



**CARCERE
E DIPENDENZE:
TRA ESPERIENZA E RICERCA**

A CURA DI
**GIUSEPPE CHEMELLO
LUCA ZONCHEDDU**



Una ricerca nelle carceri venete e l'esperienza di lavoro d'équipe a Vicenza

"...Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato..." (dall'art. 27 Costituzione)

PREFAZIONE	7
PREFAZIONE	9
PRESENTAZIONE	11
INTRODUZIONE	13
PREMESSE	
• Le politiche regionali nel settore penitenziario	18
• Le dipendenze patologiche in carcere: indicazioni per l'attività specialistica	25
• L'integrazione tra custodia e trattamento	27
PRIMA PARTE	
L'assistenza sanitaria ai soggetti tossicodipendenti ed alcolodipendenti in carcere	
• L'assistenza medica in carcere: traduzione operativa dei riferimenti legislativi	36
• L'assistenza infermieristica: una sfida alla complessità della presa in carico	63
• L'assistenza sanitaria: tra educazione alla salute e prevenzione delle patologie correlate	73
SECONDA PARTE	
L'integrazione dei trattamenti socio-riabilitativi tra carcere e territorio	
• L'attività psicodiagnostica, il sostegno e il trattamento di persone tossicodipendenti e alcolodipendenti in contesto detentivo: il ruolo dello psicologo	78
• Il Gruppo Dipendenze: dall'incontro alla motivazione al cambiamento	93
• "Egregio Signor Esperto...": un progetto di attività informativa in gruppo	106
• L'équipe e i casi clinici: un'esperienza di supervisione	117
• Le misure alternative e sostitutive alla detenzione: alcune evidenze in una ricerca al Ser.T. di Vicenza	128
TERZA PARTE	
La presa in carico delle persone tossicodipendenti ed alcolodipendenti nelle carceri venete: analisi delle risorse e aspetti organizzativi	
• La ricerca	141
• Note metodologiche	144
• I risultati	147
• Alcune considerazioni conclusive	166
CONCLUSIONI	200

Antonio De Poli

Assessore Regionale alle Politiche Sociali, Programmazione Socio Sanitaria, Volontariato e Non Profit

Mi accingo con piacere a presentare i risultati emersi dal progetto pilota regionale "Carcere e Dipendenze" affidato all'Azienda U.L.S.S n. 6 di Vicenza - Dipartimento per le Dipendenze - centrato sulle nuove funzioni svolte dai Dipartimenti per le Dipendenze all'interno degli Istituti Penitenziari del Veneto relativamente all'assistenza ai tossicodipendenti e agli alcolodipendenti detenuti, finanziato dalla Giunta Regionale con provvedimento D.G.R. n. 4019/2002 a valere sul Fondo regionale di intervento per la lotta alla droga triennio 2003-2005.

Il decreto legislativo n. 230/99 di riforma delle funzioni sanitarie relative alla prevenzione e all'assistenza delle persone tossicodipendenti ed alcolodipendenti in ambito penitenziario, ha infatti notevolmente ampliato le funzioni delle Regioni.

Pertanto, in considerazione del nuovo scenario normativo, la Regione del Veneto ha fortemente voluto e sostenuto la realizzazione di questo progetto regionale per poter svolgere con efficacia il proprio mandato istituzionale avendo a disposizione una precisa rilevazione del quadro assistenziale esistente, condizione necessaria per garantire appieno la prevenzione, la cura e l'assistenza ai tossicodipendenti e alcolodipendenti presenti nel circuito penitenziario.

Desidero ringraziare calorosamente il Provveditore dell'Amministrazione Penitenziaria del Triveneto, dr. Felice Bocchino, ed i Direttori degli Istituti Penitenziari per il loro indispensabile e concreto contributo alla realizzazione dell'indagine. Ciò ad ulteriore dimostrazione che la collaborazione tra la Regione del Veneto ed il Ministero della Giustizia è ampiamente consolidata nel comune obiettivo di disciplinare, sviluppare e realizzare programmi di interventi, opportunamente mirati, rivolti alle persone detenute in condizione di tossicodipendenza e alcolodipendenza

Concludo ribadendo l'impegno della Regione del Veneto di favorire ogni possibilità di miglioramento delle condizioni di vita dei propri cittadini dedicando a questo preciso obiettivo le risorse necessarie e le dovute attenzioni per le situazioni di evidente e forte disagio che ostacolano la conduzione di una vita dignitosa e rispettosa delle persone.

Paolo Fortuna

Direttore dei Servizi Sociali Azienda ULSS 6 "Vicenza"

Questo progetto pilota finanziato dalla Regione Veneto relativo al rapporto esistente tra carcere e dipendenze è stato importante perché ha permesso di far emergere con chiarezza, semmai ce ne fosse stato bisogno, che le domande di cura e di assistenza sono sempre maggiori e più numerose all'interno della nostra società, compresa quella delle comunità penitenziarie.

Da questa ricerca, infatti, emerge come l'individuazione attenta e puntuale di un'articolata presa in carico della persona sia che abbia problematiche di tossicodipendenza ed alcooldipendenza sia che necessiti di interventi socio riabilitativi, rappresenta un'impegnativa sfida che dovrà continuare anche nei prossimi anni per offrire adeguate risposte a questo tipo di bisogni.

Programmi e azioni di tipo socio sanitario sono diventati negli anni gli strumenti privilegiati sia per avere cura della salute della persona che per sua inclusione sociale. Non è più possibile dividere l'aspetto medico-sanitario da quello dell'integrazione tra carcere e territorio. Solo pensando e progettando interventi di natura socio sanitaria capaci di far vivere nelle migliori condizioni possibili queste persone durante la loro permanenza in carcere e che siano in grado di offrire una concreta possibilità di cambiamento per il loro futuro, si potranno continuare a garantire i diritti di salute e di cittadinanza.

La promozione di una sempre più concreta integrazione tra interventi sanitari e socio riabilitativi, tra carcere e territorio, tra istituzioni pubbliche capaci di fare rete e sistema anche nell'articolato campo delle problematiche connesse alle persone detenute nelle carceri è la strada che questa interessante e significativa ricerca indica a tutti coloro che operano in questo impegnativo settore.

Il presente volume, "Carcere e Dipendenze" vuole essere innanzitutto un'occasione di scambio e di riflessione su un tema di attualità non sempre di facile comprensione. Le persone che vivono una condizione di dipendenza patologica e che commettono reati costituiscono una percentuale consistente sul totale delle persone attualmente detenute (o con pene in misura alternativa alla detenzione). Da alcuni anni i Servizi per le Dipendenze Patologiche operano in questo ambito in collaborazione con i Servizi Sanitari Penitenziari.

A seguito dell'applicazione della legge 230/99 (ancora in fieri) lo scenario dell'assistenza alle persone con problemi di tossicodipendenza e alcoldipendenza recluse è notevolmente cambiato e ciò ha comportato un intenso lavoro di ridefinizione dei compiti istituzionali, delle prassi operative e delle indicazioni progettuali.

Questa pubblicazione, nelle prime parti, racconta l'esperienza realizzata negli ultimi anni dal Dipartimento per le Dipendenze dell'ULSS 6 presso la Casa Circondariale di Vicenza con particolare attenzione alla definizione degli interventi specialistici.

La nota distintiva di questa esperienza contempla *il lavoro di équipe, la supervisione casi e il collegamento con il territorio* quali fattori qualificanti l'attività svolta.

L'ultima parte del volume riporta una precisa rilevazione del quadro assistenziale esistente negli Istituti penitenziari della Regione Veneto considerando l'analisi delle risorse e gli aspetti organizzativi dei Dipartimenti per le Dipendenze che vi operano.

Non manca tuttavia la presentazione di specificità, originalità e buone prassi attualmente esistenti con indicazioni di utili determinanti per la futura progettualità regionale.

Pur consapevoli della complessità dell'argomento e della difficoltà a produrre in questo ambito trattazioni esaustive, ci auspichiamo che questa pubblicazione possa supportare e motivare, anche con la documentazione allegata, il lavoro quotidiano degli operatori, sia all'interno degli Istituti Penitenziari che nel territorio di appartenenza.

Ci sentiamo debitori e ringraziamo quanti hanno condiviso l'esperienza e si sono dedicati alla realizzazione di questo volume.

I curatori
Giuseppe Chemello
Luca Zoncheddu

Leopoldo Grosso

Psicologo, Psicoterapeuta, Vicedirettore Gruppo Abele Torino

Mille persone in più (2858 detenuti) a fronte di una capienza regolamentare di 1785 posti nei 10 Istituti Penitenziari del Veneto non è solo generico “sovraffollamento”. La dicitura, ormai divenuta consueta e tradotta in “normale” quotidianità in tutte le Case di Reclusione Italiane, sta a significare almeno tre questioni non risolte, al di là di innovative politiche di giustizia.

Una prima evidenza, confermata dal lavoro di questa ricerca, è, nel quadro legislativo attuale, la sottoutilizzazione delle misure alternative. Una serie di concause diverse concorrono alla mancata utilizzazione di tale risorsa: una scarsa informazione in alcune popolazioni di detenuti, una ridotta attrazione da parte dei soggetti interessati soprattutto quando la pena detentiva è relativamente breve e l’alternativa al carcere è rappresentata dall’inserimento in comunità terapeutica, un atteggiamento molto cauto ed eccessivamente prudente nella concessione da parte di alcuni settori della Magistratura di Sorveglianza e non solo, un limitato investimento degli operatori territoriali in questa direzione, impegno che appare sproporzionato alle loro forze ed alle risorse di cui dispongono.

La sottoutilizzazione delle misure alternative nell’area delle dipendenze risulta paradossale per almeno due aspetti: da una parte contribuisce al sovraffollamento carcerario, rendendo più difficili i percorsi riabilitativi al suo interno; dall’altra significa una parziale rinuncia ad uno strumento individualizzato ed intensivo di trattamento che, quando dotato di sufficienti risorse, risulta particolarmente efficace nel contenere il fenomeno della “doppia recidiva”, nella dipendenza e nella delinquenza, con conseguente ritorno in carcere come dimostrano i *curricula* di molti tossicodipendenti detenuti.

A questo proposito la ricerca condotta dal Ser.T. di Vicenza su un campione di 71 utenti che, nell’arco di due anni, hanno fruito delle misure alternative, appare estremamente interessante pur nella limitatezza del numero. Si evince che là dove, per pene detentive al di sotto dei due anni, la misura alternativa si traduce in accompagnamento relazionale intensivo da parte degli operatori, più inserimento lavorativo o in comunità diurna, più sostegno farmacologico e regolare controllo dei metaboliti urinari, i risultati appaiono soddisfacenti.

Un programma territoriale “forte” ottiene la fiducia del magistrato, prelude ad un rapporto di stretta prossimità della persona dipendente con l’équipe curante, riempie e fornisce senso alla giornata tramite l’attività lavorativa o la frequenza della comunità diurna, consente una mediazione familiare quando si rende necessaria, protegge dal *craving*, funge da riadattamento progressivo alla “normalità”, senza stacchi eccessivi o spiazzanti. Viceversa la scelta della comunità terapeutica per periodi relativamente brevi (circa due anni), che tuttavia agli occhi della persona che

proviene dal carcere appaiono irrimediabilmente troppo lunghi, sembra, dagli indizi che risultano dalla ricerca, meno efficace.

La seconda questione riguarda la ricaduta che il sovraffollamento determina rispetto all'esercizio dei diritti dei detenuti, che, quasi automaticamente, divengono meno esigibili. La seconda ricerca pubblicata nel volume, sempre a cura del Ser.T. di Vicenza, più centrata sulla realtà operativa dell'azione dei Dipartimenti per le Dipendenze della Regione Veneto, dimostra come il tempo medio che le figure professionali nel loro insieme riescono a dedicare settimanalmente ad ogni persona dipendente detenuta è di circa 12 minuti.

Sappiamo dall'esperienza quanto sia importante il tempo che si mette a disposizione per "stare" con i detenuti, singolarmente e in gruppo, nei colloqui o conducendo attività insieme; e quanto questo tempo produca reciproca conoscenza e fiducia, indispensabili per ulteriori aperture e costruzione di programmi riabilitativi, soprattutto rivolti al reinserimento. Non è solo questione di poter garantire le prestazioni sanitarie, come per tutti i cittadini, così come stabilisce la Costituzione.

La presenza degli operatori in carcere, soprattutto con la popolazione detenuta più fragile, persone abituate a convivere e a sostenersi con le sostanze stupefacenti, spesso portatrici di comorbilità tossico-psichiatrica, senza legami sociali significativi con l'esterno, è in primo luogo diretta a tutelarne l'incolumità, preservarla dai tentativi di suicidio e dai gesti auto-etero lesivi, cercando di minimizzare i rischi e ridurre i danni che lo stress di una detenzione improvvisa ed inaspettata può comportare, così come ben descritto in un capitolo del volume. La prima e necessaria funzione che gli operatori espletano con la loro presenza è l'informazione.

Mai sottovalutarla o darla per scontata.

Ed il successo dell'esperienza "Egregio Signor Esperto..." lo dimostra.

Non è casuale l'apprezzamento dei detenuti al riguardo. L'informazione accresce le opportunità di scelta, costituisce la base per usufruire di quel minimo di potere personale esercitabile anche in una situazione di reclusione. Offrire informazione all'interno del contesto penitenziario, tramite appositi sportelli meglio ancora se gestiti dagli stessi detenuti o attraverso appositi gruppi, oltre che nei vari colloqui individuali, è la prima azione di *empowerment* nei confronti delle persone ristrette. Fornire informazioni, chiarificare gli ambiti di opportunità, descriverne le modalità di accesso, costituisce la prassi più efficace per entrare in relazione con le persone in carcere. Esprimere attenzione, rispetto, senza chiedere nulla in cambio. Un rapportarsi ed un andare incontro all'altro delicato e non invasivo, che lascia intravedere una disponibilità al confronto ed all'eventuale interlocuzione successiva.

La terza questione è inerente alle problematiche del trattamento. Dal sovraffollamento non viene penalizzato solo il tempo degli operatori che non cresce proporzionalmente al numero di reclusi in eccesso; non aumentano solo i rischi connessi alle peggiorate condizioni ecologiche o il fatto che i diritti siano sempre più di carta e meno tangibili. Viene resa ancor più precaria la già difficile operazione di trasformare la carcerazione del detenuto in un'opportunità di cambiamento per sé e per il proprio futuro. Le resistenze a qualsiasi offerta di modificazione e l'uso strumentale delle stesse sono ben descritte nel libro da Carmelo, un detenuto a cui viene chiesto se gli interessa partecipare ad un gruppo di approfondimento informativo. "Sto male, ho voglia di

farmi (evadere), l'operatore o l'agente mi provoca, nonostante le domandine non faccio colloqui, non ricevo coccole e non ricevo visite dalla famiglia, il tempo non passa mai...Rapido calcolo mentale su base annua: devo assistere e resistere per 100 ore (circa 4 giorni) che è la durata del gruppo dipendenze, sicuramente ne guadagno 45 di libertà anticipata (45gg. meno 4 giorni di gruppo, scarto positivo di 41 gg.).Vai avanti, pensai". L'inizio di un possibile percorso è dunque in salita, come è in salita tutta la strada di chi tenta di trasformare il vincolo in risorsa, la carcerazione come opportunità non desiderata di riabilitazione. Le strade in salita sono più faticose, ma non sono impercorribili; selezionano maggiormente, ma qualcuno, se ben aiutato, può farcela. L'obiettivo è il reinserimento, la costruzione di un contesto esterno in grado di sintonizzarsi e di sostenere chi, con molte difficoltà, tenta di cambiare e di sottrarsi alla calamita della coazione a ripetere, al richiamo della dipendenza e dello stile di vita delinquenziale che l'accompagna. Il lavoro col soggetto all'interno del carcere e la parallela predisposizione di un ambiente esterno richiedono una notevole integrazione tra gli operatori di diversi servizi ed agenzie, ognuna a proprio titolo impegnata su specifiche funzioni riabilitative. E rispetto alla collaborazione necessaria, il dato più comunemente riscontrato è la frammentarietà degli interventi, la disomogeneità e la dispersione degli stessi. Aprire canali di comunicazione, istituire tavoli di confronto, individuare una comune strategia all'interno della quale i diversi interventi diventano congruenti l'un l'altro, fare tra i diversi operatori formazioni insieme, fruire di un'attività di supervisione complessiva, sono le azioni necessarie per arrivare, nella indispensabile divisione del lavoro, a quell'integrazione delle risorse e dei metodi senza le quali nessun singolo servizio e nessuna singola agenzia riuscirebbero a raggiungere l'ambizioso obiettivo prefissato. L'esperienza vicentina appare ben avviata su questa strada.



PREMESSE

LE POLITICHE REGIONALI IN AMBITO PENITENZIARIO

Lorenzo Rampazzo

Dirigente Servizio Prevenzione delle Devianze Regione Veneto

La Regione del Veneto realizza la propria attività istituzionale a favore delle persone detenute con il determinante supporto del **Protocollo d'Intesa** sottoscritto con il Ministero della Giustizia in data 8 aprile 2003 che sostituisce un precedente atto d'intesa siglato nel 1988.

Il Protocollo disciplina la realizzazione di programmi d'intervento rivolti alle aree relativamente alla:

- territorializzazione della pena;
- edilizia penitenziaria;
- tutela, promozione e educazione alla salute dei ristretti negli Istituti Penitenziari del Veneto;
- assistenza sanitaria e socio-riabilitativa dei detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti;
- area penale minorile;
- area immigrazione;
- interventi trattamentali: istruzione, formazione professionale e reinserimento lavorativo e sociale;
- iniziative culturali, sportive e ricreative;
- area penale esterna;
- attività di riparazione del danno e di mediazione culturale;
- iniziative congiunte di formazione per il personale del Ministero della Giustizia, della Regione, degli Enti Locali, del Volontariato e del Terzo Settore.

COMMISSIONE INTERISTITUZIONALE PERMANENTE AREA PENITENZIARIA

Il Protocollo d'Intesa ha previsto l'istituzione di una apposita Commissione Interistituzionale Permanente, alla quale partecipano le Strutture Regionali che si occupano del sistema penitenziario, le Strutture territoriali del Ministero della Giustizia e del Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca Scientifica, l'Associazione dei Comuni del Veneto, l'Unione delle Province del Veneto, le Aziende U.L.S.S., la Conferenza Volontariato e Giustizia del Veneto. Il Protocollo d'Intesa assegna alla Commissione Interistituzionale i seguenti compiti:

1. dare esecuzione e prevedere strumenti di verifica e controllo sullo stato di attuazione del Protocollo;

2. favorire lo sviluppo dell'attività normativa e di programmazione degli interventi della Regione in ambito penitenziario, anche attraverso l'assunzione di apposite linee di indirizzo e la promozione di attività sperimentali;
 3. assumere impegni operativi sulla base di una preventiva selezione delle priorità degli interventi, in relazione alla diversa complessità delle situazioni carcerarie.
- La Commissione Interistituzionale, che è attiva dal 2003, ha prodotto due rapporti annuali riguardanti la verifica sull'attuazione del Protocollo d'Intesa e formulato alcune proposte operative attualmente all'attenzione del governo regionale.

