppiavano di tossicodipendenti con situazioni disumane e si parlava d'emergenza!

Non è emerso nulla in questi anni se non far diventare l'emergenza routine.

È noto che le istituzioni totali come le carceri sono fatte di persone e generalizzare è sbagliato e piuttosto riduttivo.

Laddove si riesce a costruire un discreto livello di collaborazione e se possibile anche d'integrazione tra i vari operatori all'interno dell'istituto penitenziario, sicuramente le condizioni per svolgere la professione possono essere migliori.

Nel corso di questi anni in cui ho frequentato l'Istituto di Spoleto, ho sempre riscontrato dei buoni livelli di collaborazione da parte di tutto il personale che vi opera. Ma questa collaborazione nel corso degli ultimi anni con un raddoppio dei detenuti, viene messa a dura prova!

I fallimenti degli interventi aumentano con il diminuire delle risorse e trovandosi i servizi in epoca di profonda crisi, è facile immaginare come siamo messi.

Trovare un significato in quello che si fa è sempre importante non solo in termini di "utilità" dell'agire professionale, quanto del comprendere proprio ciò che stiamo facendo, la metodologia e la mission.

In realtà l'agire professionale nei confronti del detenuto tossicodipendente deve svolgersi attraverso fasi importanti per l'acquisizione di un significato su cui fondare il progetto d'aiuto (cosa può significare una misura alternativa per quella persona, per la sua storia, per le sue possibilità di cambiamento). Tali fasi possono essere così articolate:

- a) L'osservazione, mediante più colloqui in cui sia possibile dare alla persona la possibilità di esprimersi, emozionarsi e dare un significato a quello che racconta.
- b) La verifica di quanto detto dal detenuto attraverso il confronto con gli altri operatori, con la documentazione disponibile e con la congruità delle argomentazioni riportate all'interno dei singoli colloqui.
- c) Il qui e ora dell'intervento sociale, ovvero il procedere ad azioni successive alla richiesta del detenuto e l'analisi degli sviluppi del caso che vanno dalla formulazione degli obiettivi, alla negoziazione con il Ser.T. di residenza del detenuto, alla congruità di quanto si vuole raggiungere con l'entità della pena e la tipologia di reato (coordinamento con l'equipe di trattamento e con i legali dei detenuti).

Ritengo che il significato dell'agire professionale possa essere ricercato in questi tre punti sopra citati. Significato di cui deve essere informato il detenuto tossicodipendente non solo per motivi di chiarezza, ma perché è il punto di partenza e arrivo dell'intervento. Non condividere, ad esempio, una relazione scritta con un utente in cui è riportata la valutazione del caso e/o il progetto terapeutico è un grave errore, perché il lavoro dell'assistente sociale non può e non deve essere confuso con quello di un "castigatore". I progetti devono essere fatti insieme alla persona che istituzionalmente si è preposti ad aiutare anche nella ristrettezza delle risorse.

Facile cadere in affermazioni tipo "ma il detenuto tossicodipendente è paranoico, non si fida, è troppo invischiato nelle sostanze per ragionare obiettivamente". In realtà sono *difese* che l'operatore tende ad alzare per non confrontarsi con il suo utente *scomodo*, con le conseguenze di pregiudicare il rapporto e le condizioni stesse del detenuto all'interno dell'istituto penitenziario.

Il falso mito di una rete blindata

Se c'è una delle parole più consumate nel lavoro sociale è proprio la rete, facendo un grande uso di questo termine soprattutto in ambienti accademici, considerandolo come uno dei capisaldi del lavoro sociale sia per la comprensione dei fenomeni, sia per l'attivazione di progetti.

In carcere l'unica vera rete che ho visto in questi anni di professione, è quella dei cancelli blindati, delle catene ai polsi durante gli arrivi o le traduzioni in altro luogo blindato, dei *fuori cella* perché i detenuti non riescono più a sopportare la carcerazione. La rete come *sogno metaforico* di un sociale sano, solidale, che si connette per reinserire le persone detenute, ho difficoltà a percepirla.

Forse è una rete che ha la fragilità di una ragnatela, fatta di tanti professionisti che cercano di costruire una matrice, ma per un miope come me a volte è difficile vederla. Chi si avvicina al mondo dell'istituzione penitenziaria, inizialmente rimane piacevolmente colpito dall'impianto normativo su cui si basa sia il lavoro educativo intramurario sia nel collegamento con l'esterno e allora, sempre all'inizio, ci *s'illude* che quell'impianto possa essere la vera rete dentro cui svolgere la professione di aiuto in modo efficace.

Ben presto ci si accorge che la realtà è altra e che una norma non basta per affermare l'esistenza di una rete. E allora dopo un po' d'anni ci si rende conto che la realtà penitenziaria, il dentro e il fuori, non è altro che una *catapulta*, con cui si è scaraventati dentro con forza e con altrettanta si è lanciati fuori, intorno è tutto da costruire o più in concreto tutto da continuare a distruggere perché lo stigma della società appare indelebile come i tatuaggi.

La metodologia

Una nota psichiatra - psicoanalista Dr.ssa Alice Ricciardi von Platen, anni fa in un incontro mi dette la seguente definizione di colloquio: "*Il colloquio deve essere uno spazio chiaro e consistente*".

La chiarezza e la consistenza dell'ascolto in carcere non è solo terapeutica, ma base di partenza per analizzare

la situazione di ogni detenuto tossicodipendente prima di iniziare i contatti con il Servizio di residenza per portare le richieste del detenuto stesso e la valutazione fatta.

Il modello di riferimento per un assistente sociale Ser.T. all'interno di un istituto penitenziario è di rete. Questo modello serve a rispondere alle seguenti esigenze:

“necessità d'intervenire nell'ambiente; necessità di promuovere azioni di responsabilizzazione dei soggetti andando al di là dei contesti famigliari; necessità di far partecipare l'ambiente ai processi di presa in carico.” (pag. 78, A. Perino, *Il Servizio Sociale: Strumenti, attori e metodi*, ed. Franco Angeli).

Negli ultimi due anni presso l'Istituto Penitenziario di Spoleto abbiamo attivato i Gruppi Informativo-Motivazionali condotti attraverso alcune sedute di un'ora e mezzo ciascuna, da parte di medici, dall'assistente sociale e dagli psicologi. All'interno di questi incontri sono partecipate informazioni in merito alle terapie farmacologiche, alle malattie infettive, ai programmi terapeutici alternativi al carcere e ai diritti per l'accesso alle cure da parte dei detenuti tossicodipendenti. Non si tratta di lezioni frontali ma del confronto in itinere tra i conduttori ed i detenuti stessi in merito agli argomenti e soprattutto alle loro esperienze e dubbi che messi insieme in un gruppo diventano apprendimento collettivo.

Abbiamo riscontrato non solo grande interesse verso questo tipo di gruppo, ma l'utilizzo concreto delle informazioni ricevute, e la partecipazione ad altri compagni di cella che non avevano avuto accesso ai gruppi.

Illusione speranza della Legge 49/2006

Quando penso a questa legge, mi viene in mente una barca senza mare. Mi riferisco in particolare alle modifiche riguardanti le certificazioni di tossicodipendenza e all'ampliamento degli anni di condanna per poter accedere alle pene alternative al carcere.

Questa legge descrive con precisione le regole con le quali devono essere redatte le certificazioni di tossicodipendenza imponendo una rigorosa ricostruzione storica di tutto l'iter terapeutico del tossicodipendente dall'accertamento dello stato tossicomano fino a tutti i programmi svolti, nonché i risultati ottenuti. Ciò significa dal punto di vista procedurale, la richiesta ai servizi di provenienza del detenuto di una ricostruzione tracciabile in merito all'iter terapeutico del tossicodipendente. La storia terapeutica di un tossicodipendente detenuto non è mai lineare, il più delle volte è frammentata, fatta di programmi che s'interrompono, per poi riprendere, da un Ser.T. ad un altro, da un istituto penitenziario all'altro, e da una comunità ad un'altra. I risultati di queste frammentazioni si chiamano in gergo “buchi” in cui non è oggettivamente possibile ricostruire il curriculum tossicomano del detenuti, perché possa tradursi in una certificazione conforme alla nuova legge, quindi in ultima analisi il risultato diventa spesso un'istanza rigettata per mancanza di *attualità della tossicodipendenza*. Solo i detenuti più “esperti” si portano con loro la storia documentata della tossicodipendenza, si fanno fare copie dei diari clinici, si fanno fare i controlli urine, quando sono arrestati. Ma sono pochissimi questi detenuti esperti, la maggior parte non lo sa,

sono confusi, e nel caso di detenuti tossicodipendenti extracomunitari il più delle volte l'unico documento che presentano è un referto di laboratorio analisi con un esame urine positivo alla sostanza stupefacente, e non sempre è l'eroina. Oltre al problema della certificazione c'è quello dell'entità della pena per essere ammessi a quelle alternative, che la legge 49 del 2006 ha innalzato da quattro a sei anni. Ricordo che appena venne approvata la legge nel 2006 fioccarono le “dichiarazioni di tossicodipendenza”. Molti, soprattutto detenuti che provenivano da condanne molto pesanti, manifestavano *problemi di testa con le droghe* e la necessità di andare in comunità! Non esistono programmi comunitari che durano sei anni e non esistono coperture finanziarie da parte delle ASL che possano finanziare un programma che duri sei anni! Aggiungo che sfiderei qualcuno a affermarmi che un tossicodipendente resista ad un programma residenziale della durata di sei anni! E' una norma che richiede naturalmente una rete tra un programma residenziale che mediamente potrebbe durare intorno ai due anni ed un altro territoriale che richiederebbe un'attività lavorativa, una casa e attività sociali nel tempo libero. È una rete che in molte parti d'Italia non esiste perché non ci sono le condizioni sociali e le risorse. È una rete che non esiste perché la maggior parte dei detenuti tossicodipendenti, quando hanno un'abitazione, si trova spesso in zone degradate e con servizi quando presenti privi di risorse. L'azione importante fatta dal legislatore nell'allungare gli anni di condanna per l'accesso alla pena alternativa senza una rete sociale si sta trasformando in una rabbiosa illusione da parte dei detenuti tossicodipendenti.

Conclusioni e proposte

Le condizioni disumane relative al sovraffollamento degli istituti penitenziari oggi rendono questi spazi chiusi *incubatrici* di nuovi reati.

Senza adeguati spazi d'intervento da ridare ai servizi sociali per essere promotori ed attivatori della rete di reinserimento sociale, non ci può essere alcun programma terapeutico di cura.

La cura è e deve essere territorialità con risorse adeguate di tipo clinico, sociale e lavorativo per seguire il tossicodipendente condannato nel territorio, perché in ogni caso quello sarà il luogo in cui vivrà e, tornare a starci da emarginato non può che fare innescare i suoi potenziali distruttivi per se stesso e per la collettività. Andrebbero studiate leggi che riconoscono gli intervalli di tempo relativi ai percorsi territoriali e comunitari certificati, che i tossicodipendenti hanno svolto nei periodi interscorsi tra il rinvio a giudizio e la condanna definitiva. Assai spesso accade che le condanne definitive arrivino dopo che la persona ha già terminato un percorso terapeutico e quindi si trova costretta a richiederne un altro in modo assolutamente strumentale ma funzionale alla legge per l'espiazione della pena e per evitare la carcerazione. Servirebbe una norma per rendere maggiormente efficaci i programmi terapeutici ed al tempo stesso per dare un maggiore significato alla rieducazione e reinserimento dei tossicodipendenti che commettono reati. Da tanti anni si sostiene che gli istituti penitenziari non sono adeguati a rieducare un tossicodipendente, ma la legislazione vigente paradossal-

mente continua, di fatto, a considerare tali strutture come primarie per questi soggetti che delinquono. Al tempo stesso le comunità terapeutiche si sono trasformate in piccoli centri di *custodia attenuata* dove la maggioranza degli ospiti è formata da tossicodipendenti con pene da espiare in alternativa al carcere e che di conseguenza, spesso, la loro motivazione è strumentale alla condanna con esiti tutt'altro che positivi. Continuo a chiedermi se tutte queste contraddizioni che come operatori osserviamo e viviamo ogni giorno, dalla carenza delle risorse dentro e fuori dal carcere, alla difficoltà di accedervi laddove disponibili, non renda il nostro lavoro "tossico", ovvero ci ritroviamo a fare le stesse identiche azioni *strumentali* come lo sono altrettanto le risposte che i detenuti tossicodipendenti ci rimandano, perché di fatto l'unica rete visibile è quella delle porte e finestre blindate.

