

# SESTANTE

n.28  
gennaio 2008

I NODI TRA CONSUMI E DIPENDENZE



STUDIO Up '07

## Sbarreaparte

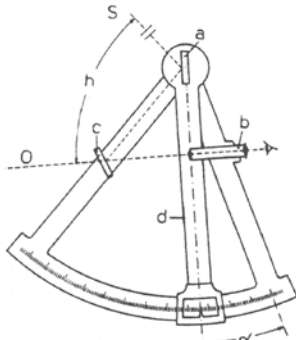


**INTRODUZIONE AI SAGGI DI MARGARA E GONNELLA / CRIMINALITA', DETENZIONE, POVERTA': FERMI AL SEMAFORO / PENA ALTERNATIVA: LA PAROLA AD UN MAGISTRATO / LA TUTELA DELLA SALUTE IN CARCERE: PROBLEMI E PROSPETTIVE IN EMILIA-ROMAGNA / CONSULTAZIONE TERAPEUTICA CON I MINORI AUTORI DI REATO / DALLE ARMI ALLE ARNIE / DIVERSE DETENZIONI / LA FORMAZIONE NELLE SEZIONI A CUSTODIA ATTENUATA / CARCERI ITALIANE E "DOPPIA DIAGNOSI" / EVENTI, PUBBLICAZIONI, LIBRI...**

# SESTANTE

I NODI TRA CONSUMI E DIPENDENZE

Rivista scientifica a carattere divulgativo  
della rete dei servizi per le dipendenze patologiche  
in Area Vasta Romagna



SESTANTE - Fig. 1. Schema di s.

ANNO XIV

GENNAIO 2008 - NUMERO 28

Autorizzazione del Tribunale di Forlì  
N.23 del 19 ottobre 1998

**Direttore Responsabile**  
Paolo Ugolini

**Comitato Esecutivo**  
Patrizio Lamonaca, Edo Polidori, Paolo Ugolini

**Comitato di Redazione**  
Manuela Ceccarelli, Villaggio del Fanciullo - RA  
Monica Ciavatta, Cento Fiori - RN  
Emanuela Frisoni, Papa Giovanni XXIII - RN  
Patrizio Lamonaca, San Maurizio - Borghi  
Gerardo Manenti, CeIS - RA  
Edo Polidori, SerT - Forlì  
Michele Sanza, SerT - Cesena  
Alessio Saponaro, Regione ER  
Maria Signorini, SerT - Forlì  
Paolo Ugolini, DSM - Cesena

**Pubblicazione**  
Quadrimestrale

**Sede**  
Via Brunelli, 540 - 47023 Cesena

**Comunicazioni**  
tel. 0547 631536 / 352162 cell. 334 6205675  
email: pugolini@ausl-cesena.emr.it

**Sito web dove scaricare Sestante**  
[www.regione.emilia-romagna.it/wcm/dipendenze/pagine/pub\\_sestante.htm](http://www.regione.emilia-romagna.it/wcm/dipendenze/pagine/pub_sestante.htm)

**Segreteria, amministrazione e distribuzione**  
Alessandro Mariani D'Altri

© immagini:  
Studio Up 2007  
Corso fotografia C.C. Rimini (diretto da Roberto Sardo) 2006

**Progetto grafico e impaginazione**  
Elisabetta Fioravanti tel. e fax 0547 27840

**Stampa**  
Centro Stampa AUSL Cesena

Edizione fuori commercio - tiratura 2.500 copie

## Sommario

EDITORIALE .....	1
PAOLO UGOLINI	
INTRODUZIONE .....	2
<b>Introduzione ai saggi di Margara e Gonnella</b>	
LEOPOLDO GROSSO	
PENA ALTERNATIVA .....	4
<b>Criminalità, detenzione, povertà: fermi al semaforo</b>	
PATRIZIO GONNELLA	
PENA ALTERNATIVA .....	6
<b>Pena alternativa: la parola ad un Magistrato</b>	
SANDRO MARGARA	
FORUM .....	10
<b>Il valore della pena alternativa</b>	
EMANUELA FRISONI MARIA SIGNORINI	
POLITICA CARCERE REGIONE E.R. ....	13
<b>La tutela della salute in carcere: problemi e prospettive in Emilia-Romagna</b>	
ANGELO FIORITTI	
CLINICA .....	16
<b>Consultazione terapeutica con i minori autori di reato</b>	
STEFANO COSTA	
COMUNITA' RESIDENZIALE .....	19
<b>Dalle armi alle arnie. Intervista a Mario Cavicchioli</b>	
EMANUELA FRISONI	
SEZIONE ATTENUATA CARCERE .....	21
<b>Diverse detenzioni</b>	
DEBORA SANTINI MARIA SIGNORINI	
FORMAZIONE.. ..	24
<b>La formazione nelle sezioni a custodia attenuata</b>	
BARBARA BOVELACCI ROBERTA FETTI FRANCESCA GIOVANETTI MAURA LANFRI	
RICERCA .....	26
<b>Carceri italiane e "doppia diagnosi"</b>	
DANIELE BERTO MORENA TARTARI	
EVENTI, PUBBLICAZIONI, LIBRI .....	28
PRIMO PELLEGRINI	
LETTERE ALLA REDAZIONE .....	29
<b>La mia esperienza in carcere</b>	

PAOLO UGOLINI

## EDITORIALE

### A don Oreste

La mancanza di don Oreste Benzi ha lasciato un vuoto profondo ma allo stesso tempo una presenza unica e tangibile; questo è ancora più forte in Area Vasta Romagna dove ha sede l'Associazione Papa Giovanni XXIII, dove sono presenti molte comunità per tossicodipendenti, case famiglia, strutture di accoglienza... a vari livelli di bisogno. Vogliamo ricordarlo in questo numero "SBARREAPARTE" riportando un suo passaggio del luglio 2002, in **SESTANTE** n.16, ove intervistato in parallelo a Gianluca Borghi, all'epoca assessore della Regione Emilia Romagna sul tema della tratta e dello sfruttamento della prostituzione, disse: *"L'Associazione "Comunità" Papa Giovanni XXIII parte dalla fede in Cristo. "Egli è venuto per fare nuove tutte le cose". Il Suo biglietto di presentazione è: "Sono stato mandato per annunziare ai poveri un lieto messaggio, per proclamare ai prigionieri la liberazione, e ai ciechi la vista, per rimettere in libertà gli oppressi e realizzare la liberazione universale". Il Suo biglietto di presentazione è diventata la nostra vocazione. Sul piano realizzativo, abbiamo scelto la condivisione diretta che non richiede l'esistenza ma l'appartenenza. Scopo essenziale è la rimozione delle cause di ogni emarginazione e sfruttamento. La nostra vita si nutre nella fede e in una vocazione specifica. Nessuna donna nasce prostituta: c'è sempre qualcuno che l'ha fatta diventare. Noi ci mettiamo dalla parte di chi è costretta a prostituirsi per qualsiasi causa diretta o indiretta da persone o situazioni. Noi cerchiamo la cancellazione della prostituzione."*

Questo anelito di libertà di don Oreste accomuna tutti coloro (credenti e non) che hanno scelto come impegno professionale o come volontariato attivo di adoperarsi per tentare di rimuovere le cause dell'emarginazione e per liberare le persone dalla sofferenza compresa quella legata alle dipendenze patologiche e a connesse forme di carcerazione. Su questa onda, e sull'intreccio delle vele di questa copertina, nasce **SESTANTE** "SBARREAPARTE".

Alcune considerazioni: oltre che epidemiologica-

mente differenziata da quella dei SerT territoriali, la popolazione carceraria tossicodipendente è per un 30-40% sconosciuta ai servizi pubblici per le dipendenze; questa ampia fascia di soggetti, grazie alla possibilità di usufruire dei benefici di legge a fini terapeutici, potrebbe essere "presa in carico" entro il carcere... e in questo significato, come ci ricorda l'Osservatorio europeo sulle droghe di Lisbona, assumere un ruolo primario nella neodiagnosi e nell'avvio di programmi d'intervento (da leggere i saggi pubblicati in "SBARREAPARTE" su pena alternativa, sezione attenuata, comunità terapeutiche, formazione).

A partire dal dato delle presenze in carcere (la capacità nominale dei 203 Istituti Penitenziari attivi è pari a 42.271 presenze; a fine 2005/pre indulto ne risultavano 59.223 mentre dopo l'indulto, a fine 2006, erano 39.005) si può dire con Leopoldo Grosso *"L'indulto è stata un'occasione perduta rispetto alla possibilità di una grande operazione di sperimentazione di reinserimento sociale. La farsa dei "kit per la sopravvivenza" ha messo a nudo la totale incapacità del sistema giudiziario italiano, dello Stato e degli Enti locali ad accompagnare la persona che esce dal carcere in un percorso di ricostruzione della sua esistenza sociale..."*. Un altro dato che fa riflettere è che un terzo delle presenze in carcere (13.152) sono stranieri; questo dato va oltre alle tossicodipendenze, ci richiama fortemente al ruolo delle politiche di accoglienza e inclusione.

**SESTANTE** "SBARREAPARTE" si è posto l'obiettivo di riflettere sul senso della pena in soggetti tossicodipendenti e di promuovere sia azioni specifiche da parte delle case circondariali che azioni interistituzionali tra le realtà dei servizi ad esse connesse (Carceri, UEPE, SerT, Comunità Terapeutiche, Enti Locali, no profit).

Buona lettura.

Paolo Ugolini, Direttore Responsabile Sestante  
tel. 0547 631536 - cell. 334 6205675  
email: pugolini@ausl-cesena.emr.it

LEOPOLDO GROSSO

## INTRODUZIONE AI SAGGI DI MARGARA E GONNELLA

Sistematicamente ogni anno, nel fornire i dati sulle dipendenze, l'Osservatorio di Lisbona sulle droghe ci ricorda che il carcere è l'istituzione che in Europa incontra il maggior numero di consumatori di sostanze psicoattive. E' dunque dal carcere e dalla politica penale, dal nesso tra dipendenza e illegalità, tra punizione e cura che bisogna ripartire, se si intende affrontare efficacemente la problematica della detenzione delle persone tossicodipendenti e della doppia recidiva (nell'uso di sostanze e nella reiterazione dei reati).

Nelle more di un cambiamento della legge attuale, concretamente si possono oggi praticare tre obiettivi:

- a) evitare la carcerazione, privilegiando, possibilmente dall'inizio della pena, l'alternativa della cura e della riabilitazione esterna;
- b) finalizzare maggiormente al reinserimento sociale il percorso trattamentale dei detenuti, collegando da subito il rapporto dentro-fuori, tramite la continuità dell'offerta lavorativa e il collegamento coi servizi territoriali;
- c) ridurre i rischi iatrogeni della carcerazione.

L'indulto è stata un'occasione perduta rispetto alla possibilità di una grande operazione di sperimentazione di reinserimento sociale. La farsa dei "kit per la sopravvivenza" ha messo a nudo la totale incapacità del sistema giudiziario italiano, dello Stato e degli Enti locali ad accompagnare la persona che esce dal carcere in un percorso di ricostruzione della sua esistenza sociale, avendo come riferimento il diritto alla casa ed il diritto al lavoro.

In Italia, i diritti sociali non sono ancora diritti esigibili, nemmeno per un detenuto che ha terminato di scontare la pena e deve ricominciare.

La tutela della persona che viene scarcerata è anche

una convenienza societaria, un utile investimento economico.

Soprattutto con i detenuti più fragili, meno dotati di risorse personali e di "entourage" per il reinserimento, è necessario predisporre un accompagnamento sociale. Solo così è possibile rafforzare le loro capacità di resilienza rispetto alla forza di risucchio di quei fattori che, più o meno da sempre, hanno caratterizzato la loro esistenza. Gli operatori ben sanno, per esperienza, quanto sia difficilmente "resistibile" il richiamo di uno stile di vita abituale, quanto siano incombenti i rischi di ricaduta nell'uso di sostanze psicoattive, quanto è probabile il ricorso a espedienti illegali allorché non si riesce diversamente a far fronte ai bisogni della mera sopravvivenza.

Con un adeguato investimento di risorse per quei detenuti che non possiedono residenza anagrafica, per coloro che sono portatori di problematiche psichiatriche, per quelli che non hanno risolto stati di dipendenza, per chi all'uscita può sentirsi più solo che all'interno dell'istituto penitenziario, è realisticamente possibile fornire l'aiuto doveroso e, in questo modo, ridurre anche il costo economico dell'impatto sociale complessivo prodotto dai comportamenti recidivanti. Una spesa non superiore ai 12.000-15.000 euro annua pro-capite consentirebbe, a chi "esce" senza opportunità, di fruire di abitazione e di lavoro, di generare le condizioni indispensabili per un percorso di reintegrazione sociale. Per difetto o per eccesso, il respiro di un anno è comunque un tempo medio utile per prevenire la recidiva (la doppia recidiva nel caso delle persone dipendenti) e per irrobustire i presupposti, oggettivi e soggettivi, di un iniziale e dignitoso reinserimento. Un anno di tempo consente di consolidare legami interpersonali e portare avanti un'attività di

rete tramite cui i servizi, le cooperative sociali di tipo B ed il volontariato, possono dare sbocco, continuità e futuro al percorso aperto.

L'accompagnamento relazionale, all'interno di una funzione di sostegno alla realizzazione del programma non costituisce un aspetto secondario.

E' noto che, per il soggetto che pur fruisce di opportunità, svolgere un ruolo attivo nei contesti di inclusione che si riescono a creare, non è un nesso scontato e può dar luogo a due differenti modalità di reattività individuale.

Da una parte può emergere la tendenza ad un adattamento passivo e l'instaurarsi di un atteggiamento assistenzialistico, in cui il "consumo" momentaneo delle risorse offerte prevale sul coinvolgimento personale, con l'effetto di svuotare dal di dentro la chance di cui si dispone, non riuscendo o non volendo coglierne gli aspetti di evolutività, precludendo così ogni possibilità di sbocco per il futuro.

D'altra parte si possono invece innescare processi di "empowerment" personale in cui le risorse degli individui si attivano per la realizzazione e la riuscita del progetto.

Nelle molte situazioni intermedie di ambivalenza, che costituiscono la maggioranza, la condivisione dell'iniziativa da parte dell'interessato è aspetto dirimente. Se la costruzione dell'opportunità per il "dopo" è partecipata fin dall'inizio, e la persona ne è protagonista quando ancora veste i panni del detenuto, (ripetiamo: la "co-costruzione" del "dopo-carcere" dovrebbe essere parte integrante, e da subito, dello stesso progetto trattamentale dell'istituto penitenziario), il coinvolgimento del soggetto risulta più elevato, e maggiori sono le risorse personali messe a disposizione per la riuscita dell'iniziativa.

L'offerta di opportunità è spesso condizione necessaria ma non sufficiente per produrre risultato. Accanto all'opportunità, si rende necessaria un'attenzione relazionale, in grado di stimolare, incoraggiare e sostenere la soggettività delle persone affinché possano fruire al meglio delle chances spesso faticosamente predisposte. E' necessario che si crei e consolidi un rapporto di fiducia tra la persona e gli operatori, che si concretizzi nella percezione e nel vissuto di essere entrambi parti di un'impresa comune, in cui ogni soggetto investe del "suo", e da cui, se "l'impresa" del reinserimento riesce o fallisce, se ne esce tutti quanti, pur in misura diversa, vincenti o perdenti. E' una scommessa fatta insieme, e la fiducia riposta nell'operatore da parte del detenuto, che è alla base dell'alleanza di lavoro, è direttamente proporzionale

alla percezione di quanto quest'ultimo si è personalmente "sbattuto" e speso nell'affrontare gli inevitabili conflitti ed ostacoli di percorso. La tentazione della "resa" da parte dell'operatore è ricorrente, ma è proprio sulla sua "tenuta" e sulla sua tenacia che si gioca la verifica sia della fiducia del rapporto interpersonale che della credibilità del progetto.