OSSERVATORIO REGIONALE SULLA POPOLAZIONE CARCERARIA DETENUTA E IN ESECUZIONE PENALE ESTERNA

La Regione del Veneto dedica un'attenzione particolare all'area Penitenziaria con l'obiettivo di promuovere, sviluppare e realizzare anche attraverso l'attività di uno specifico Osservatorio, una rete informativa integrata tra tutte le fonti istituzionali, associative, di volontariato e del terzo settore, valida per l'interpretazione dei fenomeni sociali che caratterizzano tale area e per la programmazione di iniziative qualificate, modulari e dinamiche che rispondano adeguatamente ai problemi della criminalità, emarginazione e devianza sociale, con particolare attenzione al fenomeno dell'immigrazione straniera ed extracomunitaria.

L'Osservatorio, in attuazione degli obiettivi regionali previsti per l'area penitenziaria e di quelli definiti dal nuovo Protocollo d'Intesa tra Ministero della Giustizia e Regione del Veneto sottoscritto in data 8 aprile 2003 svolge i seguenti compiti:

- favorisce lo sviluppo dell'attività normativa e di programmazione della Regione in ambito penitenziario;
- promuove, organizza e attiva flussi informativi e specifiche banche dati per costruire un sistema di rete che consenta, tra l'altro, la comprensione delle caratteristiche complessive della popolazione penitenziaria, in esecuzione penale esterna e delle tematiche connesse all'evoluzione dei fenomeni della devianza, emarginazione e criminalità sociale, con particolare attenzione al fenomeno dell'immigrazione straniera ed extracomunitaria;
- attiva forme e modalità di raccordo e coordinamento tra discipline, enti e professionalità interessate e coinvolte nel settore anche al fine di ottimizzare il risultato delle iniziative e degli interventi in corso e per sostenere livelli di programmazione diversificata, qualificata, modulare e dinamica;
- promuove attività di studio e ricerca anche attraverso la sperimentazione di progettualità innovative al fine di individuare, elaborare e diffondere modelli operativi possibili;
- diviene agenzia informativa per consentire la più ampia diffusione delle informazioni prodotte e per mettere a disposizione il ricco patrimonio esistente nel settore in termini di conoscenza ed esperienza, anche attraverso al realizzazione di un apposito centro di documentazione;
- promuove azioni e programmi d'informazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulle aree d'intervento previste dal Protocollo d'Intesa più volte richiamato.

LE AREE D'INTERVENTO REGIONALE E LE RISORSE A DISPOSIZIONE PER LA LORO REALIZZAZIONE

Di seguito si illustrano le iniziative più significative realizzate dalla Regione del Veneto negli ambiti di intervento disciplinati dal Protocollo d'Intesa:

Ambito di intervento:

- interventi a favore dei detenuti tossicodipendenti;
- iniziative educative, culturali, educative sportive e ricreative.

ADEMPIMENTI PREVISTI DAL PROTOCOLLO

Assistenza sanitaria e socio-riabilitativa dei detenuti tossicodipendenti e alcoldipendenti.

AZIONI REALIZZATE IN ATTUAZIONE DEL PROTOCOLLO PERIODO: APRILE 2004 - MARZO 2005

A seguito del trasferimento di competenze inerenti la medicina penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale (decreto legislativo 230/99) la Regione del Veneto ha intrapreso un percorso volto ad assicurare la continuità delle attività di cura ed assistenza ai detenuti tossicodipendenti ed alcoldipendenti, prorogando inizialmente le convenzioni al personale che opera all'interno degli Istituti Penitenziari del Veneto stipulate dal Ministero della Giustizia.

Da ultimo, con DG.R. n. 4083 del 22 dicembre 2004, la Giunta Regionale del Veneto ha stabilito che le attività di cura ed assistenza ai detenuti ed internati tossicodipendenti competono ai Dipartimenti per le Dipendente che potranno, in piena autonomia, decidere se avvalersi o meno delle convenzioni in atto.

Per far fronte alle attività in questione è stato integrato il budget destinato alle Aziende U.L.S.S. sede di Istituto Penitenziario, sulla base del numero di tossicodipendenti certificati in carcere al 30/09/2004, per € 747.250,00 mediante il finanziamento di specifici progetti della durata massima di 18 mesi.

INIZIATIVE CULTURALI, SPORTIVE E RICREATIVE A FAVORE DEI DETENUTI:

- Il Ministero della Giustizia e la Regione del Veneto si impegnano a:
- A. promuovere, all'interno degli Istituti Penitenziari del Veneto, iniziative educative, culturali, ricreative e sportive, con la partecipazione degli Enti Locali ed il coinvolgimento degli organismi pubblici, privati, del Volontariato e del Terzo Settore operanti nel carcere;
 - B. favorire e facilitare l'accesso negli Istituti agli operatori coinvolti nei progetti di trattamento (insegnanti, animatori, attori...);
 - C. promuovere programmi di informazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulle aree di intervento previste dal Protocollo.

VEDI: LE PROGETTUALITÀ A FAVORE DEI DETENUTI

LE PROGETTUALITÀ A FAVORE DEI DETENUTI

La Regione del Veneto presta particolare attenzione alle progettualità a favore delle persone che si trovano in stato di detenzione in modo da favorire il trattamento rieducativo previsto dalla Costituzione Italiana che all'art. 27 recita "le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato".

Per quanto riguarda la promozione di attività educative, ricreative, sportive e culturali presso tutte le carceri del Veneto, negli ultimi cinque anni sono stati realizzati, grazie ai finanziamenti previsti dal Piano socio sanitario regionale L.R. n. 5/96, i seguenti progetti:

N. PROGETTI FINANZIATI	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO €	N. UTENTI COINVOLTI	N. CARCERI COINVOLTE
Anno 2000: 9	228.011,59	2.946	7
Anno 2001: 19	317.765,13	5.808	8
Anno 2002: 29	362.000,00	5.482	10
Anno 2003: 33	450.000,00	6.356	10
Anno 2004: 33	500.000,00	6.650	10
Totale quinquennio	1.857.776,72	27.242	

La Regione del Veneto sta inoltre partecipando alla realizzazione del progetto nazionale **sulla sperimentazione di una metodologia di intervento per le problematiche sanitarie nell'ambito carcerario**, coordinato dalla Regione Toscana.

IL PROGETTO HA COME OBIETTIVO GENERALE

1. realizzare una mappatura dei processi relativi al trattamento esterno ed interno dei detenuti tossicodipendenti;
2. portare alla condivisione dell'impostazione della articolazione organizzativa delle attività socio sanitarie in carcere.

GLI OBIETTIVI SPECIFICI SONO I SEGUENTI:

- analizzare ed omogeneizzare i modelli organizzativi attuati nei processi assistenziali interni ed esterni al carcere;
- favorire l'integrazione e la complementarietà del lavoro di rete tra i diversi soggetti istituzionali che attuano gli interventi;
- delineare linee guida finalizzate anche allo sviluppo di modalità di revisione e valutazione dell'assistenza erogata;
- sviluppare una Carta del servizio come strumento di ricerca per il monitoraggio dell'attività di servizio e per la formazione e l'aggiornamento degli operatori.

**TOTALE RISORSE
INVESTITE NELL'ANNO 2004:
€ 896.333,33 DI CUI:**

€ 500.000,00: contributi ad associazioni e cooperative per realizzare iniziative educative, culturali, sportive e ricreative negli Istituti Penitenziari del Veneto;
€ 363.000,00: assegnazione alle Aziende U.L.S.S., sedi di Istituti Penitenziari, ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in ambito carcerario (presidi tossicodipendenti);
€ 33.333,33: contributo all'Azienda U.L.S.S n. 6 di Vicenza per realizzare il progetto regionale "Carcere e Dipendenze".

Ambito di intervento:

- formazione professionale (adulti e minori)

**ADEMPIMENTI PREVISTI
DAL PROTOCOLLO**

Istruzione, formazione professionale – attività di formazione professionale rivolte a soggetti ristretti

Formazione scolastica e professionale rivolta ai minori – interventi formativi per l'assolvimento dell'obbligo formativo ed iniziative integrate per l'assolvimento dell'obbligo scolastico

Percorsi formativi finanziati con risorse del FSE – Misura B1

**TOTALE RISORSE PREVISTE
NELL'ANNO 2005:
€ 1.394.499,99 DI CUI:**

€ 500.000,00: contributi ad associazioni e cooperative per realizzare iniziative educative, culturali, sportive e ricreative negli Istituti Penitenziari del Veneto;
€ 363.000,00: assegnazione alle Aziende U.L.S.S., sedi di Istituti Penitenziari, ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in ambito carcerario (presidi tossicodipendenti);
€ 33.333,33: contributo all'Azienda U.L.S.S n. 6 di Vicenza per realizzare il progetto regionale "Carcere e Dipendenze";
€ 498.166,66: contributi alle Aziende U.L.S.S. sedi di Istituti Penitenziari per realizzare progetti per l'attuazione di attività di cura e assistenza ai tossicodipendenti in carcere.

**AZIONI REALIZZATE IN ATTUAZIONE
DEL PROTOCOLLO. PERIODO: GENNAIO
2005 – DICEMBRE 2005**

Si stanno realizzando n. 26 corsi, per un totale di 4350 ore, rivolti a 299 allievi.
Importo assegnato: 261.000,00 euro

Si stanno realizzando n. 6 corsi, per un totale di 1200 ore, rivolti a 60 allievi.
Importo assegnato: 72.000,00 euro

Si stanno realizzando n. 4 corsi, per un totale di 1350 ore, rivolti a 40 allievi.
Importo assegnato: 233.852,00 euro

Ambito di intervento:

- reinserimento sociale e lavorativo

**ADEMPIMENTI
PREVISTI
DAL PROTOCOLLO**

Istruzione, formazione professionale e reinserimento sociale e lavorativo

Ambito di intervento:

- immigrazione

**ADEMPIMENTI
PREVISTI
DAL PROTOCOLLO**

Il Ministero della Giustizia e la Regione del Veneto si impegnano a:
- valorizzare e agevolare i progetti che realizzino un servizio di mediazione culturale all'interno degli Istituti (...).

**AZIONI REALIZZATE IN ATTUAZIONE DEL PROTOCOLLO
/ PERIODO: APRILE 2004 - MARZO 2005**

La fase costitutiva del Progetto PON – azioni di sistema Ministero del lavoro, Società capofila CGM "attività di consulenza e sostegno ai Servizi pubblici per l'impiego per favorire l'inserimento lavorativo dei detenuti", si è conclusa con la sottoscrizione di un accordo con diversi enti operanti nel territorio per lo scambio di informazioni e intese. Il progetto che ha una durata triennale continua ad essere operante per la costituzione di una banca dati relativa ai detenuti disponibili a svolgere attività formative e/o lavorative e per azioni di consulenza negli istituti penitenziari e CPI per favorire l'impiego e la formazione professionale dei detenuti in contesto interno ed esterno.

**AZIONI REALIZZATE NELL'AMBITO DELLE MISURE
PREVISTE DAL PROTOCOLLO.
PERIODO: APRILE 2004 - MARZO 2005**

Nell'ambito dell'Accordo di Programma Regione Veneto/ Province sottoscritto in data 29.01.2002 e finalizzato ad interventi di integrazione della popolazione non comunitaria, nel corso del 2° anno di attività, sono state finanziate le seguenti attività:

> Provincia di Treviso

Istituto Penale Minorile (Treviso): progetto "La lingua? Un viaggio per tutti" finalizzato al superamento dei limiti linguistici e culturali che ostacolano l'apprendimento e l'integrazione del minore ospite (gennaio – luglio 2004)
€ 9.900,00

Nell'ambito del citato Accordo di Programma Regione Veneto/Province, nel corso del 3° anno di attività, sono state finanziate le seguenti attività:

> Provincia di Padova

Casa di reclusione Due Palazzi (Padova): corso di formazione per mediatori culturali per l'integrazione di stranieri detenuti e per formare una équipe di detenuti che promuovano il dialogo interculturale con i vari soggetti presenti nella struttura penitenziaria
€ 9.100,00

> Provincia di Padova

Casa di reclusione Due Palazzi (Padova): n. 2 corsi di formazione rivolti ai detenuti per acquisire strumenti linguistici e culturali per una competenza comunicativa di base e nozioni relative alla prevenzione dei rischi e alla sicurezza in ambiente di lavoro

€ 5.600,00

Il Ministero della Giustizia e la Regione Veneto si impegnano a:

- Promuovere, sviluppare e realizzare, anche attraverso lo **scambio di dati**, una rete informativa integrata tra tutte le fonti istituzionali, associative, di volontariato e del terzo settore, valida per l'interpretazione dei fenomeni sociali e per la programmazione di iniziative congiunte.

All'interno del Rapporto Annuale sull'Immigrazione, predisposto da Italia Lavoro Spa e pubblicato a febbraio 2005, un intero capitolo è stato dedicato al fenomeno della devianza, con l'analisi dei dati relativi ai detenuti stranieri presso gli istituti penitenziari del Veneto.

Quota parte, non quantificabile, da progetto integrato "Rete Informativa Immigrazione e Osservatorio Regionale"

LE QUESTIONI DA AFFRONTARE

Tre sono le questioni che dovranno essere affrontate: sanità, territorio e personale.

1. La sanità. Il problema della sanità concerne la certificazione dei tossicodipendenti, l'attivazione delle unità operative intracarcerarie, la doppia diagnosi e l'etnopsichiatria. Da non trascurare il monitoraggio delle alternative al carcere nonché le spese per i medicinali per i detenuti.
2. Il territorio. Le problematiche concernenti il territorio vertono su tre distinte aree: rete con il territorio, che comprende sia il Ser.T. che le varie associazioni; la riabilitazione dei tossicodipendenti extracomunitari, sia nel territorio che nelle comunità terapeutiche ed in ultima analisi la maggior permeabilità delle carceri nel rispetto della sicurezza, sia con gli operatori di volontariato che tramite le Asl limitrofe.
3. Il personale. Riguardo a ciò, si intende sia il problema della formazione, all'interno del carcere e al Ser.T, sia il numero degli operatori degli ex presidi per tossicodipendenti impiegati ed i fondi per loro previsti, che risultano insufficienti per gestire le necessarie convenzioni. Si rileva, inoltre, la carenza del personale educativo all'interno delle singole strutture carcerarie necessario per il recupero sociale ed umano della persona.

LE DIPENDENZE PATOLOGICHE IN CARCERE: INDICAZIONI PER L'ATTIVITÀ SPECIALISTICA

Vincenzo Balestra

Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore Dipartimento per le Dipendenze Vicenza

L'assistenza alle persone con problemi di abuso e/o dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope detenute è sempre stata difficile, complessa e faticosa per molti fattori:

- la conciliazione e l'integrazione di finalità quali la custodia e il trattamento;
- gli interventi nei casi di emergenza psichiatrica con atti di etero o autoaggressività;
- la gestione delle terapie farmacologiche nella cura della sintomatologia astinenziale soprattutto in riferimento all'impiego dei farmaci sostitutivi;
- la cura delle patologie correlate;
- il sostegno psicologico e la predisposizione di programmi a fronte di motivazioni dei pazienti spesso strumentali all'ottenimento di benefici o comunque condizionate dalla restrizione forzata.

Queste intrinseche difficoltà e complessità hanno messo a dura prova gli operatori sia interni che esterni al Carcere con la conseguente necessità di continui colloqui, incontri di formazione, formulazioni di protocolli per evitare condizioni di **burn-out** o incomprensioni.

Terreno dunque difficile all'interno del quale tutti gli attori sono stati e sono chiamati ad esprimere al massimo le personali doti di professionalità e dedizione al compito. Nel corso di circa 25 anni (a partire cioè dalla creazione e funzionamento dei Servizi per le Tossicodipendenze) molte cose si sono evolute grazie all'esperienza, al continuo progresso scientifico nel settore delle dipendenze patologiche e soprattutto grazie al progressivo miglioramento dei rapporti tra pubblico e privato che ha portato alla filosofia operativa della rete dei servizi.

Molti progressi sono stati fatti in talune realtà soprattutto grazie alla disponibilità relazionale tra i Direttori degli Istituti di Prevenzione e Pena e i Responsabili dei Ser. T. prima e dei Dipartimenti per le Dipendenze poi.

Un clima di reciproco rispetto e di apertura comunicativa ha permesso di affrontare molti nodi problematici legati a visioni e compiti diversi. Tali processi si sono verificati con diverse modalità e tonalità in tutto il territorio regionale producendo modalità di intervento con molte analogie ma ovviamente differenziate a causa dell'iter storico-territoriale, delle composizioni delle *équipes*, degli equilibri e degli accordi che pur in presenza di normative sono stati declinati attraverso la formulazione di protocolli operativi.

Proprio in virtù di questa differenziazione la Regione Veneto ha inteso finanziare un

Progetto che avesse come finalità:

- la promozione di momenti di scambio e condivisione degli interventi specialistici nelle carceri venete;
- la rilevazione dei progetti e delle modalità operative;
- la sperimentazione di programmi "pilota".

Volendo fare una riflessione ancora più analitica vi è la necessità al momento attuale di fare un censimento delle attività e delle modalità operative dei programmi di assistenza ai detenuti tossicodipendenti e alcolisti nelle Carceri del Veneto per poter giungere (pur nel rispetto delle differenze territoriali) a protocolli basati sulla evidenza clinica e sulle buone pratiche.

Vicenza è stata scelta come progetto pilota e quanto detto sopra ha portato gli operatori, grazie anche ad una continua supervisione, ad affrontare tutta una serie di problematiche e a formulare precise proposte operative.

Ci si riferisce per esempio alla creazione di appositi spazi all'interno del Carcere per il lavoro degli operatori e per i colloqui, alla creazione di un gruppo di osservazione e consulenza, alla informatizzazione e al collegamento telefonico con l'esterno, alla supervisione dell'équipe integrata, e così via. Ancora più specificamente il lavoro è orientato e dovrà dare risposte o migliorare i seguenti aspetti:

- raccolta del consenso informato;
- accertamento diagnostico (primi colloqui, eventuale uso di tests psicodiagnostici, esami urinari o della saliva etc.);
- le prassi previste dalla letteratura scientifica;
- interventi specialistici per patologie correlate;
- interventi specialistici per i casi di comorbilità psichiatrica;
- presa in carico della persone detenute con predisposizione di programmi terapeutici specifici e personalizzati in accordo con i Ser.T. di competenza e l'area trattamentale del Ministero di Giustizia utilizzando:

-colloqui individuali di osservazione e sostegno;

-attività di gruppo;

-valutazione psicodiagnostica *in itinere*;

- definizione di programmi alternativi alla detenzione in collaborazione e collegamento con le agenzie presenti nel territorio;
- programmi specifici per le persone immigrate detenute;
- sviluppo delle attività di prevenzione, informazione e di educazione sanitaria mirate alla riduzione delle patologie correlate e all'uso di droghe;
- attività di formazione congiunta con gli operatori delle UULLSS limitrofe, gli operatori del Ministero della Giustizia e il personale di polizia penitenziaria;
- supervisione strutturata delle *équipes* di lavoro.

