

3.2

LO PSICOLOGO SERD AL GREYBAR HOTEL. È POSSIBILE LA CURA DEL DISAGIO PSICOLOGICO ED EMOTIVO NEL CONTESTO DELLA PENA?

Lacatena A.P.*^[1], Causo P.^[2], German S.^[2],
Verardi V.^[2]

^[1] *Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA ~ Taranto ~ Italy,* ^[2] *Struttura Semplice SerD intramurario DDP ASL TA ~ Taranto ~ Italy*

Cosa significa lavorare sul benessere mentale delle persone detenute? Cosa significa farlo da operatori di un Servizio per le Dipendenze (SerD)? Questo contributo se lo chiede e lo chiede a chi legge, partendo da una prospettiva più ampia, ma restringendo il focus alla relazione tra psicoterapeuta e ristretto/a, con qualche suggerimento finale.

Introduzione

Il 31 dicembre 2024, nelle carceri italiane, risultano presenti 19.755 detenuti tossicodipendenti, il 96% dei quali di genere maschile e il 35% di nazionalità straniera.

I ristretti con DUS (Disturbo da Uso di Sostanze) rappresentano il 32% della popolazione carceraria complessiva (61.861 persone), facendo registrare un leggero aumento rispetto al 2023, quando la quota era del 29%.

Nel corso del 2024, si sono contati complessivamente 16.890 ingressi (8.700 nel primo semestre e 8.190 nel secondo), corrispondenti al 39% dei 43.489 ingressi totali.

Nel 2024, i Servizi pubblici per le Dipendenze (SerD) hanno assistito complessivamente 134.443 persone per utilizzo di sostanze illegali e/o psicofarmaci non prescritti. Per circa l'88% si tratta di utenti già in trattamento negli anni precedenti e per l'85% di genere maschile.

Nel complesso, i detenuti presenti in carcere il 31 dicembre 2024 per reati legati all'art.73 (da solo o in combinazione con art.74) risultano 20.086, pari al 33% circa del totale dei detenuti presenti alla stessa data. Dall'entrata in vigore nel 2014 della Legge n.79, la quota di detenuti ai sensi dell'art.73 (da solo o in

combinazione con l'articolo 74) è rimasta stabile tra il 32% e il 33% della popolazione carceraria totale, rispetto al 37-40% degli anni precedenti.

L'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti è garantita dalle Aziende Sanitarie territoriali, attraverso 36 servizi strutturati e 146 équipe per le dipendenze presenti nei 189 istituti penitenziari presenti sul territorio nazionale 21. Nel corso del 2024, sono state 28.679 le persone detenute che hanno ricevuto almeno una prestazione assistenziale da parte dei Servizi per le Dipendenze per problematiche correlate al consumo di sostanze stupefacenti: la maggior parte, circa il 97%, è di genere maschile, il 39% è rappresentata da nuova utenza e il 35% da persone di nazionalità straniera.

I nuovi assistiti hanno un'età media di 37 anni. Sono leggermente più giovani rispetto agli utenti già noti ai servizi, che hanno in media 40 anni. Se l'età media dell'utenza maschile e quella femminile risultano del tutto simile (39 e 40 anni rispettivamente), quella tra persone di nazionalità italiana e straniera risulta sensibilmente diversa: le persone di nazionalità italiana hanno in media 41 anni, mentre quelle di nazionalità straniera sono più giovani, con un'età media di 35 anni. Tra i detenuti stranieri, infatti, il 32% ha meno di 30 anni e il 38% ha tra i 30 e i 39 anni, contro il 16% e il 29% degli utenti di nazionalità italiana.

Oltre la metà dei detenuti tossicodipendenti (55%) è stata seguita dai servizi per uso primario di cocaina/crack.

In occasione della Giornata mondiale sulle Droghe (26 giugno 2025) e nell'ambito della campagna internazionale di mobilitazione Support! Don't Punish è stato presentato alla Sala Stampa della Camera dei deputati Il XVI Libro Bianco sulle droghe, quest'anno intitolato "NON MOLLARE".