Bibliografia

- Andreoli V., *Voglia di Ammazzare*, Rizzoli
 Bonvicini A., cur. Capozzoli M., *Fate la storia senza di me*, Add
 Bruccolieri S., *Via della casa comunale n. 1*, Ediciclo
 Caliman G. e Pieroni V. a cura di, *Lavoro non solo*, Franco
 Angeli
 Gatti R. C., *Lavorare con i tossicodipendenti*, Franco Angeli
 Lilin N., *Educazione siberiana*, Einaudi
 Marks H., *Mr Nice*, Socrates
 Olievenstein C., *Il destino del tossicomane*, Borla
 Olievenstein C., *Droga. Un grande psichiatra racconta trent'anni con i tossicodipendenti*, Raffaello Cortina
 Patella A cur., *Burnout vs professionista d'aiuto*. Alice von
 Platen e la continuità analitica addestrativa in psicologia clinica, Franco Angeli
 Perino A., *Il servizio sociale strumenti attori e metodi*, Franco Angeli

IL CARCERE TRA MISCONOSCIMENTO E RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO ALLA SALUTE

Attilio Cocchini, *psicologo responsabile*
Benedetta Mazzoleni Ferracini, *assistente sociale*
Claudia Di Luca, *educatrice professionale*
Paola Pizzilli, *psicologa*
Sara Sironi, *assistente sociale*
*Unità Operativa Carcere, Dipartimento Dipendenze, ASL
 Provincia di Monza e Brianza*

La detenzione offre sia un'occasione conoscitiva/diagnostica, sia un'opportunità di aggancio ed impostazione di un programma di cura. In alcuni casi, il carcere può costituire oggi il canale principale di accesso ad una serie di risorse di cura che, per svariate ragioni sociali, psicologiche o culturali vengono difficilmente raggiunte altrimenti da alcune tipologie di persone con problematiche di dipendenza.

Il carcere per la maggioranza delle persone straniere tossicodipendenti diventa la prima occasione per affrontare questa specifica problematica: essendo però soggetti più di altri a trasferimenti in altri Istituti, la non omogeneità della legislazione in materia spesso comporta la perdita di un primo significativo lavoro personale per affrontare attraverso la dipendenza la situazione di marginalità e difficoltà vissuta fino a quel momento e spesso mai esplorata.

In altri casi, il periodo di detenzione può essere utile sfruttato per ripensare e ri-organizzare gli interventi intorno ad una persona, le cui relazioni con i servizi di competenza, pur esistendo, sono al momento deteriorate o interrotte. A partire da due casi esemplificativi di ciascuna di queste funzioni, si vogliono esporre alcune riflessioni in merito al rapporto fra diritto alla salute nel campo delle dipendenze ed organizzazione delle strategie di intervento fra carcere e territorio.

Incontriamo A. (63 anni) nell'agosto del 2011, poco dopo il suo arrivo nel carcere di Monza, a seguito del mancato rispetto delle prescrizioni relative alla detenzione domiciliare. In passato A. è stato detenuto a lungo per una serie di rapine e per la sistematica rottura dei benefici concessi nel corso della pena. In totale ha trascorso in carcere circa 40 anni. Rispetto alle sostanze, già a 20 anni usa in certi periodi le anfetamine per sostenere l'attività agonistica nel ciclismo. Più tardi, alla fine degli anni '70, abusa di cannabinoidi durante la detenzione. Negli anni '90 si avvicina alla cocaina durante i permessi premio e continua ad usarla durante il lavoro esterno e la semilibertà, concessa nei primi anni 2000. Quando ritorna in regime di piena detenzione per la revoca dei benefici concessi, sente l'astinenza e usa psicofarmaci. Riprende l'uso di cocaina nel 2010, duran-

te i permessi. Quando evade dalla detenzione domiciliare, l'abuso diventa più frequente fino all'attuale arresto, avvenuto dopo 5 mesi di latitanza. L'uso gli provoca un senso di oppressione al petto, ma gli dà la possibilità di fare le cose "come a 20 anni", sentendosi migliore degli altri. La cocaina lo fa anche bere tanto, fin dal mattino. In tutte le passate carcerazioni non aveva mai dichiarato l'uso delle sostanze: a chi non era TD non facevano i controlli al rientro dai permessi e in semilibertà. Durante i colloqui riconosce che la cocaina gli ha impedito di essere lucido e ha contribuito alla scelta della latitanza. Una scelta accompagnata continuamente dalla paura e la cocaina l'ha aiutato a sentirsi forte; l'uso della sostanza trova un limite solo nei dolori al petto che essa provoca. Anche ora nei momenti di crisi avverte il craving. Nel corso dei colloqui con la psicologa emergono anche problematiche legate al gioco d'azzardo. Non ci è possibile certificare formalmente lo stato di tossicodipendenza perché mancano i criteri temporali ex DSM IV, ma riteniamo ugualmente necessaria la presa in carico e i colloqui proseguono, chiarendo che ciò non avrebbe comportato la possibilità di ricorrere all'affidamento previsto per la cura delle dipendenze. Ridefinito così il rapporto terapeutico, A. riferisce che al momento dell'arresto ha ingerito la busta di cocaina che aveva con sé perché voleva farla finita, piuttosto che rientrare in carcere. La questione del gioco appare seria, A. ci pensa continuamente e teme di non riuscire a controllare la compulsione. Su questo è possibile stabilire un'alleanza che consente di mettere a punto le strategie necessarie a gestire la libertà sconosciuta ed estranea al termine della pena e di individuare gli eventuali supporti a cui rivolgersi. A. è stato scarcerato nel maggio 2012, grazie alla "legge Alfano", beneficio concesso nuovamente anche in virtù dell'aggancio con i servizi per le dipendenze che si sono resi disponibili a prenderlo in carico sul territorio. Ogni tanto A. telefona alla "sua" psicologa per farle sapere che sta bene.

La tutela della salute in carcere può avere senso se si estende anche dopo la scarcerazione, e proprio dalla rappresentazione del benessere all'esterno del carcere si può trovare la motivazione per curare e farsi curare. Quando si esula da questa prospettiva futura, tanto gli apparati preposti alla cura quanto i detenuti/pazienti stessi diventano "strumentali", i primi all'evitamento di ogni messa in discussione pubblica del proprio ruolo (la preservazione dei corpi fino al termine della detenzione), i secondi all'evitamento dei controlli che ridurrebbero ulteriormente la propria libertà (l'occultamento dei sintomi, il misconoscimento della sofferenza). Quando ciò si verifica, non vi è naturalmente alcuna utilità nella detenzione, che anzi amplifica le criticità socio-sanitarie, destinate ad esplodere al momento del ritorno in libertà e a riprodurre molto spesso i presupposti del ritorno in carcere. Quando all'evitamento si sostituisce invece l'attenzione verso la persona ed il suo progetto di vita dopo il carcere, ci si può attendere una adesione alla cura che prescinde dall'ottenimento dei benefici. Appare importante puntualizzare a questo proposito che la certificazione dello stato di dipendenza da sostanze psicoattive è inteso come pre-requisito per l'ottenimento di alcuni benefici di Legge, ma non costi-

tuisce affatto il limite dell'intervento dei servizi per le dipendenze in carcere, poiché essi si fanno garanti del diritto alla salute nelle stesse accezioni previste all'esterno, ricomprendendo quindi l'uso problematico di sostanze psicoattive ed il contrasto delle dipendenze comportamentali.

N. arriva in carcere a Monza nell'agosto del 2010, trasferita da un altro istituto. È condannata per rapina ed oltraggio. Ha 29 anni e ha una storia di tossicodipendenza da eroina iniziata a 13 anni. Il padre è detenuto da tempo e la madre non ha mai prestato molta attenzione a questa figlia nata quando lei era ancora adolescente. Ora la donna vive in un'altra regione e si limita a qualche telefonata. N. racconta di essere stata abusata per la prima volta da un parente all'età di 9 anni, poi in altra occasione per la strada. N. è sieropositiva da 8 anni ed è affetta da un grave disturbo di personalità diagnosticato dallo psichiatra. È conosciuta molto bene dal Ser.T del territorio, dal reparto di malattie infettive, dal CPS, dai servizi sociali del comune di residenza e perfino da un sacerdote che si occupa di persone gravemente emarginate. N. prima del carcere viveva in una casa popolare, spesso frequentata da altri tossicodipendenti. Il Ser.T di provenienza ha fatto molti tentativi di cura: vari inserimenti in comunità per pazienti comorbili e tirocini lavorativi sempre falliti per gravi disturbi di comportamento. Al momento dell'ingresso N. assume metadone e 9 diversi psicofarmaci, con una spiccata predilezione per la via iniettiva. L'appuntamento quotidiano per la somministrazione del metadone costituisce una importante occasione di dialogo, particolarmente utile per una persona abituata ad intendere l'aiuto soprattutto in forma farmacologica. In carcere N. è protagonista di numerosi scontri fisici con altre detenute e si relaziona molto male con le agenti di polizia. Anche l'aspetto fisico rivela la sofferenza: è gonfia, si rade spesso i capelli e facendo questo si provoca continuamente tagli, chissà quanto accidentalmente. Parla spesso a voce alta, alterando atteggiamenti infantili a momenti di rabbia. Si dichiara omosessuale e cerca maldestramente di avere relazioni con altre detenute. Sono necessarie continue attenzioni da parte di chi le sta intorno per evitare che le cose degenerino ulteriormente. La pena da scontare è di un anno e tre mesi. Le aspettative del servizio territoriale per le dipendenze sono comprensibilmente legate ai pessimi esiti dei tentativi di cura precedenti: si richiede di accompagnare N. all'inserimento presso una comunità residenziale, ma allo stesso tempo l'assistente sociale che l'ha seguita dubita che il responsabile sia disposto a firmare un impegno di spesa contro ogni ragionevole previsione di successo. Nemmeno N. ha le idee molto chiare sul suo futuro; accetta di incontrare alcuni operatori di comunità, per poi rifiutare definitivamente questa possibilità. Viene effettuata una presa in carico di tipo prevalentemente educativo con l'obiettivo di sostenere N. nel mantenimento di un comportamento minimamente adeguato alle regole sociali ed evitare le dure reazioni di cui l'ambiente carcerario è capace. Si tratta dell'unico obiettivo che N. è disposta a condividere con noi. Tale scelta si rivela fortunata, perché consente di stabilire su argomenti concreti una relazione di supporto emotivo e, quando appare evidente che non è possibile un inseri-

mento in comunità terapeutica, permette di valutare con la paziente cosa comporterà effettivamente il suo rientro nella casa popolare e nel contesto sociale in cui lei aveva il ruolo di spacciatrice. Questo si realizza grazie alla possibilità di effettuare con N. colloqui sistematici, fino al momento della scarcerazione avvenuta nel novembre 2011. Nei 5 mesi successivi mantiene i contatti con il Ser.T e, preso atto delle gravi difficoltà in cui versa, trova con quel servizio una casa alloggio per sieropositivi nelle immediate vicinanze di Monza chiedendo ad una delle operatrici che l'ha seguita in carcere di venirla a trovare quando può. Ogni settimana N. telefona in carcere, racconta di sé, della vita quotidiana e tiene a farci sapere che non ha più usato eroina.