Credo che ci siano le condizioni per un proficuo lavoro dal momento in cui molte cose sono già state fatte (e sono da perfezionare nel tempo) e soprattutto sono stati dettagliatamente individuati i temi e gli obiettivi sui quali raggiungere nella Regione Veneto un livello sempre più elevato di prestazioni ed un'accettabile uniformità per garantire ai pazienti detenuti servizi di alta qualità indipendentemente dalla struttura e dalle *équipes* di trattamento.

L'INTEGRAZIONE TRA CUSTODIA E TRATTAMENTO

Irene Iannucci

Direttore in missione della Casa Circondariale Vicenza

PREMESSA

Senza dubbio l'aumento della popolazione detenuta negli Istituti di Pena italiani è collegato al manifestarsi di nuove emergenze sociali che creano allarme nella collettività ed alle quali è necessario far fronte in maniera adeguata; il mutare della situazione sociale e l'insorgenza di nuove sacche di emarginazione comportano ripercussioni nel sistema penitenziario, il quale si trova a dover far fronte ad un'utenza sempre più variegata e complessa ed a cercare di fornire risposte adeguate dal punto di vista trattamentale e rieducativo.

Non è semplice, in tale contesto, costruire e realizzare un modello gestionale moderno e funzionale: troppe sono le variabili di cui si deve necessariamente tener conto; tuttavia, al di là delle difficoltà contingenti, deve esistere in concreto la volontà di tutti di farsi portavoce delle istanze di cambiamento.

L'esperienza di chi ogni giorno vive ed opera a vario titolo all'interno di un Istituto Penitenziario deve infatti rispondere ad un bisogno essenziale di confronto e di dialogo: solo in un'ottica di partecipazione e collaborazione di tutti gli operatori coinvolti, sia interni che esterni al sistema penitenziario, ed in una prospettiva di interazione ed integrazione professionale sarà possibile trasformare il carcere da mero contenitore ad un'occasione di crescita e di riavvicinamento della persona detenuta alle regole di convivenza sociale.

IL QUADRO NORMATIVO

Le domande del "perché punire" e del "come punire" costituiscono da sempre oggetto di continua indagine e dibattito.

Il sistema sanzionatorio ruota attorno a tre fondamentali idee - guida: quella della pena come retribuzione per il male arrecato alla società, quella della pena come prevenzione generale, ove l'accento è posto sull'efficacia di deterrente della sanzione e quella della pena come prevenzione speciale, teoria questa che si fonda sull'idea che la comminazione di una sanzione possa servire ad eliminare o quantomeno ridurre il pericolo che un soggetto torni in futuro a delinquere.

L'articolo 27 della Costituzione, nel 3° comma, fa esplicito riferimento all'idea special - preventiva: la pena deve tendere alla rieducazione e risocializzazione del condannato; tuttavia non si può non sostenere come il sistema normativo configuri

la sanzione penale come un *mixtum compositum*, nel quale si combinano le istanze retributive ed intimidative con quelle preventive, rieducative e di difesa sociale.

Sul piano più strettamente penitenziario, il legislatore nel 1975 con la Legge n° 354 (per la prima volta la materia viene disciplinata con Legge dello Stato e non con mero Regolamento) ha espressamente indicato nell'art. 1 che "...nei confronti dei condannati e degli internati deve essere attuato un trattamento rieducativo che tenda, anche attraverso i contatti con l'ambiente esterno, al reinserimento sociale degli stessi". Tale azione rieducativa si avvale di una serie di elementi (istruzione, lavoro, religione, attività culturali, ricreative e sportive, contatti con il mondo esterno e con le famiglie), che dovrebbero determinare nella persona detenuta un processo di modificazione degli atteggiamenti che sono di ostacolo ad una costruttiva partecipazione sociale. La portata innovativa della Legge 354/75, che ha introdotto tra l'altro le misure alternative quali "strategia differenziata" nelle modalità esecutive della detenzione, è stata senza dubbio rafforzata dalla successiva Legge n°663/86 (Legge Gozzini) che ha completato, se non altro a livello normativo, quel salto di qualità necessario per fare del "pianeta carcere" un microcosmo non più isolato ma inserito nel tessuto sociale. Tuttavia, verso la fine degli anni Ottanta si assiste ad un tracollo di consensi attorno alla riforma penitenziaria: si fa strada la consapevolezza che l'Ordinamento Penitenziario consenta una premialità ingiustificata ed eccessiva, perché svincolata da valide contropartite. Superata l'emergenza del terrorismo, il problema della criminalità organizzata assume connotati di gravità tale da costringere il Legislatore ad intervenire con una serie di atti normativi che seguono una logica antitetica a quella che aveva ispirato la Legge Gozzini, poiché pongono in primo piano il soddisfacimento delle esigenze della difesa sociale. Anche il Sistema Penitenziario viene toccato da questo mutamento di prospettiva: viene infatti inserito nell'Ordinamento Penitenziario l'art. 4 bis che vieta di concedere ai condannati per reati di particolare allarme sociale, i benefici previsti dalla legge penitenziaria o quanto meno prevede un regime probatorio differenziato per l'ammissione agli stessi.

Va anche ricordata, in tale ottica, l'istituzione delle Sezioni destinate ai detenuti soggetti al particolare regime penitenziario previsto dall'art. 41 bis dell'Ordinamento Penitenziario. Il quadro delineato va inoltre integrato con gli interventi legislativi legati alla nuova emergenza, quella dell'immigrazione clandestina; il fenomeno ha senza dubbio mutato il volto degli Istituti Penitenziari, creando nuovi ed ulteriori problemi di gestione e di convivenza tra culture diverse. Non si può tuttavia sostenere che vi sia in atto una vera e propria inversione di tendenza rispetto i principi cardine dell'Ordinamento Penitenziario: sono infatti senza dubbio presenti i segnali di una rinnovata attenzione per il trattamento in ambito carcerario e chiaro appare lo sforzo, in questa prospettiva, di rafforzare il processo di integrazione tra carcere e territorio.

SICUREZZA E TRATTAMENTO

L'insufficienza ed inadeguatezza di risorse umane e materiali che caratterizza la situazione penitenziaria nel nostro Paese, la continua emergenza in cui si è costretti

quotidianamente ad operare e la presenza di un'utenza penitenziaria diversificata ed eterogenea, unitamente alla ormai cronica situazione di sovraffollamento, rendono senza dubbio difficile realizzare concretamente i principi ispiratori della riforma penitenziaria. Ormai nelle strutture penitenziarie convivono detenuti c.d. comuni che si sono macchiati di reati di gravità diversa, italiani ed extracomunitari, soggetti affetti da problematiche psichiatriche, tossicodipendenti ed alcolodipendenti, con patologie collegate spesso anche molto gravi. Il carcere pertanto pare quasi destinato a rimanere un'Istituzione totale, deputata a svolgere una funzione di mero controllo, a meno che non si riesca a costruire un sistema di rete e di sinergia con gli operatori del territorio (Enti Locali, ULLSS, Ser.T., etc.), in modo tale da costruire interventi trattamentali che possano proiettarsi all'esterno, in una prospettiva di reinserimento sociale. L'efficacia del sistema dipende quindi anche dalla necessaria diversificazione delle metodologie riabilitative per tipologie di detenuti.

In particolare per gli individui tossicodipendenti ed alcolodipendenti si richiedono capacità professionali del tutto peculiari.

Sul piano normativo la condizione delle persone affette da problematiche di alcolodipendenza e tossicodipendenza è disciplinata, oltre che in termini generali dall'Ordinamento Penitenziario, dal D.P.R. 309/90 e più recentemente sul piano più prettamente amministrativo, dalla Legge 230/99, che ha determinato il passaggio di competenze, per il momento solo quelle relative ai soggetti tossico/alcolodipendenti, dalla Sanità Penitenziaria alla Ministero della Salute.

Tutta la legislazione in merito ha evidenziato la necessità di una sorta di prospettiva mista, basata su un sistema che tenga conto sia delle istanze terapeutiche che di quelle sanzionatorie, superando l'apparente carattere antitetico delle stesse.

La sfida è quella di riuscire a costruire modalità e metodologie di intervento che tengano conto di un contesto come quello penitenziario, ove spesso l'unica richiesta riconoscibile e reale non è quella terapeutica bensì quella assistenziale.

La complessità della realtà penitenziaria impone quasi a coloro che vi operano quotidianamente, accanto alle funzioni tipiche del proprio ruolo e qualifica, di possedere capacità diverse, appartenenti ad altre professionalità: gli operatori, oltre al mandato istituzionale che loro compete - custodia e trattamento - sono oggi chiamati a far fronte a nuove e pressanti emergenze.

Già nella circolare del Dipartimento datata 1992, che istituiva le cinque aree di operatività (Amministrativo - Contabile, Educativa, Sanitaria, della Segreteria e della Sicurezza), si poneva l'accento sull'importanza di considerare sicurezza e trattamento come due facce di un'unica medaglia; a maggior ragione il problema è sentito nei confronti di detenuti con problematiche di tossico/alcolodipendenza: in tale ambito infatti più pressante si fa l'esigenza di interventi condivisi, collegati, mirati a seconda dei differenti ruoli rivestiti, ma comunque partecipati così che si possa realizzare quella rete nella quale le diverse professionalità interagiscono e convergono per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Questo tipo di impostazione richiede senza dubbio disponibilità, sensibilità e apertura al cambiamento; l'obiettivo finale è quello di creare dialogo, rafforzare una comunicazione adeguata e di superare la logica della separazione tra le diverse professionalità, nella convinzione che le differenze, che pure esistono tra i diversi

operatori, sono sinonimo di ricchezza e di complementarità.

Al cambiamento di cultura deve ad ogni modo seguire una modificazione di metodologia del lavoro, basata sulla programmazione e sulla progettazione, senza più affidarsi al quotidiano, alla improvvisazione ed alla logica del "non è possibile" o del "si è sempre fatto così".

La contrapposizione che a volte pare ancora sussistere tra funzione rieducativa e quella custodiale e la diffidenza reciproca, storicamente si riallacciano alle origini del disciolto Corpo degli Agenti di Custodia, corpo militarmente organizzato, alle dipendenze del Ministero dell'Interno prima e del Ministero della Giustizia successivamente; la figura dell'Agente di Custodia è sempre stata considerata in maniera piuttosto riduttiva e ne è stata privilegiata esclusivamente la funzione custodiale e della sicurezza.

La Legge 395/90, che ha rappresentato un momento legislativo particolarmente significativo, istituisce il Corpo di Polizia Penitenziaria quale corpo civile dello Stato, facente parte delle Forze di Polizia.

Tra i compiti istituzionali ai quali gli operatori di Polizia Penitenziaria devono adempiere, vi sono oltre a quelli di "garantire l'ordine e la sicurezza all'interno degli Istituti", anche quelli di "partecipare, anche nell'ambito di gruppi di lavoro, all'attività di osservazione e trattamento".

Senza dubbio per innovare non è sufficiente scrivere una nuova legge, ma è necessario costruire quotidianamente una realtà ed una mentalità nuove, in grado di sostituire alla vecchia una cultura diversa, fondata non più sull'incomunicabilità, ma sul dialogo, sulla comunicazione, sulla partecipazione e sul rispetto: la delicata e complessa funzione penitenziaria, infatti, nel duplice mandato della sicurezza e del trattamento, necessita di una nuova e più adeguata professionalità.

Non c'è vera ed autentica sicurezza, se la stessa si fonda solo sulla forza e non anche sul rispetto della dignità e delle speranze della persona detenuta; non c'è vera azione rieducativa se non all'interno di una cornice di legalità, di ordine e di disciplina. Pertanto sicurezza e trattamento devono essere pensati e vissuti come aspetti correlativi e complementari dell'unica vera finalità dell'Amministrazione, quella cioè dell'affermazione della legalità.

È indubitabile comunque che l'esplicita attribuzione al Corpo di Polizia Penitenziaria della funzione trattamentale pone alcuni nodi cruciali da dirimere.

In primo luogo si rende necessario uno sforzo da parte degli operatori di Polizia Penitenziaria, e più in generale da parte di tutti gli operatori, teso ad acquisire e sviluppare capacità di dialogo, comunicazione e confronto, anche al fine di evitare il pericolo di sovrapposizioni negli interventi posti in essere.

Inoltre, resta comunque l'interrogativo di fondo di come in concreto sicurezza e trattamento possano essere conciliati.

Già nel passato, più volte all'interno di circolari ministeriali, era stata ribadita l'importanza della effettiva partecipazione degli operatori di Polizia Penitenziaria alle riunioni dell'équipe, sottolineandone il prezioso contributo. Tuttavia sullo sfondo, rimaneva l'insuperabile convincimento di una sorta di dualità perenne tra sicurezza e trattamento, ove ciclicamente si poneva in primo piano ora l'una ora l'altro, a seconda dei momenti storici e degli orientamenti culturali.

Con la Legge di riforma del 1990 si è voluto dare voce ad una nuova cultura, nella quale sicurezza e trattamento si presuppongono e si rafforzano a vicenda, anzi la sicurezza diviene la *conditio sine qua non* l'azione rieducativa non si può realizzare, in una relazione di interdipendenza.

Certo non possono essere taciute le difficoltà operative di coniugare nella prassi concreta i due momenti: il clima di continua emergenza in cui si è chiamati ad operare e la cronica carenza di risorse umane e materiali possono finire per rafforzare la funzione custodiale, che rischia di prevaricare e soffocare ogni altra istanza.

Tuttavia, in un'ottica trattamentale, è innegabile che gli operatori di Polizia Penitenziaria sono il primo e più diretto contatto con l'utenza detenuta: è l'agente della sezione che "osserva" le modalità comportamentali e relazionali della persona detenuta sia con i compagni di detenzione che con gli operatori o la tendenza ad esercitare una certa supremazia sugli altri; l'atteggiamento dell'operatore di Polizia è pertanto fattore di importanza fondamentale nel condizionare il grado di accettazione del regime penitenziario e costituisce anche l'esempio ed il modello di comportamento improntato al rispetto delle regole e degli altri ed alla correttezza: da ciò consegue la forte valenza educativa dell'azione della Polizia Penitenziaria, che si riempie anche di altri contenuti, come la partecipazione alle équipes, la collaborazione e l'interazione con altre figure professionali nei diversi settori di intervento, dall'azione disciplinare alla progettazione, programmazione e concreta realizzazione delle diverse attività di valore trattamentale, nonché alla segnalazione di tutti quegli elementi utili relativi alla persona detenuta ed al suo comportamento.

In tale prospettiva ed in un'ottica di crescita e di mutamento culturale di tutto il sistema penitenziario e dei suoi protagonisti, fondamentale appare la necessità di interventi formativi per gli operatori, che possano rendere più flessibili i meccanismi del carcere e rispondere in maniera più adeguata alle aspettative di innovazione.

Determinante è rispettare le peculiarità del "pianeta carcere", favorendo nel contempo una costante riflessione sulla propria operatività, attraverso un processo di apprendimento e di stimolo al "saper lavorare insieme". L'interprofessionalità e l'interdisciplinarietà sono gli strumenti per costruire dinamiche lavorative più funzionali ed efficaci, pur nel rispetto dei ruoli e delle competenze di ciascuno: in tal modo gli operatori penitenziari potranno porsi come interlocutori attivi di fronte ai problemi, alle emergenze, ai condizionamenti ed ai possibili fallimenti.

La consapevolezza del valore del "gruppo" e di saper lavorare in gruppo può concretizzarsi nella realtà di ogni giorno una sorta di "formazione permanente sul campo", che possa salvaguardare la specializzazione nella propria funzione, coniugandola con la flessibilità professionale.

CONCLUSIONI

Senza dubbio la previsione a livello normativo della complementarietà tra sicurezza e trattamento non può stravolgere meccanismi e prassi consolidate nel tempo, né modificare mentalità acquisite e stratificate, in virtù delle quali "si è sempre fatto così" o cancellare conflitti che spesso ancora caratterizzano le relazioni tra alcune professionalità in ambito penitenziario.

Sussistono ancora diversità di formazione ed in particolare un diverso modo di approcciarsi, di sentire ed interpretare la realtà del carcere e conseguentemente di considerare prioritari aspetti tendenzialmente opposti.

Tuttavia, al di là delle reciproche diffidenze ed incomprensioni, l'azione di ciascun operatore deve necessariamente integrarsi, coordinarsi e non sovrapporsi a quella dell'altro, attraverso un sistema di comunicazione, verifica e raccolta quotidiana dei dati.

Solo in tal modo si potranno impostare rapporti interprofessionali corretti, nel rispetto di un'esigenza di coordinamento di tutte le professionalità e contemporaneamente nel riconoscimento reciproco e nella salvaguardia della preziosa specificità del contributo di ciascuno, affinché il "pianeta carcere", nella complementarietà delle funzioni di sicurezza e trattamento, possa essere sempre più parte integrante della società ed opportunità di cambiamento e, se si vuole, di riscatto e non più scatola vuota, mero contenitore di tutta quella umanità che vive, per motivi e con storie diverse, ai margini della società civile.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV. (1984) *Atti del IV Convegno Nazionale del Coordinamento Esperti Istituti Prevenzione e Pena Adulti - L'istituzione penitenziaria come comunicazione: ipotesi, esperienze e prospettive - Rassegna Penitenziaria e Criminologia.*

AA.VV. (1986) *Atti del II Convegno interprofessionale degli operatori penitenziari - Gli operatori penitenziari e la nuova riforma: problemi e prospettive. Abano Terme: 19-20-21 Dicembre.*

Breda, R. (1985) (tratto da) *Gli operatori penitenziari e la legge di riforma - I protagonisti dell'ideologia penitenziaria (a cura di) Fortuna, F.S. Milano: Franco Angeli*

Fassone, E. (1985) (tratto da) *Gli operatori penitenziari e la legge di riforma - I protagonisti dell'ideologia penitenziaria (a cura di) Fortuna, F.S. Milano: Franco Angeli.*

Fiandaca, G., Musco, E. (1993) *Diritto Penale - Parte Generale. Bologna: Zanichelli.*

Mantovani, F. (1988) *Diritto Penale - Parte Generale. Padova: Cedam.*

Solvetti L.M. (1985) (tratto da) *Gli operatori penitenziari e la legge di riforma - I protagonisti dell'ideologia penitenziaria (a cura di) Fortuna. F.S. Milano: Franco Angeli.*



PRIMA PARTE

**L' ASSISTENZA SANITARIA AI SOGGETTI TOSSICODIPENDENTI
E ALCOLDIPENDENTI IN CARCERE**



L'ASSISTENZA MEDICA IN CARCERE: TRADUZIONE OPERATIVE DEI RIFERIMENTI LEGISLATIVI

Salvatore Di Prima

Responsabile area sanitaria, medico incaricato Ser.T. Vicenza

1.1 PREMESSA

L'articolo 32 della Costituzione Italiana dispone: "La Repubblica tutela il diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". Il diritto alla salute di coloro che si trovano in condizione di privazione della libertà, trova quindi tutela e garanzia quale diritto inviolabile della persona. Tale tutela avviene nel contesto sociale dove la personalità dell'individuo trova espressione e l'Istituto Penitenziario, concretizzandosi in una formazione sociale, è il luogo in cui il detenuto esplica la propria personalità.