Per gli autori, a 35 anni dall'entrata in vigore del Testo Unico sulle droghe 309/90 e 16 di pubblicazione del Libro Bianco sulle droghe, i dati purtroppo confermano una tendenza al peggioramento. Gli effetti penali, in particolare dell'art. 73 del DPR 309/90, sono sempre più importanti, creando le premesse per il sovraffollamento carcerario e confermando che la Legge Jervolino-Vassalli resta il principale veicolo di ingresso nel circuito penale in Italia.

Per il Rapporto indipendente al 31/12/2024 erano presenti nelle carceri italiane 19.755 detenuti "certificati", ossia il 31,9% del totale. Non erano mai stati così tanti dal 2006 (anno dell'entrata in vigore della legge Fini-Giovanardi).

Carcere e DUS (Disturbo da Uso di Sostanze)

Non si può parlare di carcere in Italia senza fare riferi-

mento all'Art.27 della Costituzione che recita: «Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato».

Non lo si può fare nemmeno senza citare l'Ordinamento Penitenziario che all'Art. 1, spostando il focus dalla pena alla persona, precisa: «Il trattamento penitenziario deve essere conforme ad umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona».

Il sistema della detenzione ha un costo di 8 milioni di euro al giorno. In un intero anno, lo Stato italiano spende quasi 3 miliardi di euro, circa 137,84 euro al giorno per ogni detenuto.

Il 20% di questa quota è destinato alle spese personali dei detenuti, poco più di 25 euro, tutto il resto viene investito per il pagamento del personale civile e della polizia penitenziaria, oltre che per le spese di mantenimento delle carceri.

È così che si arriva ai 6,83 euro per le attività trattamentali (0,2276 centesimi al giorno), ai 22,81 euro (0,76 centesimi al giorno) a persona per il servizio sanitario, passando per i 0,57 centesimi al dì per la formazione del personale.

Su 61861 persone detenute nei penitenziari italiani a fine 2024, 2698 sono donne (4,36%). Secondo l'ultimo dato disponibile, la media di presenze femminili nei paesi del Consiglio d'Europa è pari, al 5,4%. L'85% degli istituti penitenziari è sovraffollato, con punte che arrivano fino al 200%. Nel 2024, inoltre, si è registrato il record assoluto di suicidi in carcere (91).

I dati sulla popolazione carceraria tossicodipendente in aumento costante da oltre cinque anni, ci spingono a interrogarci su quanto il carcere incida rispetto alla recidività e alla cura della dipendenza patologica. La riforma della sanità penitenziaria del 2008, oltre a determinare significative differenze organizzative su tutto il territorio nazionale, ha evidenziato numerose – alcune vistose – criticità sintetizzabili in:

- scarsa consapevolezza della specificità del lavoro sanitario con i detenuti con DUS (linguaggio, semiotica, senso) all'interno del carcere;
- imprescindibilità della supervisione tecnica esterna per i gruppi che lavorano a più stretto contatto con il detenuto con DUS;
- conflitto tra istanze securitarie e esigenze di cura;
- individuazione e diagnosi dello stato di tossicodipendenza ancora troppo legate ad aspetti biomedici e molto meno alle pur necessarie valutazioni psico-socio-educative;
- azione di osservazione e sostegno nel primo periodo della detenzione, nel corso della stessa e a conclusione della carcerazione (e della pena più in generale) risultano spesso prive di concertazione, nonostante non sia

pensabile un'idea di cura a compartimenti stagni e per la sola durata della detenzione a fronte di una malattia cronica e recidivante;

- assenza di specifiche iniziative di risposta al craving che potrebbe presentarsi anche dopo lunghi periodi di astensione dall'uso di sostanze e per il quale la soppressione della libertà rappresenta già un vero e proprio trigger;

- coabitazione tra detenuti con DUS grave e restante popolazione carceraria. Sarebbe opportuna una separazione o la custodia anche al fine di evitare misuse e diversione del farmaco;

- considerare l'invio in Comunità Terapeutica come un'alternativa al carcere, incoraggiata come unica opzione da chi opera all'interno dello stesso. Le valutazioni a tal proposito devono essere effettuate dalle équipe SerD competenti - che peraltro devono fare i conti con il budget a disposizione delle Aziende Sanitarie Locali - dai referenti delle Comunità Terapeutiche e dalla persona. Spesso l'invio viene effettuato dal Magistrato senza occasioni di confronto con i curanti o sollecitato dai referenti dell'istituto ospitante - soprattutto rispetto a detenuti di difficile gestione;

- modesta attenzione in termini socio-sanitari e culturali a DUS e questioni di genere.