In questo caso, come in molti altri, alla complessità della diagnosi, fa riscontro la complessità delle relazioni con i servizi specialistici e degli interventi effettuati. Il carcere può offrire, in situazioni tanto precarie, un contesto in cui le relazioni si organizzano in forma stabile e relativamente protetta, sia pure con un termine temporale preciso. È infatti possibile, in queste condizioni condurre osservazioni mirate in condizioni di astensione dalle sostanze, mettere a punto le terapie farmacologiche e rielaborare in forma critica il passato, tanto con il paziente quanto con i servizi che lo hanno in carico sul territorio. Queste azioni, al di là del loro significato clinico, spesso assumono una funzione di mediazione fra servizi territoriali e pazienti. In questa accezione, il diritto alla salute è prima di tutto garantito dalla rilettura e dalla legittimazione dei bisogni e delle sofferenze del paziente. Allo stesso tempo però si rende spesso necessaria una ricostruzione con lui del senso delle decisioni prese nei suoi riguardi dai servizi territoriali. In entrambi i casi, ci si imbatte spesso in vissuti persecutori che lasciano intravedere come il carattere conflittuale della relazione sia la diretta conseguenza della frustrazione associata ai fallimenti. La detenzione stessa è spesso attribuita dal paziente agli errori o al disinteresse del servizio, ed è quindi funzionale all'esacerbazione dello scontro, mentre per i servizi essa è l'ulteriore e definitiva prova del carattere delinquenziale del paziente, in un gioco di reciproche attribuzioni del fallimento.

LABORATORIO DI TEATRO "RACCONTARSI: percorso verso la libertà"

Coronelli I., Ercole M., Ferrario M., Scopelliti F.
Progetto in svolgimento presso la II Casa di reclusione di Bollate (Milano)

Il "gesto e la parola" non sono soltanto materia per coloro che, in un modo o nell'altro vogliono occuparsi di teatro, né può essere solo materia di studio per chi voglia avviarsi alla carriera di attore professionista. Nel mondo d'oggi, sapersi esprimere con proprietà, scioltezza e pronuncia corretta è diventato strumento di vita per qualsiasi attività s'intraprenda. Purtroppo non si dà ancora sufficientemente peso al modo in cui ci si esprime.

Se è vero, come si crede, che l'essere umano nell'atto di rappresentazione viene a trovarsi in una fase di catarsi, fondendo in un unico momento vita organica e vita psichica, il luogo più naturale per avviare quel processo di comprensione e miglioramento di se stessi è senza dubbio il teatro.

Il *Laboratorio teorico e pratico di teatro*, dove sono condensate le lezioni destinate a tutti gli individui che per vari motivi vogliono avvicinarsi a questa disciplina, viene, con le dovute rivisitazioni, presentato anche alla popolazione carceraria con lo scopo di migliorare nell'individuo l'espressione gestuale, mimica e vocale, nonché creare veri e autentici momenti di aggregazione e socializzazione.

A questo punto una domanda si pone legittima: se il *Dettato Costituzionale vede il carcere come luogo ove persone private della libertà possano migliorare se stesse* (funzione rieducativa della pena)... è giusto che anche la Cultura ed in particolare le Arti Figurative, si adoperino (per quanto loro compete) per contribuire a far uscire dal carcere persone meno "abbruttite" di quando sono entrate?

La teatroterapia, in campo psicologico, consiste nell'acquisire principalmente una conoscenza di sé e delle proprie emozioni e di come queste vengano rese visibili attraverso i gesti del corpo.

In teatro vi è lo sviluppo e la messa in scena del proprio vissuto all'interno di un gruppo e attraverso un certosino lavoro pre-espressivo (educazione e percezione del movimento corporeo e vocale) si rende possibile la creazione di quell'altro da sé come processo di trasformazione dell'individuo.

Nel lavoro pre-espressivo, il corpo è vissuto come strumento di esplorazione, una specie di orto da curare minuziosamente affinché possa dare i frutti desiderati. Un training psico-fisico sul lavoro dell'attore: saltare, camminare, correre, cantare, ballare, agire nello spazio con profonda consapevolezza del proprio corpo nel momento presente.

Il linguaggio non verbale mostra da subito un corpo aperto, anche se impacciato, che si esprime attraverso lo stile dei suoi movimenti; l'obiettivo degli incontri è quello, man mano, di depurare il rapporto tra corpo, voce e mente in relazione con l'altro, gli altri e se stesso. In altre parole si tratta di capire che solo attraverso l'osservazione sistematica, analitica ed epistemologica dei fenomeni performativi che si sono sviluppati e diffusi negli ultimi cinquant'anni, che hanno riguardato prima di tutto e soprattutto il teatro di ricerca e sperimentale, che parte dal metodo di Stanislavskij, si passa attraverso le ricerche di Artaud, per arrivare a Grotowskij e quelle ultime di Barba, che alcuni studiosi di oggi (psicologi e psicanalisti) riconoscono i possibili presupposti di questa nuova disciplina.

Il progetto "RACCONTARSI: percorso verso la libertà", patrocinato e finanziato da ANVOLT e COOP. LUCE, è partito nell'anno 2011-2012 presso il II reparto del CR Bollate con la collaborazione dell'ASL Milano SerT 3, la Direzione del Carcere di Bollate e l'Università Cattolica. Lo stesso progetto è attualmente in svolgimento presso il VII reparto e ha avuto il riconoscimento e il contributo della Regione Lombardia e terminerà ad ottobre 2013.

Il gruppo avviato presso il VII reparto vede attualmente la partecipazione di 15 detenuti ed è condotto dalla Psicologa Dr.ssa Ilaria Coronelli e dal regista Dr. Mario Ercole.

Bibliografia

- Marlatt G.A. and Gordon J.R. (1985), *Relapse prevention*. New York: Guilford Press.
- Ricci Bitti P.E. (1998), *Regolazione delle emozioni e Arti Terapie*. Roma: Carocci.
- Schilder P. (1988), *Immagine di sé e schema corporeo*. Milano: Franco Angeli.
- Bonenti D. e Meneghelli A. (1992), *Assertività e training assertivo*. Guida per l'apprendimento in ambito professionale. Milano: Franco Angeli.
- Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F. and Liese B.S. (1993), *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Borowsky J.M. and Pateracki A.P. (1994), *A History of Art Therapy in the United States*. Mundelein: The American Art Therapy Association.
- Loman S. and Foley L. (1996), *Models for understanding the nonverbal process in relationships*, *The Arts and Psychotherapy*, 23 (4): 341-350.
- Manes S. (1998), *83 giochi psicologici per la conduzione dei gruppi*. Un manuale per psicologi, insegnanti, operatori sociali, animatori... Milano: Franco Angeli.
- Aquilar F. (2000), *Riconoscere le emozioni*. Canzoni psicoterapeutiche ed esercizi di consapevolezza in psicoterapia cognitiva. Milano: Franco Angeli.
- Moderato P. e Rovetto F. (2000), *Strategie e tecniche per il cambiamento*. La via comportamentale. Milano: McGraw-Hill.
- Artaud A. (2000), *Il teatro e il suo doppio*. Piccola Biblioteca Einaudi Ns.
- Beck J. (2002), *Terapia cognitiva*. Fondamenti e prospettive. Milano: Mediserve.
- Di Clemente C. (2003), *Addiction and change*. New York: Guilford Press.
- Caretti V. e La Barbera D. (2005), *Le dipendenze patologiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Tosto T. (2005), *Manuale del laboratorio teatrale*. EdUP.
- Pezin P. (2005), *Il libro degli esercizi per attori*. Il meglio del training internazionale in 600 esperienze pratiche. Audino.
- Manes S. (2007), *68 nuovi giochi per la conduzione dei gruppi*. Sul treno della vita per scoprire il nostro sé di ieri, di oggi e di domani. Milano: Franco Angeli.
- Orioli W. (2007), *Teatroterapia*. Prevenzione, educazione e riabilitazione. Centro Studi Erickson.
- Stanislavskij K.S. (2008), *Il lavoro dell'attore su se stesso*. Laterza.
- Willson R. and Branch R. (2009), *Cognitive Behavioural Therapy for Dummies*. Milano: Oscar Mondadori.
- Ruffini F. (2009), *Craig, Grotowski, Artaud*. Teatro in stato di invenzione. Laterza.

GRUPPI D'INCONTRO "USCITA DI EMERGENZA"

Coronelli I., Giove C., Ferrario M., Scopelliti F.

*Progetto in svolgimento presso la
II Casa di Reclusione di Bollate (Milano)*

Quali sono le emozioni, i sentimenti, i vissuti provati da un soggetto che si trova ad affrontare l'ultimo periodo della sua pena detentiva? Nel tentativo di rientrare nella società l'ex detenuto spesso vive una serie di problematiche che spesso destabilizzano. L'uscita dal carcere è una zona di confine caratterizzata da paure, incertezze, dubbi, aspettative e desideri che implicano rielaborazioni emotive funzionali al reinserimento sociale, obiettivo congiunto di operatori ed ex-detenu- ti. Si tratta di restituire al mondo extramurario una persona che abbia contatto con se stesso, che abbia individuato e potenziato le proprie competenze umane e professionali.

Spesso in carcere i detenuti coinvolti in programmi di recupero ed educativi sottolineano come il diventare adulto implichi essere consapevoli delle proprie azioni e considerare il rischio di poter commettere ancora errori.

Il trasgredire per molti detenuti rappresenta una modalità di adattamento all'ambiente, l'unico modo di esprimersi in un contesto dove non esistono figure di riferimento credibili, un contesto quindi che non lascia margine di trasformazione e possibilità di cambiamento. Per aver desiderio di costruire è necessario avere qualcosa o qualcuno in cui credere e con cui costruire insieme un'identità. Avere responsabilità non è solo un peso ma è anche gratificante e il desiderio di ottenere gratificazioni certamente motiva l'agire.

Se usciti dal carcere non si ha la possibilità di ritrovarsi e riconoscersi in una realtà che gratifica e sostiene nella ricostruzione di sé, diventa naturale lasciarsi sedurre dalle tentazioni che sono sempre in agguato per tutti gli esseri umani, ma lo sono ancor di più per chi le ha già conosciute e vissute. Il detenuto che ha terminato la sua carcerazione e il suo percorso di crescita personale ha la fantasia di rinnovarsi ma spesso non ha la struttura su cui poter fare affidamento. Ciò che manca quindi è la possibilità reale di poter coltivare la propria identità.

Purtroppo oggi l'istituzione difficilmente si domanda cosa serve a una persona per essere costruttiva. Ecco allora il rischio di perdersi e disinteressarsi, passivizzarsi. Se da un lato l'ex detenuto vuole esserci al meglio e dimostrare di potercela fare, dall'altra purtroppo deve pur sempre fare i conti con una realtà istituzionale che, se in parte garantisce e sostiene, dall'altra presenta contraddizioni intollerabili e non riconoscimento. La natura umana è costituita di energia che se non ha possibilità di espressione può essere mal canalizzata, producendo così atteggiamenti e risposte inefficaci e non

adattative.

Sulla base di queste riassuntive premesse ci si propone di lavorare con i detenuti come uomini dotati di consapevolezza, che progettano, costruiscono, sperimentano; uomini che hanno risorse e creatività.