Il Servizio Sanitario all'interno degli Istituti Penitenziari è previsto anche dalle Regole Minime dell'O.N.U. per il trattamento dei detenuti, approvate il 30 Agosto 1955 (art. 22-26) e ribadite dal Consiglio d'Europa il 19 Gennaio 1973. L'Amministrazione Penitenziaria applica le norme della legislazione italiana relative all'assistenza sanitaria delle persone detenute. Esse dettano i principi e i criteri organizzativi per l'adeguamento del sistema alle esigenze della popolazione detenuta e il criterio generale dell'integrazione tra il Servizio Sanitario Penitenziario e il Servizio Sanitario Nazionale, in modo che l'Istituzione Penitenziaria possa rispondere a qualsiasi esigenza anche avvalendosi di quello Nazionale. Nel 1998 l'avvio della riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale coinvolge anche l'organizzazione penitenziaria¹. Ogni Istituto entra nella sfera di competenza territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale e tutti i detenuti conservano l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e hanno l'esenzione dal pagamento del ticket. L'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale è obbligatoria per gli stranieri, limitatamente al periodo detentivo. Essi "... hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia" (art. 1, comma 5, Decreto Legislativo 22 Giugno 1999 n. 230). L'assistenza sanitaria richiede la collaborazione tra l'Amministrazione della Giustizia e gli enti competenti nella gestione del Servizio Sanitario Nazionale per l'attuazione degli obiettivi previsti dai Piani Sanitari anche attraverso sistemi di informazione e educazione sanitaria.

1.2 SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA IN CARCERE

Il rispetto dell'integrità fisica e mentale della persona è uno degli aspetti essenziali

Note

1. Per maggiori approfondimenti vedasi la Legge delega 30 novembre 1998 e il Decreto Legislativo 22 Giugno 1999, n.230, di attuazione della delega, che indica le linee di indirizzo per il riordino del Servizio Sanitario Penitenziario.

della tutela per i diritti dell'uomo. Il modo in cui uno Stato si prende cura delle persone private di libertà, attesta il suo rispetto della dignità umana, in confronto a considerazioni d'ordine pratico, quali la necessità di mantenere la sicurezza e l'ordine nei luoghi di detenzione.

Un livello inadeguato di assistenza sanitaria può portare rapidamente al decadimento psico-fisico della persona e a situazioni che ricadono nella sfera del termine "trattamenti inumani e degradanti".

Condizioni essenziali per l'attuazione dell'assistenza sanitaria in carcere sono:

- accesso ad un medico;
- uguaglianza della cura;
- consenso dell'utente e riservatezza;
- assistenza sanitaria preventiva;
- assistenza umana;
- indipendenza professionale;
- competenza professionale.

A. ACCESSO AD UN MEDICO

Al momento dell'entrata in carcere, tutti i detenuti sono sottoposti a visita medica generale allo scopo di accertare eventuali malattie fisiche o psichiche. Il soggetto è sottoposto a visita medica di primo ingresso dopo aver effettuato le formalità di immatricolazione. Il personale di custodia, in ogni caso, ha l'obbligo di richiedere tempestivamente l'intervento del sanitario qualora il soggetto condotto in carcere presenti lesioni oppure segni di presunti atti di violenza o di maltrattamenti. Il dossier elaborato in seguito all'esame sanitario di un detenuto nuovo giunto deve contenere:

- il rendiconto delle dichiarazioni fatte dalla persona interessata in rapporto con l'esame sanitario (comprendente la descrizione del suo stato di salute e qualunque dichiarazione di maltrattamenti);
- l'estratto completo delle constatazioni sanitarie obiettive;
- il consenso informato, firmato dal detenuto, sullo *screening* tossicologico e infettivologico;
- dichiarazione firmata su uso di sostanze psicotrope.

Quando un medico osserva tracce di violenza, che lo autorizzano a pensare che potrebbero derivare da maltrattamenti, lo segnala alla Direzione.

È auspicabile che ai detenuti nuovi giunti sia dato un volantino o un opuscolo che li informi dell'esistenza e del funzionamento del servizio di assistenza sanitaria e che rammenti loro alcune basilari regole igieniche.

La richiesta di consultare un medico deve essere eseguibile senza alcun indebito ritardo se urgente, altrimenti la richiesta viene evasa il giorno seguente.

B. UGUAGLIANZA DELLA CURA

Il servizio di assistenza medica carcerario deve essere in grado di fornire trattamento medico e cure infermieristiche in condizioni paragonabili a quelle di cui usufruiscono le persone libere.

Il diario clinico deve essere compilato in ogni sua parte e deve contenere informazioni diagnostiche così come la cronaca in corso dell'evoluzione del soggetto e di ogni esame a cui viene sottoposto.

In caso di trasferimento il diario clinico va inoltrato ai medici dell'Istituto che lo riceve. Rispetto alla popolazione generale, è riscontrata tra i detenuti un'alta incidenza di sintomi psichiatrici, infatti, in ogni Istituto è presente, o dovrebbe esserlo, uno specialista in psichiatria.

C. CONSENSO DEL PAZIENTE E RISERVATEZZA

Ai soggetti devono essere fornite tutte le informazioni relative alla propria condizione, l'andamento della cura e i farmaci loro prescritti. Ogni paziente, capace di discernimento, è libero di rifiutare il trattamento o ogni altro intervento medico. Ogni deroga da questo principio fondamentale deve essere fondata legalmente e legata solo a circostanze eccezionali che siano applicabili alla totalità della popolazione.

Il segreto professionale deve essere osservato in carcere allo stesso modo che nella società. Tutte le visite mediche dei detenuti devono essere condotte in maniera personale senza la presenza di terzi, ad eccezione di situazioni di pericolo per l'incolumità del medico.

D. ASSISTENZA SANITARIA PREVENTIVA

Al servizio di assistenza sanitaria in carcere è affidata la responsabilità della medicina sociale e preventiva, con competenza di supervisione dell'organizzazione degli approvvigionamenti (quantità, qualità, preparazione e distribuzione del cibo) e delle condizioni igieniche. Deve essere assicurata l'informazione sulle malattie infettive in particolar modo sulle epatiti, AIDS, tubercolosi, infezioni dermatologiche.

Altro scopo del servizio di assistenza sanitaria in carcere è la prevenzione del suicidio e della violenza.

E. ASSISTENZA UMANA

Deve essere garantita un'attenzione particolare ai rapporti madri e figli, agli adolescenti, ai detenuti con disordini della personalità e a quelli non idonei a una detenzione prolungata.

F. INDIPENDENZA PROFESSIONALE

Il personale addetto all'assistenza sanitaria in carcere è potenzialmente un personale a rischio. Il dovere di cura può spesso entrare in conflitto con considerazioni di organizzazione e sicurezza carceraria. Ciò può far insorgere difficili scelte e questioni etiche. Qualunque sia la posizione formale in base alla quale un medico carcerario svolga la propria attività, le sue decisioni cliniche devono essere dettate esclusivamente da criteri medici.

Va anche fatto notare che la libertà professionale di un medico carcerario è limitata dalla condizione carceraria stessa: egli non può scegliere liberamente i propri pazienti, dato che i detenuti non hanno alcuna alternativa medica a loro disposizione. Il suo dovere professionale permane anche qualora il paziente contravvenga alle regole mediche o ricorra a minacce o violenze.

G. COMPETENZA PROFESSIONALE

I medici e gli infermieri di un carcere dovrebbero essere in possesso di conoscenze specialistiche che li rendano in grado di trattare forme particolari di patologie correlate alla carcerazione e di adeguare i loro metodi di cura alle condizioni imposte dalla detenzione. A tal proposito può essere giustificata l'introduzione di una specializzazione professionale riconosciuta, sia per i medici sia per gli infermieri, sulla base di formazione *post-lauream* e di regolare tirocinio.

1.3 INTRODUZIONE ALL'ASSISTENZA MEDICA ALLA PERSONA TOSSICODIPENDENTE E ALCOLISTA DETENUTA

Le droghe da sempre sono collegate all'uomo. Il loro uso è stato condizionato da fattori sociali, culturali, religiosi ecc. Le droghe hanno rappresentato e continuano a costituire uno scenario di conflittualità sociale e la collettività mantiene nei loro confronti un rapporto ambivalente. I diversi approcci ai problemi derivanti dall'uso di sostanze psicotrope, e persino la concettualizzazione del termine "droga", sono condizionati dalle costruzioni sociali e dalle rappresentazioni culturali che vengono date nei diversi contesti politici e socioeconomici. Al fenomeno della droga sono correlati tutta una serie di problemi, connessi alla cultura, alla moda, ai nuovi costumi, che riguardano aspetti estremamente variabili. Questi sono influenzati dal mutare dei valori sociali tradizionali, dalla soppressione delle frontiere, dalla globalizzazione e da tutta una serie di ragioni e fattori che contribuiscono a spiegare una realtà che rappresenta una grande sfida per l'intera società. Gli studi evidenziano un fenomeno dalle caratteristiche universali, sviluppatosi lungo una dimensione longitudinale, che impone interventi pianificati ed adattati ai diversi contesti in cui devono realizzarsi. Considerando il fenomeno "Dipendenze e Carcere" gli interventi vanno pianificati ed adattati al contesto detentivo, attraverso il coordinamento di tutte le risorse disponibili in loco per l'implementazione di programmi terapeutici e socio-riabilitativi e il miglioramento delle misure di prevenzione ed inserimento con un'informazione adeguata sotto il profilo linguistico e culturale ai vari destinatari. Tutto questo per promuovere percorsi ispirati all'approccio "terapia anziché pena".

1.4 IL MEDICO SER.T. IN AMBITO PENITENZIARIO

Il compito del medico Ser.T. in carcere è quello di ottimizzare le risorse disponibili in un'ottica di assistenza e di prestazioni mirate al benessere psico-fisico dell'utente, benessere difficilmente raggiungibile quando si è privati della libertà. Significato particolare acquisisce nel contesto carcerario l'accoglienza che il medico riserva al soggetto detenuto². Di seguito verrà descritta l'attività medica rivolta a soggetti

Note

2. Nei primi mesi del 2000 accettai, dopo molte incertezze, di occuparmi di "dipendenze patologiche", in termini più chiari, di assistenza ai tossicodipendenti e alcolodipendenti in carcere. Il medico che si occupava del Presidio per le Tossicodipendenze aveva dato le dimissioni da qualche anno e le persone con patologie alcol-droga correlate erano assistite indifferentemente sia dai Medici di Guardia sia dal Medico Incaricato. Anche se già Medico Penitenziario, il fatto di dovermi occupare quotidianamente di problemi di *addiction* in un ambiente carcerario non era certo la mia aspirazione, anche per pregiudizio.

tossicodipendenti e alcolodipendenti nella quotidianità del contesto detentivo. L'attività consta di due momenti: il primo conoscitivo (presa visione dei registri, presa visione degli screenigs, contatti e rapporti con altri operatori sanitari); il secondo diretto all'assistenza dell'utente.

Prima parte: Conoscitiva

- Registro Nuovi Giunti (presa visione degli utenti entrati dalla libertà dichiaratesi consumatori o dipendenti da sostanze psicoattive).
- Contatto con il sanitario di riferimento se si tratta di persone conosciute dal Servizio locale o periferico, per assicurare continuità terapeutica.
- Attuazione di idoneo trattamento, se non conosciuto dai Servizi.
- Registro Medico di Guardia (presa visione di visite effettuate agli utenti Ser.T. presenti in Istituto o provenienti da altra sede).
- Valutazione degli *screenings* tossicologici, infettivologici e dei referti degli esami ematochimici riguardanti il monitoraggio delle malattie correlate all'uso di stupefacenti e/o alcol.
- Richiesta di ulteriori accertamenti diagnostici o di consulenze ove necessario per un maggior approfondimento.
- Controllo lista degli utenti che hanno fatto richiesta di visita medica.

Note

L'Istituto penitenziario è un mondo a parte con regole tutte sue, con i suoi ritmi, con le sue priorità, con le sue "assurdità", il tutto inserito in un'ottica dell'espiazione della pena, che spesso ha poco a che vedere con la riabilitazione della persona ristretta. Il carcere è sofferenza.

In carcere al detenuto tossicodipendente e alcolodipendente non era riconosciuta la particolarità di una diagnosi di malattia, con i suoi sintomi e i suoi segni, gli si attribuiva un vizio per l'uso delle droghe e/o alcool da cui ne scaturiva un comportamento antisociale. All'interno della struttura carceraria era considerato un disadattato, un emarginato che portava con sé la vera malattia (HIV, HBV, HCV, LUE, Scabbia, Condilomi ecc...).

Non fu difficile confrontarmi e rivedere le mie posizioni, cercando di capire ed interpretare il mondo delle dipendenze patologiche. Difficile fu invece far recepire che la tossicodipendenza è una malattia cronica a carattere recidivante, oggi evidenze scientifiche mettono in risalto anche fattori genetici predisponenti la dipendenza.

Questa fu la sfida che accettai con me stesso e contro tutti i pregiudizi, confortato dal sapere scientifico (letteratura sulle dipendenze patologiche), cercando di far riconoscere ai soggetti con problemi di dipendenza i loro bisogni di assistenza e di cure adeguate. Se da una parte le indicazioni date dalla circolare n° 3820 del 28/12/1999 del Ministero della Sanità erano chiare, dall'altra parte il carcere non era pronto a rivedere le proprie posizioni e per i pregiudizi e per scarsa informazione. Non nascondo che negli anni ho avuto modo di confrontarmi anche con operatori attivi nell'ambito dipendenze patologiche, ma che poco conoscevano il fenomeno nella sua complessità e nelle sfumature, sia per quanto riguarda il trattamento farmacologico e ancor di più nel non saper distinguere l'uso, l'abuso e la dipendenza. Non è certo facile svolgere l'attività di medico in un carcere, ma è ancor più difficile se ci si occupa di dipendenza patologica. Certo è che il medico penitenziario può riappropriarsi del piacere di svolgere il suo difficile lavoro e risentirsi "medico" nel significato storico del termine e vale a dire: "Un uomo che sa scegliere la strada che conduce alla comprensione dei mali dell'uomo e sa ridurre la sofferenza che nasce dal corpo, che è tanto più grave per i suoi rimbalzi psicologici che producono l'insopportabile sofferenza dell'anima" (Ceraudo, 1988, p.). Gli stress psico-emotivi, le esasperazioni delle abitudini di vita carceraria creano nella popolazione detenuta punti di minore resistenza e condizione predisponente all'istaurarsi d'ogni tipo di patologia con un alto grado di somatizzazione. Dall'esperienza acquisita in questi cinque anni e più, ritengo che dal punto di vista dell'assistenza alle persone dipendenti, bisogna evitare la tendenza a delegare perché si rischia di perdere la visione del malato nel suo insieme. Questo non vuol affermare che il medico Ser.T. che opera in ambito penitenziario debba essere per l'individuo dipendente l'unica figura medica nell'approccio, nella diagnosi, nella cura e nel monitoraggio, ma sicuramente, l'unico operatore sanitario che all'interno del carcere interpreta e formalizza, oltre all'intervento proprio, la richiesta d'interventi specialistici (Psichiatra, Infettivologo, Dermatologo ecc...). Oggi ritengo che il medico Ser.T. in ambiente carcerario debba essere il punto di riferimento del tossicodipendente e alcolodipendente detenuto e questo serve a contenere le ansie, gli agiti, gli atti di autolesionismo e soprattutto a limitare la richiesta (impropria) sempre maggiore di psicofarmaci, ma anche farmaci d'altro genere. È noto infatti che le persone con problemi di *addiction* facciano uso e anche abuso di FANS per OS ma anche per SNIFF o COCKTAIL.

Quanto espresso esula dal pensare di eseguire un trattamento solo farmacologico ove necessario, bensì di condividere con le altre figure professionali del Ser.T. e gli operatori penitenziari il percorso terapeutico-riabilitativo, quindi con un approccio multidisciplinare ed integrato.

L'attività del medico non può limitarsi all'applicazione puramente tecnica dell'"Arte medica", ma richiede un'approfondita conoscenza degli aspetti psico-dinamici degli utenti affidati alle sue cure ed esplicitati in un contesto più esteso ricollegandolo necessariamente ai problemi e ai bisogni psicologici e sociali del detenuto (Ceraudo, *ibidem*).

Seconda parte: Assistenza

- Visita agli utenti entrati dalla libertà.
- Visita agli utenti trasferiti da altro Istituto.
- Visita agli utenti che ne hanno fatto richiesta la sera prima.
- Visita agli utenti segnalati dagli operatori sanitari e/o penitenziari che non hanno fatto richiesta.

Trascrizione sul Diario Clinico (documento sanitario che accompagna il detenuto per tutto il periodo della carcerazione anche nei trasferimenti in altri Istituti) della prestazione effettuata con diagnosi e terapia o solo colloquio anche di sostegno.

Copia nel Registro 99 Ser.T. (Registro 99 ex Presidio per le Tossicodipendenze), da cui verranno estratte tutte le certificazioni, le richieste di indagini strumentali (ecografie, tac ecc.), di visite specialistiche (infettivologiche, psichiatriche ecc.) e le domande di colloquio di sostegno psicologico, di quanto scritto nel Diario Clinico.

Trascrizione della terapia prescritta sul modello 104, riportando il nome dell'utente, il farmaco prescritto, la posologia e la durata del trattamento.

Redazione settimanale dei programmi terapeutici (a mantenimento e/o a scalare) con farmaci quali Metadone, Buprenorfina, Sodio oxibato, Disulfiram, Naltrexone cloridrato.

Tutte le certificazioni vengono validate dal Medico Incaricato ed autorizzate dal Direttore.

Rapporto di collaborazione

- Relazione e coordinamento con il Medico Incaricato all'assistenza medica a soggetti tossicodipendenti e/o alcolisti detenuti.
- Segnalazione al Medico Incaricato dei casi che necessitano di particolare assistenza.
- Relazione e coordinamento con gli Infermieri dell'Amministrazione Penitenziaria.
- Rapporto di collaborazione con i Medici di Guardia.

Rapporto di integrazione con l'équipe del Ser.T.