L'esperienza del SerD intramurario del Dipartimento Dipendenze Patologiche di Taranto

Nello specifico, alla fine del 2024, la Casa Circondariale di Taranto "C. Magli" ospitava 931 detenuti a fronte di una capienza complessiva di 500 detenuti.

Tra le problematiche più sentite oltre al sovraffollamento, nella struttura del capoluogo jonico vanno registrati i grandi numeri dei consumatori di sostanze (oltre 250 a cui vanno aggiunti quella senza diagnosi specialistica) e dei portatori di disturbi psichiatrici.

Inoltre, la pianta organica complessiva della polizia penitenziaria, tarata su una capienza di 500 detenuti, è stata rilevata pari a 349 unità. Al 30 giugno 2024 nella CC tarantina non si contava più di 311 unità, di cui 37 al nucleo traduzioni e piantonamenti. Al di là dell'evidente insufficienza numerica, l'età media degli agenti si attestava intorno ai 46 anni. Non è secondario ricordarlo, in quanto l'esonero dai turni notturni per il personale parte dai 50 anni. Malattia, congedi parentali o permessi per la legge 104 riducono poi, ulteriormente il personale a disposizione.

Da molti anni ormai, il SerD intramurario di Taranto si confronta con un'utenza ampia e complessa, offrendo in media il proprio apporto in chiave multidisciplinare (bio-psico-sociale) a circa 300 detenuti al mese, molti dei quali poliassuntori con una predominanza di distur-

bi da uso di stimolanti (cocaina e crack).

L'Équipe è composta da:

- Due dirigenti medici
- Due dirigenti psicologi-psicoterapeuti
- Due Specialisti ambulatoriali (5 ore sett.)
- Due assistenti sociale
- Un educatore professionale

La stessa persegue obiettivi che possono essere così sintetizzati:

- Offrire continuità terapeutica alle persone già in carico al SerD territoriale al momento della carcerazione;
- Avviare nuovi percorsi di cura per i detenuti che non hanno mai avuto accesso ai Servizi territoriali;
- Ridurre i danni correlati all'uso di sostanze legali e illegali e alle dipendenze comportamentali;
- Sostenere, progettando e lavorando con altri Enti pubblici e del Privato sociale, ad un reingresso il più possibile protetto nella società (libertà o misure alternative).

La complessità delle problematiche di cui sono portatori tanti detenuti, e per molti aspetti più ancora le detenute, richiedono un imprescindibile lavoro di rete integrato tra sistema penitenziario, servizi sanitari, sistema giudiziario (Tribunale di Sorveglianza, UEPE, Autorità giudiziaria, ecc.), tessuto socioeconomico del territorio (Associazionismo, Centri per l'Impiego, Aziende private, ecc.).

Non è mai semplice la convivenza tra salute e norma, ma l'operatore sanitario che agisce all'interno dei luoghi della detenzione, non dovrebbe farsi condizionare dalla presunta natura del paziente detenuto. Se anche la condizione di bisogno e la fisiologica volontà di alleggerire il proprio stato di reclusione, inducono a simulazioni, accentuazioni, tentativi manipolatori che utilizzano la salute come strumento per ottenere benefici durante la carcerazione, il sanitario, sconfinando in pregiudizi, non richiede valutazioni etiche e giudizi morali, non dovrebbe mai perdere di vista il mandato di cui è investito: la tutela della salute della persona. La riforma del 2008, introdotta dal D.lgs. n. 230 del 1999, con il transito della sanità e delle relative competenze alle Regioni dal Ministero della Giustizia, ha sollevato dubbi e perplessità pur rappresentando il necessario esito del tortuoso percorso verso il riconoscimento dell'uguaglianza tra il cittadino libero e il detenuto in termini di diritto alla salute.