Obiettivi del progetto sono:

- Percepire e rielaborare la dimensione umana e trasformativa della propria esperienza di detenzione riflettendo sul rapporto tra limiti/giustizia/pena/libertà personale;
- Favorire un percorso di riflessione sul proprio vissuto di responsabilizzazione e sulle aspettative legate all'uscita dal carcere e al reinserimento sociale e familiare;
- Individuare le motivazioni sottostanti che permettano al detenuto di costruire nuove prospettive.

I destinatari sono detenuti tossicodipendenti in uscita dal carcere, per benefici di legge o fine pena, in un periodo che va dai 6 ai 18 mesi.

Il progetto, della durata di un anno, prevede la creazione di 3 cicli di gruppo della durata di 10 incontri a ciclo, con la partecipazione di 10-12 detenuti per ciclo. Sono previsti gruppi d'incontro a tema e chiusi con cadenza settimanale, durante i quali i detenuti verranno invitati a riflettere sui temi trattati approfondendoli e caratterizzandoli con considerazioni personali.

La finalità generale del progetto è:

- diminuire la possibilità di una recidiva del comportamento deviante;
- contribuire ad allontanarsi dal consumo di sostanze;
- contribuire alla diminuzione degli episodi criminali sul territorio;
- determinare esperienze positive di crescita nelle persone;
- cercare di restituire alla famiglia e alla società un individuo migliore;
- trasformare un momento drammatico, quale la carcerazione, in un possibile momento di crescita dell'individuo.

Il progetto "Gruppi d'incontro", patrocinato e finanziato da ANVOLT e Associazione Nazionale Lotta AIDS (ALA), è attualmente in atto presso la presso II CR di Milano Bollate con la collaborazione dell'ASL Milano SerT 3, la Direzione del Carcere di Bollate e l'Università Cattolica e ha avuto il riconoscimento e il contributo della Regione Lombardia; esso terminerà ad ottobre 2013.

Conduttrici del gruppo sono le Psicologhe Dr.ssa Ilaria Coronelli e Dr.ssa Claudia Giove, affiancate durante gli incontri da un tesista della Facoltà di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano che svolgerà la propria Tesi di Laurea sull'esperienza in corso.

Bibliografia

- Rogers C.R. (1978), *Gruppi di incontro (I)*. Astrolabio Ubal-
dini.
Marlatt G.A. and Gordon J.R. (1985), *Relapse prevention*.
New York: Guilford Press.
Ricci Bitti P.E. (1998), *Regolazione delle emozioni e Arti
Terapie*. Roma: Carocci.
Schilder P. (1988), *Immagine di sé e schema corporeo*.

Milano: Franco Angeli.
 Bonenti D. e Meneghelli A. (1992), Assertività e training assertivo. Guida per l'apprendimento in ambito professionale. Milano: Franco Angeli.
 Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F. and Liese B.S. (1993), Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford Press.
 Young J.E. and Klosko J.S. (1993), Reinventing your life. The Breakthrough Program to end negative behavior... and feel great again. Milano: Raffaello Cortina Editore.
 Borowsky J.M. and Pateracki A.P. (1994), A History of Art Therapy in the United States. Mundelein: The American Art Therapy Association.
 Loman S. and Foley L. (1996), Models for understanding the nonverbal process in relationships. The Arts and Psychotherapy, 23 (4): 341-350.
 Manes S. (1998), 83 giochi psicologici per la conduzione dei gruppi. Un manuale per psicologi, insegnanti, operatori sociali, animatori... Milano: Franco Angeli.
 Aquilar F. (2000), Riconoscere le emozioni. Canzoni psicoterapeutiche ed esercizi di consapevolezza in psicoterapia cognitiva. Milano: Franco Angeli.
 Moderato P. e Rovetto F. (2000), Strategie e tecniche per il cambiamento. La via comportamentale. Milano: McGraw-Hill.
 Beck J. (2002), Terapia cognitiva. Fondamenti e prospettive. Milano: Mediserve.
 Di Clemente C. (2003), Addiction and change. New York: Guilford Press.
 Caretti V. e La Barbera D. (2005), Le dipendenze patologiche. Milano: Raffaello Cortina Editore.
 Manes S. (2007), 68 nuovi giochi per la conduzione dei gruppi. Sul treno della vita per scoprire il nostro sé di ieri, di oggi e di domani. Milano: Franco Angeli.
 Willson R. and Branch R. (2009), Cognitive Behavioural Therapy for Dummies. Milano: Oscar Mondadori.

IL CARCERE E LO SPIRITO DEI TEMPI

Anna Paola Lacatena,
 Dirigente Sociologa presso Dipartimento Dipendenze
 Patologiche ASL TA

*La vita, la sventura, l'isolamento,
 l'abbandono, la povertà sono campi
 di battaglia che hanno i loro eroi:
 eroi oscuri, ignorati, talvolta più
 grandi degli eroi illustri.*
 Victor Hugo- I miserabili

Max Horkheimer e Theodor W. Adorno hanno individuato precisamente il nucleo centrale della paura della devianza nella "paura del vuoto" sperimentata come timore di essere diversi e per questo isolati. Eppure si dovrebbe misurare la tenuta di un ponte proprio guardando a quella del suo pilastro più piccolo. La qualità umana di una società dovrebbe essere misurata a partire dalla qualità della vita delle fasce più deboli. Se l'essenza di ogni morale è data dalla responsabilità nei confronti dell'umanità degli altri, la stessa sembrerebbe anche l'unità di misura degli standard morali di una società (Bauman, 2009).

I dati ufficiali, secondo parametri più giuridici che medico-sanitari, resi noti annualmente dal Ministero della Giustizia, rimarkano una crescente presenza di tossicodipendenti in carcere.

Sembra appurata una stretta relazione tra l'uso di sostanze stupefacenti (eroina in particolare) e l'attuarsi di comportamenti criminosi, sebbene tale cognizione sia più corroborata dal senso comune che non da fonti scientifiche.

Non è facile, a tutt'oggi, disporre di dati completamente attendibili rispetto alla popolazione tossicodipendente presente in carcere nel nostro paese, il più delle volte il *quantum* è reso incerto da una metodologia di raccolta e di definizione dello stato non univoco.

Quello che appare certo è che il tossicodipendente è vissuto da buona parte della società come un potenziale pericolo, prevedendo per lo stesso misure ed interventi in luoghi di detenzione.

L'istituzione totale, anche alla luce dell'ultima normativa posta in campo (Legge n. 49/2006) appare la soluzione più praticata per arginare una problematica che quasi mai è trattata in funzione di una società non esente da responsabilità rispetto al suo generarsi.

Il tossicodipendente commette reati, la società risponde a questi tralasciando ogni possibile considerazione in merito alla vulnerabilità e alla richiesta di sostegno che, in maniera più o meno consapevole e palese, connota inizialmente il consumatore non ancora entrato nel circuito delittuoso.

Nonostante il carcere, sull'impulso di un costrutto legislativo che trova le sue radici nell'ormai lontano

1975 (Legge n. 685 sulla disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope), abbia visto il modificarsi del suo assetto e degli stessi compiti istituzionali a vantaggio della rieducazione e della solidarietà sociale, sembrano ancora lontani i tempi della piena attuazione del passaggio da istituzione di pena a quello di riabilitazione. Le battaglie ideologiche e politiche combattute sul terreno del consumo di sostanze in Italia sembrano condannare quanti lavorano nel settore a *stop and go* mortificanti per se stessi e per le persone/pazienti/detenuti che incorrono nelle trame ora dell'impunità ora della "tolleranza zero".

L'art. 27 della Costituzione sostiene che la pena deve tendere alla rieducazione del condannato, nella fattispecie qualora dovesse essere formulata una scelta di cura da parte del tossicodipendente, la pena perderebbe la sua stessa *ratio*, riproponibile nel caso di ricaduta nell'uso di sostanza.

Proprio in ragione di quest'ultimo aspetto, sembra delinearsi una sorta di corto circuito che favorisce parzialmente la comprensione delle recidive successive alle misure alternative e allo stesso Indulto.

La volontà di curarsi dovrebbe essere frutto di una libera scelta. Non certo di libera scelta si può parlare lì dove una persona, per poter conservare la propria libertà, decide di curarsi.

La cura, infatti, presuppone una motivazione al cambiamento che non può essere indotta dalla restrizione di ciò che può produrre solo la scelta.

Il fallimento della misura alternativa, spesso, non è da ritrovare nella sua logica ma nei presupposti (o nell'assenza di questi) che la veicolano.

L'emergenza sovraffollamento nelle carceri italiane va sempre più acuendosi, proponendosi come emergenza cui l'intera società civile è chiamata a proporre delle soluzioni. La Puglia è tra le regioni più colpite dal fenomeno secondo quanto riportato dal Sindacato Sappe (Sindacato Polizia Penitenziaria). Ad oggi in Italia, il numero dei detenuti supera le 67.500 unità a fronte di una capienza di 44.218 posti ed un limite tollerabile di 66.905.

La criticità proposta dai dati ufficiali dell'Amministrazione penitenziaria pongono la Puglia tra le 12 regioni che hanno superato tale limite per più del 51%.

L'acuta e per alcuni aspetti insanabile percezione dell'insicurezza presente nel nostro vivere quotidiano appare come una sorta di effetto secondario proprio della convinzione che si possa ottenere una completa sicurezza. Spesso la non considerata ineluttabilità del dualismo paura/fiducia è spiegata quando non imputata completamente all'atto deviante premeditato, che implica l'esistenza e l'opera di un delinquente.

È plausibile la conclusione che l'insicurezza dell'uomo della "modernità liquida" sia da riportare alla paura dei crimini e dei criminali.

Ray Surette sostiene che il mondo visto in televisione somiglia a un mondo in cui "cani da pastore-polizia" proteggono "cittadini-pecore" da "criminali-lupo" (Surette, 1992).

Paradossalmente, però, tanto più persistono le protezioni, i sistemi di sicurezza, la vigilanza ed il controllo spinti all'estremo tanto più sembra incrementarsi la paura. È un po' come se la cura non solo non risolves-

se il problema ma lo riacutizzasse continuamente.

Non risolvendo il problema ma implementandolo, il risultato è un sempre maggiore tormento a cui corrisponde una crescente ansia sociale.

Serrature supplementari, *gated communities*, sistemi di sicurezza sofisticatissimi, sorveglianza dei luoghi pubblici sono alcuni dei rifugi più ricorrenti sebbene sembra di poter dire anche insufficienti.

È interessante verificare come nella percezione del pericolo e della minaccia gli extracomunitari ed i tossicodipendenti (in modo particolare da eroina) occupino ancora oggi posizioni di rilievo.

Il carcere, il tossicodipendente, il metadone, l'Indulto, l'Amnistia la recidiva sono tutti aspetti fondanti di quell'immaginario collettivo che alimenta l'idea del complotto contro la sicurezza, implementando risentimento per il "diverso" collocato all'interno della "classe pericolosa".

Iniziativa "Il Dono"

Non possiamo pensare alla libertà senza permettere l'esistenza dell'uomo (chiunque esso sia). Non possiamo pensare al recupero e ad un reale reinserimento del detenuto senza il sapere, la conoscenza, l'apertura verso l'Altro.

Non è impensabile ritenere che anche chi è fuori eserciti paura su chi vive il carcere in qualità di detenuto. *Di te non me ne importa niente* è il manifesto di una società che intimorisce colui che avverte indifferenza rispetto ai propri diritti costituzionali.

Per lanciare un messaggio di attenzione il DDP ASL TA ha promosso l'iniziativa "Il dono" sul finire del 2010.