- Collaborazione con la Coordinatrice del personale infermieristico, l'Assistente Sanitaria e gli Infermieri Professionali del Ser.T. nell'intervento medico specialistico alle persone tossicodipendenti e/o alcolisti recluse (*screenings*, esami ematochimici, vaccinazioni, trattamento).
- Partecipazione alla riunione settimanale d'équipe, assieme alle altre figure professionali del Ser.T. e condivisione dei percorsi terapeutico-riabilitativi.
- Partecipazione alla riunione mensile d'équipe con il Direttore del Dipartimento per le Dipendenze per la messa a punto di modalità e tempi d'intervento per le persone detenute con patologie correlate alle dipendenze.

1.5 PRESA IN CARICO

L'importanza dell'immediata presa in carico delle persone detenute da parte del Ser.T. è giustificata dal fatto di evitare inutili sindromi astinenziali ed ulteriori momenti di sofferenza al soggetto tossicodipendente o alcolodipendente, assicurando la necessaria continuità assistenziale.

Accoglienza

- Primo contatto con l'individuo tossicodipendente e/o alcolista Nuovo Giunto dalla libertà o da altro Istituto.
- Autopresentazione ed esplicitazione del proprio ruolo e dei compiti svolti.
- Informazione sulla presenza degli altri operatori in Istituto e delucidazione dell'attività del Ser.T., con particolare riferimento agli screenings tossicologico ed infettivologico, alla profilassi attiva (vaccinazione per HBV, Influenzale, Antipneumococcica), alla prevenzione (Educazione Sanitaria) ed al trattamento terapeutico-riabilitativo nel suo complesso messo a disposizione (colloqui psicologici e il Gruppo Dipendenze).
- Attuazione del colloquio d'ingresso per la raccolta dell'anamnesi storica sull'uso di stupefacenti e/o alcol, focalizzando l'attenzione su eventuali trattamenti in atto o effettuati in passato in strutture pubbliche o private³.
- Esecuzione dell'anamnesi patologica in cui l'attenzione maggiore deve essere prestata ad eventuali malattie infettive (HIV, HBV, HCV, LUE).
- Valutazione di sintomi (se presenti) riferiti dall'utente.
- Effettuazione dell'esame obiettivo alla ricerca di segni patognomici, collegabili all'uso di sostanze stupefacenti e/o alcol quali ad esempio: segni di venopunture (piste), presenza di fuorivena con possibili zone necrotiche (in particolare nei cocainomani per endovena), miosi, rinorrea, sbadigli, piloerezione, tremori, tachiaritmia, epatomegalia, ipo o ipertensione arteriosa ecc...

Diagnosi e Doppia Diagnosi

Dopo un'attenta valutazione clinica si giunge alla diagnosi, che non sempre è di dipendenza o di abuso di stupefacenti e/o alcol, ma il più delle volte si tratta di consumatori con uso saltuario che non presentano a prima visita disturbi apparenti. L'ingresso in carcere è sempre "traumatico" anche per i recidivi. Si coglie nella mimica facciale e nell'espressione verbale il disagio, l'inadeguatezza, specialmente per chi fa ingresso per la prima volta e in giovane età. A questi ultimi viene riservato il nome di "Giovani adulti" (fino all'età di 25 anni).

Note

3. L'osservazione durante il colloquio fornisce molti dati importanti. Il paziente può essere ansioso o depresso e pessimista oppure allegro, compiacente, incline a negare la malattia; può mostrarsi amichevole e aperto oppure riservato, freddo e sospettoso. La comunicazione non verbale può evidenziare atteggiamenti e stati d'animo smentiti dalle sue parole. Per esempio, un paziente che ammutolisce o inizia a piangere quando si parla della morte di un genitore, rivela che questa è stata una perdita importante e lascia intendere di avere un lutto irrisolto. Una lacrima, un pianto aperto o altre manifestazioni emotive devono essere riportati come segni somatici nella cartella del paziente. Analogamente, se un paziente nega di essere arrabbiato, ansioso o depresso mentre invece la sua postura, i suoi gesti e l'espressione del viso rivelano il contrario, ulteriori domande possono portare alla luce fattori stressanti e circostanze generatrici di depressione, probabilmente correlate all'evoluzione della malattia attuale. Tuttavia, queste indagini possono anche condurre a conclusioni erronee. Una valutazione perspicace e basata sull'esperienza aiuta a stabilire se i conflitti psicologici siano significativi, di importanza limitata, o semplicemente concomitanti rispetto al disturbo fisico del paziente. Particolare attenzione va riservata all'utente che entra per la prima volta in carcere.

Un approccio alla diagnosi e alla terapia di tipo organo - e malattia - specifico spesso non ha buon esito, se viene ignorata la persona che ha quegli organi e quella malattia. Correlare i disturbi e le disabilità riferite dal paziente alla sua personalità e alle sue condizioni sociali, aiuta a stabilirne la natura e le cause. Per valutare la personalità del paziente, il medico deve prima di tutto ascoltarlo con attenzione e mostrargli interesse in quanto individuo.

Un colloquio condotto frettolosamente e con indifferenza, attraverso domande a risposta chiusa (seguendo un algoritmo rigido di esame d'apparato), probabilmente indurrà il paziente a nascondere le informazioni attinenti, piuttosto che aiutarlo a comunicarle. La ricostruzione della storia di malattia con domande aperte, che permettano al paziente di raccontarsi con parole sue e gli consente di descrivere le circostanze sociali associate al disturbo e di manifestare le sue reazioni emotive. Al paziente devono essere richieste informazioni sul suo retroterra sociale, sulla sua anamnesi medica e psichiatrica, e sul suo adattamento alle diverse fasi del ciclo vitale. Il medico deve informarsi con tatto sull'uso o abuso di alcol, sostanze stupefacenti e tabacco, sul comportamento alla guida e su qualsiasi tendenza a condotte antisociali. È importante altresì valutare le reazioni del paziente alle vicende ordinarie della vita, come fallimenti, contrattempi, perdite, malattie precedenti.

Il profilo di personalità che emerge da queste domande può contenere tratti come egocentrismo, immaturità, eccessiva dipendenza, ansia, tendenza alla negazione della malattia, comportamento istrionico e scarsa tolleranza della frustrazione; oppure coraggio, elasticità mentale, coscienziosità, modestia, adattabilità.

L'anamnesi può rivelare schemi ripetitivi di comportamento sotto stress, sia che il disagio venga espresso attraverso sintomi fisici (cefalea, dolori addominali ecc.) o psicologici (comportamenti fobici, depressione ecc.), sia attraverso il comportamento sociale (ritiro, tendenze ribelli ecc.).

Bisogna prendere nota degli atteggiamenti, ad esempio quelli verso l'assunzione di farmaci in generale o di tipo particolare (steroidi, sedativi) e verso i medici o gli ospedali. Con queste informazioni il medico può interpretare meglio i disturbi dell'utente, anticipare le sue reazioni alla malattia ed impostare una terapia adeguata.

Non è infrequente la presenza di una diagnosi psichiatrica in utenti con problemi di dipendenza. A volte diventa difficile fare una diagnosi e capire quale malattia è causa dell'altra. Le patologie psichiatriche più frequentemente presenti nel tossicodipendente e/o alcolista detenuto sono "Disturbo di personalità", "Disturbo d'ansia", "Disturbo dell'umore". Se si considera complessivamente lo stato di privazione della libertà e la diagnosi psichiatrica correlata o meno alla dipendenza, non si può fare a meno di contemplare eventuali atti di auto o eterolesionismo, e il suicidio o il tentato suicidio in carcere. La popolazione reclusa negli Istituti di Pena italiana soffre di un tasso molto alto di suicidi ed è largamente afflitta da gravi problemi di salute: dei ventimila tossicodipendenti detenuti, cinquemila sono affetti da Aids e migliaia da epatite B. Più del 50% dei casi di suicidio riguardano individui reclusi da meno di sei mesi, spesso soltanto da pochi giorni. Basta ricordare come il suicidio in carcere sia 17 volte più frequente rispetto alla popolazione in stato di libertà (Luigi Manconi, Senatore della Repubblica, "Garante per le persone private della libertà personale" per il Comune di Roma. Il suicidio in carcere e la tossicodipendenza, Torino 05/04/2004).

Trattamento

Il trattamento si esplica attraverso le seguenti azioni:

- Verifica della disponibilità di trattamenti farmacologici sostitutivi tenendo conto del principio della continuità terapeutica (in particolare per le persone che entrano in carcere già in trattamento), concordati e condivisi con il soggetto tossicodipendente e alcolodipendente detenuto.
- Predisposizione di programmi terapeutici personalizzati, identificati a partire da un'accurata valutazione multidisciplinare dei bisogni del detenuto, in particolare per quanto riguarda i trattamenti farmacologici (metadone, buprenorfina ecc.), anche di mantenimento.
- Garanzia di continuità terapeutica con Alcover, Naltrexone e Disulfiram.
- In caso di Intossicazione Acuta da Alcol (IAA) o Sindrome di Astinenza Alcolica (SAA) si prendono in considerazione alcuni fattori quali: grado di tolleranza, contemporanea assunzione di psicofarmaci, stato di ripienezza dello stomaco, motilità e assorbimento del tratto gastroenterico, tipo di bevanda, quantità di bevande assunte, sintomi riferiti dal paziente e segni riscontrati all'esame obiettivo. Fatta questa valutazione si attua idoneo trattamento che può essere con Benzodiazepine, Beta-Bloccanti, Alfa 2-Adrenergici, Aloperidolo, Calcio-antagonisti, Carbamazepina, Acido Gamma-idrossibutirrico (GHB). La scelta del trattamento farmacologico è dettato dal quadro clinico presente.

1.6 USO O DIPENDENZA DA SOSTANZE?

Non è possibile né utile stabilire un'unica definizione di dipendenza da sostanze. Alcuni tipi di uso di droghe non comportano alcun tipo di dipendenza. Il concetto di dipendenza da una sostanza specifica (per esempio, la dipendenza da cocaina) implica il fatto che droghe diverse producono effetti diversi, anche per ciò che riguarda il tipo di dipendenza e i rischi da essa prodotti. Due concetti contribuiscono alla definizione di dipendenza da sostanze: la tolleranza, che indica il bisogno di aumentare progressivamente la dose per produrre l'effetto ottenuto originariamente con dosi minori, e la dipendenza fisica, ovvero lo stato di adattamento fisiologico a una sostanza che si manifesta con una sindrome da sospensione (astinenza). Nella sindrome da astinenza, se la sostanza viene interrotta o se il suo effetto viene neutralizzato da un antagonista specifico che spiazzava l'agonista dal suo sito di legame sui recettori cellulari, si manifestano alterazioni fisiologiche spiacevoli. La dipendenza fisica non accompagna ogni forma di dipendenza da farmaci.

La dipendenza psicologica si associa a sensazioni di insoddisfazione e al desiderio di ripetere l'esperienza della sostanza o di evitare il disagio di non averla. Questa anticipazione dell'effetto è un forte determinante dell'uso cronico di farmaci psicoattivi e per alcuni farmaci può essere l'unico fattore manifestamente associato al desiderio intenso della sostanza (*craving*) e a un chiaro uso di tipo compulsivo. Alla prima categoria appartengono la cocaina, la marijuana, le amfetamine, i bromuri e gli allucinogeni come la dietilamide dell'acido lisergico (LSD), la metilendiossiamfetamina (MDMA) e il peyote. Le sostanze che producono dipendenza fisica marcata (l'eroina

e l'alcol) inducono abuso, e la corrispondente dipendenza è difficile da trattare. Se una sostanza non provoca dipendenza fisica, la sua sospensione non causa una sindrome di astinenza grave e tipica. Tuttavia, la maggior parte delle sostanze psicoattive induce tolleranza e in alcuni casi le reazioni da sospensione sono simili a una sindrome da astinenza (per esempio depressione e letargia dopo sospensione di cocaina o amfetamina, alterazioni caratteristiche nell'EEG dopo sospensione di amfetamina). Le sostanze psicoattive comunemente usate hanno potenziali variabili per tipi diversi di dipendenza.

Quelle che producono dipendenza agiscono sul SNC e hanno uno o più dei seguenti effetti: riducono l'ansia e la tensione, provocano eccitamento, euforia o altri cambiamenti d'umore vissuti piacevolmente da chi ne fa uso, danno la sensazione di maggiori capacità fisiche e psichiche, producono alterazioni delle percezioni e cambiamenti nel comportamento.

Il concetto di tossicomania, cui non corrisponde una definizione coerente e universalmente accettata, viene qui usato per riferirsi a uno stile di vita caratterizzato dall'uso compulsivo di una droga e dal totale coinvolgimento in essa; questa può presentarsi anche senza dipendenza fisica. La tossicomania comporta il rischio di danni fisici e la necessità di interrompere il consumo della sostanza, con o senza la comprensione e il consenso del soggetto con dipendenza patologica.

L'abuso di sostanze prescritte e illegali si manifesta in tutti gli strati socioeconomici, anche tra le persone di livello culturale e professionale elevato. Tuttavia, l'uso più dannoso delle droghe si verifica tuttora in un contesto di povertà. L'uso ricreativo delle sostanze è diventato sempre più parte della cultura occidentale, sebbene in genere sia disapprovato dalla società e sia di solito illegale. Alcuni consumatori apparentemente non ne sono danneggiati; tendono a usare le droghe episodicamente con dosi relativamente ridotte, evitando l'insorgenza di tossicità clinica e lo sviluppo di tolleranza e dipendenza fisica. Molte sostanze assunte a scopo edonistico (per esempio l'oppio grezzo, le bevande alcoliche, i derivati della marijuana, il caffè e altre bevande a base di caffeina, i funghi allucinogeni, le foglie di coca) sono "naturali", cioè estratte da piante; contengono una miscelazione di composti psicoattivi in concentrazioni relativamente basse, e non sono sostanze psicoattive di sintesi. Le droghe ricreative vengono assunte principalmente per via orale, oppure inalate. L'assunzione di potenti composti attivi per via endovenosa è di solito difficile da controllare. L'uso ricreativo è spesso accompagnato da ritualizzazione, con una serie di ruoli accettati, e raramente viene praticato in solitudine. La maggior parte delle sostanze usate in questo modo è rappresentata da psicostimolanti o allucinogeni, assunti per ottenere uno "sballo" o un'alterazione dello stato di coscienza, piuttosto che per alleviare un malessere psichico; è difficile usare le sostanze deprimenti del SNC in questo modo controllato.

1.7 EZIOLOGIA DELLA DIPENDENZA DA SOSTANZE D'ABUSO

La dipendenza da sostanze si sviluppa in maniera complessa e non del tutto chiara. Tale processo è influenzato dalle proprietà delle droghe, dalle caratteristiche fisiche

predisponenti del consumatore (compresa la predisposizione genetica), dalla sua personalità e classe socioeconomica e dal suo contesto culturale e sociale. L'assetto psicologico del soggetto e la disponibilità della sostanza ne determinano la scelta, nonché le modalità e la frequenza di assunzione. In particolare, sono poco conosciuti i meccanismi che portano progressivamente dall'uso sperimentale a quello occasionale e quindi allo sviluppo della tolleranza e della dipendenza fisica. I fattori che conducono all'aumento dell'uso e alla dipendenza o alla tossicomania, possono includere la pressione dei coetanei o del gruppo, un disagio emotivo che viene alleviato sul piano sintomatologico dagli effetti specifici della sostanza, la tristezza, l'alienazione sociale e gli stress ambientali (in particolare se accompagnati da sentimenti di impossibilità di cambiare le cose o di conseguire i propri obiettivi). I medici possono contribuire inavvertitamente all'uso dannoso di farmaci psicoattivi, prescrivendoli con eccesso di zelo a pazienti con problemi di stress e subendo l'astuzia di utenti manipolativi.

Molti fattori sociali e gli stessi mass media possono contribuire all'aspettativa che le droghe allevino un disagio in modo sicuro, oppure che possano gratificare dei bisogni. Riassumendo, l'esito del consumo di sostanze dipende dall'interazione tra la sostanza, il consumatore e il contesto.

Non sono state dimostrate differenze tra la reattività biochimica, attitudinale o fisiologica delle persone che sviluppano una tossicomania o una dipendenza e quella delle persone che non la manifestano, sebbene tali differenze siano state ricercate accanitamente.

Nei modelli animali è stato identificato un substrato neurale del rinforzo (la tendenza cioè a cercare nuovamente la sostanza e altri tipi di stimoli). In tali studi, l'autosomministrazione di sostanze come gli oppiacei, la cocaina, l'amfetamina, la nicotina e le benzodiazepine è associata ad un aumento della trasmissione dopaminergica in specifici circuiti mesencefalici e corticali. Questo reperto suggerisce l'esistenza nel cervello dei mammiferi di una via cerebrale di ricompensa coinvolgente la dopamina. Tuttavia, le evidenze che le sostanze psichedeliche e i cannabinoidi attivino questo sistema sono insufficienti, e non tutti i soggetti che sperimentano queste "ricompense" diventano dipendenti o tossicomanie. La personalità tossicomane è stata descritta in vario modo dai ricercatori comportamentisti, ma vi sono scarse evidenze scientifiche che esistano tratti di personalità specifici predisponenti.

Alcuni descrivono i tossicomanie come persone che cercano di evadere dalla realtà, cioè che non vogliono affrontarla e fuggono. Altri descrivono gli individui tossicodipendenti come soggetti schizoidi timorosi, isolati e depressi, con anamnesi di frequenti tentativi di suicidio e numerose lesioni autoinflitte. I tossicomanie sono stati descritti anche come fondamentalmente dipendenti e avidi sul piano relazionale, caratterizzati spesso da manifesta rabbia inconscia e da sessualità immatura. Tuttavia, anteriormente all'insorgenza di una dipendenza da sostanze, essi non manifestano il comportamento deviante, orientato al piacere e irresponsabile di solito attribuito ai tossicomanie.

A volte questi giustificano l'uso della droga con una crisi, con pressioni lavorative o con una disgrazia familiare che produce temporaneamente ansia o depressione. I medici, i pazienti e la cultura corrente inquadrano l'abuso di sostanze nel contesto di

un'esistenza o di un episodio vitale disfunzionale, ma poi accusano di tali disfunzioni esclusivamente la sostanza o il suo uso.

Nella maggior parte dei casi i tossicomanie abusano di alcol insieme con altre sostanze, e possono essere ricoverati più volte in ospedale per overdose, per reazioni avverse o per problemi di astinenza.

1.8 PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL DANNO

La misura più importante per ridurre i rischi connessi all'abuso di droghe è prevenire l'abuso stesso al fine di ridurre considerevolmente i danni causati alla salute dall'uso di stupefacenti (quali HIV, epatite B e C e tubercolosi) e il numero di decessi per droga.

Un altro fattore significativo è quello di fornire, secondo le necessità individuali del tossicodipendente, un trattamento *drug free* e una terapia con farmaci sostitutivi, sostenuta da un'adeguata assistenza psicosociale e riabilitativa, tenendo conto che al tossicodipendente dovrebbe essere offerta un'ampia varietà di opzioni di trattamenti diversi.