«Le cornici e le mappe cognitive di una realtà organizzata rigidamente come quella della detenzione altro non sono che una costruzione sociale continuamente rinforzata e solo occasionalmente rinegoziata, dove il personale sanitario non deve limitarsi all'apodittica e puntigliosa osservanza delle procedure imposte. Il rischio è quello di un'adesione alle regole formali fine

a sé stessa, confondendo i mezzi con i fini, in un processo di "trasposizione delle mete" (Merton 1966, p.410)» (Lacatena, 2025, pp.32-33).

L'ingresso e le settimane precedenti la scarcerazione ("irradicamento e vertigine dell'uscita", Cassano, Tundo, 2009), sia pur per ragioni differenti, sono i momenti che espongono maggiormente a rischio la persona ristretta rispetto alla possibilità di insorgenza di nuclei depressivi, dissociativi, distruttivi, anticonservativi, spesso con esiti patologici imprevedibili (Mastantuono e al. 1975).

Proprio per questo, il SerD intramurario di Taranto ha sperimentato negli anni un'attenzione particolare per i cosiddetti "nuovi giunti", riuscendo, attraverso un'ormai collaudata collaborazione tra il presidio sanitario e l'organizzazione penitenziaria, a incontrarli tutti, garantendo un accompagnamento continuo soprattutto ai più giovani anche in presenza di consumo occasionale o di DUS lieve.

Similmente, i "dimittendi" sono orientati, con un osmotico lavoro di collaborazione con i SerD territorialmente competenti - rispetto alla residenza/domicilio del detenuto - per favorire l'incontro e/o la presa in carico.

L'Unità del Dipartimento Dipendenze Patologiche che opera all'interno della Casa Circondariale di Taranto è, infatti, quotidianamente impegnata nella tessitura professionale di una rete che permetta alla persona detenuta, prima e subito dopo la scarcerazione, di proseguire il trattamento farmacologico e psico-sociale presso il SerD territorialmente competente - rispetto al quale non sempre è presente documentazione e presa in carico pregressa - con un'accoglienza già programmata e appuntamenti già fissati, anche al fine di evitare ricadute, episodi di overdose, interruzioni di terapia farmacologica non concordata.

La psicoterapia come disinnesco

È nota la definizione del sociologo canadese Erving Goffman del carcere come istituzione totale, condizione che vede limitata non solo la libertà dell'ospite (suo malgrado) ma anche l'autonomia di tutti coloro che agiscono al suo interno (agenti, operatori sanitari, educatori, ecc.).

I tempi e le urgenze sono, spesso, imposti dall'alto e non sempre rispettano le esigenze individuali e personali del paziente e dello psicologo-psicoterapeuta.

Quest'ultimo all'interno del carcere è chiamato a confrontarsi con una realtà del tutto particolare dove molto diverse e complesse appaiono le più consuete dinamiche riscontrabili in ambito clinico o ambulatoriale. Basti dire che la stessa costruzione dell'alleanza terapeutica è complicata dalla reale possibilità che i

detenuti possano essere diffidenti a fronte di una domanda di verità o possano decidere di strumentalizzare il rapporto con l'operatore sanitario per ottenere benefici pratici e legati a tempi e modi della pena.

È necessario costruire la relazione terapeutica lentamente, nel rispetto della persona che di questo sembra particolarmente affamato. Un piccolo gesto, una domanda specifica in un momento particolare, un gesto di vicinanza, un sorriso possono essere davvero gli strumenti per arrivare a un lavoro sulla motivazione al cambiamento anche rispetto alla diffidenza e al cinismo come difesa, modalità particolarmente diffuse in ambito penitenziario.

Come un artificiere, ma anche un po' equilibrista, non si può lavorare in carcere senza una formazione specifica e più ancora senza un puntuale training personale e una necessaria e costante supervisione del vissuto personale e del proprio mondo emotivo. Diversamente si rischierebbe di scivolare verso le disregolazioni emotive piuttosto che attivare il contenimento e la modulazione.