La possibilità di formulare progetti personalizzati, non solo per la dimissione dagli istituti di pena, o dagli OPG (di cui buona parte delle persone ristrette sarebbero dimissibili a fronte di un'adeguata accoglienza da parte dei servizi territoriali), ma soprattutto per beneficiare delle misure alternative, incontra oggi tre resistenze fondamentali:

- a) le restrizioni della borsa della spesa, per cui le risorse per il reinserimento non sono disponibili, o non lo sono in misura sufficiente;
- b) le carenti "culture" di servizio in merito all'interpretazione e realizzazione della "mission", che si manifestano in dichiarazioni preliminari di disimpegno da parte di alcuni operatori spesso giustificate dalla progressiva diminuzione degli organici, nelle difficoltà di integrazione degli interventi, nella mancanza dell'individuazione di un "case manager" in grado di dar gambe al faticoso lavoro di predisposizione, di iter di approvazione e di realizzazione del progetto.
- c) l'atteggiamento spesso troppo prudente ed a volte pavido della magistratura di sorveglianza, che, pressata dalle campagne mediatiche e dall'opinione pubblica, intravede solo nell'inserimento in comunità terapeutica la garanzia di serietà dell'affidabilità del progetto, a scapito di altre opportunità pur supportate da chiare evidenze scientifiche.

La conseguenza è che le stesse misure alternative oggi consentite dalla legge sono sottoutilizzate; che i programmi che le sostanziano, per l'insufficienza delle risorse che li sostengono, e per le minori garanzie di sicurezza che di conseguenza offrono, sono rigettati; che la sperimentazione di strade per un più efficace "abbinamento" tra espiazione della pena e riabilitazione sono ferme al palo o in regressione.

Leopoldo Grosso  
Vicepresidente Gruppo Abele, consulente Ministero solidarietà sociale.  
email: univestrada@gruppoabele.org

PATRIZIO GONNELLA

## CRIMINALITA', DETENZIONE, POVERTA': FERMI AL SEMAFORO

Il carcere è una invenzione della modernità. Prima del carcere c'erano i supplizi. Cosa ci sarà dopo il carcere? Negli anni ottanta si discuteva se e come liberarsi della necessità del carcere. Oggi siamo nella fase storica dell'internamento di massa, della pan-penalizzazione. Per uscirne è necessaria una rivoluzione giuridico-culturale capace di rivedere completamente il sistema sanzionatorio. Le pene vanno differenziate all'origine sin dal momento del giudizio. Il carcere deve ridursi a una delle pene possibili, da comminare solo quando le altre sono da ritenersi non sufficienti in virtù della gravità del reato. Puntare sulla differenziazione sanzionatoria significa ridimensionare l'invadenza penitenziaria. Non significa rinunciare alla flessibilità della pena che comunque rimarrebbe in vita nella fase esecutiva. In questo modo avremo forse un carcere meno a rischio di disumanità. L'ultimo rapporto di Antigone è appunto una fotografia di interni carcerari. Di galere ne abbiamo fotografate 208 con le loro mura scrostate, i bagni alla turca, le docce fredde, le celle interrato. Carceri diverse l'una dall'altra, luoghi dove la violenza è sistematica (fortunatamente pochi), luoghi dove la violenza è tollerata (molti), luoghi dove la violenza è impedita (pochi anch'essi). Carceri dove lavora una umanità varia, composta da operatori penitenziari di estrazione culturale molto differente. C'è chi crede in una cultura giuridica democratica e ha una visione illuminata della pena; c'è chi è oramai caduto in una condizione di *burn out* professionale; c'è chi timbra burocraticamente il cartellino; c'è chi sostiene che la Costituzione sia carta straccia. E poi ci sono i detenuti. Grazie all'indulto ne sono usciti 24 mila e oltre negli ultimi dieci mesi. Il tutto nella diffusa indignazione di coloro (media, magistrati, politici) che ingiustamente, smentendo se stessi e le pro-

prie posizioni precedenti, nonché inventando allarmi sociali, hanno gettato fango sul provvedimento di clemenza. Il dibattito estivo e autunnale sulla giustizia è stato il peggiore dei dibattiti possibili. Se dovessimo trarne le conseguenze non ci sarebbe più spazio per quelle riforme che nel programma dell'Unione sono scritte a caratteri cubitali. Il Ministro Mastella si è preso gli strali di tutti i securtari e gli opportunisti del mondo. Speriamo che ora non ne asseconi gli spiriti custodialistici, illiberali e forcaioli.

Per colpa loro è oggi difficile parlare di amnistia. L'amnistia è invece un atto necessario per evitare di impegnare la magistratura in procedimenti che non avranno alcun esito. Dopo l'indulto ci vogliono riforme strutturali. È questa un'occasione unica e imperdibile per mettere mano a un progetto di riforma complessiva del sistema. Va riscritto un nuovo codice penale che riduca le fattispecie di reato, riduca



STUDIO 40

le pene, diversifichi le sanzioni. Vanno abrogate la legge ex-Cirielli sulla recidiva, la Fini-Giovanardi sulle droghe, la Bossi-Fini (Fini è sempre presente quando si tratta di restringere le libertà) sull'immigrazione. Va istituita la figura del garante delle persone private della libertà, va introdotto il crimine di tortura nel nostro ordinamento penale, vanno tolti dal carcere i bambini con le loro madri. Vanno applicate le leggi esistenti in materia di sanità e lavoro. Vanno ristrutturare le carceri assicurando condizioni di vita dignitose. Non abbiamo bisogno di nuove carceri. Abbiamo bisogno di restituire legalità al sistema, di ricostruire una cultura giuridica che veda nella pena non più la via primaria per la vendetta sociale. La visita del Presidente Napolitano nelle carceri romane nel maggio 2007 è una bella novità che rompe il grigiore asettico nel quale si rintanano a volte le istituzioni. Il Capo dello Stato ha ricordato che la pena detentiva deve essere ridotta ad *extrema ratio*, che bisogna prevedere sanzioni non carcerarie per i reati meno gravi, che i diritti delle persone private della libertà devono essere rispettati. Lo stesso Presidente della Repubblica all'indomani dell'approvazione del provvedimento di indulto aveva auspicato che si aprisse una stagione riformatrice che non vanificasse i risultati del provvedimento di clemenza. Se volessimo tradurre in proposta legislativa e di governo le parole di Giorgio Napolitano queste sarebbero le priorità politiche: nuovo codice penale che riduca le fattispecie di reato, riduca le pene, diversifichi le sanzioni; abolizione dell'ergastolo; superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Proprio su questo tema – apparentemente marginale, ma di grande rilievo pratico e simbolico – abbiamo avviato i lavori del nostro Osservatorio sulle condizioni di detenzione. Nei giorni scorsi abbiamo visitato tutti e sei gli ospedali psichiatrici giudiziari italiani. Alla data del 3 maggio gli internati risultavano essere 1.266: 316 ad Aversa, 215 a Barcellona Pozzo di Gotto, 225 a Castiglione dello Sviere, 137 a Montelupo Fiorentino, 105 a Napoli Sant'Eframo, 268 a Reggio nell'Emilia. Aversa e Reggio Emilia risultano drammaticamente sovrappollati. L'indulto non ha inciso granché sugli Opg. E' incredibilmente elevato il numero di internati negli Opg che non avrebbero più ragione di permanervi in quanto non più ritenuti socialmente pericolosi, e che invece restano per decenni in condizioni disumane. Ad esempio, 45 internati a Reggio Emilia e ben 100 ad Aversa si trovano in questa situazione. 400 casi in tutto, secondo i dati forniti dal Ministero della Salute. Si registra, purtroppo, un uso frequente dei letti di

contenzione. Almeno 515 episodi di coercizione in un anno, secondo i dati ufficiali. Un numero impressionante, ingiustificabile. In alcuni manicomi giudiziari si può rimanere legati al letto sino a 11 giorni. Un internato su sei, spesso più di una volta, vive la tragica esperienza della contenzione. Nel 2006 solo a Napoli si sono registrati 52 casi di coercizione. Ciò significa che un internato su due è stato contenuto con la forza. Il protocollo prevede la sola registrazione del caso, con verifica periodica da parte del personale, senza che la direzione specifichi ogni quanto tempo questa ha luogo.



STUDIOUP/07

Gli ospedali sono gestiti principalmente da agenti di polizia penitenziaria, e solo secondariamente da specialisti medici, in numero assai inferiore. Ad esempio ad Aversa lavorano 116 agenti e 7 psichiatri a contratto. A Napoli le condizioni igieniche di alcuni reparti sono inaccettabili, sino a toccare livelli in cui la detenzione diviene degradante. Ad Aversa le condizioni igieniche sono relativamente migliori, ma comunque notevolmente al di sotto di un qualsiasi carcere nonché degli standard richiesti dal Regolamento penitenziario. La situazione è tale da richiedere un progressivo superamento, attraverso soluzioni di carattere normativo, degli ospedali psichiatrici giudiziari, così come sono stati chiusi trent'anni fa i manicomi. Nel frattempo un manicomio giudiziario come quello di Napoli non può rimanere aperto.

Patrizio Gonnella, Presidente di Antigone  
tel: 06 44363191  
email: presidente@associazioneantigone.com

SANDRO MARGARA

## PENA ALTERNATIVA: LA PAROLA AD UN MAGISTRATO

### Introduzione

Nonostante le misure alternative alla detenzione, in carcere c'è sempre un elevato numero di tossicodipendenti: al 30/6/2006, prima dell'indulto, erano 16.145, circa il 27% del totale.

Le misure alternative sono concesse con provvedimenti del tribunale di sorveglianza, che possono essere modificati, nel corso della esecuzione, dal magistrato di sorveglianza, i due organi in cui si articola la magistratura di sorveglianza. Il primo è collegiale (due magistrati di professione più due esperti) e ha competenza, di regola, su un intero territorio regionale. Il secondo è monocratico (un solo giudice di professione) e ha competenza per singole parti del territorio regionale indicate dall'Ordinamento penitenziario-O.P. (L. 26/7/1975, 354) che è la legge che prevede e regola, in linea di massima, le stesse misure alternative.

Per poter meglio riflettere sul valore della pena alternativa conviene partire da un elenco delle misure alternative, corredato dai dati essenziali delle stesse

### 1 Elenco alcune misure alternative alla pena

#### **Affidamento in prova al servizio sociale: art. 47 O.P.**

L'affidato è posto in libertà, limitata da prescrizioni definite dalla stessa ordinanza di concessione. Durante la esecuzione il caso è preso in carico e seguito, con funzioni di sostegno e di controllo, da quelli che si sono chiamati per un trentennio Centri servizio sociale Adulti e che, con legge recente, sono stati ribattezzati UEPE- Uffici Esecuzione Penale Esterna.

La misura può essere concessa a chi debba essere sottoposto a una pena non superiore ad anni tre, anche se residuo di una pena maggiore.

Al termine del periodo di affidamento in prova, il tribunale di sorveglianza, su relazione dell'UEPE, se giudica positivo l'esito della prova, dichiara estinta la pena e ogni altro effetto penale. Se, invece, sia nel corso della prova, sia al termine della stessa, il comportamento dell'affidato risulta incompatibile con la concessione, l'affidamento viene revocato e rideterminata la pena residua cui la persona deve essere nuovamente sottoposta.

In particolari casi tra le prescrizioni di questa misura può essere inserita anche quella di seguire un programma terapeutico relativo alla dipendenza.

#### **Affidamento in prova al servizio sociale in casi particolari: già previsto dall'art. 47bis dell'O.P., è da tempo regolato dall'art. 94 del DPR 309/90 (Testo unico leggi stupefacenti).**

La struttura della misura è la stessa dell'affidamento in prova ordinario, ma la misura viene concessa al fine di proseguire o intraprendere, da parte dell'interessato, un programma terapeutico concordato e ritenuto idoneo da un servizio tossicodipendenze o da una struttura privata autorizzata, che attestino anche lo stato di dipendenza (da stupefacenti o da alcool) dello stesso interessato.

In questo caso, la misura può essere concessa per la esecuzione di una pena detentiva, anche residua di maggiore pena, non superiore a sei anni o a quattro, se la pena stessa riguarda anche un delitto di cui all'art. 4bis O.P.: si tratta di delitti di maggiore gravità, fra i quali rapina ed estorsione aggravate e detenzione di stupefacenti a fine di spaccio aggravati dall'ingente quantitativo delle sostanze. La misura può essere concessa solo due volte.

Ovviamente, in tale forma di affidamento, la valuta-



zione dell'andamento dello stesso (e, quindi, la declaratoria finale di estinzione della pena o di revoca della misura) è legato in particolar modo all'andamento del programma terapeutico.

**Sospensione dell'esecuzione di pena detentiva: art.90 DPR. 309/90.**

Le condizioni di misura della pena sono le stesse dell'affidamento in casi particolari; i reati devono essere stati commessi in relazione allo stato di tossicodipendenza. La misura è concessa sia quando un programma terapeutico sia già stato eseguito utilmente, sia quando debba essere proseguito o intrapreso. Non si richiede, quindi, una condizione attuale di dipendenza. La sospensione è disposta per cinque anni e viene revocata se, in questo termine viene commesso un delitto non colposo punibile con la reclusione: se, invece, la misura è fruita regolarmente, sono estinti la pena e ogni altro effetto penale. Tale misura può essere concessa una sola volta.

**Detenzione domiciliare: art. 47ter O.P.**

Questa misura consente di espiare la pena presso la propria abitazione o in altro luogo pubblico di cura, assistenza ed accoglienza, sotto il controllo della Polizia e con il sostegno degli UEPE. La stessa norma prevede tre forme diverse di detenzione domiciliare:

- quella relativa a situazioni specifiche, poco compatibili con il carcere: riguarda le pene fino a 4 anni: comma 1 e 1.1);
- quella per pene minori, fino a 2 anni, quando non vi siano le condizioni per l'affidamento in prova e purché la pena non consegua a reati di cui all'art. 4bis (v.sopra) (comma 1bis dell'art.47ter);
- quella, infine, in cui dovrebbe o potrebbe essere disposto il rinvio della esecuzione della pena (donna incinta o persona in gravi condizioni di salute) (comma 1ter). In tale caso non vi sono limiti alla entità della pena da espiare, ma va stabilito un termine di durata della misura.

Tale misura può essere utilizzata anche per persone che seguono un programma terapeutico, come nell'affidamento in prova in casi particolari. Questa misura non viene accettata da molte comunità terapeutiche, data la scarsa compatibilità con il controllo di polizia.

**Misure per affetti da AIDS conclamato o forme correlate di grave deficienza immunitaria: art. 47quater O.P.**

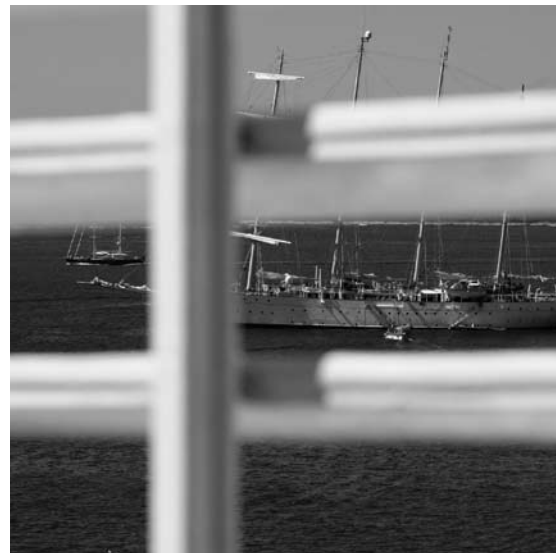
Nei casi indicati, l'affidamento in prova o la detenzio-

ne domiciliare possono essere concessi, quale che sia la durata della pena da espiare.

**Altre misure:** Vi sono anche altre misure, come la **detenzione domiciliare speciale**, per le detenute madri di figli minori, la **semilibertà** e la **liberazione condizionale**, la cui utilizzabilità per persone in condizioni di dipendenza è incompatibile o molto improbabile.

Le indicazioni che precedono riguardano le regole generali, accanto alle quali ve ne sono di particolari, in parte introdotte dalla legge 5/12/2005, n.251, sulla recidiva (c.d. legge ex-Cirielli), che precludono o limitano il ricorso alle misure.

Va anche ricordato che, per le pene fino a 3 o a 6 anni, se l'interessato sia tossicodipendente o alcooldipendente che prosegue o si sottopone a programma terapeutico, la pena non può essere posta in esecuzione, per chi si trova in libertà, senza consentire allo stesso interessato, entro un termine dato, di chiedere una delle misure alternative. L'esecuzione è sospesa se l'istanza viene avanzata e sino a che sulla stessa non decide il Tribunale di sorveglianza.