E' essenziale considerare l'eventualità di offrire ai tossicodipendenti in carcere l'accesso a servizi analoghi a quelli offerti ai soggetti con patologie alcol - droga correlate, senza compromettere gli sforzi generali e continui volti a tenere la droga fuori dalle carceri.

E' necessario inoltre promuovere un'adeguata copertura di vaccinazione per l'epatite B e misure profilattiche contro l'HIV, l'epatite B e C, la tubercolosi e le malattie sessualmente trasmissibili, così come uno *screening* per tali malattie per coloro che fanno uso di droga per via intravenosa e la loro cerchia sociale immediata e adottare le opportune azioni in campo medico.

1.9 EDUCAZIONE SANITARIA PER LA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA HIV E DI ALTRE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE

Per le principali malattie infettive la corretta informazione tecnico - scientifica è già efficace per una prevenzione di primo livello. Tutti gli utenti devono essere informati dei fattori di rischio per l'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) e per le altre malattie trasmesse sessualmente e ricevere consulenza adeguata riguardo alle misure efficaci per la riduzione dei rischi d'infezione. Le informazioni devono essere mirate in base ai fattori di rischio individuali, alle esigenze e alle capacità di ciascun paziente. I soggetti che assumono sostanze stupefacenti per via endovenosa devono essere informati sui metodi per ridurre i rischi. L'utilizzo di sostanze stupefacenti per via endovenosa, è la principale causa di nuove infezioni da HIV, HBV e virus dell'epatite C trasmesse attraverso lo scambio di siringhe. Le conseguenze delle malattie trasmesse per via sessuale sono variabili e si manifestano con lievi sintomi come le tricomoniasi, fino all'infezione da HIV. Se non trattate, le malattie batteriche,

trasmesse per via sessuale, possono provocare sintomi anogenitali dolorosi (uretriti, cerviciti, ecc.), malattie gravi che necessitano il ricovero ospedaliero (per esempio, malattia infiammatoria pelvica) o complicanze potenzialmente letali (per esempio, sifilide terziaria). Le malattie genitali ulcerative e non ulcerative, trasmesse per via sessuale, si associano ad aumento del rischio di contrarre l'infezione da HIV. Le malattie virali trasmesse per via sessuale, si associano a infezioni persistenti ricorrenti o croniche (herpes genitale e HPV) o a potenzialmente letali (per esempio, epatite cronica o fulminante). L'utilizzo di sostanze stupefacenti per via endovenosa e il rischio di infezione da HIV e HBV in tossicodipendenti sono strettamente legati al numero di persone con cui un soggetto condivide il materiale per le iniezioni (aghi, siringhe, sostanze per la preparazione della droga). I programmi di trattamento che riducono l'utilizzo di droghe iniettabili diminuiscono l'incidenza dell'infezione da HIV e da epatiti negli eroinomani. I soggetti tossicodipendenti possono limitare il loro rischio evitando di utilizzare materiale per iniezione contaminato. Gli interventi di educazione sanitaria, effettuati in diverse circostanze, possono ridurre specifici comportamenti a rischio per la diffusione di malattie trasmesse per via sessuale. Gli interventi più comuni sono l'educazione sanitaria e la consulenza per l'HIV, in utenti ad alto rischio, (omosessuali maschi, tossicodipendenti, o persone con malattie trasmesse per via sessuale) e la promozione dell'uso dei profilattici. Gli interventi di educazione sanitaria e l'informazione, uniti al test per lo screening infettivologico, si associano ad una riduzione significativa dei comportamenti sessuali ad alto rischio. Le modificazioni del comportamento, dopo gli interventi di educazione sanitaria, la consulenza e il test, sono più significative nei pazienti sieropositivi rispetto ai sieronegativi. I tossicodipendenti hanno ridotto la pratica dello scambio delle siringhe in relazione alla minaccia dell'AIDS, ma è stato difficile dimostrare un beneficio degli interventi per i tossicomani. Gli interventi di educazione sanitaria e la consulenza per la promozione dell'utilizzo dei profilattici sono risultati efficaci per i gruppi ad altissimo rischio (omosessuali). Gli elementi chiave per la riduzione del rischio di infezione da HIV sono il non praticare attività sessuale o mantenere una relazione sessuale reciprocamente e fedelmente monogama con un partner non infetto, astenersi dall'aver rapporti sessuali con soggetti dei quali non sia nota con certezza la sieronegatività e che non siano stati l'unico partner nei sei mesi precedenti, o in qualsiasi momento successivo all'esecuzione del test, usare sempre il preservativo se si ha qualche dubbio riguardo la sieronegatività del partner sessuale non praticare rapporti anali con soggetti a rischio, utilizzare siringhe o aghi sterili. Le linee guida raccomandano di cogliere qualsiasi occasione per rinforzare i messaggi per la riduzione del rischio, di strutturare gli interventi di consulenza in funzione dei comportamenti, delle esigenze e delle circostanze specifiche individuali, di fornire una valutazione individuale del rischio, di sviluppare un piano personalizzato per la riduzione del rischio insieme al paziente e di fornire al soggetto indicazioni adeguate. Benché la possibilità da parte dei medici e degli operatori sanitari in ambito penitenziario di incidere sui comportamenti sessuali ad alto rischio e sull'uso di sostanze stupefacenti sia limitata, si rileva che i detenuti abbiano modificato il proprio comportamento in seguito alle informazioni ricevute sull'infezione da HIV e su altre malattie trasmesse per via sessuale attraverso campagne pubbliche di educazione

e colloqui con il personale sanitario. I soggetti a maggior rischio (tossicodipendenti e loro partner) possono incontrare difficoltà nel modificare i comportamenti, anche nel caso in cui siano motivati a farlo, per ostacoli posti dalla povertà, dalla mancanza di un'abitazione, dalla dipendenza, o dalla scarsa disponibilità di preservativi o aghi sterili. Benché l'uso dei preservativi sia aumentato nella popolazione generale, vi sono poche prove che donne e uomini eterosessuali abbiano ridotto il numero dei loro partner sessuali o che l'inizio dell'attività sessuale venga posticipato. Il personale sanitario, tuttavia, svolge un ruolo potenzialmente importante negli sforzi per l'educazione dei pazienti sull'HIV e le altre malattie trasmesse per via sessuale. Mentre la maggior parte delle persone è informata degli effetti dell'infezione da HIV, pochi si rendono conto delle gravi conseguenze delle più comuni malattie trasmesse per via sessuale, come la Chlamydia e la gonorrea. Uomini e donne sottovalutano il rischio di contrarre malattie trasmesse sessualmente da partner che utilizzano sostanze stupefacenti o praticano altre attività ad alto rischio. D'altra parte, il medico non raccoglie regolarmente l'anamnesi sessuale di tutti gli utenti, non indaga su specifiche pratiche ad alto rischio e non offre una consulenza specifica sui metodi per la riduzione del rischio di infezione da HIV o di altre malattie trasmesse per via sessuale. I sanitari possono contribuire a promuovere alcuni cambiamenti dei comportamenti rinforzando i messaggi educativi, individuando i comportamenti ad alto rischio, aiutando i pazienti a pianificare una strategia adeguata per la riduzione del danno e indicando ai soggetti le fonti di ulteriori informazioni. Gli operatori sanitari rappresentano un'importante fonte di nozioni per gruppi ad alto rischio (per esempio, tossicodipendenti e persone dedite alla prostituzione), che altrimenti avrebbero scarso accesso alle informazioni sulla prevenzione⁴.

1.10 LE VACCINAZIONI

Benché l'esecuzione delle vaccinazioni raccomandate e l'accettazione delle stesse da parte dell'utenza continuino a rappresentare una sfida per gli operatori sanitari, per le organizzazioni medico-sanitarie e per il sistema sanitario pubblico, alcuni interventi specifici possono aumentare i livelli di copertura vaccinale. Nonostante la disponibilità di vaccini sicuri ed efficaci e i sostanziali progressi compiuti sul fronte della riduzione delle malattie prevenibili mediante vaccinazione, l'esecuzione delle vaccinazioni raccomandate e l'accettazione delle stesse da parte dell'utenza continuano a rappresentare fattori di fondamentale importanza per ridurre ulteriormente ed eliminare le cause di morbilità e mortalità prevenibili mediante vaccinazione.

Il valore delle vaccinazioni quale strumento di prevenzione per conservare lo stato di salute dell'individuo è universalmente riconosciuto. La peculiarità della prevenzione tramite vaccinazione consiste nell'estensione del beneficio alla collettività e, pertanto, viene garantito l'assunto costituzionale che afferma essere la salute un diritto del singolo e un interesse della collettività. Non a caso, nel Piano Sanitario Nazionale 1994-96 le vaccinazioni sono state inserite tra i livelli uniformi di assistenza sanitaria che il S.S.N. deve garantire ai cittadini. Nel punto 3.A del Piano 1994-96 *Assistenza sanitaria in ambiente*

4. Per l'attività di educazione sanitaria specifica per il contesto detentivo fare riferimento ai capitoli 2-3.

di vita e di lavoro viene specificato che la profilassi delle malattie infettive e diffuse si realizza anche attraverso le vaccinazioni secondo la normativa vigente e nell'ambito di interventi e campagne autorizzati con atti formali delle Regioni. Un ulteriore passo in avanti è stato realizzato con l'introduzione, nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, di specifiche indicazioni per il raggiungimento di coperture vaccinali pari ad almeno il 95% nella popolazione di età inferiore ai 24 mesi non solo per le vaccinazioni obbligatorie, ma anche per quelle raccomandate. Il Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005 ha ancora una volta ribadito la necessità di procedere con decisione nell'attuazione degli obiettivi adottati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e di conseguenza dagli Stati membri, per le malattie prevenibili con vaccino. Le vaccinazioni rappresentano in effetti uno dei più efficaci strumenti di prevenzione a disposizione. Il vantaggio principale offerto dalle vaccinazioni consiste nel fatto che esse stimolano attivamente l'organismo a sviluppare una risposta immunitaria duratura e specifica, in altre parole diretta selettivamente contro un particolare agente patogeno (immunoprofilassi attiva). Le vaccinazioni più comuni sono quelle per prevenire le patologie sotto-elencate.

Influenza

L'influenza, che spesso causa malessere debilitante per diversi giorni, è responsabile di una significativa morbilità e diminuzione della produttività, durante gli episodi epidemici. Le persone anziane e coloro che, indipendentemente dall'età, sono affetti da malattie croniche hanno un rischio superiore di sviluppare complicanze dell'infezione influenzale. Il vaccino antinfluenzale inattivato (con virus ucciso) contiene antigeni identici o simili a quelli dei virus influenzali A e B in circolazione. Studi chimici controllati hanno dimostrato che il vaccino è efficace nel 70 - 80% dei casi nel prevenire la malattia influenzale e riduce la gravità della malattia in bambini sani, adolescenti e adulti con meno di 65 anni. A causa delle frequenti variazioni stagionali degli antigeni del virus circolante (emoagglutinina e neuraminidasi, fenomeno della deriva antigenica), è necessario somministrare il vaccino antinfluenzale ogni autunno, prima dello scoppio dell'epidemia. Questa scadenza permette di riformulare il vaccino ogni anno, includendo gli antigeni individuati dalle strutture mondiali di sorveglianza, che probabilmente circoleranno durante la stagione successiva. Malgrado siano state descritte reazioni allergiche, principalmente in pazienti con ipersensibilità all'uovo, sono poco comuni effetti collaterali gravi della vaccinazione antinfluenzale.

Pneumococco

La malattia da pneumococco è un'importante causa di morbilità e mortalità. Sebbene l'infezione da pneumococco non sia soggetta a denuncia, tassi significativamente maggiori si osservano nelle persone di età inferiore a cinque anni o superiore a 65 anni, nei neri, nei nativi americani e dell'Alaska, negli ospiti di lungodegenze, negli alcolisti e in pazienti con patologie croniche o stati di immunodeficienza. La malattia da pneumococco determina il 15% delle polmoniti gravi acquisite in comunità, con un tasso di letalità del 9-26%. Anche la batteriemia e la meningite pneumococcica sono gravate da un alto tasso di mortalità. Negli ultimi anni si sono selezionati ceppi di pneumococco resistenti ai farmaci. L'emergere di questo fenomeno conferma ulteriormente l'importanza di prevenire la malattia pneumococcica con

la vaccinazione⁵. Sono necessari ulteriori studi per disporre di dati più certi riguardo l'efficacia del vaccino antipneumococcico e per finire vaccini di maggior validità, sia negli individui immunocompetenti sia in quelli immunocompromessi, così come nei bambini ad alto rischio di età inferiore ai due anni. La durata complessiva della protezione anticorpale dopo la vaccinazione antipneumococcica non è stata accertata; titoli elevati sembrano persistere a distanza di cinque anni, ma in alcuni soggetti tornano ai livelli prevaccinali entro 10 anni.

Epatite B

Il rischio di sviluppare un'infezione cronica da HBV (stato di portatore) negli adulti dopo un'infezione acuta, è del 6-10%.

Circa un quarto dei portatori sviluppa epatite cronica attiva, che può progredire fino alla cirrosi; i portatori sono inoltre a rischio di ammalarsi di carcinoma epatocellulare.

Le persone con infezione acuta o cronica da HBV sono a rischio di contrarre l'infezione da virus dell'epatite delta (HDV), che può causare epatite acuta, talvolta fulminante o cronica e che può progredire in cirrosi. Dato che l'HDV non può essere trasmesso in assenza d'infezione da HBV, le misure volte a prevenire tale infezione preverranno anche le complicanze da virus delta.

La profilassi si attua con l'educazione sanitaria della popolazione a rischio, lo screening del sangue e derivati e l'immunizzazione passiva con Ig. specifiche. La vaccinazione prevede un programma a 0-1-6 mesi e un richiamo a 5 anni, per controllare il livello della risposta immunitaria. E' prevista per legge la vaccinazione obbligatoria ai minori di 12 anni. Le categorie da vaccinare comprendono:

- personale sanitario;
- pazienti in dialisi;
- omosessuali maschi;
- tossicodipendenti;
- pazienti cronici in cura con trasfusioni o emoderivati;
- partner sessuali di portatori di HBV;
- viaggiatori in aree ad alta endemicità.

Il vaccino ricombinante, entrato in commercio nel 1986 e attualmente utilizzato, produce delle risposte anticorpali e un'efficacia a breve termine (fino a cinque anni) simili a quelle del vaccino plasma-derivato. Per il vaccino ricombinante non esistono informazioni sull'efficacia a lungo termine. La necessità di dosi di richiamo a intervalli maggiori, verrà stabilita quando saranno disponibili ulteriori dati. Gli anziani, gli individui in sovrappeso, i fumatori, i pazienti emodializzati, i tossicodipendenti e le persone infettate dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV) hanno, quando vaccinati, delle risposte anticorpali significativamente inferiori a quelle che si hanno in giovani sani; coloro che non rispondono adeguatamente sviluppano un declino più rapido del titolo anticorpale. Ripetere il ciclo vaccinale nelle persone che non rispondono alle prime dosi provoca risposte anticorpali moderate in più del 50% degli individui. L'inoculazione nel gluteo ha dato delle risposte immuni subottimali e quindi

5. Il vaccino antipneumococcico polisaccaridico polivalente, contenente 14 sierotipi, entrato in commercio nel 1977, è stato sostituito nel 1983 da un nuovo vaccino polisaccaridico polivalente, comprendente 23 sierotipi, che contiene materiale capsulare purificato proveniente dall'88 per cento dei ceppi di *Streptococcus pneumoniae* che causano batteriemie.

la sede preferita d'iniezione è il muscolo deltoide. Una dolorabilità locale in sede d'inoculazione è un effetto collaterale comune. Ci sono state diverse segnalazioni di casi non fatali di anafilassi, associati all'uso del vaccino dell'epatite B ricombinante.

1.11 MARKERS NELLA DIAGNOSI DI ABUSO ALCOLICO

L'alcolismo è un problema di forte rilevanza sociale. In Italia, in particolare, il fenomeno coinvolge circa 5.000.000 di persone con conseguenze importanti non solo in termini di salute individuale, ma anche con pesanti ripercussioni di carattere socio-economico.

Per chiarire meglio l'impatto che il fenomeno alcolismo esercita sul tessuto sociale del nostro Paese, si può osservare che circa il 10-15% della popolazione adulta presenta patologie alcol correlate (P.A.C.), in altre parole un insieme di disturbi di natura psichica, fisica, relazionale e sociale connessi all'abuso di tale sostanza psicoattiva. In termini di mortalità si può asserire che ogni anno mediamente più di 25.000 persone muoiono per P.A.C. (cirrosi epatica, incidenti stradali, infortuni sul lavoro, tumori, malattie cardiovascolari respiratorie e gastrointestinali). Di qui l'importanza di predisporre strumenti ed analisi in grado di individuare l'esistenza di un consumo alcolico a rischio anche nelle persone che, per ignoranza e/o reticenza, siano portate a negarlo. Ciò ha stimolato molti ricercatori, per la verità con poco successo, ad individuare il *marker* ideale di consumo di alcol.

Nella pratica clinica c'è la difficoltà di saper individuare, al di fuori di segni e sintomi presenti in casi di intossicazione alcolica acuta o cronica, la condizione di dipendenza da alcol. Se a questo si aggiunge l'incredibile capacità dissimulativa che sviluppano i soggetti alcolisti, costretti a confrontarsi con processi di colpevolizzazione e discriminazione da parte della società in generale e del nucleo familiare in particolare, si comprende come gli strumenti a disposizione del personale specializzato, risultino a volte inadeguati davanti all'ampiezza di tale fenomeno. Quindi, accanto all'esperienza clinica, è necessario affiancare un indicatore biologico capace di affermare o escludere con certezza l'abuso alcolico.

Le caratteristiche che un *marker* dovrebbe avere per essere ritenuto "ideale" sono:

- sensibilità;
- specificità;
- accuratezza;
- precisione;
- riproducibilità;
- stabilità;
- semplicità di esecuzione;
- possibilità di automazione;
- basso costo.

L'applicazione di un tale indicatore biologico ideale oltre che per l'ausilio diagnostico è fondamentale in altri settori quali la medicina legale e del lavoro, la sicurezza stradale, il follow-up dei soggetti sottoposti a trattamento per dipendenza alcolica e l'aderenza al trattamento stesso. Proprio nell'ambito clinico è essenziale considerare

anche la finestra temporale del marker, dettata dalla validità del test rispetto agli ultimi consumi e/o abusi alcolici, in altre parole lo spazio temporale di abuso coperto dall'indicatore.

Prima di elencare i vari esami di laboratorio che possono essere impiegati, è utile identificare due caratteristiche fondamentali di tali test, che danno un'idea della loro potenziale utilità per la diagnosi: sensibilità e specificità.

Un test è specifico quando un suo risultato positivo indica sicuramente la presenza della condizione presa in esame, in questo caso un bere eccessivo. Uno non specifico può risultare positivo anche per effetto di altri stati riferibili a disturbi di tipo diverso. Un test ideale dovrebbe essere specifico al 100%, in altre parole presentare un risultato positivo solo nel caso di un bere problematico.