Altrettanto dirimente è, però, la possibilità di agire in sicurezza, riducendo il più possibile il rischio di aggressioni e risposte disfunzionali, pur garantendo i crismi di base di un lavoro di sostegno psicologico e di un percorso di psicoterapia condivisa con il paziente detenuto.

Se dalla psicoterapia in carcere, poi, ci si aspetterebbe che lavori sul disturbo psicopatologico, la stessa nel contesto della detenzione è soprattutto chiamata ad affrontare il disagio emotivo e sociale.

La rabbia, spesso alleata in un percorso di rielaborazione degli eventi, nei luoghi della detenzione va riconosciuta, accolta e contenuta fino allo sviluppo di nuove strategie dell'assistito.

Per questo, e non solo, lo psicologo deve provare ad avocare a sé i tratti dell'artificiere chiamato a disinnesare quei sentimenti di ira che possono sfociare in atti di violenza etero e auto diretti. Al contempo, però, deve lavorare affinché quella stessa rabbia non venga schiacciata dalle regole del carcere o, peggio, lasciata a sostegno di un processo continuo di sollecitazione della reattività e dell'impulsività.

In estrema sintesi si tratta di disattivare o fare esplodere in modo controllato, utilizzando tecniche e luoghi specifici nel più aspecifico dei luoghi che è il carcere. Al di là di quanto richiesto istituzionalmente in termini di valutazione psicologica, lo specialista deve aiutare il detenuto a identificare e verbalizzare i suoi bisogni, valorizzando risorse e opportunità, ma anche deve sostenerlo nel riconoscere e coscientizzare ansia, depressione, senso di colpa affinché lo stesso possa fortificare quando non costruire ex novo una stabilità

emotiva.

In una presentificazione del tempo che la persona ristretta valuta spesso come necessaria, lo psicoterapeuta deve aiutare il detenuto a non dimenticare di essere in quel momento anche paziente e che il passato e il futuro, pur generando rispettivamente ansia e paura, sono terreni da percorrere per ritrovare ben più che tracce di sé.

Lo psicoterapeuta dell'Équipe intramuraria di un Dipartimento Dipendenze Patologiche dovrebbe respingere – e questo può farlo solo se forte di un percorso di conoscenza di sé e di un bagaglio professionale fatto di saperi ma anche di esperienze – la trappola dell'assimilazione alla visione e alla missione del luogo in cui opera.

Fuori da ogni possibile valutazione morale, la persona detenuta necessita di uno sguardo che deve andare oltre il reato – se non per favorire il cambiamento comportamentale e il superamento di quanto potrebbe aver contribuito alla commissione del reato stesso – e oltre l'uso di sostanza.

La persona non è il reato, non è neanche l'eventuale sostanza di cui ha fatto uso o dalla/e quale/i è dipendente. La persona è molto di più, in qualsiasi contesto si trovi.

Ancora in chiave disinnesco, è poi importante il contributo che questa figura può offrire negli istituti di pena attraverso lo strumento della consulenza alla direzione e al personale penitenziario, contribuendo alla lettura di dinamiche interne anche tra staff e popolazione detenuta per un clima più disteso e sicuro. La partecipazione all'osservazione del percorso dei detenuti finalizzata alla definizione dei piani di trattamento e reinserimento si è rivelata, dall'esperienza di chi scrive, fondamentale per evitare una spersonalizzazione omologante che già permea la vita carceraria vista dall'istituzione, sebbene tale condizione può generare conflitti etici, richiedendo una ben definita consapevolezza deontologica.

La sensazione, infatti, che in alcuni casi ricorre è proprio quella di un ruolo di interposizione tra ospiti e ospitanti per facilitarne la convivenza, lavorando su un altro piano, per facilitare la convivenza tra detenuti e, infine, tra detenuto e sé stesso.

È quanto mai necessario che il professionista sappia valutare i tempi e i modi per realizzare quel bilanciamento che è possibile, contro ogni estremismo stigmatizzante, tra sicurezza e riabilitazione. La necessità di garantire la sicurezza in alcun modo deve, infatti, limitare gli interventi riabilitativi.