D. J. P. 00115

**2 L'attuazione del programma terapeutico nella esecuzione della pena in misura alternativa.**

L'esecuzione di programmi terapeutici contestualmente alla esecuzione di pena è fonte di problemi se non si chiariscono i ruoli rispettivi degli organi coinvolti: servizi pubblici o privati, UEPE e magistrati di sorveglianza. Sarebbe opportuna l'adozione di un protocollo d'intesa che chiarisca i ruoli rispettivi

e favorisca il non superamento degli stessi ed, anzi, l'inizio di una possibile collaborazione. Dovrebbe essere chiaro che la valutazione sull'andamento del programma appartiene al servizio che lo attua e che può dare la rilevanza giusta anche a qualche momento incidente, inevitabile nei percorsi terapeutici. Questo non deve però escludere l'aggiornamento degli altri organi su quanto accade, compresi i momenti critici. A sua volta, così aggiornati, né l'UEPE e neppure il magistrato dovrebbero rubare il ruolo del servizio, chiedendo o decidendo la sospensione o la revoca della misura anche quando il servizio coglie la complessiva positività dell'andamento del programma. Al contrario sia l'UEPE che il magistrato di sorveglianza potrebbero collaborare alla buona riuscita del programma, intervenendo presso l'interessato con richiami e, come si dice, con la moral suasion, facendo presenti i rischi cui lo stesso interessato va incontro.

Per vero, le cose si stanno complicando con le modifiche apportate dalla legge Fini-Giovanardi: particolarmente, con il richiamo ad una valutazione rigorosa e rigida dei comportamenti del soggetto nelle fasi di crisi, sia pur temporanee.

#### Misure alternative e carcere.

Come detto, nonostante le misure alternative alla detenzione, in carcere continua ad esserci sempre un elevato numero di tossicodipendenti. Le misure alternative alla detenzione, particolarmente gli affidamenti in prova al servizio sociale, ordinario e in casi particolari, sono strumenti validi per evitare il carcere per i tossicodipendenti, fine che la stessa legge ha sempre privilegiato, fino all'ultimo intervento Fini-

Giovanardi, con finalità opposte, passato, purtroppo, dai mesi contati agli anni contati (e non si è ancora avviato il percorso di superamento). Credo si possa dire che va curato e potenziato l'incrocio opposto: la validazione dei programmi terapeutici perché le misure alternative alla detenzione siano più numerose ed efficaci. Come si è visto, quando l'affidato è un tossicodipendente, l'andamento della prova, sia nel tempo della esecuzione delle misure (vedi il numero maggiore di revoche), sia nei tempi lunghi, sulla recidiva nel reato, è largamente più negativo. Queste ricerche lo dimostrano senza ombra di dubbio. Il problema è evidente e va affrontato.

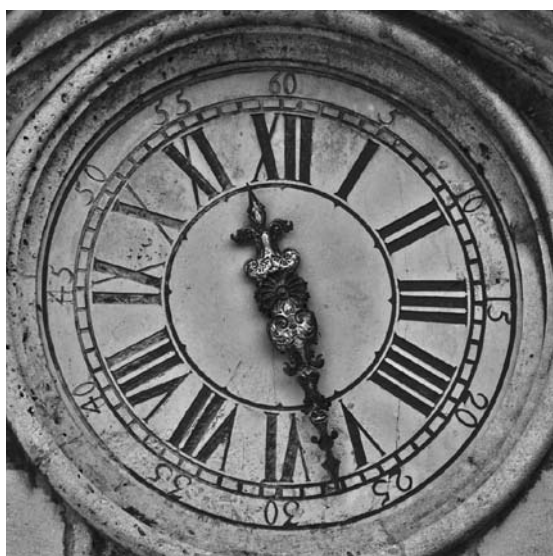
E' vero che un terzo degli stessi era in custodia cautelare, ma anche per questa esiste l'alternativa degli arresti domiciliari. Ormai in carcere la attività di assistenza e cura delle dipendenze è passata al servizio sanitario pubblico. Cosa non funziona?

In primo luogo siamo ancora lontani da una presa in carico effettiva e capillare. E' frequente che l'intervento riguardi solo coloro che chiedono interventi di disassuefazione e pochi altri. Si teme molto la simulazione di dipendenza per sfruttare le possibilità di alternative alla detenzione, ma è più serio il problema della dissimulazione dei tossici che si nascondono in carcere e che sfuggono agevolmente ai modestissimi sforzi per trovarli.

In secondo luogo la progressiva riduzione delle risorse economiche non favorisce programmi terapeutici qualitativi, particolarmente residenziali. I programmi esterni, d'altronde, hanno spesso contenuto poco incisivo: il che favorisce o il rigetto delle domande di misura alternativa o il fallimento di questa se viene concessa.

In terzo luogo, la mancanza di risorse organizzative, sia nei SerT interni ai carceri, sia nel personale educativo e sociale del carcere, che deve provvedere a raccogliere e istruire le istanze, rende difficile i percorsi delle stesse, l'arrivo davanti alla magistratura di sorveglianza e l'esito positivo. Queste considerazioni valgono in parte anche per chi avanza le sue richieste da libero.

**Il sistema delle misure alternative alla detenzione è consistente, nonostante i limiti di funzionamento.** Lo stesso ha creato, comunque, un'area penale esterna di buona consistenza e che produce buoni risultati. Esaminando gli aspetti significativi di tale area, l'attenzione è rivolta in particolar modo alla misura alternativa maggiore, quella dell'affidamento in prova, che comprende e la misura specifica (in casi particolari) e i dati complessivi degli affidamenti in



STUDIO Lip 07

prova ordinari, parte dei quali sono, però utilizzati, come detto, per tossicodipendenti. Vediamo alcuni indicatori significativi.

A) La crescita delle misure alternative è stata costante.

In particolare, dal 1991, in cui le misure alternative erano complessivamente inferiori a 5.000, se ne è avuta la decuplicazione, raggiungendo quasi quota 50.000 nel 2005 e precisamente: 32.000 affidamenti in prova, 14.000 detenzioni domiciliari, 3.500 semilibertà.

B) Revoche misure alternative, calcolate nel primo semestre 2004, con riferimento agli affidamenti in prova al servizio sociale, con la distinzione specificata:

- affidamenti in casi particolari dalla libertà: 6,08 %;
- affidamenti in casi particolari dalla detenzione: 10,50 %;
- affidamenti ordinari dalla detenzione: 3,09 %;
- affidamenti ordinari dalla libertà: 2%.

In particolare: le revoche per commissione di nuovi reati durante la esecuzione di tutte le misure alternative sono stati:

- per gli affidamenti in prova: 0,09%;
- per le semilibertà: 0,11%;
- per le detenzioni domiciliari: 0,19%.

C) Ricerca sulla recidiva a seguito di esecuzione della pena in affidamento in prova. La recente ricerca della Direzione generale della esecuzione penale esterna del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria è stata condotta su 8.817 casi di affidamento, conclusi nel 1998 in tutta Italia. La stessa ha riscontrato che solo nel 19% dei casi vi era stata recidiva nei 7 anni successivi. Parallelamente si è verificato, fra tutti gli scarcerati a fine pena, che aveva recidivato il 68,45%. Incontestabile la maggiore efficacia delle misure alternative, con riferimento a questo indicatore decisivo di recupero rappresentato dalla mancata ricaduta nel reato.

Se si scende, poi, ad una ulteriore analisi dei casi di recidiva si vedrà che i valori cambiano notevolmente nei casi di affidamenti in prova in casi particolari per tossicodipendenti. Per questi:

- nei casi di ammessi dalla detenzione, i casi di recidiva salgono al 42%;
- nei casi di ammessi dalla libertà, la recidiva riguarda il 30%.

Per gli affidamenti ordinari la percentuale di casi di recidiva è molto inferiore.

## Conclusioni

Sicuramente la debolezza di molti programmi è il fattore maggiore di insuccesso. Il che significa che

i programmi più leggeri e generici vanno abbandonati. L'implementazione dei programmi dovrebbe, però, crescere nel lavoro sulla persona e nel suo coinvolgimento, piuttosto che nel costoso controllo sulla astinenza, cui possono essere sostituiti controlli discontinui a sorpresa. Ma è chiaro che un lavoro necessario è quello della scelta del programma adatto alla persona e anche della sua modifica e aggiornamento nel corso dell'intervento.



A. DI ORO

Va anche rilevato che l'esito è tanto peggiore quanto più riguarda le persone che avanzano le loro domande dal carcere. Generalmente ciò accade perché si tratta di persone provenienti da precedenti fallimenti. Bisogna allora mettere a punto con particolare attenzione i programmi più adeguati e misurati proprio sui fallimenti.

Credo che l'idea disperata che per i tossicodipendenti non ci sia nulla da fare è l'alibi per non fare nulla. Esistono, invece, vie d'uscita se si vuole cercarle e seguirle.

Sandro Margara,  
Presidente Fondazione Giovanni Michelucci di Fiesole  
Ex Direttore Generale DAP

EMANUELA FRISONI  
MARIA SIGNORINI

INVITO AI LETTORI  
per commenti sul forum:  
m.signorini@ausl.fo.it

#### Intervistati

- Rodolfo (soggetto detenuto tossicodipendente con esperienza di misura alternativa sul territorio)
- Susanna Napolitano (Magistrato di Sorveglianza di Bologna)
- Rosalba Casella (Direttore Casa Circondariale Forlì)
- Maria Grazia Cinquetti (Direttore Ufficio Esecuzione Penale Esterno di Bologna)
- Cosimo Messi (Assistente Capo Polizia Penitenziaria, Casa Circondariale Forlì)
- Flavio Maraldi (Psicologo Carcere SerT, Azienda USL Forlì)
- Carlo Rinieri (Ditta Rinieri, con esperienza d'inserimenti lavorativi di detenuti, Forlì)

#### 1. Perché una persona con problematiche di dipendenza da sostanze sceglie di aderire ad un percorso terapeutico socio-riabilitativo in carcere, come quello offerto dalla Sezione Custodia Attenuata?

**Rodolfo:** Penso che il 90% aderisca in un primo momento per ottenere una più rapida liberazione, infatti, secondo me la scrematura avviene dopo un breve periodo di prova, dove gli operatori preposti si rendono conto in maniera certa se il soggetto ha perlomeno voglia di intraprendere un percorso. Poi ci sono persone che essendo detenuti per la prima volta o altri con molti fallimenti alle spalle, chiedono un aiuto reale perché consapevoli che da soli è finita.

**Napolitano:** La sezione a custodia attenuata viene scelta all'inizio, a mio parere, principalmente come ponte verso l'esterno. Il detenuto sa anche che l'iter terapeutico trattamentale in questo tipo di sezione è impegnativo, ma effettivo, che dovrà osservare un programma che prevede vari momenti di analisi e confronto con operatori AUSL e penitenziari e che tale cammino, se positivo, potrà portare a una possibile utile alternativa al carcere con l'individuazione di un percorso riabilitativo o sul territorio o in Comunità. Penso che in chi opera questa decisione generalmente vi sia - o in ogni caso ben presto sopravvenga - una sufficiente consapevolezza che tale scelta comporta un lavoro su di sé, un momento importante per mettersi in gioco, per andare

avanti nel percorso di affrancamento dalla dipendenza, superando il tunnel detentivo, pregiudizievole di per sé e per lo più sterile nelle sezioni detentive ordinarie. Le aspettative di conseguenza possono essere tante, alle volte l'intento di recupero si scontra con le concrete capacità individuali di "esporsi" al cambiamento, mentre può anche verificarsi - in questo valido e peculiare terreno terapeutico - che una adesione, inizialmente strumentale, si risolva in una scintilla che metta in moto risorse personali celate e da valorizzare.

**Casella:** Le sezioni a custodia sono nate negli anni novanta per rispondere alle esigenze dei detenuti tossicodipendenti maggiormente motivati a seguire un percorso socio-riabilitativo, in vista di un successivo inserimento in comunità o comunque di un percorso terapeutico fuori dal carcere. La scelta dell'esperienza della custodia attenuata è motivata dalla possibilità di rendere il tempo della detenzione, in cui si realizza di regola la disuasazione fisica dalle sostanze, un momento utile nel graduale percorso terapeutico di riabilitazione. Attraverso la permanenza in un ambiente idoneo, senza le tensioni che la convivenza forzata inevitabilmente comporta, i detenuti sono stimolati a prendere coscienza delle proprie problematiche ed a riflettere su scelte diverse rispetto a quelle che li hanno condotti in carcere.

**Cinquetti:** Le ragioni sono molteplici: possono partire da posizioni strumentali per trasformarsi in azioni motivate e

partecipate o dalla consapevolezza della necessità degli altri per prendersi cura di sé, provare a liberarsi dalla dipendenza e riappropriarsi del proprio futuro.

Le sezioni a custodia attenuata, dal punto di vista strutturale sono solitamente più curate dal resto dell'istituto penitenziario ed assicurano maggiore attenzione alla persona sia dal punto di vista sanitario che dell'alimentazione. Attraverso personale qualificato puntano alla qualità della relazione con la persona tossicodipendente, solitamente angosciata da un profondo stato di solitudine e disorientamento, ed alla ricerca di rapporti positivi e forti, capaci di accompagnarla a riprendere in mano la propria vita, a far emergere le potenzialità individuali necessarie per gestire utilmente il proprio percorso riabilitativo e l'esecuzione della pena.

**Messi:** Il percorso della sezione attenuata, viene scelto prevalentemente da quelle persone che innanzi tutto vogliono mettere in discussione il proprio modo di vivere, cercando con l'aiuto degli operatori, di risolvere i problemi che hanno con le sostanze, cominciandoci già a lavorare da quando si è in carcere, con la possibilità di proseguire il cammino di riabilitazione, appositamente studiato durante la permanenza in attenuata, una volta usciti dal carcere. Questo è possibile prevalentemente in una sezione adibita a tale scopo, con personale specializzato e competente che lavora per raggiungere tali obiettivi.

**Maraldi:** Ritengo che siano diverse le motivazioni e le componenti; tra le varie motivazioni, oltre all'aspetto di attenua-

zione della pena e presa in carico dell'equipe, ritengo che la sezione attenuata carceraria possa interpretarsi idealmente come una struttura comunitaria aperta, rispetto alla sezione carceraria ordinaria. In quest'ultima convivono devianti con reati diversi, logiche e stili di vita integrati sotto il profilo malavitoso, interpretabile quindi come una struttura chiusa e totalizzante. La principale funzione di una struttura carceraria ordinaria è la gestione e "sedazione" del detenuto nell'autoconservazione e perpetuazione della struttura stessa, dove il detenuto deve adattarsi alla "istituzione totale". Nella sezione a custodia attenuata si vive un clima completamente diverso, una diversa forma di rapporto tra operatore e detenuto e detenuti stessi, basata sulla maggiore tolleranza e rispetto reciproci ma finalizzata all'individuazione di un personalizzato e adeguato percorso terapeutico trattamentale, all'interno del quale si valorizzano processi di osservazione, attenzione, ascolto, autocritica, autovalutazione, autonomia, indipendenza, esame di realtà, responsabilità, proprio come avviene in genere all'interno di una struttura comunitaria di tipo aperto.

**Rinieri:** Non siamo certo noi in grado di sapere le motivazioni personali che spingono le persone in carcere ad aderire a programmi socio riabilitativi, però pensiamo che qualsiasi cosa venga loro proposta che le allontani anche momentaneamente da quell'ambiente, sia ben accetto. Vogliamo però pensare che aderiscano anche per tentare un loro reinserimento nella società che abbia una valenza e una possibilità di recupero maggiore: recupero di rapporti interpersonali al di fuori del mondo del carcere e contemporaneamente inserimento nel difficile mercato del lavoro.



STUDIO UP

## 2. Come integrare la normativa vigente in funzione di un miglioramento dell'esecuzione alternativa della pena ?

**Rodolfo:** La normativa vigente secondo me è eccellente, se la si applica in tutta la sua discrezionalità.

Tornando a monte io migliorerei le strutture di recupero subito nella prima fase processuale, in quanto è deleterio che i tossicodipendenti con pochi mesi o pochi anni di pena, incensurati e non, entrino in carcere. Dovrebbero avere subito la possibilità di entrare in una struttura, cosa che dal mio umile punto di vista, qualsiasi magistrato offre nella prima fase processuale ma il reo non ha la possibilità di mettersi in gioco perché non esiste un servizio immediato nei tribunali.

Venendo all'esecuzione della pena si dovrebbe essere più severi nei controlli e spiegare molto bene all'utente le conseguenze che verrebbero dalla sua negativa prova, quindi alla lettura del trattamento dovrebbe partecipare una piccola équipe con "pochi peli sulla lingua". Poi sicuramente gratificare l'utente se il percorso procede bene, non solo con benefici, ma con le parole delle persone che a lui sono più vicine.