Per sensibilità di un test s'intende invece la caratteristica per cui l'esame in questione individua sempre quello che si propone di misurare; per gli scopi qui presentati un test sensibile al 100% dovrebbe risultare sempre positivo (e mai negativo) nel caso di un pesante consumo di alcol.

Per l'abuso di tale sostanza sinora non è stato messo a punto nessun esame di laboratorio che sia nello stesso tempo sensibile e specifico al 100%. I test attualmente disponibili sono specifici o sensibili in misura variabile, e la loro efficacia e utilità ai fini della diagnosi dipende dalla prevalenza di tale problematica nella popolazione in cui sono applicati.

Un singolo test non ha gran valore; utilizzando invece una serie di esami diversi è possibile attualmente individuare più dell'80% dei pazienti con problemi moderati o severi. Un risultato negativo non esclude tuttavia la possibilità che un bere eccessivo abbia cominciato ad interferire con la vita del paziente e possono inoltre verificarsi falsi positivi. I risultati delle analisi di laboratorio devono quindi essere interpretati in modo accurato e collocati nel contesto della multifattorialità.

I principali *markers* oggi disponibili sono i seguenti:

- alcolemia;
- GGT;
- rapporto AST/ALT;
- MCV;
- CDT.

E' doveroso sottolineare ancora una volta che nessuno dei suddetti indicatori biologici risulta capace di soddisfare le caratteristiche di idealità proprie di un *marker* specifico, rendendo dunque necessario proseguire in tal senso la ricerca biochimico-clinica.

Alcolemia

Il dosaggio della concentrazione ematica di alcol, attualmente effettuato mediante l'esame dell'aria espirata (*Breath-test*) rileva l'uso recente di bevande alcoliche. I limiti di questa metodica ai fini della diagnosi di abuso cronico di alcol sono determinati dalla limitata finestra temporale e dalla variabilità di fattori individuali. Tuttavia, la possibilità di verificare con un semplice apparecchio, non invasivo, la concentrazione ematica di alcol è molto importante non solo ai fini medico-legali, ma in quel complesso sistema di sostegno-verifica che si pone in atto nei servizi alcolologici e che prende il nome di riabilitazione.

GGT, AST/ALT, MCV

Questi esami, che sono comunemente usati nella pratica clinica, possono essere molto utili ai fini diagnostici.

La Gamma-Glutamil-Trasferasi (GGT), anche se rappresenta uno dei test più usati, è tuttavia gravato da bassa specificità e bassa sensibilità. Molte sono infatti le patologie alle quali è spesso associato un aumento delle GGT, la più frequente delle quali è la stasi biliare, nell'ipertrigliceridemia e nel diabete. Il valore di quest'enzima è quindi molto utile nella pratica clinica se associato ad altri indici di abuso alcolico. I valori delle GGT risultano molto significativi nei soggetti forti bevitori, anche perché si è visto che tali valori s'innalzano solamente dopo un abuso cronico di almeno 30-40 giorni, normalizzandosi dopo alcune settimane o mesi.

Transaminasi

Il dosaggio delle transaminasi può essere molto utile nella diagnosi dell'abuso alcolico, ma il loro innalzamento non è certamente specifico di tale condizione, poiché esso depone per una sofferenza epatica indotta dalle cause più diverse. Per discriminare tra abuso alcolico ed epatite virale (una delle motivazioni più comuni di innalzamento delle transaminasi), è utile valutare il rapporto AST/ALT, che se maggiore di uno indica abuso alcolico, se minore lascia pensare ad un'epatite virale.

MCV

L'aumento del volume eritrocitario (volume cellulare medio), dovuto ad una carenza di acido folico, è frequentemente associato (circa 65%) ad abuso alcolico. Considerato isolatamente tale dato però non risulta essere specifico poiché correlabile con altre patologie e con stati carenziali di vitamina B12; tuttavia se associato ad altri *markers* come, ad esempio, le GGT e rapporto AST/ALT maggiore di uno, il suo valore diagnostico aumenta e può essere considerato indicativo di abuso alcolico.

Indice EDAC

L'indice EDAC (*Early Detection of Alcohol Consumption*) è una metodica computerizzata di nuova generazione che consiste nel valutare alcuni parametri fisico-clinici ed ematologici come le GGT, l'MCV e le transaminasi insieme ad altri indicatori meno specifici come i trigliceridi e l'uricemia.

Questo valore, ancora in fase di sperimentazione, ha la caratteristica di essere molto sensibile anche per consumi di alcol non molto elevati e può inoltre risultare utile nell'identificazione di un abuso alcolico isolato.

CTD

La CDT (*Carbohydrate Deficient Transferrin*) isolata casualmente nel siero di pazienti alcolisti già dal 1978, è stata proposta dal 1979 come marker di abuso alcolico. Normalmente la transferrina si trova nel siero in varie forme, contenenti da 0 a 9 residui di acido sialico, anche se la forma più frequente è quella con 4 residui (80%). Si è osservato che in pazienti con storia di abuso alcolico (almeno 60g/die) nell'ultima settimana, è possibile rilevare un incremento della CDT che persiste fino a circa 15 giorni dopo l'eventuale sospensione delle assunzioni. Diversamente, si è visto che

in pazienti non alcolisti, sono necessari consumi di alcol di almeno 80 g/die per tre giorni di seguito, per produrre un aumento dei livelli della stessa CDT. Il meccanismo alla base dell'innalzamento del livello di tale marker non è ancora del tutto chiarito: la teoria più accettata individua nell'aumento dell'acetaldide (Ach), prodotta dal metabolismo dell'alcol, la sostanza responsabile dell'inibizione della glicosilazione della transferrina. Negli ultimi anni, sono state proposte varie metodiche per il dosaggio della CDT, che può essere valutata sia in senso assoluto sia in percentuale, metodo quest'ultimo che dà il vantaggio di un minore numero di falsi positivi. La letteratura nei riguardi della sensibilità della CDT è estremamente discordante, con dati che vanno dal 22 all'82%. Lo studio di Stibler del 1991 (Stibler H., Borg S. And Jousstra N. A modified method for the assay of carbohydrate-deficient transferrin (CTD) in serum. *Alcohol Alcoholism* 1991; 1: 451-4), basato su 20 lavori per un totale di 2500 alcolisti, ha dimostrato una specificità del 97% e una sensibilità dell'82%. Altri studi (Macchia, T., Mancinelli, R., Gentili, S., Ceccanti, M., Devito, R. *Mitochondrial aspartate aminotransferase isoenzyme: a biochemical marker for the clinical management of alcoholics?* *Chim. Clin. Acta* 1997; 263: 79-96.)

hanno mostrato che la CDT è utile maggiormente nel dimostrare l'abuso elevato. La sua sensibilità è minore nel rilevare abusi alcolici meno consistenti (12-45%), anche se la specificità risulta invece costantemente elevata, attestandosi intorno all'80%. Questa specificità è però messa in dubbio dal fatto che alcune condizioni cliniche (variante D della Transferrina, sindromi di glicoproteine povere di carboidrati, bassa ferritinemia, cirrosi biliare primitiva, epatiti virali croniche, trapianti di rene e pancreas, carcinoma rettale ed epatico) provocano false positività. Le modalità di assunzione delle bevande alcoliche, specialmente la regolarità o meno delle stesse, hanno pure mostrato di incidere sulla sensibilità e specificità della CDT. Questo fatto può spiegare la discordanza tra i risultati statunitensi ed europei. In conclusione, per l'estrema conflittualità della letteratura, bisogna registrare che è molto difficile valutare l'attendibilità della CDT come *marker* di abuso alcolico, anche nei confronti degli altri indicatori conosciuti.

Markers di ultima generazione

Suscitano interesse quegli studi che hanno evidenziato il ruolo, come *marker* di abuso alcolico, degli "addotti" formati da proteine plasmatiche modificate, in seguito a riarrangiamenti irreversibili, per opera dell'acetaldide (Ach). In particolare in uno studio condotto da Worral (1998), sono stati paragonati la CDT, IgA ASR (immunoglobuline che reagiscono con proteine modificate dall'Ach),

gli addotti formati da albumina ed emoglobina modificate dall'Ach (Whole Blood Associated Acetaldehyde o WBAA) con i convenzionali indicatori di abuso alcolico (AST, ALT, GGT). Pertanto è risultato come il WBAA aumenti significativamente dopo abuso alcolico e torni nei limiti della norma dopo circa tre settimane d'astensione dall'alcol. Potendo essere quindi considerato come marker ideale, espressione diretta dell'eccesso di Ach, caratteristica dell'abuso alcolico. Tale linearità, tra il consumo di alcol e l'aumento del WBAA, non si riscontra nell'utilizzo dei classici indicatori (AST, ALT, GGT). Tuttavia, alcuni limiti dell'utilizzo del WBAA come marker ideale ci vengono imposti dalla facilità con cui si forma Ach nei campioni di plasma e quindi dalla

corretta conservazione dei campioni. Inoltre gli squilibri metabolici in termini di sintesi proteiche in pazienti alcolisti (per ridotta ed alterata sintesi di albumina e di lipoproteine), può portare ad artefatti ed errori di valutazione. Ulteriori stimoli in questa direzione vengono forniti da considerazioni fatte in uno studio di Hazelett (1998), ove la misurazione dei livelli sierici degli addotti HbA1-Ach (emoglobina modificata dall'Ach) dimostravano di avere una migliore sensibilità e specificità dei livelli delle ALT, AST e MCV. Anche qui un limite nell'utilizzo dell'HbA1-Ach come marker biologico ideale viene dato dalla constatazione di come i livelli emoglobinici in un individuo alcolista possano essere suscettibili a molte variazioni quantitative e qualitative e che quindi l'HbA1-Ach come marker possa mancare di sensibilità e specificità. Del resto tutte le metodiche descritte in questi studi, sono complesse e richiedono apparecchiature costose. Markers basati sulla dimostrazione di Ach addotti potranno essere validati in campo internazionale solo quando saranno disponibili sul mercato come kit standardizzato, di facile utilizzazione. Un test da poter essere effettuato, per la sua maneggevolezza e semplicità, è la ricerca nelle urine del 5 idrossitriptofolo (5-HTOL) e dell'acido 5-idrossindolacetico (5-HIAA), entrambi metaboliti della serotonina. In uno studio condotto da Kroke ed altri autori (2001), i risultati ottenuti hanno consentito di proporre il rapporto 5-HTOL:5-HIAA ($5\text{-HTOL}/5\text{-HIAA}=0.92$), quale indice di un eccesso alcolico recente. Altri markers che sono da prendere in considerazione sono la b-esosaminidasi sierica (glicosidasi acida lisosomiale) e la MAO piastrinica. Benché dimostrino una discreta sensibilità e specificità, i loro livelli aumentano non solo nei soggetti con abuso alcolico cronico, ma anche in altre patologie e/o condizioni fisiologiche (diabete mellito, cirrosi, gravidanza, ipertensione arteriosa per la b-esosaminidasi, in affezioni psichiatriche e nei fumatori per la MAO piastrinica). Per tale motivo tali indicatori non vengono effettuati su larga scala, nonostante il tentativo di migliorare le loro prestazioni dosando forme isoenzimatiche specifiche per il consumo alcolico (isoenzima B per la b-esosaminidasi, MAO-B per la monoamino ossidasi piastrinica).

Acido sialico: un nuovo potenziale marker di abuso alcolico

Acido sialico (SA) è il nome dato ad una serie di derivati acilici di acidi neuroaminici che costituiscono residui terminali non ridotti di glicoproteine e glicolipidi presenti nelle membrane cellulari e nei liquidi biologici. In uno studio condotto da Sillanau-kee et al. (1999), sono stati valutati i livelli sierici di SA con metodica colorimetrica, CDT mediante radioimmunoimetria e confrontati con i relativi valori degli attuali markers in uso (AST, ALT, GGT, MCV). I risultati indicavano che i livelli di SA erano significativamente aumentati negli individui con elevati consumi alcolici e ridotti durante l'astinenza.

La sensibilità e la specificità del dosaggio del SA sono rispettivamente 57,7 e 95,5 per le donne, 47,8 e 81,3 per gli uomini e suggeriscono come quest'indicatore possa essere utilizzato specialmente nelle donne per la diagnosi di abuso alcolico. Altri studi hanno avvalorato l'ipotesi di un possibile utilizzo del SA in tale campo applicativo, come in particolare rilevato da osservazioni condotte da Ghosh P. et al. (2001), in cui si rilevava che il consumo cronico di alcol inibisce a livello epatico la sialilazione dell'apolipoproteina J (ApoJ), una proteina N-glicosilata, di 70 k Dalton, componente delle HDL (lipoproteine

ad alta densità). Poiché l'indice di SIJ (moli di SA per mole di ApoJ) è sette volte maggiore del rapporto tra moli di transferrina per mole di SA, si è ipotizzato che l'indice SIJ possa essere un marker di abuso alcolico più rispetto considerevole alla CDT. Unico limite di tale metodica è la complessità del dosaggio effettuata attraverso purificazione dell'HDL-ApoJ plasmatica che rende impossibile l'applicazione su larga scala.

Dosaggio della tiamina e dei sugli esteri negli eritrociti

La tiamina⁶ rappresenta un cofattore per tre importanti complessi enzimatici presenti nel metabolismo dei glicidi (acheto- glutarato deidrogenasi; piruvato deidrogenasi; transchetolasi) e una sua carenza comporta un deficit di utilizzo degli zuccheri come fonte energetica. Nel caso del soggetto alcolista concorrono a determinare il deficit di vitamina l'insufficiente apporto alimentare (malnutrizione), lo scarso assorbimento (lesioni digestive), il consumo eccessivo di tiamina legato alla ricchezza di glicidi presenti negli alcolici e la ridotta riserva epatica determinata dai danni dell'alcol sulle cellule epatocitarie. Le nette differenze tra i valori presenti negli alcolisti e quelli riscontrati nella popolazione generale di tiamina difosfato intraeritrocitaria, pur gravati da difficoltà di esecuzione, possono rappresentare una possibile via di sviluppo nella ricerca di un marker affidabile di abuso alcolico.

1.12 QUESTIONARI DI SCREENING

Per facilitare l'identificazione degli individui che hanno problemi legati all'alcol sono stati messi a punto diversi questionari di screening.

Quelli maggiormente utilizzati, per le caratteristiche di attendibilità e validità, sono il MAST, basato su 25 domande, di cui è disponibile anche una versione ridotta a 10 punti e il questionario CAGE ancora più breve, che comprende solo 4 domande.

Questi tests tendono ad individuare i casi più estremi - per esempio il MAST prevede, fra le altre, una domanda sul delirium tremens e un'altra sui ricoveri ospedalieri dovuti a problemi di alcol, presentando una sensibilità ed una specificità notevoli sia per il "bere eccessivo" sia per "l'alcolismo" e come strumento di screening possono risultare più efficaci rispetto ai tests di laboratorio.

Si rivelano utili, per esempio, nella valutazione iniziale dei pazienti ricoverati in ospedale, che di solito sono particolarmente preparati all'idea di dover riempire formulari, mentre sulla validità di un loro impiego da parte dei medici di base le opinioni sono discordi.

Appare più difficile l'interpretazione dei tests in ambiente carcerario senza l'ausilio di indagini cliniche e di laboratorio, ove le risposte possono essere distorte, amplificate, non veritiere, visto l'interesse precipuo di misure alternative alla detenzione.

In generale, comunque, questi tests devono essere considerati come strumenti importanti soprattutto nel campo della ricerca; nella pratica clinica quotidiana, sono spesso di utilità limitata, e non possono sicuramente sostituirsi all'attenta osservazione dei pazienti e alla capacità del medico di identificare i diversi segni e sintomi con

Note

6. Essa è una vitamina (B1) idrosolubile, costituita da un anello pirimidinico unito, tramite un ponte metilenico, ad un anello tiazolico, che costituisce il gruppo funzionale della molecola. Il protone, in posizione C-2 dell'anello, è relativamente acido e la sua perdita rende carica negativamente la molecola, capace dunque di legare i gruppi carbossilici.

cui può manifestarsi un bere problematico.

In termini strettamente clinici è invece decisamente più interessante il "Test per l'identificazione dei disturbi legati all'uso di alcol" (AUDIT), un questionario che è stato elaborato, su indicazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Ideato allo scopo specifico di facilitare il lavoro degli operatori sanitari sia nei paesi industrializzati sia in quelli in via di sviluppo, il test presenta buone caratteristiche di sensibilità e specificità, è in grado di identificare situazioni potenzialmente pericolose ma anche stati di dipendenza non gravi.

1.13 LA SINDROME DA DIPENDENZA ALLA DROGA

Abitualmente l'assunzione cronica non terapeutica di sostanze psicoattive viene indicata con il termine di tossicodipendenza ovvero con quello di abuso. Tuttavia l'attribuzione a tali termini di significati equivalenti è fonte di ambiguità. Infatti il termine tossicodipendenza fa riferimento al legame che si è stabilito tra il soggetto e il farmaco, conferendo alla ricerca e all'assunzione della droga l'instaurarsi di definite esigenze farmacologiche. Mentre l'espressione abuso di sostanze è indice di assunzione disordinata di droga, tale da creare problemi esistenziali o legali, senza far riferimento agli aspetti più strettamente farmacotossicologici propri della tossicodipendenza. L'introduzione del concetto di sindrome di dipendenza da alcol, con l'identificazione degli elementi semeiotici di riferimento di tale sindrome, ha notevolmente influenzato la nosografia del consumo voluttuario di sostanze psicoattive, poiché questa stessa sindrome è stata considerata applicabile alla dipendenza da droghe e ridefinita sindrome da dipendenza..

Questa sembra più adeguata nel definire la complessità del legame che intercorre tra la droga e il consumatore. In sintesi è incentrata sulla perdita da parte del soggetto della capacità di controllare l'assunzione della sostanza, indipendentemente dalle cause di tale disagio. Della sindrome fanno parte i seguenti elementi:

- elevata salienza del comportamento di assunzione della droga, essa diviene prioritaria rispetto ad ogni altra attività per quanto importante;
- impoverimento del repertorio comportamentale, una parte notevole della giornata viene regolarmente dedicata al reperimento ed all'assunzione della droga;
- compulsività dell'uso: il soggetto è incapace di esercitare un controllo sulla quantità e sulla frequenza dell'uso;
- dipendenza fisica: per alcune droghe, la necessità di evitare la sindrome d'astinenza può costituire un'ulteriore ragione di assunzione della droga;
- vulnerabilità alle recidive: la dipendenza si ripropone con gran rapidità se il soggetto, dopo un periodo più o meno lungo di astinenza, sperimenta nuovamente la droga.

1.14 STRUMENTI DIAGNOSTICI PER LA VALUTAZIONE DELLA SINDROME DA DIPENDENZA

L'identificazione degli elementi costitutivi la sindrome da dipendenza ha portato

alla formulazione di strumenti diagnostici atti a valutarne le componenti psico-comportamentali. Tra questi vi sono il DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual, American Psychiatric Association 1994*), l'ICD-10 (*International Classification of Diseases*) e l'EuropASI, versione europea dell'Addiction Severity Index (ASI).