Molto conosciuta e importante per la storia dell'antropologia, la teoria del dono (come atto sacro) di Marcel Mauss, espressa nel suo celebre *"Saggio sul dono"*, nasce dalla comparazione di varie ricerche etnografiche, tra le quali lo studio del rituale *Potlach* di Franz Boas e del Kula di Bronislaw Malinowski. Lo scambio dei beni, anche se di valore intrinseco non fondamentale, è uno dei modi più comuni e universali per creare relazioni umane. Addirittura il dono diventa, secondo Mauss, un *fatto sociale totale*, vale a dire un aspetto specifico di una cultura che è in relazione con tutti gli altri e pertanto, attraverso la sue analisi è possibile leggere per estensione le diverse componenti della società. L'autore suppone che il meccanismo del dono si articoli in tre momenti fondamentali basati sul principio della *reciprocità*: **1) dare 2) ricevere - l'oggetto deve essere accettato 3) ricambiare/restituire.**

Il dono implica una forte dose di libertà. È vero che c'è l'obbligo di restituire, ma modi e tempi non sono rigidi e in ogni caso si tratta di un obbligo morale, non perseguibile per legge, né sanzionabile. Il valore del dono sta nell'assenza di garanzie da parte del donatore. Un'assenza che presuppone una grande fiducia negli altri.

Riprendendo il pensiero di Mauss e di Lévi-Strauss, Godbout arriva ad affermare l'attualità dell'economia del dono che, passando attraverso vari stadi, è in realtà talmente radicata nell'animo umano da non essere quasi più evidenziabile se non prestandoci attenzione. Afferma che anzi oggi nulla può funzionare e crescere se non nutrito dal dono, ad iniziare dalla stessa vita

umana. In quale altro modo potrebbe definirsi il miracolo della nascita?

In estrema sintesi, per Godbout l'economia del dono non solo esiste ancora, ma sarebbe anche il motore su cui può crescere l'altra economia (stato e mercato), capace di farsi propulsore del sistema sociale.

Se la conoscenza è anche e soprattutto leggere, più persone in un indistinguibile dare-ricevere-restituire hanno deciso di dare riscontro all'iniziativa offrendo ai detenuti del Carcere di Taranto e ai pazienti del DDP ASL TA, all'interno dell'iniziativa "Il dono", libri propri e non.

Ad oggi sono stati raccolti circa 1500 libri. Di seguito alcune adesioni per dire **Noi ci siamo. A noi interessa:**

Biblioteca Presidenza della Repubblica, Scuola Holden di Alessandro Baricco, Giorgio Bocca, Andrea Camilleri, Roberta de Monticelli, Conchita De Gregorio, Margaret Mazzantini, Michela Murgia, Susanna Tamaro, Massimo Gramellini, Antonio Nicaso, Vito Mancuso, Silvia Godelli Assessore alla Cultura della Regione Puglia, Fondazione Rita Levi Montalcini, Fondazione Fabrizio De Andrè, Franco Ferrarotti, Chiara Saraceno, Massimo Cacciari, Marco Belpoliti, Gianni Minà, Ignazio Marino, Loris Mazzetti, Don Andrea Gallo

Trasmissione televisiva "Per un pugno di libri"- Rai Tre, Creativa Edizioni, Effequ Edizioni, Fazi Edizioni, Fernandel Edizioni, Giulio Perrone Edizioni, Giuseppe Laterza Edizioni, Il Mulino Edizioni, Mondadori Edizioni, Piemme Edizioni, Schena Edizioni, Daphne Editore, Tholos Edizioni.

Associazione di Mediazione Familiare l'Arcoiaio - Bari, Associazione Alcolisti Anonimi

Oltre a Privati cittadini e Aziende del territorio (per la costruzione e l'allestimento della nuova Biblioteca):

Scaffsystem di Ostuni (BR), A.S.D. Project srl di Bari, ICAM S.r.l. di Putignano (BA), Edilbarnaba srl Alberobello (BA), Agrusta Maurizio l'Ufficio Martina Franca (TA).

Bibliografia

Bauman, Z., *Homo consumens*, Erickson, Trento, 2009
Surette R., *Media, Crime and Criminal Justice*, Brooks/Cole, Florence(KY), 1992, pag. 43

SOSTANZE PSICOATTIVE D'ABUSO E CARCERE

Un'indagine epidemiologica nei nuovi ingressi nella Casa Circondariale di Prato nel bimestre luglio/agosto 2012

Rosanna Mastroianni, Tommaso Vannucchi,
Patrizia Gai, Caterina Uliva,
Giovanni Mattiolo, Antonella Manfredi
U.F. Farmacotossicodipendenze (Az. USL 4 Prato)

Introduzione

Le carceri nazionali ed europee continuano a essere frequentate ogni anno da numerose persone con problemi di tossicodipendenza; nonostante il crescente interesse a creare «alternative al carcere» all'interno della popolazione carceraria è in costante aumento il numero di detenuti che presentano disturbi da uso di sostanze stupefacenti, come indicano i più recenti dati epidemiologici dell'Osservatorio europeo sulle droghe e tossicodipendenze (OEDT, 2012). Le informazioni nazionali sulla tipologia e sui modelli di consumo delle sostanze psicoattive, legali ed illegali tra i detenuti, indicano la crescente presenza del fenomeno della poliassunzione di sostanze psicoattive e della politossicomania (Dipartimento Politiche Antidroga, Relazione annuale 2012) ed uno spazio specifico e non trascurabile è costituito dalle problematiche e patologie alcol-correlate (Cecchi, 2000).

Descrizione della ricerca: setting e obiettivi

Il seguente contributo di ricerca è stato condotto all'interno della Casa Circondariale "La Dogaia" di Prato, con il fine di effettuare un lavoro di monitoraggio della popolazione con disturbi da uso di alcol e sostanze stupefacenti transitata in un arco temporale di 2 mesi dal 01-07-2012 al 31-08-2012. Gli obiettivi del presente studio erano: 1) Stimare la prevalenza di uso alcol e sostanze stupefacenti nei nuovi ingressi in una Casa Circondariale italiana. 2) Rilevare le principali variabili socio- demografiche, le caratteristiche dei consumi delle sostanze psicoattive legali ed illegali e degli stili di vita nei nuovi ingressi in carcere. 3) Effettuare un assessment multidimensionale ed un'analisi della condizione psicopatologica di soggetti detenuti con problemi di "dipendenza patologica da alcol e sostanze" (secondo DSM-IV-TR). 4) Verificare possibili fenomeni di "viraggio" dall'abuso di sostanze illecite all'abuso alcolico e/o di occultamento delle problematiche alcol-correlate nei quadri di poli-tossicodipendenza. 5) Verificare nel "setting" penitenziario l'utilità della somministrazione di test e questionari (AUDIT, CAGE, M.A.L.T.1, M.A.L.T.2) e "rating scales" nell'identificazione di soggetti con problemi e difficoltà derivanti dall'uso di alcol e nell'orientamento delle scelte

terapeutiche.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio di tipo trasversale, descrittivo osservazionale sui nuovi ingressi nella Casa Circondariale "La dogaiia di Prato", durante il bimestre luglio-agosto 2012. Sono state raccolte in modo sistematico informazioni su caratteristiche socio-demografiche (sesso, età, stato civile, scolarità e condizione lavorativa abituale precedente la carcerazione), abuso di sostanze ed alcol in anamnesi e eventuali trattamenti con gli agonisti oppiacei e di patologie HIV-correlate HBV e HCV correlate. Il monitoraggio obiettivo dei problemi alcool correlati e dei disturbi correlati all'assunzione di sostanze stupefacenti è stato effettuato tramite una valutazione clinica multidimensionale e dinamica (medica, tossicologica, psicologica, psichiatrica e socio-ambientale, secondo il DSM-IV-TR ed ICD IX-CM); sono stati impiegati questionari e scale di valutazione (CAGE, AUDIT, M.A.L.T. 1, M.A.L.T. 2) e tecniche strumentali (esami bioumorali e chimico-tossicologici, screening delle patologie infettive HIV, HBV, HCV). La valutazione diagnostica della gravità clinica della dipendenza (grado di astinenza, e craving) è stata effettuata mediante strumenti validati: scala di Wang per l'astinenza dagli oppiacei; la scala CIWA-AR (Clinical Institute for Withdrawal Assessment for Alcohol Scale) per quantificare la severità della sindrome da astinenza da alcol; la Cocaine Selective Severity Assessment (CSSA) per la valutare la sindrome astinenziale da cocaina; la Cannabis Withdrawal Assessment Scale (CWAS) per valutare i disturbi correlati all'uso di derivati della cannabis, e la Amphetamine Cessation Symptom Assessment (ACSA) per i disturbi correlati all'uso di amfetamine. Impiego anche delle Scale Analogiche Visive di autovalutazione V.A.S. (Visual Analogue Scales) per la valutazione del craving per le sostanze d'abuso e alcol. Per quanto concerne l'analisi dei dati, si è proceduto con una statistica descrittiva, un'analisi uni-variata dei dati ed a un'analisi bi-variata utilizzando il software Excel per il trattamento dei dati.

Caratteristiche socio-demografiche

La ricerca ha visto coinvolto un campione di 139 soggetti detenuti, afferenti alla Casa Circondariale "La Dogaiia" di Prato (presenza media giornaliera, nel periodo d'osservazione, di 715 ospiti), tra il 01-07-2012 ed il 31-08-2012, tutti di sesso maschile con un'età media di $35,2 \pm 7,4$ anni (range 18-63 anni), il 40,2% era di nazionalità italiana ed il 59,8% aveva nazionalità straniera. Gli stranieri maggiormente rappresentati all'interno del nel nostro campione erano nordafricani (25%) ed estereuropei (21,4%). Le classi di età prevalenti nel campione erano: 25-34 anni (36,69%) e 35-44 anni (26,62%). La popolazione detenuta transitata in ingresso principalmente proveniva da altri istituti (55%), il 32% dalla libertà 9% da arresti domiciliari, il 3% da Misure di affidamento sociale alternative alla detenzione, 1 % da Centri clinici. In merito alla condizione lavorativa precedente la carcerazione, il 65,4% della popolazione del campione risultava disoccupata o sotto-occupata, mentre circa un terzo (31%) svolgeva un'attività specializzata ed il 3,6% da dirigente. Per

quanto riguarda lo stato civile è stato riscontrato il 40,1% di celibi, il 31,8% di coniugati, il 10,5% di conviventi ed il 17,6% di divorziati. Nella rilevazione della scolarità risultava un percentuale di analfabeti del 6,5%. Il 24,5% dei soggetti valutati aveva conseguito la licenza elementare, il 51% la media inferiore, il 15,1% la media superiore e l'2,9% era in possesso di una laurea.