**Napolitano:** Preliminarmente è opportuno sottolineare che occorre rafforzare le possibilità di accesso alle misure alternative, ora fortemente limitata da vari impedimenti normativi (basti citare ad es. il limite poco ragionevole delle due volte per l'ammissione all'affidamento ex art. 94 DPR 309/90; la modesta possibilità di applicazione dell'istituto della detenzione domiciliare generica ex art. 47 ter 1 bis l.p. riservata solo a condannati per pene inferiori a due anni e per reati non gravi). Quanto all'esecuzione della misura alternativa la prassi vede la frequente forzata solitudine dell'azione dell'Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE). Sarebbe opportuna una specifica normativa che potenziasse la possibilità d'intervento e coordinamento con l'UEPE degli agenti del territorio, in particolare degli operatori pubblici con risoluzione delle problematiche di presa in carico e previsione di budget specifico per i beneficiari di misura alternativa. Dovrebbe, inoltre, essere rafforzata la presenza dell'esperto psicologo presso ogni UEPE del territorio nazionale in via stabile e non per poche ore.

**Casella:** Per i detenuti alla prima carcerazione è opportuno che il tempo della detenzione sia ridotto al minimo indispensabile per definire un programma terapeutico con il SerT d'appartenenza. A tal fine la sospensione dell'esecuzione in vista della concessione della misura alternativa appare un utile strumento per consentire l'avvio del percorso riabilitativo.

**Cinquetti:** Lascio la risposta agli esperti ed alle varie proposte di modifica dei codici e dell'ordinamento penitenziario. Valuto necessario, però, il passaggio dalla misura alternativa alla pena alternativa. Tale ipotesi presuppone l'approfondimento della conoscenza dell'autore del reato già nel corso del processo, l'applicazione mirata di modalità alternative alla pena detentiva, in relazione al tipo di reato commesso, che puntino a rinforzare l'azione ripartiva. La riduzione dei tempi tra la commissione del reato e la sentenza di condanna, inoltre, restituirebbe identità e dignità alla vittima riconoscendole il bisogno di giustizia anche attraverso percorsi di mediazione penale.

**Messi:** L'esecuzione alternativa della pena attualmente vigente è molto valida, forse la norma che si potrebbe aggiungere è quella di evitare di far entrare in carcere quei ragazzi diciotto-ventenni, al primo reato, arrestati per piccole quantità di sostanze stupefacenti e che spesso in carcere ci rimangono pochi giorni, quanto basta a volte per peggiorare le cose. Forse, in questi casi, si potrebbe pensare a dei lavori socialmente utili in alternativa alla detenzione, più altre sanzioni personali, come essere seguiti dai SerT; senza, insomma, arrivare al carcere, almeno la prima volta.

**Maraldi:** La normativa vigente deve essere tesa concretamente ad un raccordo e integrazione fra i principi dell'Ordinamento Penitenziario e tutte le Istituzioni ed Enti che collaborano con il carcere attraverso varie figure professionali, ove la priorità assoluta deve essere posta nel concetto di trattamento rieducativo e risocializzante del soggetto detenuto, rivolgendosi ad ogni tipo di detenuto con progetti sempre più personalizzati, tenendo conto della struttura di personalità delle risorse individuali, della recidiva.

L'aspetto fondamentale terapeutico è entrare sempre più in contatto con il "mondo interiore" di ogni persona detenuta per trasformare la carcerazione da "tempo di pena" in "tempo di vita".

**Rinieri:** Premettendo che non siamo al corrente della normativa vigente in materia, pensiamo che una maggiore collaborazione tra le istituzioni e le imprese possa migliorare il rapporto di lavoro; inoltre, secondo noi, i ragazzi dovrebbero essere seguiti maggiormente dal terapeuta anche in ambiente di lavoro, e non solo controllati ogni giorno dalle forze dell'ordine.

### 3. Quali sono gli indicatori di successo dell'esperienza della pena alternativa alla detenzione?

**Rodolfo:** Secondo me sono tanti, dando per scontato l'astinenza dalle sostanze:

- il primo sicuramente è vedere l'utente libero tra i liberi, senza più tabù galeotti nella testa;
- poi viene il fattore di ripresa a livello sociale, cioè vedere l'utente costruire qualcosa di materiale per se stesso;
- poi le esperienze di ripresa o di inizio delle proprie affettività extrafamiliari, ad es. penso al rapporto di coppia;
- per chiudere, il suo continuo desiderio di non fermarsi.

**Napolitano:** Il cambiare pagina, la creazione ex novo o il consolidamento da parte del condannato di equilibri maggiormente validi a livello sociale, familiare e lavorativo e/o l'esito positivo di un percorso terapeutico (nell'ottica della riduzione del danno o del progressivo superamento della condizione tossicomane) sono i fattori che più evidenziano l'utilità e la necessità del percorso risocializzante alternativo al carcere. Il possibile cammino di rafforzamento dell'identità più positiva del soggetto con distacco da ambienti devianti e la rottura dell'isolamento sociale in cui spesso vive la persona che ha commesso reati illuminano l'esperienza di espiazione della pena all'esterno, soprattutto quando accompagnata da una efficace interazione del soggetto con l'UEPE di riferimento e da un'adeguata sinergia con gli operatori del territorio.

Sotto il profilo giudiziario e di prevenzione

sociale, la non recidiva nel reato è un altro fattore significativo di intrinseca validità delle misure alternative: recenti ricerche dimostrano che molto modesto è il tasso di ricaduta in logiche devianti da parte di chi dalla libertà è ammesso ad affidamento in prova al servizio sociale ordinario (ex art. 47 l.p.) rispetto all'elevata percentuale di recidiva di chi esce dalla condizione restrittiva solo a seguito di espiazione dell'intera pena in carcere.

**Casella:** Le misure alternative alla detenzione hanno avuto un forte sviluppo negli ultimi anni, da ricondursi essenzialmente alla possibilità di scontare la pena in un contesto diverso dal carcere in contatto costante con i servizi del territorio. Il successo di tali misure per i tossicodipendenti va ricercato nella formulazione di seri programmi terapeutici in comunità o sul territorio da parte dei SerT, nella ricerca di soluzioni che vanno oltre il tempo della misura e possono costituire le premesse per reali progetti di reinserimento sociale.

**Cinquetti:** La prima risposta è sicuramente la non commissione di ulteriori reati. Nella scala delle priorità, riferite alla complessità delle situazioni personali, familiari e sociali, rappresentate dagli autori di reato nel corso dell'esecuzione della pena in misura alternativa, si possono aggiungere alla prima risposta alcuni indicatori di successo quali:

- la capacità di controllare l'impulso all'uso di sostanze stupefacenti o di alcolici, in situazioni di stress emotivo;
- la maturata consapevolezza del danno prodotto con i propri comportamenti anti-giuridici e l'esigenza di riabilitazione nei confronti di se stessi (oltre che degli altri) agita anche attraverso una serie di azioni riparative
- l'acquisizione di comportamenti socialmente adeguati espressi attraverso il mantenimento di un posto di lavoro, il recupero di buone relazioni familiari e sociali, la capacità di gestire le proprie esigenze economiche senza ricorrere a mezzi non legali, ecc. Tutto ciò rapportato alle proprie risorse personali; io ripeto sempre che la responsabilità delle nostre azioni è direttamente proporzionale agli strumenti che possediamo.

**Messi:** Un indicatore di successo è la possibilità di effettuare con la pena alternativa, un percorso pratico e concreto di reinserimento nella società, appositamente

studiato per adattarlo alla persona, monitorato costantemente, per tutta la durata, dai vari operatori dei servizi sociali, SerT, Comunità, etc.



STUDIO D'ARTE

**Maraldi:** Gli indicatori di successo dall'esperienza della pena alternativa alla detenzione, si riscontrano principalmente nel riuscire a trovare la strada più adeguata per la reintegrazione sociale di ogni persona detenuta, evitando la recidiva, lavorando sempre di più sul concetto d'identità positiva rispetto al contesto di logiche negative, malavitose, devianti in cui spesso - fuori - ritornano alcune persone che in carcere hanno espresso revisione critica, potenzialità personali e senso di responsabilità.

**Rinieri:** I tentativi che ci hanno coinvolti oramai da diversi anni, sono stati dal nostro punto di vista positivi: i ragazzi che sono venuti da noi si erano ben inseriti nel nostro ambiente lavorativo (buoni rapporti con gli altri dipendenti, e impegno nelle mansioni loro affidate), però per vari motivi (problemi sorti all'interno del carcere, problemi d'ordine burocratico...) il rapporto si è sempre interrotto non da parte nostra e non è più ripreso. Perciò, se il successo dell'esperienza della pena alternativa si deve valutare sul seguito che ha avuto il rapporto di lavoro, allora si può considerare che i tentativi fatti da noi sono stati fallimentari.

Emanuela Frisoni, responsabile Servizio Teatro  
Comunità Papa Giovanni XXIII  
cell. 348 2488139  
email: teatro@apg23.org

Maria Signorini, psicologa psicoterapeuta AUSL Forlì,  
équipe Carcere SerT  
tel. 0543 33208  
email: m.signorini@ausl.fo.it

ANGELO FIORITTI

## LA TUTELA DELLA SALUTE IN CARCERE: PROBLEMI E PROSPETTIVE IN EMILIA-ROMAGNA

### Introduzione: lo scenario nazionale

La tutela della salute nelle carceri sta diventando rapidamente una priorità nelle agende istituzionali degli organi politici e delle amministrazioni preposte. A ciò contribuiscono vari fattori, non ultimo la reale emergenza nella quale versano alcuni penitenziari. Al di là dei dibattiti relativi al ruolo dell'istituzione penitenziaria nella nostra società, è proprio sul terreno dei servizi sanitari che sembra esserci oggi il maggiore fermento istituzionale.

L'attuale organizzazione della assistenza sanitaria nelle carceri poggia sulla legge di ordinamento penitenziario n. 354/75 e sul Nuovo Regolamento di Esecuzione, emanato con D.P.R. 30/06/2000, n. 230. Si tratta di un impianto pensato al tempo delle "leggi speciali" che poggia sul criterio di sicurezza e sulla autosufficienza della Amministrazione Penitenziaria per garantire assistenza al proprio interno. Dal 1975 lo scenario dell'universo penitenziario e dei principali problemi di salute pubblica sono profondamente mutati. La popolazione è più che raddoppiata (da 29.000 ad oltre 60.000 prima dell'indulto), nel carcere si sono affacciati problemi nuovi come la tossicodipendenza, l'AIDS ed altri si sono aggravati, come quelli legati ai disturbi mentali ed alle patologie degli immigrati. La scheda 1 illustra sinteticamente la realtà e le principali criticità dell'assistenza sanitaria in carcere, ad esclusione dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, aspetto che richiederebbe un approfondimento a sé.

L'Amministrazione Penitenziaria incontra oggi notevoli difficoltà nel garantire con le sue sole forze la tutela della salute delle persone detenute. E' percezione comune tra chi vi opera che solo un collegamento tra servizi di base interni ed un articolato sistema

interno/esterno di servizi specialistici può produrre per il detenuto le stesse garanzie di tutela della salute rispetto ai cittadini non ristretti in carcere. Ed è del tutto evidente che tale complesso sistema può essere garantito solo dal Servizio Sanitario Nazionale.

Tale era l'intendimento del legislatore con l'approvazione della 230/99 (legge Bindi), legge che ha incontrato notevoli ostacoli nella sua realizzazione a livello centrale e periferico durante la precedente legislatura. Essa ha comunque indicato una strada per certi versi ineludibile, quella del passaggio delle funzioni sanitarie ai Servizi Sanitari Regionali, ed ha prodotto alcuni risultati che tutti giudicano con favore, come la creazione del presidio di intervento sulle dipendenze patologiche in carcere garantito dal SerT competente territorialmente. Il valore di questa innovazione è divenuto del tutto evidente al momento dell'indulto, quando oltre il 95% dei detenuti dipendenti rimessi in libertà ha mantenuto una continuità terapeutica proseguendo all'esterno il programma avviato in carcere.

Oggi in un mutato scenario politico diverse forze richiedono con insistenza la acquisizione di responsabilità del SSR in toto od in parte, per lo meno in quelle aree di maggiore vulnerabilità del cittadino carcerato e di maggiore profilo etico, come la psichiatria, l'infettivologia, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, tuttora gestiti dall'amministrazione penitenziaria. Una commissione interministeriale sta lavorando a ritmi serrati per arrivare entro la fine del 2007 ad elaborare proposte in tal senso. E' possibile che l'intera vicenda assuma la veste di un nuovo Decreto Legislativo che unifichi in un solo quadro provvedimenti nazionali e locali a realizzazione di questo passaggio.

La regione Emilia-Romagna ha cercato di percorrere strade innovative e di concordare modalità di col-

laborazione con il Ministero della Giustizia e con il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria che producano un miglioramento immediato della assistenza e preparino la strada ad un completo passaggio delle funzioni assistenziali al SSR.

#### **La collaborazione tra Amministrazione Penitenziaria e Servizio Sanitario Regionale in Emilia-Romagna**

In Emilia-Romagna sono presenti 12 stabilimenti penitenziari: 3 carceri con meno di duecento detenuti (Rimini, Ravenna, Forlì), 3 carceri di medie dimensioni (Ferrara, Reggio Emilia e Piacenza), 3 carceri di grandi dimensioni (Bologna, Modena e Parma), 2 Case di lavoro (Castelfranco Emilia e Saliceta San Giuliano, entrambe in provincia di Modena), l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia. La popolazione che prima dell'indulto era di circa 4.000 unità è oggi intorno alle 3.000 presenze giornaliere. Si può dire che in Regione sono presenti le principali tipologie di istituzioni penitenziarie e si incontrano i problemi che mediamente si trovano nelle regioni più grandi.

La popolazione detenuta è per 1/3 locale, per 1/3 di cittadini italiani di fuori regione e per 1/3 circa di cittadini immigrati, con o senza permesso di soggiorno.

Il nostro territorio ha dedicato ampia attenzione alla istituzione carceraria con una lunga tradizione di associazionismo attivo con finalità umanitarie, educative e di rappresentanza dei diritti delle persone ristrette. Tale storica collaborazione ha fatto sì che ancor prima del DLgs 230 esistessero protocolli di collaborazione in ambito sanitario che però solo dopo tale legge hanno richiesto di essere sistematizzati.

Rispetto allo scenario nazionale, in Emilia-Romagna già oggi esiste un sistema integrato SSR-Amministrazione Penitenziaria e si può oggi puntare ad un effettivo trasferimento di tutte le funzioni, sempre che le scelte di livello nazionale lo consentano. Alcuni elementi di alta qualificazione del sistema misto sono stati realizzati a partire dal lavoro di una commissione paritetica con dirigenti delle due amministrazioni che sin dal 2000 ha elaborato progetti e ne ha curato la implementazione:

#### **Scheda 1**

##### **L'ASSISTENZA SANITARIA NELLE CARCERI**

**Istituti penitenziari attivi:** 203 ognuno dei quali dotato di un presidio sanitario diretto da un Medico Incaricato dipendente dell'AP. I presidi sono classificati in: I livello (meno di 250 detenuti), il livello (più di 250 detenuti, presenza medica sulle 24 ore), III livello (dotati di strutture sanitarie specialistiche; Centri Diagnostici Terapeutici, come Pisa, Parma e Milano Opera...)

**Capacità nominale:** 42271

**Presenze al 31.12.2005:** 59.523 (pre-indulto)

**Presenze al 31.12.2006:** 39.005 (di cui 5.997 in case di reclusione, 31.608 in case circondariali e 1.400 presso Istituti per le misure di sicurezza). Di questi 13.152 sono stranieri.

**Stato di salute** della popolazione detenuta: Grave 2%, Compromesso 3%, Mediocre 8% (analisi dell'Indice di Stato di Salute, Min Giustizia, 2006).

**Patologie più diffuse:** Infettivologiche, psichiatriche, tossicodipendenza, osteo-articolari, cardiovascolari. Rilevanti per questioni etiche quelle della sfera ginecologica e infantile.