Quando ciò è avvenuto nel contesto della Casa Circondariale di Taranto, la percezione registrata da parte dell'intera Équipe del SerD intramurario è stata

quella dell'abbassamento del livello del pregiudizio riguardo ai detenuti e della possibilità di un reale percorso di riabilitazione, pur consapevole della necessità dell'intervento di altri fondamentali elementi, soprattutto all'esterno del luogo della detenzione, per un pieno cambiamento.

Conclusioni

La crescente aspettativa di regolamentazione (accordi di programma, protocolli, standard procedurali) può accrescere l'ambiguità, nella pretesa di eliminarla una volta per tutte, così come l'assenza di ogni dubbio può appartenere al mondo delle procedure e della detenzione non certo a quello della salute, dove la mancanza di assoluti dovrebbe rappresentare l'alimento quotidiano. Per questo e per tanto altro, sarebbe utile tenere in considerazione alcune proposte frutto della prassi quotidiana degli operatori sanitari del SerD intramurario, dalle quali i decisori politici non dovrebbero prescindere, codificando in maniera puntuale e univoca quanto ad oggi è spesso delegato alla sensibilità e all'etica dei professionisti.

Dall'esperienza dell'Équipe intramuraria della Casa Circondariale di Taranto, in sintesi, e senza pretesa di esaustività, anzi, queste sono una parte delle riflessioni-proposte scaturite nel tempo:

- formazione specialistica e informazione aperta agli attori in campo (sanitari e no, compresi i detenuti);
- supervisione esterna e continua dell'operato dei professionisti del SerD intramurario;
- immediata presa in carico e sostegno multidimensionale (sanitario-clinico e psico-socioeducativo) da parte dell'équipe SerD intramurario tale da favorire la cura di sé e i percorsi di screening sulle possibili patologie alcol e droga correlati e non solo;
- diagnosi consumatore/dipendente con proposta della misura alternativa direttamente da realtà possibilmente intermedie (mondo della giustizia/mondo della salute) istituite ad hoc. Valutazione non rigidamente limitata a strumenti bio-medici e monitoraggio psico-socioeducativo all'ingresso, durante il percorso e all'uscita;
- continuità del trattamento in carcere e protocollo dimittendi personalizzato a cura dell'équipe SerD (intra e extra muraria) perché la fine della detenzione (e della pena) non si traduca nella fine dell'interesse per la salute della persona;
- maggiore attenzione nei confronti della donna detenuta con DUS per la quale il carcere rappresenta, per ragioni socioculturali, un ulteriore stigma e un ulteriore elemento depressogeno derivante dall'impossibilità di rispondere a due dei pochi ruoli che le vengono rico-

nosciuti all'esterno: figlia (assistenza ai propri genitori) e, in presenza di prole, madre;

- personale multidisciplinare dedicato in maniera esclusiva al SerD intramurario il che suggerisce non solo la revisione di alcuni dettati normativi ma il potenziamento dei SerD e del Privato Sociale.

Tutto ciò - e altro ancora - perché il carcere non sia tempo privato di opportunità di salute o, peggio, luogo di immobilizzazione e patologizzazione di corpo e mente.

Bibliografia

- Cassano, G.B., Tundo, A. (2009) *Psicopatologia e clinica psichiatrica*, Utet, Torino.
- Lacatena, A.P. (2025), "Quando le istanze securitarie incidono sul lavoro degli operatori sanitari" articolo in Rivista "Voci di dentro", Periodico dell'Associazione "Voci di dentro" Odv scritto con i detenuti della Casa Circondariale di Chieti e Pescara, Anno XIX, n.56, giugno 2025.
- Mastantuono, G., Della Rovere, M., D'Errico, E. (1975), *Trauma da ingresso in carcere*, in www.medicinapenitenziaria.com
- Merton, R. (1966), *Teoria e struttura sociale*. Vol. 2: *Studi sulla struttura sociale e culturale*, Il Mulino, Bologna