Risultati e discussioni

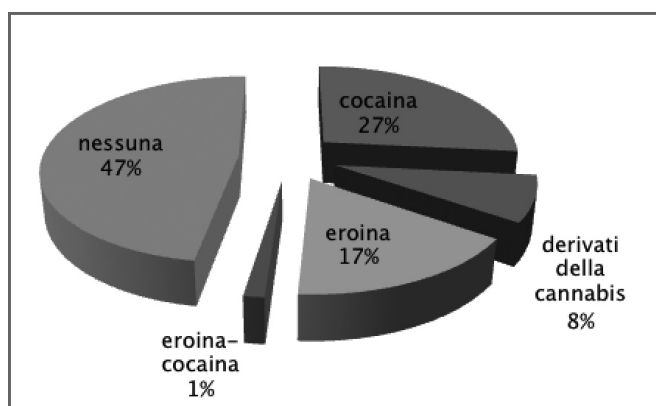
Con riguardo all'uso di sostanze lecite, l'uso di tabacco risultava frequente sia fuori che in carcere rispettivamente 83% e 81%, gli ex-fumatori tra la popolazione detenuta erano in numero esiguo, anche in ragione della giovane età del campione e rappresentavano il 3%; il consumo medio giornaliero di sigarette tra i detenuti era pari a 22. Tale dato trova conferma nella letteratura, infatti una ricerca condotta dalla University of New South Wales, Australia (Belcher et al., 2006), rilevava la presenza di fumatori abituali in carcere pari al 79%, la maggior parte dei quali fumava tra le 11 e le 20 sigarette al giorno. Riguardo all'assunzione di alcolici i consumi erano riferiti al periodo antecedente la condizione detentiva e/o eventuale consumo alcolico in altri Istituti (previsto l'uso di limitate quantità di vino pari a 1/4 di litro, proibito l'uso di superalcolici): si ritenevano consumatori di alcolici il 68,4% del campione, il 2,1% riferivano pregresso consumo, il 29,5% si dichiarava non bevitore. Il 25% dei soggetti dichiaratesi consumatori di alcol riferivano pattern assuntivo occasionale, il 28% consumo saltuario, il 19% consumo plurisettimanale, ed il 18% riportava consumo solo nel fine settimana (l'11% di questi con modalità binge drinking). La condotta potatoria continuativa quotidiana era riferita dal 10% dei soggetti arruolati. L'età media di inizio assunzione alcolici risultava 19 anni $\pm 4,27$ DS (età minima 15 anni e massima 43 anni). Nel campione esaminato, 29 soggetti avevano presentato segni e/o sintomi ascrivibili a sindrome di astinenza da alcol (SAA), valutati con C.I.W.A.-Ar di cui 9 con SAA severità medio-grave, 8 con SAA di severità lieve-moderata e 12 soggetti con lieve sintomatologia da SAA (punteggio alla scala C.I.W.A.-Ar < 10). I soggetti con elevato score al questionario AUDIT presentavano contestualmente massimo score al questionario CAGE. I soggetti con elevato score ai questionari MALT 1 e 2 avevano presentato SAA di grado di severità medio-grave. Tutti i soggetti con SAA severa avevano effettuato farmacoterapie sia pregresse con avversivanti che altre terapie; i soggetti con SAA erano stati trattati Il GHB (acido gamma idrossibutirrico) in ambito penitenziario. Per quanto riguarda il consumo di sostanze stupefacenti, il 53% del campione riferiva di averne fatto uso; il 26,6% di essi riportava contatti con Servizi territoriali per le Alcol-Tossicodipendenze in libertà. La "sostanza primaria di abuso" prevalentemente assunta dai soggetti in studio risultava essere la cocaina 27%, con modalità prevalente inalatoria; mentre il 17% dei soggetti del campione riferiva uso di eroina principalmente consumata in modalità ev, il 7,91% riferiva uso derivati della cannabis per fumo (Figura 1) similmente allo studio di Rezza et al., 2005. L'età media di inizio assunzione stupefacenti risulta 22 anni $\pm 7,9$ DS. La

maggior parte dei soggetti eroinodipendenti riferivano uso quotidiano di tale sostanza (12,95%). Abbastanza comune risultava anche l'assunzione giornaliera di sostanze quali i cannabinoidi (7,19% di casi) e della cocaina (4,32%). I risultati, fanno riferimento all'uso passato o recente di sostanze stupefacenti (ovvero prima dell'ingresso in carcere). Non abbiamo potuto rilevare la prevalenza di assunzione in carcere, dal momento che questa non è, per definizione, ammessa. Il fenomeno della poliassunzione di sostanze stupefacenti/politossicomania era rilevabile sia nella popolazione carceraria di nazionalità straniera che italiana, e l'alcol era presente nel 55% delle poliassociazioni. Di coloro che avevano ammesso uso di droghe, il 29% indicava una sola sostanza, il 33% due sostanze, il 20% tre sostanze, e il 18% da quattro a sei tipi di sostanza, la sostanza secondaria prevalentemente usata risultava essere la cocaina (21%) seguita dai derivati della cannabis (12%) (figura 2). Le infezioni da HCV nel campione rappresentavano il 12,23%, da HBV il 5,72% e da HIV 3,60% (variamente combinate nei soggetti); Il 4,32% dei soggetti con infezione da HBV, e tutti i soggetti affetti da infezione HCV (12,23%) risultavano essere assuntori recenti/pregressi di sostanze stupefacenti. Le problematiche psichiche maggiormente presenti nei soggetti con uso/dipendenza da sostanze stupefacenti ed alcol della casistica, erano rappresentate da disturbi dell'ansia e dell'umore, disturbi dell'adattamento, disturbi della personalità (borderline, antisociale) e disturbi del controllo degli impulsi. Il 41,01% della popolazione detenuta transitata all'interno di carcere nel bimestre luglio-agosto 2012, si era sottoposto volontariamente al test di screening tossicologico urinario. Il 15,11% del campione aveva effettuato trattamento sostitutivo con farmaco agonisti degli oppioidi Metadone.

Conclusioni

Il presente studio pur presentando oggettivi limiti, relativi all'esiguo numero del campione, realizza "una fotografia istantanea" della popolazione detenuta in transito, da cui emerge relativamente all'uso di sostanze stupefacenti che, le sostanze illecite maggiormente utilizzate, prima dell'ingresso in carcere, risultavano

Figura 1 – Distribuzione dei soggetti con uso/ dipendenza da sostanze stupefacenti in base alla sostanza primaria utilizzata

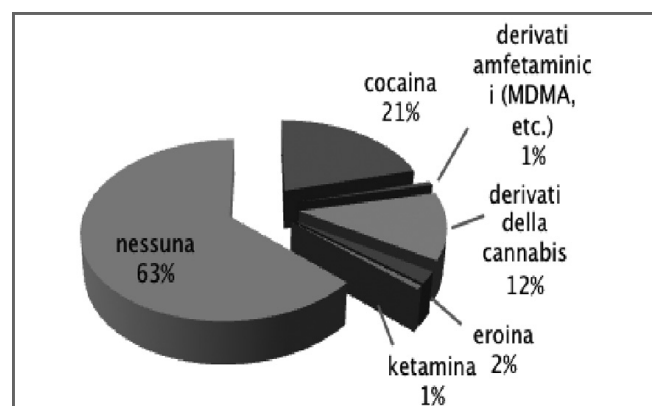


essere cocaina ed eroina, insieme ai derivati della cannabis. Questi primi risultati si pongono in linea con i principali studi nazionali ed internazionali effettuati a riguardo (Rezza et al., 2005; Boys et al., 2002). L'uso di "designer drugs" come l'ecstasy e altre sostanze psicostimolanti, è probabilmente in aumento, ma la prevalenza di assunzione risultava nella casistica esaminata ancora relativamente bassa, infatti le sostanze sintetiche rappresentavano nel nostro studio, droghe secondarie, ovvero assunte da persone che già facevano uso o di sostanze più "pesanti". Infine, considerando che nelle carceri transitano numerosi tossicodipendenti che non si sono mai rivolti ai servizi o che al momento del loro ingresso in carcere non sono in trattamento per il loro problema di dipendenza, potrebbe essere utile durante il periodo di reclusione, verificare se la sospensione forzata dalla quotidianità apre la possibilità di una domanda di aiuto e avviare lì dove possibile progetti terapeutici individualizzati.

Bibliografia

"Alcol e carcere. Esperienze di alcologia penitenziaria in Toscana", a cura di. Massimo Cecchi, *It. Comm, Azienda Sanitaria di Firenze, Firenze, 2000.*
 Belcher JM, Butler T, Richmond RL, Wodak AD, Wilhelm K. Smoking and its correlates in an Australian prisoner population. *Drug Alcohol Rev. 2006;25(4):343-348.*
 Boys A, Farrell M, Bebbington P, et al. Drug use initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales. *Addiction 2002;97:1551-60.*
 Osservatorio europeo delle droghe e delle 2012: evoluzione del fenomeno della droga in Europa.
 Relazione annuale al Parlamento 2012 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia Dipartimento Politiche Antidroga Agosto 2012: *Dati relativi all'anno 2011 e primo semestre 2012-elaborazioni 2012.*
 Rezza, G., Scalia Tomba, G., Martucci, P., Massella, M., Noto, R., De Risio, A., et al. (2005), Prevalenza di uso di vecchie e nuove droghe nei nuovi ingressi in strutture penitenziarie italiane. *Annali Istituto Superiore di Sanità, 41(2), 239-245.*

Figura 2 – Distribuzione dei soggetti in base all'uso di sostanze stupefacenti secondarie



CURARE IN UN CARCERE: TRA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE L'esperienza di uno psichiatra

Elena Morrone¹, Antonio d'Amore²

¹Psichiatra, U.O.S.D. Dipendenze Patologiche in Carcere Casa Circondariale di Santa Maria Capua Vetere - ASL CE

²Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche - ASL CE

"...il male oscuro della psichiatria sta nell'aver separato un oggetto fittizio, la «malattia», dalla «esistenza complessiva dei pazienti» e dal «corpo della società»"
Franco Basaglia

Introduzione

Questo breve scritto costituisce il resoconto di un anno di attività come psichiatra nell'istituzione carceraria nonché come medico afferente alla U.O.S.D. Dipendenze Patologiche in Carcere, presso la Casa Circondariale di S.Maria C.V., esperienza che si è andata costituendo a meno di 3 anni dall'emanazione del DPCM 01/04/2009, che ha trasferito le competenze sanitarie dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale. Intendiamo dunque offrire un contributo di valutazione e di analisi della condizione carceraria, sebbene vista da uno specifico osservatorio, dal punto di vista rappresentato dal "caso particolare" delle problematiche di salute mentale e dipendenze patologiche in una singola istituzione carceraria. La presenza dello psichiatra in un istituto penitenziario è motivata dalla necessità di rispondere ai bisogni di salute mentale dei detenuti, connessi o non ad un concomitante abuso di sostanze stupefacenti o psicoattive, nel pieno rispetto dei diritti individuali. Peccato, però, che il *primum movens* di tutto questo rischi di essere esclusivamente quello di valutare la compatibilità con il regime carcerario ordinario, ossia la "patente di merito" per godere di misure alternative di pena, mentre sembra quasi che poco importi capire che dietro i sintomi di disagio psichico c'è una persona con la propria storia di vita, con le proprie aspettative, con i propri fallimenti e con i propri drammi.

Non vi è alcun dubbio che l'esperienza carceraria rappresenti un evento traumatico i cui effetti influiscano negativamente sulla salute delle persone ristrette: all'ingresso in carcere scompaiono le differenze individuali, le persone diventano *detenuti*, quindi *tutti uguali*. Il carcere ha una sua logica che non chiede di essere messa in discussione, va solo accettata, assimilata e dunque l'invito implicito è che per poter "sopravvivere" sia indispensabile "adattarsi":

«..l'obbligo a chiedere, naturalmente, vuol ribadire una

dipendenza, un dominio, un potere. Ma c'è dell'altro. C'è questa disseminazione quotidiana di spinte regressive. L'atto macchinale del "fare la domandina" incorpora il moto regressivo e, domandina dopo domandina, si ridiventa bambini».

In ambito criminologico per indicare questo complesso fenomeno è stata coniata la definizione di "*Sindrome da prisonizzazione*" intesa come conseguenza dell'esperienza carceraria sull'individuo, che è costretto ad adattarsi al mondo informale penitenziario tramite l'*assuefazione* allo stile di vita, ai modi, ai costumi e alla cultura generale propri dell'istituzione carcere.

Analisi Epidemiologica

Il periodo di riferimento da cui derivano i dati raccolti e di seguito riportati è compreso nell'anno intercorso tra il 01 Febbraio 2012 ed il 31 Gennaio 2013, nell'arco del quale abbiamo preso in carico 330 detenuti, circa un terzo della popolazione carceraria e dei quali **ben il 25% caratterizzati da un progresso o attuale** (intendiamo fino al momento della detenzione) uso/abuso/dipendenza di sostanze stupefacenti e/o psicoattive.