**Morti avvenute in prigione:** 115, di cui 57 suicidi (anno 2005)

**Costo totale del sistema penitenziario:** € 2.549.831.098,00 (2004)

**Costo totale del sistema sanitario penitenziario:** € 129.080.000,00 (2004, fonte DAP)

**Numero di medici ed altri operatori sanitari impiegati** (escluso OPG): 350 medici dipendenti, oltre 500 tra infermieri e tecnici dipendenti, 2.500 tra medici ed altri operatori in convenzione libero professionale

#### **AREE GIÀ COPERTE DAL SSN:**

**Interventi sulle dipendenze patologiche** (il personale è transitato alle AUSL sulla base del DLgs. 230 e tuttora viene finanziato con provvedimenti ad hoc in finanziaria e deliberazione del CIPE all'interno del riparto del FSN alle regioni).

**Igiene e vigilanza sanitaria** (a cura dei Dipartimenti di Sanità Pubblica, nessun finanziamento).

Inoltre in alcune Regioni si sono avviate ulteriori aree di collaborazione su: farmaceutica, laboratoristica, reparti medici specializzati presso ospedali civili, . . . , tutto a completo carico delle regioni

#### **CRITICITÀ:**

Difficoltà di **continuità delle cure alla scarcerazione**, **difficoltà di garantire tempestive cure in situazioni di emergenza** (trasferimenti in UTIC o in chirurgia), difficoltà di garantire il pieno range dei trattamenti terapeutici e riabilitativi in carcere (ad es.: riabilitazione psichiatrica, riabilitazione fisioterapia . . .).



- completo passaggio dell'intervento sulle dipendenze patologiche ai SerT e degli interventi di igiene e prevenzione ai Dipartimenti di Sanità Pubblica delle AUSL;
- sempre nell'ambito delle dipendenze patologiche, apertura di due sezioni a custodia attenuata (SEATT) a Rimini e Forlì;
- attivazione di una cartella sanitaria unica a livello regionale e relativa informatizzazione e con successivi aggiornamenti ed implementazioni, messa in rete a livello regionale dal 2002 e tuttora in essere;
- fornitura gratuita dei farmaci di fascia A e B da parte dei Servizi Farmaceutici delle rispettive Aziende Sanitarie;
- fornitura da parte delle Aziende Sanitarie della Regione a titolo gratuito delle prestazioni laboratoristiche e degli esami strumentali;
- fornitura in comodato di uso gratuito di defibrillatori per la rianimazione cardio polmonare (BLSD) e finanziamento dei corsi per gli esecutori;
- realizzazione di seminari di formazione congiunta sulla gestione delle Aree Sanitarie negli Istituti Penitenziari, rivolto ai medici responsabili ed ai coordinatori tecnico-infermieristici delle Aree Sanitarie delle carceri ed ai referenti AUSL della Medicina Penitenziaria;
- attivazione dal 2000 del reparto Antares all'interno dell'O.P.G. di Reggio Emilia, nel quale il personale di polizia penitenziaria è affiancato ed in parte sostituito da personale infermieristico, psicologico ed educativo di area sanitaria, finanziato con fondi regionali;
- inoltre dal 2003 la regione finanzia tutti i progetti individuali di dimissione dal OPG, rimborsando alle Aziende USL tutte le spese relative ai primi anni dopo la dimissione. Tale accordo è stato definito a garanzia della tempestività della dimissione venuti meno i motivi di salute e di sicurezza per la permanenza nell'OPG; è prevista per il prossimo autunno l'apertura di una struttura di accoglienza transitoria per soggetti in dimissioni dall'OPG in provincia di Forlì.

### Il nuovo accordo regionale sulla specialistica

Il 5 Giugno 2007 il Presidente della Giunta Regionale ed il Direttore Generale del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria hanno firmato un protocollo di accordo politico che identifica gli obiettivi di collaborazione e riconosce, tra le altre cose, la necessità di procedere rapidamente e completamente al passaggio della Medicina penitenziaria al Servizio

Sanitario Regionale. Inoltre l'Assessore Regionale alle Politiche per la Salute ed il Provveditore Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria hanno sottoscritto un accordo operativo che, nel confermare tutte le aree di collaborazione già esistenti, stabilisce che dal 1° giugno 2007 le attività medico specialistiche negli istituti penitenziari sono assicurate dal Servizio Sanitario Regionale. Si tratta di un profondo cambiamento che consente di meglio ottemperare al mandato del Dlgs 230/99. La collaborazione che si è avviata è la prima sperimentazione che porta un'Amministrazione Regionale a farsi carico interamente delle attività specialistiche nelle carceri.

Le prestazioni di psichiatria ed infettivologia sono oggi rese in tutti gli istituti di pena da personale dipendente o a contratto diretto con le AUSL. Nelle carceri di maggiori dimensioni vengono garantite anche prestazioni specialistiche di cardiologia, ginecologia, oculistica, otorinolaringoiatria e dermatologia. Complessivamente i Servizi Specialistici delle Aziende Sanitarie rendono disponibili circa 800 ore mensili di attività professionale medico-specialistica con un impegno economico a carico della Regione che su base annua è pari a € 800.000,00. Da questo momento in poi il problema diventa progettuale. L'afferenza dei servizi specialistici alle AUSL consentirà di creare anche per le altre specialità quanto si è realizzato nelle dipendenze patologiche, vale a dire una reale continuità dell'assistenza tra il dentro ed il fuori dal carcere? L'area sanitaria così maggiormente estesa riuscirà a promuovere un passaggio da attività mediche consulenziali e finalizzate alla prescrizione a pratiche di presa in carico più complessiva? La salute mentale in particolare sarà in grado di avviare all'interno del carcere anche una azione rivolta alle variabili ambientali ed alla promozione della salute? In che modo salute mentale e dipendenze patologiche che nella nostra regione afferiscono allo stesso dipartimento, sapranno integrarsi fattivamente anche in carcere?

E' con la consapevolezza della importanza che questi processi trasformativi hanno per la salute della popolazione detenuta che gli operatori delle due amministrazioni e dei vari servizi coinvolti, stanno continuando un percorso di collaborazione di grande valore etico e scientifico.

Angelo Fioritti  
Psichiatra, Responsabile del Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri, Assessorato Politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna  
tel. 051 6397262  
email: salutementale@regione.emilia-romagna.it

STEFANO COSTA

## CONSULTAZIONE TERAPEUTICA CON I MINORI AUTORI DI REATO

Il tema del disturbo della condotta e del suo inquadramento psicopatologico ha rappresentato all'interno della nostra Unità Operativa di Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva un campo di particolare interesse che ha prodotto negli anni diversi studi:

- nella nostra prima analisi di una casistica di pazienti con disturbo della condotta emerge un'alta percentuale di aspetti depressivi rilevati dall'anamnesi e dai test, aspetti che la semplice rubricazione del disturbo secondo le codificazioni nosografiche ICD e DSM non aveva messo in luce (Rigon G., Costa S. et al., 2000<sup>1</sup>)
- a conferma di questi dati, in uno studio successivo, risulta che, analizzando gli elementi derivati dai test (scale self-report e proiettivi) si rilevano aspetti depressivi in una percentuale che va dal 58% al 53% della casistica: è stato quindi possibile codificare questi pazienti che si presentavano alla nostra osservazione per una sintomatologia inquadrabile come un disturbo della condotta, anche con una diagnosi di depressione. Questa specificazione diagnostica ha ovviamente importanti conseguenze anche sul piano terapeutico.<sup>2</sup>
- nei dati di un terzo studio<sup>3</sup> appare evidente, invece, la rilevanza nella genesi dei comportamenti aggressivi di eventi negativi nell'ambito familiare quali maltrattamento, abuso sessuale, morte violenta di un genitore, abbandono da parte della madre, abuso psicologico da parte di un genitore affetto da grave disturbo psichiatrico.

In accordo con ciò, in questo studio, si rileva che, secondo l'opinione dei clinici intervistati, il fattore terapeutico che ha maggiormente contribuito ad un buon esito del trattamento è una positiva alleanza/contratto con la famiglia.

Per quanto riguarda il trattamento Rutherford (1986<sup>4</sup>)

afferma, che l'intervento della giustizia per la popolazione minorile sarebbe passato da un approccio iniziale centrato sulla punizione e la pena detentiva, ad una seconda fase orientata sull'assistenza, ad un terzo più recente orientamento centrato sul trattamento.

Harris D.P., Cote J.E., Vipond E.M., 1987<sup>5</sup> hanno realizzato uno studio per identificare i fattori terapeutici del trattamento in comunità di giovani delinquenti. I fattori identificati in correlazione ad un buon esito nel centro risultano: la fermezza, il calore, l'armonia, un'alta aspettativa, una buona disciplina e un approccio pratico alla formazione.

Bazemore G., Terry C., 1997<sup>6</sup> propongono un modello di riabilitazione per giovani delinquenti basato sulla reintegrazione. L'approccio prevede un forte investimento nel reinserimento sociale con la creazione di relazioni positive nei gruppi convenzionali e la capacità di inserirsi nella società e di essere accettato come suo membro.

Gli autori affermano che ai ragazzi che hanno commesso reato sono offerte poche possibilità di fare ammenda con le vittime e con la comunità come poche sono le occasioni in cui si possono sviluppare comportamenti produttivi e convenzionali che possono aiutare a cambiare la percezione propria ed altrui nella comunità per stabilire o ristabilire legami. Questo approccio porta a coinvolgere i gruppi della comunità non solo nella prevenzione, ma anche nel sanzionamento e nella riabilitazione e nelle attività reintegrative.

Rutter (2002<sup>7</sup>) propone interventi di tipo cognitivo comportamentali per promuovere "strategie di successo" facilitando lo sviluppo di abilità con cui affrontare lo stress promuovendone la risoluzione con strategie attive focalizzate sul problema.

Nel citato rapporto del 2006 sulla condizione del-

l'infanzia e dell'adolescenza in Italia dell'Istituto Innocenti viene fatta una sintesi degli elementi fondamentali del trattamento per i minori autori di reato: "in definitiva il trattamento riabilitativo della tendenza antisociale e della delinquenza giovanile si rivela un prezioso ambito di prevenzione secondaria rispetto al rischio di reiterazione di ulteriori comportamenti devianti; è però utile considerare gli aspetti metodologici che risultano essenziali per la sua riuscita:

- la decodifica del reato a sintomo di disagio psicoevolutivo comunicato attraverso l'azione, per la carenza di un processo di pensiero capace di modulare la sofferenza psichica implicita nella crescita e nello sviluppo;
- la lettura dell'atto trasgressivo come "segno di speranza" per l'adolescente, in quanto evocativo di una risposta ambientale necessaria al suo recupero evolutivo;
- la proposta attiva e partecipe al ragazzo e alla famiglia di un progetto di recupero maturativi, teso a riscoprire e rimotivare le potenzialità evolutive del ragazzo e favorire la fuoriuscita dal circuito penale;
- l'attivazione della famiglia del ragazzo in modo che sia presente, sia supportata e resa consapevole nell'assunzione dei ruoli a cui è richiamata dalle esigenze riabilitative del figlio;
- l'erogazione di interventi mirati alle esigenze psicosocioeducative del singolo adolescente, offrendo specifiche opportunità di trattamento psicologico, sociale, di recupero scolastico, formativo e di reintegrazione in tempi reali - quindi anche nella fase di indagine del pubblico ministero - al fine di prevenire tempestivamente ulteriori comportamenti antisociali."

Secondo Maggolini<sup>8</sup> i programmi di intervento più efficaci sono multimodali ed integrati (progetti che agiscono sul minore e sui suoi diversi contesti e che combinano strategie psicologiche ed educative), soprattutto orientati a riconoscere un senso soggettivo al comportamento antisociale e a sostenere l'acquisizione di responsabilità, favorendo la costruzione dell'identità dell'adolescente ed il suo inserimento sociale.

### Il nostro modello di lavoro

La collaborazione fra il Centro di Giustizia Minorile per l'Emilia Romagna e le Marche e l'UO di Psichiatria e Psicoterapia dell'età evolutiva è iniziata nel 2000 e si concretizza con consulenze periodiche, solitamente a cadenza settimanale, presso l'Istituto Penale Minorile di Bologna, presso la Comunità Ministeriale di Bologna e le altre Comunità che collaborano con il Centro di Giustizia Minorile.

La richiesta della consulenza avviene da parte del personale medico, educativo o di custodia dei ragazzi in relazione ad una sintomatologia di tipo psichiatrico, in raccordo e a completamento del lavoro di sostegno sociale, educativo e psicologico assicurato ai ragazzi dal personale dei Servizi Minorili della Giustizia.

Durante la consulenza viene esplicitata al ragazzo la richiesta ricevuta, assieme a lui vengono esplorate le necessità che egli avverte e quali siano le concordanze e le differenze rispetto alle richieste ed alle indicazioni degli operatori.

Da segnalare, che in nessun caso viene richiesta la natura del reato commesso (anche se capita talvolta che i ragazzi stessi vogliono raccontarlo); la motivazione di questa scelta è legata innanzitutto alla volontà di non condizionare né il terapeuta, né il campo relazionale per i risvolti morali dell'atto compiuto, di non coinvolgere il terapeuta come ulteriore figura, dopo assistenti sociali, giudici ecc., che si debba esprimere riguardo alla colpevolezza od innocenza del minore, ma soprattutto, in conseguenza di quanto finora detto, per concentrare il campo dei colloqui su un focus terapeutico attuale ed eventualmente più rivolto alle prospettive future del ragazzo che alle problematiche passate.

Nell'ottica di lavoro di rete questo atteggiamento terapeutico è reso possibile dal fatto che ad altri colleghi, psicologi ed assistenti sociali dei Servizi della Giustizia Minorile, è affidato il compito di riflettere con il minore sul reato e sulle implicanze psico-sociali dello stesso.

L'attenzione costante è quella di una graduale costruzione di una alleanza di lavoro in un clima di reciproco rispetto e fiducia che parte dalla esplicitazione franca dei ruoli, dei mandati e delle aspettative reciproche. Vengono quindi discussi con i ragazzi i problemi più attuali come ad esempio le difficoltà nel dormire, i problemi di alimentazione, le difficoltà di socializzazione, per poi passare, laddove sia possibile, ad una analisi delle prospettive future e di quanto il ragazzo potrà fare per costruire la propria autonomia.

Il referto della consulenza viene sempre letto al ragazzo prima di essere consegnato agli operatori e ogni proposta terapeutica, a partire da quella farmacologica, fino alle proposte di attività e ai progetti di inserimento in comunità, è discussa e concordata preventivamente prima di essere esposta agli operatori. In alcuni casi, soprattutto di ragazzi detenuti in IPM, il lavoro si è dovuto limitare al tentativo di rendere consapevole il ragazzo delle proprie problematiche al fine di fargli, quindi, accettare un qualsiasi tipo di trattamento basato solo su colloqui o anche col supporto

della terapia farmacologica. In un caso, ad esempio, il lavoro terapeutico si è incentrato sulla accettazione da parte del ragazzo di una terapia farmacologica che consentisse un controllo degli agiti prevalentemente autoaggressivi, così da evitare un ricovero psichiatrico in strutture per adulti.

Anche in una situazione così particolare, come quella delle istituzioni carcerarie, abbiamo cercato di mantenere fermi quelli che abbiamo indicato come gli elementi caratteristici del nostro approccio (Rigon G., Costa S. 2002<sup>2</sup>):

1. mantenere attenzione all'altro come individuo unico, peculiare, con una sua specifica storia di vita e specifiche modalità di risposta psicologica, il che significa sapersi mettere in ascolto delle dinamiche relazionali interne, del paziente e proprie, ed esterne, per cercare di comprendere al di là del sintomo il significato comunicativo di questo e riuscire ad essere in sintonia.
2. mantenere, soprattutto in fase diagnostica, un approccio positivo: la diagnosi non si traduce in un elenco di problemi, un elenco "negativo" di sintomi, ma punta agli aspetti dinamici ed alle potenzialità per stabilire un progetto terapeutico che fornisca indicazioni per la scelta del trattamento più appropriato.
3. l'idea che di fronte ad ogni situazione patologica, per quanto grave, occorre impegnare tutte le risorse professionali per andare in aiuto al ragazzo cogliendo e sviluppando le potenzialità, per quanto ridotte, che ogni caso offre; l'esperienza infatti dimostra che in diverse occasioni sono possibili cambiamenti effettivi e concreti e miglioramenti anche di fronte a casi complessi e con sintomatologie gravi.