Materiali e metodi

Ai fini di una corretta ed obiettiva valutazione psicopatologica, ci siamo avvalsi di ausili psicodiagnostici quali: HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression), HAM-A (Hamilton Rating Scale for Anxiety), FBF (Frankfurter Beschwerde-Fragebogen), MMPI2 PANDA (Minnesota Multiphasic Inventory).

Risultati

Dalle casistiche esaminate emergono i dati di seguito riportati:

Disturbi psicotici	9,8%
Disturbi d'ansia	26%
Disturbi affettivi	38,2%
Disturbi di personalità	16,1%
Disturbi del controllo degli impulsi	8,9%
Disturbi del comportamento alimentare	1%

Dall'analisi sistematica dei dati raccolti nella nostra casistica, come menzionavamo sopra, un dato che si impone all'attenzione è che la fetta di detenuti con storia di tossicodipendenza è tutt'altro che esigua. Per chi si trovi ad operare in una U.O.S.D. Carcere essendo passati attraverso una U.O. Ser.T. territoriale, la distanza riscontrata nell'approccio, nell'intento di portare avanti un percorso assistenziale che giovi clinicamente al paziente/detenuto, nella costruzione di un progetto terapeutico è abissale. Lo stigma, il marchio impresso a fuoco sul groppone di un detenuto cosiddetto *tossico* è difficile da metabolizzare nel pianeta carcere. La maggior parte dei detenuti che abbiano un qualche legame con le sostanze, o, peggio ancora, che assumano terapie sostitutive disassuefanti, vengono spesso confinati nella stessa sezione, nelle stesse celle e talvolta hanno

minore opportunità rispetto alla restante popolazione ristretta di essere impiegati in carcere come lavoranti. D'altro canto, però, alcuni di essi, per fortuna solo alcuni, sfuggono attivamente all'opportunità di intraprendere un percorso di cura più strutturato, magari intered intra-disciplinare, perché spesso protesi ad interessarsi quasi esclusivamente agli aspetti giuridici di una presa in carico da parte della U.O.S.D. penitenziaria, alle misure alternative di pena (C.T., ICATT, affidamento ai Servizi, detenzione domiciliare) e meno intenzionati a lavorare su se stessi, sulle proprie fragilità, sul craving, perdendosi in tal modo l'opportunità di avere uno spazio di riflessione ed elaborazione dei propri vissuti.

Altro dato significativo riguarda i disturbi d'ansia e i disturbi depressivi riscontrati, che rappresentano oltre il 50% del totale e sono rappresentati da quadri sintomatologici di chiara marca reattiva, talvolta preesistenti, ma più frequentemente secondari alle vicende personali che hanno determinato la carcerazione.

La posizione dello psichiatra in carcere appare davvero paradossale; deve *curare*, ma viene da chiedersi: la cura è veramente possibile in un'istituzione che è preposta a "sorvegliare e punire"?

Conclusioni

Molte sono le suggestioni derivanti dall'esperienza di quest'anno di impegno nel carcere, molti gli spunti per possibili ambiti di ricerca sul rapporto carcere - salute. Lo psichiatra in carcere si presta ad assumere un ruolo ambivalente ed ambiguo, quello di una sorta di *deus ex machina* che se vuole può *cambiare* la vita delle esistenze escluse che a lui si rivolgono. In quest'anno di lavoro presso un istituto penitenziario, abbiamo evitato in maniera attiva e contro una mentalità comune di mandare in isolamento - la cosiddetta *cella liscia* o priva di suppellettili - il paziente/detenuto che presentasse un disagio mentale severo. Lì in isolamento, dove diventa l'ultimo tra gli ultimi, nell'istituzione carcere che, così come è stata concepita, forse non servirebbe a creare uomini nuovi, ma a tenerli rinchiusi ed esclusi per un po' di tempo, in attesa di uscire per poi - in taluni casi - tornare a delinquere. Appare indispensabile, e lo stiamo tentando, mettere in campo, in stretta sinergia con l'amministrazione penitenziaria, un lavoro teso all'individuazione delle criticità emergenti ed all'elaborazione di strumenti operativi tesi alla costruzione di un progetto terapeutico *tailored*, garantendo uno stretto contatto con le strutture territoriali di afferenza - UOSM e SER.T, onde pensare a modulare interventi tesi ad un affidamento presso codesti Servizi ad avvenuta scarcerazione.

Bibliografia

1. Franco Rotelli, Deistituzionalizzazione, un'altra via. *La riforma psichiatrica italiana nel contesto dell'Europa Occidentale e dei "paesi avanzati"*, Centro Studi e Ricerche sulla Salute Mentale del Friuli Venezia Giulia, 1986
2. Renato Curcio, Nicola Valentino, Stefano Petrelli, Nel bosco di bistorco, *Sensibili alle foglie*, Roma 1999
3. Erving Goffman, Asylum, *Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Edizioni di Comunità, Torino 2001
4. Clemmer D., The Prison Community, Christopher Publishing Company, Boston (tr. It. In Carcere e società liberale, Giappichelli, Torino, 1997)
5. Salute Mentale e Controllo Sociale, *Associazione Saman in collaborazione con il Dipartimento dei Sistemi Giuridici ed Economici dell'Università degli Studi di Milano - Bicocca*, 2008
6. Silvia Calliari, L'aria divenne stretta. Corpo e malattia in carcere. *Tesi di Laurea, Università di Bologna*, 2006/07
7. Michael Foucault, Sorvegliare e punire. *Nascita della prigione*. Einaudi. Torino, 1976.

10

PROGRAMMARE UNA DIVERSA QUALITÀ DI VITA PER UN DETENUTO IN USCITA DAL CARCERE, MULTIPROBLEMatico, CON DISTURBI PSICOTICI E POLI-CONSUMO DI SOSTANZE

Valutazione degli esiti

Antonino Riolo

ASS 1 "Triestina", Centro di Salute Mentale Domio

In carcere per un cumulo di reati in parte commessi nel corso di episodi psicotici di tipo dissociativo e in parte correlati all'uso di sostanze, A., un uomo di 50 anni separato, con alle spalle un discreto funzionamento socio-lavorativo ma con gravissimi e destrutturanti traumi ripetuti subiti in età adolescenziale, era passato, prima di entrare in Carcere, attraverso numerose e fallimentari esperienze in diverse Comunità di Recupero per poi divenire homeless, senza fonti di reddito e senza alcun supporto familiare o amicale, accolto in vari ambiti socio-assistenziali con serie difficoltà di gestione tanto da meritarsi l'appellativo di "nomade delle istituzioni".

Eroina, metadone e buprenorfina frutto di diversione e/o misuso, alcool con tutto un corteo di problemi correlati, ricerca e assunzione tossicomane di psicofarmaci, scadimento totale nell'igiene personale e nella cura di sé, crisi psicotiche segnate da comportamenti socialmente imbarazzanti che aumentavano i livelli di stigma nei suoi confronti componevano un quadro di estrema gravità clinica con risvolti psicosociali che non ispiravano un particolare ottimismo terapeutico.

Durante la carcerazione, la costanza nella somministrazione della terapia neurolettica long-acting e la regolarità nell'assunzione della terapia sostitutiva con metadone, hanno permesso al Centro di Salute Mentale e al Servizio delle Dipendenze di rifondare da zero una progettualità che non fosse più di tipo standardizzata rispetto ai contenitori istituzionali ove inserirlo e/o ai costi da sostenere ma che fosse il più possibile personalizzata, partendo "dal basso", cioè dalle risorse che la comunità locale, intesa come spazio aperto cittadino, potesse offrire ad A. e che CSM e SERT insieme tentavano di valorizzare nell'ottica principale della qualità della vita.

La carcerazione, dunque, andava profilandosi come tempo in cui tornare ad esercitare, nella mente di A., non più impegnato nella ricerca di sostanze, la speranza, facendogli riscoprire che accanto al dovere di espia- re la colpa c'era anche e soprattutto la possibilità del diritto, ad esempio, di abitare non tanto in un vagone ferroviario abbandonato (sua dimora per anni) o in

Istituti (sempre da lui detestati) ma in una casa, all'interno di un percorso nel quale sperimentare ad esempio più la fiducia degli operatori in lui come persona, che non il rigido controllo sull'aderenza al trattamento.

Non restringere né delimitare ma aprire scenari nuovi, assumendosi i doppi rischi della doppia diagnosi, diventava lo slogan di questa diversa progettualità per uno come A. che aveva perfino smesso di pensare in termini di diritti e che si sentiva solamente "sbagliato", un "errore umano", uno "nato male e per caso" come era solito con amarezza descriversi quando non era in stati di intossicazione.

Ecco, pertanto, che A., dopo aver accettato nel vedersi riconoscere come invalido civile e lasciarsi gestire da un case manager del Centro di Salute Mentale la piccola entrata della relativa pensione, uscendo dal carcere, in un quadro comunque di limitazioni della libertà personale, prendeva, con il contributo dei Servizi e perfino della ex moglie, una stanza in affitto all'interno di un appartamento abitato da una anziana signora seguita dal Centro di Salute Mentale, sottoposta a curatela, in un ambiente certamente con una bassissima soglia di stimolazione nel quale tuttavia A. poteva organizzare la sua semplice quotidianità e rendersi persino utile all'anziana padrona di casa.

Il nostro assistito viveva anche, seppur per un breve periodo, una dimensione affettiva con una donna senza andare incontro a quegli scompensi psicotici con cui ci aveva abituato in passato e che esitavano in ricoveri in ambito psichiatrico.

Il lento ma progressivo recupero di fiducia consentiva l'apertura di una borsa-lavoro che non si tramutava tuttavia in assunzione lavorativa vera e propria a causa delle difficoltà di ordine cognitivo e dei maggiori livelli esperiti di stress soggettivo nello svolgimento delle pur semplici mansioni richieste con un maggior ricorso all'alcool che tendeva peraltro ormai a soppiantare le altre sostanze, in costanza di assunzione di terapia agonista sostitutiva e di terapia depot, entrambe assunte nella sede del Centro di Salute Mentale.

La necessità, palesatasi successivamente, di dover modificare la cornice dell'abitare per fatti che nulla avevano a che fare con A., oltre a verificare l'adattabilità di A. a nuove forme di coabitazione, anche stavolta con altro utente del Centro di Salute Mentale, faceva registrare la crescita di vari indicatori di qualità di vita, incluso il benessere soggettivo e una certa propensione all'auto-ironia in forte controtendenza alle modalità intra-punitive del passato, accanto ad un significativo decremento fino di fatto all'azzeramento nei comportamenti di addiction, eccezion fatta per un limitato ricorso al bere, del tutto svincolato comunque dalle problematicità cliniche e psicosociali note, come evidenziato dalla assoluta mancanza di interventi del 118 nei 5 anni successivi all'uscita dal carcere.

Attraverso una modalità di approccio ispirata al *trattamento assertivo di comunità*, A. non è incorso, pertanto, in alcun comportamento antisociale né ha avuto necessità di ricovero in ambiente psichiatrico né è tornato ad assumere eroina mantenendosi aderente alle prescrizioni farmacologiche del SERT e del Centro di Salute Mentale.

È possibile, dunque, pur in presenza di problemi psi-

chiatrico-forensi e con alto rischio di esclusione sociale, migliorare l'outcome di pazienti con doppia diagnosi applicando la strategia del trattamento assertivo di comunità.

Oggi A. coabita con una persona con doppia diagnosi e A. è di aiuto nella rimonta di questo altro assistito; ma questa è tutta un'altra storia.