Applicare concretamente questo modello teorico nella particolare cornice dell'Istituto Penale Minorile, dove l'intervento di consulenza psichiatrica è richiesto, sia per contenere stati di agitazione, atti autolesivi, ma anche per affrontare stati depressivi o sintomatologie ansiose quali insonnia e disturbi psicosomatici, significa per noi eseguire un intervento propriamente psichiatrico, attuato principalmente attraverso colloqui e mediante l'uso di una terapia farmacologica, con una finalità che intende andare oltre la pura risoluzione sintomatologica e punta anche ad un intervento con una valenza di tipo psicoterapico.

Infatti, pur nella limitatezza e spesso indeterminatazza dei tempi, attraverso i colloqui e più in generale mediante la modalità di gestione della consulenza, puntiamo innanzitutto ad instaurare una alleanza di lavoro ed un rapporto di fiducia e, quindi, ad aprire

al ragazzo nuove modalità di relazione con l'adulto e nuovi modi di considerare sia i propri atti, sia il proprio futuro, provocando una spinta alla interruzione del circolo vizioso negativo ed una ripresa, consapevole e responsabilizzante, del percorso evolutivo.

Lo studio della casistica<sup>10</sup> seguita ha dimostrato una elevata percentuale di esito positivo del trattamento, mediante la scala di valutazione CGAS. Con l'analisi statistica è stata dimostrata una relazione di dipendenza statisticamente significativa fra buon esito del trattamento e due fattori:

1. collocamento in Comunità,
2. presenza nel progetto terapeutico dell'elemento della responsabilizzazione.

Mentre la mancanza di consapevolezza della problematicità della propria situazione risulta in relazione con un cattivo esito.

La metodologia di intervento da noi praticata e sopra descritta ha come punti determinanti la costruzione di una alleanza di lavoro attraverso la considerazione, a tutti gli effetti, dei ragazzi come protagonisti dell'intervento svolto su di loro e mediante l'identificazione di elementi condivisi e concretizzabili di intervento e risulta essere maggiormente efficace quando il minore è inserito in una Comunità.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 RIGON G., COSTA S., CHIODO S., (2000), Problemi di diagnosi e trattamento nelle sindromi e Disturbi comportamentali ed Emozionali, *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, vol. 67: 263-270.
- 2 RIGON G., COSTA S., et al., (2003) Les troubles des conduites à l'adolescence: expérience d'un centre de jour, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12.2.
- 3 POGGIOLI D.G., MANCARUSO A., RIGON G., (2001) Il disturbo della condotta in età evolutiva: contesto ambientale ed aspetto individuale, *Atti Seminari di Alpe Adria*.
- 4 RUTHERFORD A., (1986) *Growing out of crime*, Penguin Books, Harmondsworth (Middelsex).
- 5 HARRIS D.P., (1987) Cote J.E., Vipond E.M., Residential treatment of disturbed delinquents: description of a centre and identification of therapeutic factors, *Can. J. Psychiatry*, Vol. 32.
- 6 BAZEMORE G., TERRY C., (1997) *Developing delinquent youths: a reintegrative model for rehabilitation and new role for the juvenile justice system*, Child Welfare League of America.
- 7 RUTTER M., (Ed. Orig 1995) *I disturbi psicosociali dei giovani*, Armando Editore, Roma 2002.
- 8 MAGGIOLINI A., (2005) Un modello di intervento psicologico dei servizi della giustizia minorile con gli adolescenti antisociali, *Minori Giustizia*, n. 4.
- 9 RIGON G., COSTA S., (2002) *Interventi in psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva*, Franco Angeli, Milano.
- 10 COSTA S., RIGON G., (2003) Il lavoro clinico con i minori sottoposti a misura cautelare, *Imago*, 3, 213-226.

Stefano Costa,  
Neuropsichiatra infantile, psicoterapeuta, U.O. Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva/ Dipartimento Salute Mentale, AUSL BO. Professore a contratto Scuola di Spec. in NPI/Università di BO.  
tel. 051 6478305  
email: stefano.costa@ausl.bologna.it

EMANUELA FRISONI

## DALLE ARMI ALLE ARNIE

Intervista a Marco Cavicchioli

Dalle armi alle arnie, ovvero dalla polvere da sparo al miele. Un'esperienza senz'altro singolare quella messa a punto dalla Comunità Papa Giovanni XXIII in Toscana, per la precisione in Lunigiana, incontaminato angolo di terra al confine tra Emilia Romagna e Liguria. E' qui che si trova la sede della Cooperativa sociale *Il Pungiglione*, un'ex fabbrica di polvere da sparo dove oggi un significativo numero di ex detenuti è impegnato nella lavorazione del miele e in un reparto di falegnameria allestito per la realizzazione delle arnie. Una risposta concreta avviata ormai da dieci anni per detenuti in regime di pena alternativa, incentrata sul lavoro, sull'integrazione nel territorio; un percorso educativo volto al recupero della persona, nell'ottica di offrire un'alternativa al costoso e sovraffollato sistema carcerario.

Coinvolti nell'impresa psicologi, educatori, apicoltori e falegnami locali animati dalla convinzione che sia



C.C. Rimini

possibile tentare di rendere dignitosa la vita di chi ha commesso un errore. D'altro canto alcuni dati confermano questa intuizione secondo la quale, chi espia la pena per intero in carcere, una volta libero ricade a delinquere nel 75% dei casi rispetto al 12% di chi ricade nell'errore espianando la pena attraverso le misure alternative (Margara, 2006).

“L'attuale sistema carcerario - sottolinea Mauro Cavicchioli, responsabile della Cooperativa e animatore del Servizio Carcere per la Comunità Papa Giovanni XXIII non dà le risposte necessarie ai bisogni della persona”. Cavicchioli, 53 anni, gli ultimi 20 spesi per riportare ad una vita dignitosa gli ex detenuti, accogliendoli anche nella propria famiglia, denuncia senza mezzi termini l'inutilità dell'attuale sistema di detenzione sostenendo quanto questo faticosi a dare le risposte necessarie ai bisogni della persona

“Sono uomini e donne che vengono da storie difficili, di violenza ed emarginazione, vissute spesso fin da piccoli. Vivere in una struttura come il carcere, impregnata ancora una volta di violenza, psicologica più che fisica, non li può certo aiutare”.

Cavicchioli non ha dubbi sugli ingredienti indispensabili per una vera riabilitazione

“Se la persona si sente accolta per quello che è, inizia un percorso di cambiamento. Occorre però un punto di riferimento, capace di instaurare una relazione affettiva e autorevole allo stesso tempo. Sono importanti anche altri aspetti, come il lavoro che dà la possibilità di conquistare l'autonomia. E' fondamentale passare dalla semplice solidarietà alla giustizia”.

**La cooperativa sociale Il Pungiglione. Di che cosa si occupa nello specifico?**

“Svolgiamo tutte le attività connesse alla filiera del miele, dalla costruzione delle arnie all'allevamento delle api, fino alla produzione e commercializzazione del miele. L'attività - continua Cavicchioli - diventa occasione di recupero per persone che vengono dall'esperienza del carcere, ma anche di incontro con il territorio, che è forse l'aspetto più significativo perché crea le condizioni per superare la barriera tra il mondo del carcere e la società.

### Difficoltà?

Rispetto al territorio la sfida sta dando risultati positivi, anche se non mancano le fatiche. All'inizio soprattutto nei territori in cui sono presenti le nostre realtà di accoglienza residenziali ci siamo scontrati con una cultura, una mentalità di rifiuto. A distanza di 5-6 anni di collegamento diretto con la realtà che ci circonda, ci sono segnali positivi con le persone che passano per le nostre strutture residenziali e lavorative. Da un atteggiamento iniziale molto ostile, c'è stato un percorso positivo, è un importante segnale.

### Risultati?

L'esperienza, personale è positiva e anche gratificante sotto l'aspetto umano.

A 15 anni di distanza in cui abbiamo vissuto l'accoglienza, la condivisione, tentativi vari di aiuto, e l'apertura della cooperativa di lavoro, sono passate 140-150 persone con un percentuale di 60-70% di recupero e risultati validi in termini di non ritorno in carcere. Con molte persone siamo ancora in contatto o siamo insieme ancora, un bilancio di cui ritenerci soddisfatti.

### Nella proposta che fate qual è l'elemento peculiare su cui si basa il recupero?

Diventare punti di riferimento a livello affettivo, creare rapporti di amicizia, vera e autentica e mantenerla nel tempo, poi le regole, il lavoro, i soldi. Saper lavorare in rete coi servizi presenti nel territorio e non solo. Nel progetto della cooperativa, oltre alla Papa Giovanni XXIII ci sono importanti partners che hanno collaborato da un punto di vista economico tra cui alcune fondazioni bancarie, la Comunità europea, la Regione Toscana, la Caritas nazionale; fattivamente, nella vita di tutti i giorni collaborano con noi il Carcere di zona, i Comuni locali, la Comunità Montana, l'Azienda ASL, gli apicoltori della zona e tanti privati cittadini che vedono nel nostro centro un punto di riferimento competente in materia.

L'accoglienza, la condivisione diretta, il lavoro, in sin-

tesi gli elementi fondanti della nostra attività educativa, percorso ancora più avvalorato dai recenti sviluppi del nostro lavoro in paesi poveri del sud del mondo; come cooperativa, stiamo infatti promuovendo progetti di apicoltura in terra di missione. Succede così che persone scartate dalla nostra società diventano motivo di speranza anche per i poveri in Paesi come il Kenya, la Tanzania, la Romania. E ciò dà un valore aggiunto a questa esperienza.



STUDIO IUP 07

Mauro Cavicchioli, responsabile Servizio carcere - Papa Giovanni XXIII  
cell. 348 2488124  
email: [pungiglione@apg23.org](mailto:pungiglione@apg23.org)

Emanuela Frisoni, responsabile Servizio teatro - Comunità Papa Giovanni XXIII  
cell. 348 2488139  
email: [teatro@apg23.org](mailto:teatro@apg23.org)

DEBORA SANTINI  
MARIA SIGNORINI

## DIVERSE DETENZIONI

Risorse e criticità delle esperienze di sezione attenuata nell'area Vasta Romagna

### 1 Sezione attenuata C.C. Rimini

Ci troviamo all'interno della Casa Circondariale di Rimini in una struttura situata all'esterno del muro di cinta. La SEATT Andromeda ospita un numero limitato di detenuti che fanno richiesta di trattamento per le loro problematiche di dipendenza patologica. Sono 16 i posti alla SEATT che dal 2003 è stata battezzata Andromeda, **sono pochi quindi coloro che vi accedono** dalle sezioni ordinarie dell'Istituto di Rimini, ancora meno sono, al momento, quelli che riescono ad essere inseriti da altri Istituti carcerari.

In Andromeda lavorano alcuni agenti di Polizia Penitenziaria, sempre gli stessi, la giornata per i detenuti si svolge all'interno della struttura, una casetta con 4 stanze, un campo sportivo, una cucina, un soggiorno, i contatti con l'interno dell'Istituto sono ridotti al minimo (infermeria, matricola...).

Il periodo trascorso in Andromeda, che può variare per ogni detenuto dai tre ai nove mesi circa, permette un **minor apprendimento delle regole del mondo carcerario** e comportamenti tipici delle sezioni ordinarie, questo aspetto è molto importante soprattutto per chi affronta una prima carcerazione.

Nonostante una particolare predisposizione degli Agenti preposti ad un ambiente carcerario diverso dal consueto, dove il rapporto con i detenuti non è, attenzione, di confidenza ma **più educativo**, a monte ancor oggi **manca un'attenzione alle esigenze formative** di tali Agenti in questi contesti di trattamento. L'approccio che essi utilizzano è a volte improvvisato e altalenante fra esigenze di sicurezza e atteggiamenti trattamentali.

Gli agenti, come l'educatore della Cooperativa Sociale Cento Fiori che operano quotidianamente, diventano per alcuni utenti **punti di riferimento** a cui si rivol-

gono per affrontare le difficoltà e le crisi che a volte i detenuti tossicodipendenti incontrano in questo tipo di "diversa detenzione". Può accadere quindi che l'immagine attribuita spesso agli agenti dagli ospiti in questi contesti possa cambiare in Andromeda, sia possibile **un avvicinamento e anche un atteggiamento di fiducia**.

L'aiuto e il sostegno quotidiano educativo consistono:

- presenza di un educatore e un agente, nell'organizzazione interna della struttura che prevede regole e compiti da assegnare ai detenuti a rotazione;
- programmazione quotidiana delle varie attività giornaliere che scandisce i tempi e gli impegni dei detenuti; si tiene un gruppo terapeutico alla settimana coordinato dalla psicologa dell'Azienda USL.

Sono in questo modo **forniti ritmi di vita più regolari** per gli utenti: la sveglia al mattino, l'impegno lavorativo e ricreativo, le pulizie quotidiane dei locali e la cura della propria persona (igiene personale, barba, capelli) il tutto in un luogo dove vivere, per il tempo di carcerazione, più dignitosamente rispetto alle sezioni ordinarie.

Un'importante risorsa consiste nella **maggiore presenza** delle altre figure professionali che compongono l'équipe di Andromeda: psichiatri, psicologi e assistente sociale dell'ASL, educatore dell'Amministrazione penitenziaria, educatore della Coop. Sociale Cento Fiori, cappellano di Istituto; l'équipe è multiprofessionale, coordinata dal Direttore della Casa Circondariale, che **si riunisce ogni settimana**. Esiste perciò un **maggior coinvolgimento** dell'interessato nell'interazione con i professionisti **rispetto alla individuazione del programma di trattamento** che può prevedere l'inserimento in comunità terapeutica oppure programma territoriale con il SerT di residen-

za dell'utente, la semilibertà, gli arresti domiciliari e la detenzione domiciliare.

In ogni caso si permette di far accedere il detenuto ai diversi servizi che lavorano in rete con l'Istituto anche se esiste un **discreto isolamento** rispetto al "fuori", basti considerare il lavoro che gli avvocati svolgono per i loro clienti ristretti in SEATT Andromeda, infatti non esiste una formale collaborazione tra équipe e legali che spesso svolgono la loro azione indipendentemente dal programma che si sta costruendo in SEATT, può così accadere che il soggetto usufruisca di un beneficio, tipo gli arresti domiciliari a casa, quando si sta costruendo un inserimento in comunità terapeutica. D'altronde è noto che la struttura serve anche **per incrementare la motivazione al cambiamento**, ma per far questo è necessario del tempo e succede, a volte durante il periodo precedente all'ingresso in Andromeda ma anche poi, che i detenuti avanzino richieste agli avvocati per uscire prima possibile, soprattutto durante i primi mesi di permanenza in Andromeda.

In questo senso anche **le famiglie dei detenuti non sempre sono coinvolte**, i colloqui con i famigliari sono regolamentati così come prevede l'ordinamento penitenziario e non è prevista la presenza di un operatore dell'équipe che conduca l'incontro o collabori con la famiglia per un rientro in casa o l'invio in comunità terapeutica, salvo i contatti telefonici; per i residenti a Rimini invece è possibile coinvolgere la famiglia che è regolarmente invitata al SerT.

### 1.1 Osservazioni conclusive

Concludendo, in questi anni l'intervento nella SEATT Andromeda ha permesso una **diminuzione della recidiva** soprattutto per i più giovani residenti a Rimini, confermando le statistiche nazionali. La mancanza di un follow-up ci impedisce di estendere i risultati a tutto il territorio, gli unici dati che abbiamo dei non residenti si riferiscono alle lettere che gli ex detenuti ci inviano informandoci sulle loro situazioni.

### 2.2 Sezione attenuata C.C. Forlì

A dire il vero, per chi non è nuovo del carcere, l'ingresso nella Sezione a Custodia Attenuata della Casa Circondariale di Forlì non provoca un impatto di diversità dalle altre sezioni e così risulta difficile associare all'attenuazione della pena una sezione situata nel cuore della Rocca di Ravaldino, fortezza medievale nel centro della città di Forlì.

Tuttavia gli operatori del SerT e del carcere che vi lavorano continuano a rappresentare come connotato

di familiarità il contesto della sezione.

La scommessa dell'attenuazione della pena consiste nel trasformare in terapeutico un tempo che potrebbe essere semplicemente vuoto, non significativa, privo di stimoli di riflessione e di sollecitazioni all'approfondimento dei propri vissuti.

La presenza degli operatori del SerT è più consistente e la sezione è utilizzata come uno strumento di forza, in quanto la permanenza coatta in carcere agisce inevitabilmente sul controllo del sintomo e la continuità nel tempo rende possibile la stabilità della relazione con l'utente che al di fuori è invalidata dalla personalità sottostante del soggetto e dalla natura della sintomatologia.