Riferimenti bibliografici:

Fakoury WK, Priebe S, PLA0 Study Group (2006). *An unholy alliance: substance abuse and social exclusion among assertive outreach patients. Acta Psychiatr Scand* 114, 124-31

Fioritti A, Ferriani E, Rucci P, Melega V. (2000). *Valutazione degli esiti ad un anno di un Programma di Assertive Community treatment. Rivista Sperimentale di Freniatria CXXIV*, 4, 231-43

Verde L, Moccia E, Riccio M, Ruggiero V, Siconolfi M, Starace F. (2010). *Oltre la doppia diagnosi: la gestione del paziente multiproblematico nel Servizio per le Tossicodipendenze. Case management e lavoro di rete in un caso clinico. Mission* 31, IX, 18-24

Lambert M, Conus P, Lubman DI, Wade D, Yuen H, Moritz S et al. (2005) *The impact of substance use disorders on clinical outcome in 643 patients with first-episode psychosis. Acta Psychiatr Scand* 112, 141-48

SER.T. PENITENZIARI ALESSANDRIA: IL NOSTRO MODELLO DI LAVORO

Laura Venditti

Psicologa Psicoterapeuta, Tutela Salute in Carcere, Ser.T Penitenziari, ASLAL, Alessandria

Nella città di Alessandria ci sono due carceri: la Casa di Reclusione San Michele, ubicata fuori città, vicino al casello autostradale di Alessandria Ovest, e la Casa Circondariale Cantiello e Gaeta, ubicata nel centro della città, di fronte all'ospedale civile. I due istituti di pena hanno caratteristiche diverse, essendo il primo un penale e il secondo un circondariale; di conseguenza, si diversifica anche l'intervento clinico. Attualmente, nei due istituti, sono detenute circa 800 persone, di cui circa 300 sono pazienti con problemi di dipendenza patologica.

La nostra equipe, che si occupa di questa tipologia di pazienti, è composta da: un medico specialista in psicoterapia (28 ore settimanali), due psicologhe psicoterapeute, una a indirizzo psicodinamico e una a indirizzo cognitivista (27 ore settimanali a specialista), una assistente sociale (18 ore settimanali) e due educatori professionali (uno a 18 ore settimanali e uno a 29 ore). L'equipe è nata nel 1998, come gruppo di lavoro all'interno del Ser.T di Alessandria. Da allora sono cambiate molte cose, prima tra tutte la Riforma della sanità penitenziaria, alla quale sentiamo di aver profondamente partecipato portando costantemente in carcere i nostri ideali di cura, di tutela dei diritti umani, di lettura della dipendenza patologica come una malattia e non come un vizio, del rispetto delle persone anche se detenute, dell'instancabile e spesso estenuante confronto con il modello della sicurezza, così tanto differente dal modello della cura al quale ci ispiriamo.

Nel 2008 la nostra equipe è stata inserita all'interno della SOC Tutela Salute in Carcere, uscendo formalmente dal Dipartimento delle dipendenze patologiche, e diventando l'unico Ser.T penitenziario in Italia ad avere una collocazione di questo tipo. Questa scelta ha avuto il vantaggio di favorire lo sviluppo di un modello di cura integrato all'interno del carcere, dato che gli unici operatori dell'ASL che fino a quel momento si erano occupati della cura nei due istituti di pena eravamo noi. Il prezzo da pagare è stato l'isolamento rispetto al Dipartimento delle dipendenze patologiche.

Questa indipendenza/solitudine ci ha però permesso di costruire un modello di lavoro, ormai rodato e consolidato, che ci ha consentito nel tempo di far fronte a un'ingente mole di lavoro, nonostante le poche ore a disposizione degli operatori. L'approccio è multidisciplinare, proprio perché tratta una patologia che ha carattere multifattoriale e multidimensionale (fattori biologici, psicologici, sociali) e che richiede necessariamente una valutazione da parte di operatori di diver-

sa professionalità.

Questo modello di lavoro è così articolato:

- le domandine dei pazienti vengono raccolte settimanalmente nei due istituti e vengono smistate e discusse nella riunione settimanale del giovedì mattina, che si tiene nel nostro ufficio presso la sede dell'ASL;
- il primo colloquio è gestito dal medico, che vede tutti i pazienti almeno una volta, e quando possibile gli si affianca un altro operatore (educatore o assistente sociale); il medico fa un'iniziale analisi della domanda, raccoglie i dati anamnestici relativi all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, controlla e compila la cartella clinica, effettua l'esame delle urine, valuta lo stato di astinenza, se presente, da sostanze stupefacenti o psicotrope, stabilisce la terapia o, nel caso essa sia già stata disposta, ne prescrive il proseguo in accordo con il Ser.T di appartenenza territoriale; tutti questi elementi vengono riportati nell'equipe del giovedì. Il paziente è quindi assegnato ad un educatore; nel caso in cui siano presenti relazioni familiari problematiche con la presenza di minori si assegna il caso all'assistente sociale;
- gli operatori che hanno preso in carico il paziente effettuano dei colloqui di valutazione finalizzati all'inquadramento della situazione; a seguito delle informazioni raccolte avviano i contatti necessari, elencati più avanti;
- lo psicologo è utilizzato come specialista e il suo intervento è concertato all'interno dell'equipe in base alle diverse esigenze cliniche (valutazione di tossicodipendenza, valutazione psicodiagnostica, somministrazione di test, sostegno psicologico, psicoterapia);
- la riunione settimanale si configura come l'anima della nostra equipe, luogo di confronto sui casi clinici, di brainstorming sulle situazioni critiche, di coordinamento sui diversi interventi, di condivisione di parti organizzative;
- all'interno della riunione clinica viene strutturato un progetto terapeutico di presa in carico del paziente detenuto, che si articola negli interventi delle diverse professionalità; questo progetto viene costantemente monitorato e aggiornato;
- ogni mese e mezzo è inoltre prevista una riunione con l'area educativa dei due istituti penitenziari, finalizzata al confronto su situazioni organizzative all'interno del carcere (es. uso delle stanze colloqui, procedure burocratiche tra ASL e carcere...) e soprattutto sulla gestione dei pazienti.

L'avvio e il mantenimento dei numerosi contatti che la nostra equipe deve mantenere con i diversi attori coinvolti nella gestione di un caso clinico, rappresentano una parte fondamentale e preponderante del nostro lavoro, il cosiddetto back office. I nostri interlocutori sono:

- gli operatori dell'ASL che lavorano all'interno dell'infirmeria del carcere (medici di guardia, medici specialisti, infermieri);
- gli operatori del carcere (ufficio educatori);
- i volontari che operano in carcere;
- gli operatori del UEPE;
- gli operatori del Ser.T di riferimento territoriale del paziente, con i quali costruiamo il progetto terapeutico

e alle cui richieste facciamo fronte (es. valutazione di tossicodipendenza multidisciplinare con conseguente certificazione, psicodiagnosi, somministrazione test (es. WAIS-R, Rorschach). In questo modo funzioniamo da collegamento tra il Ser.T di riferimento territoriale e il paziente detenuto, vicariando le funzioni del Servizio territoriale che ci delega ad una presa in carico temporanea;

- gli operatori delle sezioni di Primo Livello: in Piemonte sono presenti tre circuiti per tossicodipendenti interni al carcere: "Arcobaleno", presso la Casa Circondariale Vallette di Torino, "Ricominciare", presso la Casa Circondariale di Biella, "A riveder le stelle", presso la Casa Circondariale di Ivrea;
- gli operatori delle Comunità terapeutiche nelle quali è in previsione o si realizza l'inserimento di un paziente che può usufruire di una misura alternativa;
- gli avvocati del paziente;
- la magistratura di sorveglianza;
- i parenti dei pazienti;
- ultimi, ma non ultimi, gli agenti di polizia penitenziaria, nostri interlocutori quotidiani, che possono facilitare e sostenere il nostro intervento, ma possono anche ostacolarlo o renderlo impossibile. Nell'arco di questi 14 anni siamo riusciti a instaurare una buona collaborazione con gli operatori di polizia penitenziaria, responsabili della sicurezza, che spesso sono diventati degli inviati, chiedendoci di vedere i detenuti più problematici; questo ha rappresentato per noi il riconoscimento di una delle funzioni che svolgiamo all'interno del carcere, quella di contenimento e gestione delle emozioni critiche dei pazienti, che spesso, se non accolte, possono sfociare in comportamenti etero o auto aggressivi; parallelamente, questo ha rappresentato anche l'essere riconosciuti come i responsabili della cura e del trattamento;
- la nostra equipe svolge anche una funzione di filtro rispetto al carcere, occupandosi di raccogliere la documentazione necessaria per l'autorizzazione all'ingresso degli operatori di altri Ser.T o delle Comunità terapeutiche.

I livelli di intervento sono tre:

PRIMO LIVELLO: agisce direttamente sull'individuo, considerando il periodo di detenzione come un momento di aggancio e di stimolazione alla domanda di aiuto, che intrinsecamente porta con sé modifiche importanti del proprio modo di percepirsi.

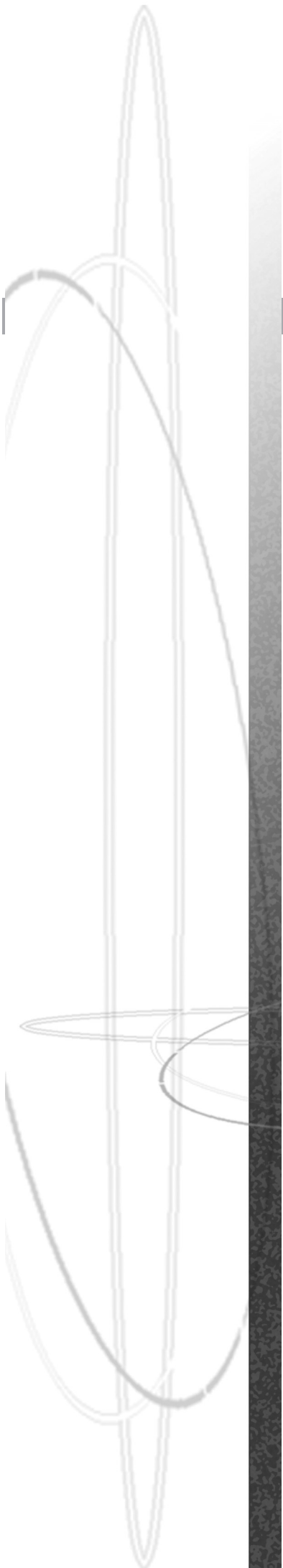
SECONDO LIVELLO: agisce sul collettivo, facendo riconoscere la complessità dell'approccio alla tossicodipendenza e la necessità di un intervento multidisciplinare per poter realizzare una progettualità terapeutica.

TERZO LIVELLO: agisce sulla rete, facendo superare il pregiudizio e la squalifica secondo i quali il lavoro in carcere si configura come un intervento di "serie B"; è invece la meticolosa tessitura di una rete di relazioni con i diversi e numerosi interlocutori, che a vario titolo gravitano intorno al carcere, a rappresentare il punto di forza ineludibile della nostra attività.

Alla base del nostro modello c'è la convinzione che il tempo di detenzione possa diventare un possibile momento di cambiamento, un tassello nel percorso terapeutico del paziente, al pari di altri atti terapeutici. Il tempo di detenzione può essere utilizzato come

opportunità per riappropriarsi della propria storia personale ed il carcere può diventare luogo di elaborazione di un'autentica domanda di cura che prelude ad un trattamento ed una riabilitazione da effettuarsi in seguito in comunità, sul territorio o all'interno del carcere stesso.

L'obiettivo è anche quello di ridefinire il rapporto curante - curato, perché si riconosce che il trattamento delle dipendenze patologiche non è erogato da una sola agenzia, ma condiviso con altri soggetti che hanno filosofie e orientamenti culturali differenti, seppur con complesse relazioni di interdipendenza reciproca.



FeDerSerD