A rendere "terapeutico" questo clima contribuisce la possibilità di lavorare sulle relazioni che inevitabilmente nascono e si rafforzano fra compagni di detenzione; è soprattutto il valore che assume la convivenza dei detenuti in gruppo, con i suoi momenti informali e con gli appuntamenti formalizzati.

Se all'ingresso il valore che assume l'attività del gruppo terapeutico è come contenitore d'ansia, come spazio affettivo facilitante l'esternazione delle proprie sensazioni e l'accoglimento di esse; in seguito il filo che unisce il gruppo è il bisogno condiviso di riuscire a tollerare e dare un senso alla frustrazione inevitabile che la carcerazione porta con sé. Il gruppo legge i vissuti di rabbia, solitudine e smarrimento sottostanti la dipendenza, il consumo sintomatico del malessere sottostante, evitando che il soggetto percepisca disintegrazione nella propria identità, perché gli altri membri non solo sono testimoni della sua emotività, ma riescono a rispecchiarvisi e a gestirla.

Il gruppo in tal modo è percepito da ogni suo partecipante come uno spazio che ha una sua autonomia e una propria e unica modalità nel sentire, nell'utilizzare il pensiero; "nel contenere e nel sostenere": viene a rappresentare per ognuno nel contempo un modo e uno strumento per affrontare situazioni e dinamiche sia interne all'individuo sia esterne.

Lo stesso gruppo si riunisce in un giorno diverso della settimana per un momento definito più organizzativo (sempre alla presenza di operatori) all'interno del quale vengono prese decisioni più operative riguardanti la gestione della vita quotidiana e della convivenza: è questa l'occasione che ha il gruppo di agire delle scelte, metterle in discussione altre, sperimentare attivamente la soluzione di problemi e valutarne l'efficacia a posteriori.

Le funzioni di accompagnamento che gli operatori SerT agiscono durante il percorso del soggetto dalla



sezione ordinaria e all'interno dell'attenuata rende possibile arrivare spesso alla nascita e al consolidamento di un'alleanza terapeutica, sancita anche dall'atto formale con il quale l'utente firma un contratto d'ingresso in sezione attenuata quale patto di disponibilità alla presa in carico e al rispetto di alcune condizioni per la permanenza.

Una metafora che si presta alla descrizione della sezione attenuata nelle sue funzioni è quella della costruzione di un ponte: la sezione offre un ambiente con caratteristiche terapeutiche ma non è terapeutica di per sé; non è uno strumento esaustivo, né fine a se stesso, perde anzi di forza se non poggia su sponde stabili; rappresenta un luogo all'interno del quale aiutare un individuo ad avere maggiore consapevolezza degli ultimi eventi della sua vita, pensare ad un'ipotesi di cambiamento e progettare il luogo e gli strumenti. Gli operatori hanno notato che una permanenza di almeno 8/9 mesi è il tempo necessario per rendere significativa questa esperienza; tuttavia è estremamente difficile far coincidere i tempi giuridici con quelli soggettivi dell'individuo; troppo spesso un ragazzo esce "quando il ponte è ancora in costruzione".

Una nota a parte merita l'inevitabile processo di regressione che spesso si sviluppa nei comportamenti dei soggetti: in questo è prezioso il manifestarsi della proiezione di dinamiche familiari che si depositano non solo sul gruppo dei compagni, ma anche sugli operatori attribuendo agli agenti atteggiamenti e dinamiche di stampo autoritario e paterno, e agli operatori preposti al sostegno (in genere di sesso femminile) dinamiche di accoglienza e maternage. Non di rado si riscontra che la modalità di rapporto familiare con la fratria si ripresenta inesorabilmente identica nei confronti dei compagni, rispetto ai quali possono verificarsi agiti e vissuti di esclusione, gelosia, isolamento.

Preziosa per gli operatori la possibilità di lavorare sulla famiglia (là dove esistente e disponibile) mediante colloqui periodici sin dall'ingresso in sezione fino all'individuazione del percorso extramurario.

Questa prassi risulta estremamente utile in quanto i familiari riportano ai colloqui una fotografia delle dinamiche sviluppate attorno all'assenza del soggetto e quindi ricche di informazioni a livello prognostico rispetto alla "tenuta" della progettualità individuata dall'equipe e dall'utente.

## 2.1 Osservazioni conclusive

L'equipe della sezione attenuata è composta dal medico, psichiatra, assistente sociale di Forlì e di Cesena,

educatore e psicologi SerT; ispettore, agenti della sezione e direttore dell'Istituto.

Siamo giunti alla conclusione che sia alquanto improbabile integrare gli aspetti della riabilitazione e del controllo senza provare sensazioni d'impotenza, frustrazione, fatica nella quotidiana convivenza di questi due aspetti.

Facile individuare le cause di questo malessere: rari i momenti di formazione congiunta, poco stabile il gruppo degli agenti che lavorano in sezione, sempre insufficiente l'attenzione che noi operatori prestiamo al contesto istituzionale all'interno del quale interveniamo... di fatto nonostante la ridondanza tali criticità permangono.

Un'ultima riflessione, di carattere più ampio, sul senso dell'attenuazione della pena per i giovani consumatori alla prima detenzione che dall'ingresso automaticamente transitano nella sezione per essere protetti dalla commistione con altri detenuti comuni; a volte ci chiediamo se il vivere l'esperienza dello scontare la pena a metà (ovvero in modo attenuato), oltre ad essere una forma di protezione nei confronti di un'identità non ancora strutturata non rappresenti l'occasione per vivere con un atteggiamento superficiale un'esperienza così forte.

## BIBLIOGRAFIA

- ANDREOLI V. (2003), "Doppia diagnosi, tossicodipendenza, carcere" Dipartimento Amm. ne Penitenziaria.
- DONATI D., MARCHETTI D. (2001), "Una Struttura Attenuata: è possibile fare una comunità terapeutica in carcere?" Salute e Prevenzione 30: 105-112.
- DONATI D., MARCHETTI D., et al. (2001) "Considerazioni sui programmi alternativi alla detenzione per soggetti tossicodipendenti" Salute e Prevenzione 30:25-36.
- DONATI S., VERSARI L., (2002), "Fronte del carcere. L'esperienza della Sezione a custodia attenuata di Forlì", Roma: Carocci.
- GUAZZALOCA B. (1998), "L'esecuzione della pena del tossicodipendente". In Insolera G. (ed) Le sostanze stupefacenti, UTET, Torino, pp. 530-531.
- LIBIANCHI S. (1994), "Carcerazione quale riabilitazione? L'esperienza di Rebibbia" Bollettino per le Farmacodipendenze e l'alcolismo 2: 71-73.

.....  
 Debora Santini, psicologa psicoterapeuta, Coop. Sociale Cento Fiori  
 tel. 0541 743030  
 email: info@coopcentofiori.it

Maria Signorini, psicologa psicoterapeuta, equipe carcere SerT AUSL Forlì  
 tel. 0543 33208  
 email: m.signorini@ausl.fo.it

BARBARA BOVELACCI  
ROBERTA FETTI  
FRANCESCA GIOVANETTI  
MAURA LANFRI

## LA FORMAZIONE NELLE SEZIONI A CUSTODIA ATTENUATA

Esperienza C.C. di Forlì e territorio Area Vasta Romagna

Da più di un quindicennio Techné, ente pubblico di formazione che opera sul territorio di Forlì Cesena, collabora con la Casa Circondariale di Forlì gestendo percorsi formativi individuali e di gruppo destinati alle persone recluse nelle sezioni ordinarie maschile e femminile e a custodia attenuata. In questa sede si dà evidenza ad alcune delle attività più significative.

### Le attività formative corsuali di gruppo

Dal 2004 al 2007 sono stati realizzati corsi di formazione di avviamento all'attività nel settore edile e di informatica.

In tutti i percorsi formativi, così diversi nei contenuti pratici, la scelta pedagogica è stata quella di privilegiare lo sviluppo e l'acquisizione di competenze trasversali legate più al *saper essere* che al *saper fare* e sono sempre stati curati principalmente gli aspetti legati alla comunicazione e alla relazione. Si è lavorato per incidere sulla coesione del gruppo e sulla capacità di affrontare attriti e divergenze di opinioni senza cadere nella conflittualità, favorendo il dialogo e la cooperazione in un contesto in cui sia possibile parlare apertamente senza sentirsi giudicati.

La condivisione di gruppo del processo di apprendimento ha dato modo, anche a chi si sentiva più estraneo alla formazione, di imparare a confrontarsi con gli altri ed a ricevere aiuto da parte di chi già aveva qualche competenza: questo ha rafforzato la capacità di gestione dei rapporti interpersonali, la propensione ad apprendere, la volontà di investire attivamente all'esterno le competenze acquisite. Si è infatti rilevato come un tale approccio al *gruppo come contesto e soggetto dell'apprendimento*, favorisca e rafforzi nell'individuo le capacità di conoscere e sperimentare sul campo (seppure in uno scenario simulato) le pratiche di comportamento e relazione con i propri

interlocutori. In carcere, tale processo ha il significato di portare all'interno della sezione la realtà del mondo esterno e offrire alle persone l'opportunità di confrontarsi con le esigenze effettive del mondo del lavoro e di acquisire più consapevolezza sulle proprie potenzialità personali.

Affiancando alle attività corsuali i colloqui individuali, in ogni percorso è stato dato ampio spazio all'orientamento professionale (una sorta di bilancio di competenze) allo scopo di rendere le persone più attive e propositive nell'individuazione di percorsi lavorativi originali, cercando di superare l'atteggiamento passivo di attendere aiuto e di dichiararsi disponibile a svolgere "un lavoro qualsiasi". Tutto ciò per favorire una maggiore consapevolezza dei propri bisogni, delle proprie capacità e dell'importanza di presentarsi al datore di lavoro nel modo più adeguato possibile.

All'interno delle attività corsuali, vengono sempre organizzati confronti diretti con i rappresentanti sindacali e datoriali, delle imprese, dei Centri per l'impiego, delle Agenzie per il lavoro e delle altre realtà che sul territorio favoriscono l'occupabilità e l'incrocio domanda/offerta di lavoro.

Questo confronto diretto e informale con chi si occupa di questi temi sul territorio ha consentito di ottenere il duplice risultato di favorire la conoscenza reciproca tra persone detenute e istituzioni, enti, aziende e di validare ulteriormente i contenuti presentati dai percorsi.

Nel medio/lungo periodo, la valutazione dell'efficacia di questi percorsi è difficile da raccogliere a causa della difficoltà, all'uscita dal carcere, di mantenere con loro contatti costanti. In alcuni casi, soprattutto per le persone più giovani e alla prima esperienza di detenzione, si mantengono rapporti epistolari oppure, con incontri

diretti, si continuano a fornire informazioni o sostegno nelle prime delicate fasi di inserimento socio-lavorativo.

### Percorsi formativi individualizzati

Attraverso il tirocinio formativo, dal 2003 ad oggi sono stati attivati 4 percorsi di inserimento lavorativo con persone provenienti dalla sezione a custodia attenuata e segnalati dall'equipe che vi opera.

Di queste quattro esperienze di tirocinio in aziende profit, due si sono concluse con l'assunzione al termine del percorso. Di queste solo in un caso la persona risulta essere ancora assunta al dicembre 2006, malgrado permangano difficoltà legate all'abuso di sostanze.

Negli altri due percorsi di tirocinio l'assunzione non è stata raggiunta.

Ogni accompagnamento individualizzato si è protratto per l'intera durata del percorso di tirocinio in azienda, durante i quali il tutor ha svolto interventi di mediazione relazionale e organizzativa sia tra le aziende e le persone in formazione che tra le aziende e l'istituzione carceraria. Va rilevato che ogni inserimento lavorativo è un percorso unico per il diverso incontro dei bisogni dell'individuo e dell'impresa.

Il lavoro assume una connotazione estremamente rilevante per le persone recluse, che vivono il tempo della detenzione come tempo di attesa e considerano il lavoro come una *panacea* in grado, semplicemente, di risolvere tutti i problemi. Quando la persona viene inserita in azienda vive una fase di *"luna di miele"* in cui sembra andare tutto per il meglio, il lavoro è *perfetto*, i colleghi meravigliosi. Poi, quando si abitua alla quotidianità della mansione e il lavoro diventa *"routine"*, cominciano a manifestarsi segni sempre più marcati di stanchezza, disagio, insofferenza, poiché non hanno trovato risposte al proprio malessere psicologico, alle modalità con cui affrontare le problematiche più cronicizzate.

Come operatori ci troviamo a dover sostenere non solo la persona che non è riuscita a portare a termine il percorso, ma anche le aziende che hanno accettato di offrire un'opportunità e che sentono frustrate le loro aspettative di contribuire alla riabilitazione di una persona in difficoltà.

### Il gruppo di sostegno per lavoratori all'esterno

Nel triennio 2003-'06 si è creato uno spazio esterno al carcere di supporto ai percorsi di inserimento lavorativo anche per le persone detenute provenienti dalla sezione a custodia attenuata.

L'esperienza del gruppo settimanale a cui hanno partecipato persone semilibere e lavoratori ex art.21 è nato dal confronto con la direzione sugli esiti dei progetti che prevedevano l'uscita di detenuti dalla casa circondariale. Il gruppo ha funzionato per più di un anno prima dell'indulto con una regolare cadenza settimanale in una sede esterna al carcere.

Gli incontri hanno fornito l'occasione per affrontare le difficoltà che nel tempo si presentavano nel luogo di lavoro:

- il problema della casa per iniziare o dare stabilità ad un progetto di vita collocato nel nostro territorio;
- il problema del reinserimento sociale legato alla necessità di individuare nuclei amicali diversi da quelli fino a quel momento frequentati.

A livello operativo si sono favoriti incontri con una parte di società disponibile a socializzare mediante varie proposte di attività di volontariato.

In occasione di manifestazioni di disagio più evidente da parte di qualche membro, il gruppo di sostegno ha funzionato fornendo uno spazio di elaborazione comune a cui tutti si sono sentiti di partecipare. Le riflessioni iniziate nello spazio del gruppo hanno quindi trovato continuità nella condivisione della vita in sezione.

L'esperienza ha sottolineato come le proposte e le riflessioni necessitino di trovare un ambiente recettivo dell'ascolto per non alimentare le ricorrenti sensazioni di sfiducia così comuni fra chi vive l'esperienza della carcerazione.

### BIBLIOGRAFIA

- CALKINS C. E WALKER H. (2003), "L'adattamento all'ambiente di lavoro nei soggetti deboli", Erikson  
 BION W. (1971), "Esperienze nei gruppi", Armando, Roma  
 DEL CORNO F., LANG G.(a cura di) (1989), "Trattamenti in setting di gruppo", Franco Angeli, Milano  
 FOULKES S.H. (1976), "La psicoterapia gruppoanalitica", Astrolabio, Roma.  
 LEMOINE C. (2002) "Risorse per il bilancio di competenze", Franco Angeli, Milano  
 SELVATICI A., WALDMANN S. (2006), "Ritrovare per ritrovare un lavoro", Franco Angeli, Milano

Barbara Bovelacci, responsabile area esecuzione penale, coordinamento e supervisione delle attività Techné FC  
 tel. 0543 410757  
 email: barbara.bovelacci@mailtechné.org

Roberta Fetti, psicologa, Conduttrice Gruppo di sostegno Techné FC  
 email: roberta.fetti@alice.it

Francesca Giovanetti, psicologa, tutor nei percorsi di tirocinio e attività formative Techné FC  
 tel. 0543 410749  
 email: franci.giova18@libero.it

Maura Lanfri, psicologa, coordinatrice e tutor nei percorsi di tirocinio e attività formative Techné FC  
 tel. 0543 410749  
 email: mauralanfri@yahoo.it

DANIELE BERTO  
MORENA TARTARI

## CARCERI ITALIANE E “DOPPIA DIAGNOSI”

### Introduzione

La condizione clinica che si manifesta sia come tossicodipendenza che come disturbo psichiatrico, solitamente nota come “doppia diagnosi” (DD), è attualmente una delle condizioni cliniche più difficili da riconoscere e trattare all'interno delle carceri.

In accordo con il DSM IV TR, alcuni dati mostrano che i disturbi in Asse I e i disturbi in Asse II sono comuni nei soggetti tossicodipendenti. Altri dati evidenziano che la percentuale di persone con un disturbo psichiatrico che usa sostanze è tra il 44 e il 74%.

Una ricerca preliminare (Berto *et al.*, 2005) realizzata in due carceri italiane mostrava come il 55% di tossicodipendenti in carcere presentasse anche un disturbo psichiatrico.

La prevalenza dei sintomi psichiatrici nella popolazione generale è del 12%, nei tossicodipendenti del 60%, nei tossicodipendenti detenuti attorno all'85%. Questa allarmante situazione dovrebbe far riflettere sulla necessità di interventi specifici.

### La ricerca

Questa ricerca, realizzata grazie al Ministero della Giustizia, è un contributo allo studio delle problematiche della doppia diagnosi grazie al vasto campione di popolazione detenuta raggiunto.

L'obiettivo di questa ricerca è individuare l'incidenza della DD fra i detenuti tossicodipendenti e la prevalenza dei disturbi psichiatrici associati con l'uso di sostanze.

Un ulteriore obiettivo è fornire linee guida per migliorare la qualità dei trattamenti per i tossicodipendenti, e soprattutto per coloro che soffrono di DD, la cui sintomatologia può essere amplificata dalla condizione di reclusione, provocando talora comportamenti autolesivi o suicidari.

### Il campione, la metodologia e gli strumenti di valutazione

E' stato realizzato un assessment specifico su di un campione di detenuti provenienti da diciannove carceri italiane (distribuite nel nord, centro e sud Italia). Il campione è composto da 1298 detenuti tossicodipendenti che hanno aderito volontariamente allo studio. Per ottenere questo campione, sono stati contattati tutti i detenuti con una diagnosi di tossicodipendenza ristretti nelle carceri individuate. Tutti i detenuti partecipanti hanno sottoscritto un consenso informato alla ricerca. Il 90% di italiani e il 45% di detenuti stranieri con diagnosi di tossicodipendenza ha scelto di partecipare allo studio, che consiste di quattro fasi:

1. formazione del personale di polizia penitenziaria e degli operatori professionali del carcere;
2. somministrazione del primo questionario di screening al campione di detenuti tossicodipendenti;
3. somministrazione di tre strumenti psicodiagnostici;
4. individuazione e realizzazione di programmi terapeutici individualizzati (farmacologici, psicologici individuali, psicologici di gruppo, combinati).

Per lo screening iniziale è stato utilizzato un questionario (ASI-mod) che consentiva di individuare se i soggetti fossero eleggibili per una più specifica e approfondita valutazione diagnostica.

### Analisi dei dati

Il campione consiste di 1298 detenuti, di cui il 70% di nazionalità italiana e il 30% stranieri. La gran parte dei soggetti sono uomini non coniugati.

Per l'assessment sono stati utilizzati il test MMPI-II e l'intervista SCID II. L'uso di questi strumenti ha

potuto però anche essere accompagnato da altri elementi di valutazione quali l'osservazione del comportamento. Al fine di confermare la diagnosi ottenuta dai test e la stesura di un programma terapeutico, i detenuti hanno avuto un colloquio con lo psichiatra del carcere.

All'interno del campione di 1298 soggetti, circa il 40% ha una "unica" diagnosi di dipendenza, mentre tutti gli altri soggetti sono stati diagnosticati con DD (oltre il 50%).

Il Disturbo Antisociale (Asse II) è il principale disturbo associato alla tossicodipendenza e il secondo principale disturbo è quello Borderline<sup>1</sup>.

Le diagnosi che risultano forniscono la base sui cui decidere le opzioni terapeutiche più appropriate.

### Conclusioni

Questa ricerca illustra che almeno il 50% di tossicodipendenti in carcere ha una condizione di DD. Questo significa che sono affetti anche da un disturbo psichiatrico.

I dati indicano che oltre alle problematiche dell'uso di sostanze, queste persone hanno una condizione psichiatrica specifica, e quindi non solo problemi psicologici dovuti all'abuso di sostanze. L'importanza di distinguere tra queste due categorie è evidente e questo studio ha suggerito un metodo per differenziarle diagnosticamente.

La popolazione detenuta con DD richiede trattamenti terapeutici particolari inerenti l'uso di sostanze ma anche, allo stesso tempo, trattamenti psichiatrici. Omettendo questi ultimi, si corre il rischio di rispondere solo parzialmente alle necessità di questa popolazione. Il fallimento nel rispondere alla tossicodipendenza e ai problemi psichiatrici dei detenuti può spiegare, almeno in parte, il fallimento della riabilitazione di questo gruppo di soggetti, quando il trattamento è orientato a rispondere solo al problema dell'uso di sostanze.

Altri aspetti messi in luce da questa ricerca (e che richiedono ulteriori approfondimenti) sono:

1. la necessità di uno psichiatra "speciale", quale lo psichiatra con formazione transculturale, poiché un'alta percentuale di detenuti stranieri ha mostrato una DD;
2. il drop out dallo studio di detenuti stranieri tossicodipendenti potrebbe essere ridotto attraverso l'utilizzo di strumenti di ricerca nelle loro lingue d'origine;

3. la realizzazione degli interventi trattamentali richiede la collaborazione sia di personale specializzato che della polizia penitenziaria, auspicando la possibilità di coinvolgere questi ultimi negli interventi educativi e trattamentali degli istituti.

Allo stato attuale ciò di cui necessita l'intervento con tale tipologia di pazienti è anche un collegamento efficace con i servizi psichiatrici del territorio e le altre istituzioni presenti nel territorio. Il carcere attualmente è un luogo in cui persone sofferenti vengono "ristrette" e spesso la "punizione" prevale sulla cura e la riabilitazione.

Molti degli istituti penitenziari che hanno partecipato alla ricerca stanno tuttora proseguendo con le attività trattamentali, realizzate nella quarta fase di questa ricerca. Noi ci auguriamo quindi che anche altre équipe interne alle carceri italiane considerino l'opportunità di realizzare specifiche valutazioni e specifici programmi terapeutici per le persone detenute che presentano una Doppia Diagnosi

### BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1999), Documento di base. In Conferenza "Il servizio sanitario nazionale per il diritto alla salute dei detenuti e degli internati". Rome.
- BERTO D., TARTARI M., TABACCHI B., GERRA G., TAMBURINO G. (2005), Dual Diagnosis within Italian prisons – some preliminary data. *International Journal of Prisoner Health*, 1(1), 19-24.
- European Monitoring Centre for Drugs Addiction (2003), The state of the drugs problem in the acceding and candidate countries, Annual Report.
- HARTWELL S. (2004), Triple stigma: Persons with mental illness and substance abuse problems in the criminal justice system. *Criminal Justice Policy Review*, 15 (1), 84-99.
- HIDAY V. (1999), Mental illness and the criminal justice system. In A.V. Horwitz & T.L. Scheid (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*. (pp. 508-525). New York: Cambridge University Press.
- MUESER K.T., BENNET M., KUSHNER M.G. (1995), Epidemiology of substance use disorder among persons with chronic mental illness. In A. Lehman & L. Dixon (Eds.), *Double jeopardy: Chronic mental illness and substance use disorders*. (pp. 123-127). Chur, Switzerland: Harwood Academic.
- PUNCH M., VA DER VIJER K., ZOOMER O. (2000), Dutch „COPS“: Developing community policing in the Netherlands. *Policing: An International Journal of Police Strategies and Management*, 25 (1), 60-79.

.....  
Daniele Berto, psicologo,  
Unità Funzionale Carcere, Azienda ULSS n. 16, Padova  
tel. 049 8216931  
email: daniele.berito@sanita.padova.it

Morena Tartari, psicologa,  
Unità Funzionale Carcere, Azienda ULSS n. 16, Padova  
tel. 049 82166931  
email: ufcarcere.ulss16@sanita.padova.it

<sup>1</sup> I dati definitivi e completi dello studio sono consultabili nel report di ricerca curato dal Comitato Scientifico e pubblicato dal DAP- Ministero della Giustizia.

## EVENTI, PUBBLICAZIONI, LIBRI...

### Info tratte da:

**EMCDDA** - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction  
www.emcdda.europa.eu/

**DIP&DOC**, Rete regionale dei Centri di Documentazione sulle dipendenze e il disagio giovanile della Regione Emilia Romagna  
www.regione.emilia-romagna.it/wcm/dipendenze/sezioni/dipdoc/dipdoc.htm

**Centro Studi GRUPPO ABELE**  
centrostudi.gruppobeale.org/

**DrugScope** - the UK's leading independent centre of expertise on drugs: Drugs in and out of prison  
www.drugscope.org.uk/resources/goodpractice/criminaljustice/prison.htm

### Pubblicazioni e ricerche

#### Prevenzione specifica e carcere

In: Prospettive Sociali e Sanitarie, A. 37, n. 16 (sett. 2007), Franca Colombo, Dario Gianoli, p. 14-18

#### Tra coazione e cura. Quale trattamento delle dipendenze patologiche nel sistema penitenziario?

In: Animazione Sociale, A. 37, n. 4 (apr. 2007), Achille Orsenigo, p. 83-90

#### Tossicodipendenza: trasformare l'esperienza del carcere da una "disgrazia" in una possibilità. Il rischio di "dipendenza da carcere"

In: Ristretti orizzonti : Periodico di informazione e cultura dal Carcere Due Palazzi di Padova, A. 9, n. 2 (mar-apr. 2007), Marino Occhipinti (a cura di), p. 12-17

#### Donne e carcere. Una ricerca in Emilia Romagna

2006, 112 p., Cooperativa sociale Verso Casa (a cura di), Editore F. Angeli (collana Sociologia del lavoro-Teorie e ricerche)

#### Motivazione all'astinenza: conflitto sociale tra fiducia e logica punitiva

In: Ecologia della mente, n. 1 (giu. 2006), Ines Testoni, Lucia Ronconi, Sara Caforio, p. 34-47

#### Doppia diagnosi e programmi terapeutici in ambiente penitenziario

In: S&P : Salute e Prevenzione, A. 22, n. 43 (2006), Daniele Donati, Daniele Righini, Agide Montemaggi, p. 45-58

### Libri

Carlo Brunetti, Carmela Sapia (a cura di)

**Psicologia penitenziaria**, 2007, 382 p., Napoli, Edizioni Scientifiche

Carnevale Aldo; Di Tillo Antonio

**Medicina e carcere. Gli aspetti giuridici, criminologici, sanitari e medico-legali della pena**, 2006, 468 p. Editore Giuffrè (collana Medicina leg. criminologia deontol. med.) Senon Jean-Louis

**La salute mentale in carcere. Psichiatria di collegamento in ambiente penitenziario**, 2006, 140 p., Editore Centro Scientifico (collana Psichiatria e legge)

Serra Carlo

**La storia di S. Giorgio e il drago. La depressione come comunicazione, sindrome suicidaria e carcere**, 2005, 181 p., Editore Giuffrè

### Corsi ed Eventi

#### Le dipendenze patologiche, il carcere, le forme del pensiero: aspetti normativi, clinici e socio-riabilitativi.

Università degli Studi di Perugia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica e Riabilitazione Psichiatrica

#### Psichiatria e psicologia penitenziaria: teoria, clinica e terapia delle condotte trasgressive.

Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Medicina e Chirurgia "Gemelli", Roma, Istituto di Psichiatria e Psicologia

#### Corso di perfezionamento in psicologia penitenziaria.

Università degli studi di Urbino, Facoltà di Scienze della Formazione, Corso di Laurea in Psicologia, Centro Ricerca e Formazione in Psicologia Giuridica

Barcellona (Spagna) 11-15 maggio 2008

#### XIX Conferenza IHRA (International Harm Reduction Conference)

info: www.ihra.net

### Siti di interesse

#### Centro di Documentazione Due Palazzi:

www.ristretti.it/

#### Guida OMS sulla Salute nelle carceri,

(pdf, 6mb, in inglese), www.euro.who.int .

#### L'altro diritto, Centro di documentazione su carcere, devianza

www.altrodiritto.unifi.it/misure/coralli/nav.htm?biblio.htm

Primo Pellegrini,

Centro Studi e Documentazione/U.O. Dipendenze Patologiche AUSL Rimini, tel. 0541 325101

email: ppellegrini@auslrm.net

## La mia esperienza in carcere

...Carissima, che importa.

“La notte insegna ad aspettare il giorno, ed il giorno arriva sempre.

Stanotte fai bei sogni, a volte, si avverano...”

26 Dicembre 2004! E' arrivato il giorno tanto desiderato... la mia scarcerazione.

Io, ora ex tossicodipendente, ho iniziato il mio vero recupero in carcere.

Ricaduta dopo quasi nove anni di astinenza da sostanza, sono arrivata al più assoluto degrado ed annullamento della mia persona.

Grazie alla psicologa del carcere, sono riuscita a trascorrere la mia detenzione decentemente, iniziando un percorso che prosegue ancora oggi.

Era il giorno di Santo Stefano, la notte avevo dormito poco; alla mattina le guardie della sezione femminile di Forlì (“è lì che ero”) mi dissero che era giunta l'ora di uscire. Tante erano le paure, perché per quanto sia brutto stare rinchiusi, mi sentivo altrettanto protetta da quelle mura da una vita non generosa. Ovviamente ora quest'idea si è modificata. “Decorrenza dei termini”, mi pare fosse questo il motivo per cui uscivo, e ciò voleva dire che prima o poi avrei dovuto comunque scontare la mia pena.

Dopo mesi di serie difficoltà trovai lavoro, per l'esattezza due, che decisi di svolgere contemporaneamente.

Arriva il momento di pagare! Pena alternativa! Affidamento in prova!

Anche qui le difficoltà iniziali non furono poche.

Mi seguiva un'assistente del tribunale di sorveglianza di Bologna.

Le restrizioni inizialmente erano molte ma per motivi di lavoro furono, in seguito, diminuite.

Mi sento di dire che quando è arrivato il mio affidamento, ero già ad un buon punto con il mio programma e forse in quel momento non mi servivano più tutti quei divieti.

Per quello che mi riguarda il carcere è servito come forma di contenimento nel periodo più acuto del problema.

Ma si sa, purtroppo succede così, commetti un reato ma lo paghi dopo anni, quando, se hai volontà e fortuna di esserne uscito, ti penalizza invece di esserti d'aiuto!

Per questo motivo io penso che la pena alternativa si dovrebbe concedere solo a persone che realmente vogliono cambiare; altrimenti si rischia di rimettere in libertà individui pericolosi per la società ma soprattutto per se stessi.

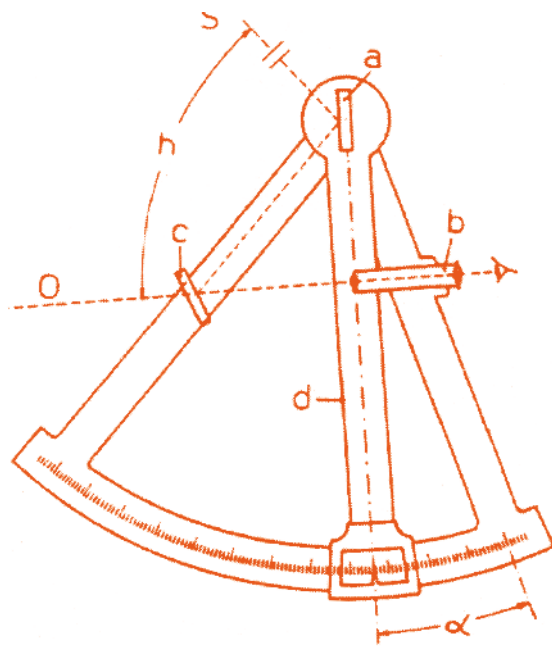
Ho trascorso, quindi, il mio affidamento con abbastanza tranquillità, quando un giorno arriva la notizia che la mia pena era rientrata nell'indulto, puoi immaginare la mia gioia!

Mi ritengo una persona fortunata, svolgo un lavoro che mi piace e in cui sono rispettata nonostante il mio passato. Ho ritrovato gli affetti che avevo perduto e non mi sento di chiedere altro alla vita che ha voluto darmi un'altra possibilità.

... quel giorno il mio sogno si era avverato ...

Elisa





SESTANTE - Fig. 1. Schema di s.

## PROSSIMI NUMERI IN PROGRAMMAZIONE

n.29

aprile 2008

**"Alcol, salute e sicurezza"**

n.30

settembre 2008

**"Qualità e accreditamento  
SerT e Comunità Terapeutiche"**