Il DSM-IV raggruppa le sostanze psicoattive in 11 classi - oppiacei, alcol, benzodiazepine, cocaina, anfetamine, allucinogeni, fenciclidina, cannabis, tabacco, sostanze volatili, caffeina - e definisce i criteri per diagnosticare la dipendenza e l'abuso da sostanze psicoattive.

Le due categorie diagnostiche - dipendenza e abuso - differiscono perché la seconda non richiede la presenza né dell'uso compulsivo della sostanza, né della comparsa della tolleranza e dell'astinenza, basandosi sulle sole conseguenze negative dell'assunzione ripetuta della sostanza stessa. Il requisito minimo per la diagnosi di dipendenza consiste invece nella positività per almeno tre dei sette criteri previsti. Un aumento nel numero di criteri positivi è chiaro indice di più intensa dipendenza. Questi protocolli, che dimostrano l'unidimensionalità e l'indipendenza dei criteri diagnostici della dipendenza e dell'abuso, hanno un riconosciuto valore nosografico. Le verifiche sul campo hanno infatti confermato l'assunto teorico, proprio del modello della sindrome da dipendenza da droga, che la tossicodipendenza, lungi dall'essere un fenomeno dicotomico, si dispone lungo un *continuum* di intensità, dall'abuso alla dipendenza.

L'ASI, messo a punto nel 1980 negli USA, consente parimenti di valutare le conseguenze dell'abuso di droghe⁷. Il questionario EuropASI è articolato su sette aree problematiche:

1. condizione medica;
2. situazione occupazionale/di sostentamento;
3. uso di alcol;
4. uso di altre sostanze psicoattive;
5. situazione legale;
6. situazione familiare e sociale;
7. condizione psicologica e psichiatrica.

Gli strumenti descritti richiedono tempi di somministrazione molto lunghi. L'EuropASI, ad esempio, di elaborata struttura, comporta un complesso colloquio con il paziente che dura in media non meno di un'ora e mezzo. Questi *tests* pertanto non possono essere utilizzati di routine in quei contesti, come quello detentivo, nei quali la disponibilità di tempo per l'esame del soggetto è limitata.

1.15 SCALE DI VALUTAZIONE RAPIDA DELLA DIPENDENZA E DELL'ASTINENZA

La necessità di sviluppare strumenti di rapida applicazione per la valutazione della dipendenza patologica ha comportato l'utilizzo di *tests* quali l'SDS, il CAGE ed il VAS.

7. Lo strumento originale è stato sottoposto a validazione, aggiornato ed ampliato fino alla pubblicazione della quinta edizione nel 1990. Nel 1993 se ne è sviluppata una versione europea uniforme all'ASI chiamata EuropASI (Convegno di Amburgo del Settembre 1993).

L'SDS (*Severity of Dependence Scale*) è stato considerato particolarmente utile per valutare la dipendenza da droghe, escluso l'alcol. Si tratta di un questionario messo a punto per avere una scala breve, facilmente somministrabile ai pazienti e che consenta di valutare il grado di dipendenza causato dalle diverse "droghe illecite".

È formato da cinque domande tutte orientate all'apprezzamento dell'intensità del controllo esercitato dalla droga sul comportamento del soggetto⁸.

È stato dimostrato che i punteggi dell'SDS sono correlati ai comportamenti dell'assunzione di droghe quali: dose, frequenza dell'uso, durata dell'uso, uso giornaliero e grado di contatto con altri abusatori di sostanze psicoattive. Le proprietà psicometriche della scala sono risultate efficaci anche in rapporto a classi diverse di sostanze d'abuso e a differenti procedure di reclutamento dei soggetti. L'SDS è di facile comprensione ed il questionario può essere completato dalla maggior parte dei soggetti in meno di 1 minuto. Il questionario CAGE per la valutazione della dipendenza da alcol, messo a punto da Ewing e Rouse nel 1970 e validato da Mayfield nel 1974, è presto divenuto uno dei più efficaci strumenti di screening rapido per l'alcolismo. Si è dimostrato valido anche in situazioni di emergenza.

Si tratta di un questionario di valutazione della dipendenza, costituito da quattro domande⁹. Il CAGE, inoltre, è facile, rapido da somministrare ed è anche poco intimidatorio rispetto ad altri questionari. Le cosiddette scale analogiche visive di autovalutazione VAS (*Visual Analogical Scales*), si sono rivelate di grande ausilio per una valutazione rapida della tossicodipendenza¹⁰.

Per l'astinenza da alcol, Sullivan et al. (1986) hanno messo a punto una *checklist* (CIWA-Ar = *Clinical Institute for Withdrawal Assessment for Alcohol scale*) di 10 sintomi e segni che consente di quantificare l'intensità della sindrome da astinenza e di monitorare le risposte ai trattamenti¹¹. Questa scala di astinenza alcolica prevede la presenza dei seguenti sintomi e segni:

1. Nausea e vomito;
2. Tremori;
3. Sudorazione;
4. Ansia;
5. Agitazione;
6. Allucinazioni tattili;
7. Allucinazioni uditive;
8. Allucinazioni visive;
9. Sensazione di "testa piena";
10. Obnubilamento del sensorio.

Note

8. I soggetti completano l'SDS solo per la principale droga d'abuso assunta nell'ultimo anno. Ogni domanda ha 4 livelli di risposta con punteggio da 0 a 3. Il punteggio totale sarà compreso tra 0 (nessuna dipendenza) e 15 (dipendenza estrema).

9. Il punteggio del questionario è compreso fra 0 e 4. Una positività al CAGE (valori superiori a 2) indica una elevata probabilità della presenza di alcolismo. Quattro risposte affermative risultano essere patognomoniche per l'alcolismo.

10. Le scale sono linee orizzontali lunghe 100 millimetri con la scritta "nessuna voglia" all'estremità sinistra e "mai avuta tanta voglia in vita mia" all'estremità destra. Al soggetto si richiede di indicare il "desiderio" di eroina, alcol, cocaina, che ha avuto nella settimana precedente, mettendo un segno rispettivamente su ciascuna linea.

11. Tale scala tuttavia è molto complessa prevedendo per ogni punto sette livelli di intensità. Per poter disporre di uno strumento più agile, gli autori hanno ricavato dal CIWA-Ar una *checklist* che, pur mantenendo i 10 punti originari, prevede solo 2 livelli, 0 e 1, per ogni punto. Il punteggio totale quindi va da 0 a 10.

Per la valutazione del grado di astinenza da oppiacei è stata adattata la scala di Jasinsky (1977), parimenti composta da 10 tra sintomi e segni caratteristici di tale astinenza. La Scala dell'astinenza da oppiacei (SAO) utilizzata è quindi costituita dalla presenza di:

1. Midriasi;
2. ansia;
3. sudorazione;
4. piloerezione;
5. rinorrea;
6. sbadigli;
7. nausea e vomito;
8. dolori osteomuscolari;
9. insonnia;
10. diarrea.

BIBLIOGRAFIA

Badii, M., Corezzi S., Tavanti, D. *Il laboratorio nell'intossicazione acuta e nell'abuso cronico di alcol. Laboratorio Analisi, Azienda USL8 – Arezzo.*

Cerando, F. (1988) *Principi fondamentali di medicina penitenziaria.*

Circolare del Ministero della Sanità n. 3820 (28 dicembre 1999).

Comitato delle Regioni. (2003) *Proposta di raccomandazione del Consiglio sulla prevenzione e la riduzione dei rischi associati alla tossicodipendenza, C 73/02.*

Consoli, A. Bennardo A. (2001) *Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo. Addiction Severity Index. Torino: Ed. Centro Scientifico.*

CPT (Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o maltrattamenti inumani o degradanti) (1993) *Servizi di assistenza sanitaria in carcere* (Estratto dal 3° Rapporto Generale CPT/Inf n°12).

CPT (Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o maltrattamenti inumani o degradanti) (2002) *Presentazione del CPT. Una Convenzione per la prevenzione della tortura.*

Gerra, G., Zaimovic A., Zimbelli, U., Giusti, F., (2001) *Aspetti genetici dell'alcolismo e dei disturbi additivi* (tratto da) *L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale* Cibir, M., Mazzi, M., Rampazzo, L., Serpelloni G.

Gerra, G. (2000) *Indicazioni per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell'alcolismo. Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per gli Affari Sociali Terza conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope Genova 28-30 Novembre.*

Grassi, M.C., Pisetzky, F., Nencini, P. (2000) *Annali Istituto Superiore di Sanità, vol 36, n.1 pp.3-8.*

Griffith, E., Marshall, E. J., Cook, C. C. (2000) *Diagnosi e trattamento dell'alcolismo.* Milano: Ed. Raffaello Cortina.

Kosten, Th., O'Connor, P. (2003) *Management of drug and alcohol with drawal. The New England Journal of Medicine 348: 1786-95.*

Macchia, T. *Markers biochimici di abuso alcolico: considerazioni e cautele per la loro valutazione ed utilizzo. Istituto Superiore di Sanità, Roma.*

Manconi, L. (2004) *Il suicidio in carcere e la tossicodipendenza. Torino*

Merck, (1999) *Manuale di diagnosi e terapia.*

Ministero della Salute – D.G. della Prevenzione Sanitaria. (2002) *Malattie prevenibili mediante vaccinazione.* Ep anno 26 supplemento luglio-agosto.

Zizzoli, U. Pissacroia, M. (2003) (A cura di) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze. Management dell'astinenza da droghe e alcol.* Volume I. Padova: Piccin.

L'ATTIVITÀ INFERMIERISTICA: UNA SFIDA ALLA COMPLESSITÀ DELLA PRESA IN CARICO

Vania Dal Lago*, **Morena Rotini****, **Maria Sonia Zancan*****

* *Infermiera Ser.T. presso Casa Circondariale Vicenza*

** *Coordinatrice personale infermieristico presso Dipartimento per le Dipendenze Vicenza*

*** *Infermiera Ser.T. presso Casa Circondariale Vicenza*

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), con l'emanazione delle direttive note come "Principio di equivalenza delle cure", sancisce come inderogabile la necessità di garantire al detenuto le stesse cure, mediche e psicosociali, che sono assicurate a tutti i membri della società, diritto previsto tra l'altro dall'articolo 32 della Costituzione Italiana. Altra nota importante che offre ai soggetti tossicodipendenti e alcolodipendenti detenuti un'adeguata assistenza e conferisce ai Ser.T. un ruolo attivo e centrale è l'entrata in vigore del Decreto Legislativo n. 230 del 1999, recante il trasferimento della Sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In questo periodo di transizione, un ulteriore aiuto nella gestione del paziente con patologie correlate alle dipendenze viene dato dal "Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario" (DM 21 Aprile 2000), che delinea in maniera chiara gli ambiti di responsabilità del SSN e i livelli minimi di assistenza da garantire alla popolazione dipendente detenuta.

Già da tempo gli operatori sanitari del Ser.T. di Vicenza presenti all'interno della Casa Circondariale, si interrogavano su una gestione articolata più completa e multidisciplinare del paziente tossicodipendente e alcolodipendente detenuto. Il rispetto e la pari dignità riconosciuta ad ogni professione all'interno dell'équipe carcere, hanno stimolato ogni operatore affinché portasse un prezioso contributo nella gestione del paziente. Una razionale programmazione degli interventi, uno scambio continuo, un confronto tra operatori e un supporto costante hanno contribuito a dare stabilità e motivazione all'équipe. Il ruolo dell'infermiere¹² all'interno della Casa Circondariale di Vicenza, grazie anche alla trasformazione avvenuta nel tempo¹³, è passato da esecutore di prestazioni a presenza attiva nella progettazione. Nel contesto carcerario di Vicenza la presenza infermieristica Ser.T. è garantita quotidianamente e l'assistenza è basata su un protocollo operativo¹⁴ in vigore da Novembre 2003 che segue le indicazioni fornite dal "Progetto

Note

12. Nel profilo professionale DM/739/94 si individua l'infermiere come operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione dell'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza ai malati di tutte le età e l'educazione sanitaria.

13. L'infermiere lavora per autonomia e responsabilità (condizioni per l'esercizio professionale ai sensi della L. 42/99 e 251/00) attraverso dei criteri guida rappresentati dai contenuti dei profili professionali, degli ordinamenti didattici e del codice deontologico. L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca al fine di migliorare la sua competenza.

14. Il protocollo è:

- uno strumento organizzativo;
- la specificazione delle modalità operative di svolgimento delle prestazioni;
- una regola precisa e puntuale che non lascia autonomia nell'esecuzione del processo;
- è definito all'interno delle singole strutture sanitarie con il concorso attivo degli operatori chiamati ad applicarlo.

I protocolli devono essere modificati con l'evoluzione della conoscenza scientifica e tecnologica, delle modifiche di assistenza, nonché dei modelli organizzativi adottati.

obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario" (2000). Il protocollo di attività infermieristica Ser.T. (allegato 1), tenendo conto della specificità della condizione penitenziaria, individua le aree prioritarie di intervento per la tutela della salute dei detenuti e si snoda attraverso attività che garantiscono prevenzione, cura e riabilitazione uniformate ai livelli di assistenza individuata nel Piano Sanitario Nazionale. Il personale infermieristico Ser.T., tramite la visione diretta e giornaliera dei registri di Guardia Medica e Nuovi Giunti, riesce ad attuare un'immediata presa in carico degli utenti tossicodipendenti e alcolodipendenti provenienti dalla libertà o trasferiti da altri Istituti penitenziari. In modo particolare se l'utente è già conosciuto presso un Ser.T. viene contattato il servizio di appartenenza in modo da poter garantire una continuità terapeutica. A questo punto solitamente avviene il primo contatto con il soggetto presso l'ambulatorio medico del carcere. In quest'occasione egli viene informato della presenza di una équipe Ser.T. all'interno dell'Istituto, di come opera e di come possono essere contattate le varie figure di riferimento. Viene effettuato un breve colloquio conoscitivo sullo stato di salute della persona e si valuta la presenza di segni o sintomi astinenziali. In seguito a consenso informato viene effettuata una raccolta urine per dosaggi tossicologici. Lo scambio di informazioni con il medico Ser.T. presente in Istituto avviene in tempo reale e così pure i trattamenti farmacologici prescritti. Nell'ambito di attività specifiche di prevenzione, informazione e educazione mirate alla riduzione del rischio di patologie correlate all'uso di droghe, viene fornita all'utente una scheda (allegato 2) da compilare in modo da testare le conoscenze di base relative alle infezioni. Fa seguito a questo un incontro individuale nel quale vengono chiariti i dubbi emersi e viene impartita una lezione di educazione sanitaria. In questa sede viene recuperata la storia infettivologica dell'utente, proposti esami ematici specifici e possibili vaccinazioni da effettuare. La programmazione e l'esecuzione delle profilassi vaccinali, in seguito alla valutazione medica degli esami ematici eseguiti, verranno poi effettuate in collaborazione con l'Assistente Sanitaria del Ser.T. territoriale. A livello istituzionale, il personale infermieristico si occupa della compilazione della scheda registrazione di raccolta dati in uso al Ser.T. di Vicenza (allegato 3). Questo risulta essere un altro efficace metodo per entrare in contatto e conoscere ulteriormente l'utente. L'incontro a cadenza settimanale con l'équipe Ser.T. riesce a coordinare in modo efficiente il lavoro svolto dai singoli operatori nei confronti del paziente. E' importante sottolineare la stretta collaborazione con il personale dell'area trattamentale, che ha permesso a Marzo 2004 l'attivazione di incontri di educazione sanitaria rivolti alla popolazione detenuta. La partecipazione è stata volontaria con un massimo di quindici partecipanti per incontro. I relatori coinvolti sono stati operatori sanitari penitenziari e operatori sanitari Ser.T. in maniera congiunta. Gli incontri sono stati sei e la tecnica utilizzata è stata soprattutto quella del brainstorming, che offre a ciascun partecipante la possibilità di pensare e parlare liberamente in un clima aperto e accogliente evidenziando così conoscenze e bisogni reali. Gli argomenti trattati in questa prima parte sono stati:

- igiene della persona e dell'ambiente;
- igiene degli alimenti;
- prevenzione malattie infettive.

La partecipazione media a questi incontri è stata tanto soddisfacente da ipotizzare di riproporre quest'attività, risorse umane permettendo, e di renderla permanente per tutta la popolazione detenuta.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV. (2000) *Bollettino per le tossicodipendenze e l'alcolismo*, num. 3.

Dipartimento per le Dipendenze di Verona (1996) *Scheda di rilevazione del livello informativo del soggetto sulle patologie correlate:HIV e epatiti*. (tratto da) Progetto del Ministero della Sanità Hiv/Aids e droga *Manuale per operazioni di prevenzione. L'intervento in strada*. (a cura di) Serpelloni, G., Rossi, A.

D.M. 739/94 (1994) *Profilo professionale dell'infermiere*.

D.M. 21/00 (2000) *Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario*.

LEGGE 42/99 (1999) *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*.

LEGGE 251/00 (2000) *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*.

ALLEGATO 1 PROTOCOLLO DI ATTIVITÀ INFERMIERISTICA SER.T. PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE DI VICENZA

La normativa vigente in materia di assistenza ai soggetti tossicodipendenti in carcere prevede l'attuazione delle misure di prevenzione, diagnosi, terapia che riguardano sia l'aspetto della sfera psicologica che quello clinico. Gli obiettivi di assistenza da garantire primariamente per evitare inutili sindromi astinenziali sono i seguenti.

Obiettivo 1

- Immediata presa in carico dell'utente da parte del Ser.T.
- Visione del registro "Guardia Medica" in cui vengono segnalati utenti trasferiti da altro istituto tossicodipendenti e/o alcolodipendenti e/o in terapia.
- Visione del registro "Nuovi Giunti" ove segnalati utenti provenienti dalla libertà che dichiarano di essere tossicodipendenti o assuntori di stupefacenti o di alcol.

Obiettivo 2

- Disponibilità di trattamenti farmacologici sostitutivi tenendo conto del principio della continuità terapeutica.
- Se detenuto già in carico Ser.T. contatto telefonico per garantire un'eventuale continuità terapeutica con farmaci sostitutivi agonisti o antagonisti (Metadone, Subutex, Antabuse, Alcover) e per la raccolta e trasmissione dati tramite fax o posta prioritaria di esami ematici e programmi terapeutici previo consenso informato dell'utente.
- Se utente non in carico Ser.T. comunicazione al medico di eventuale sindrome astenziale per avvio terapia.
- Preparazione di terapie sostitutive con farmaci agonisti o antagonisti.
- Somministrazione presso gli ambulatori di terapie sostitutive.
- Controllo, carico e scarico di farmaci stupefacenti con aggiornamento di relativi registri Preparazione della terapia per il giorno successivo o per i giorni successivi in caso di festività malattie o ferie.

- Collaborazione con il personale infermieristico del carcere per la gestione delle attività nei giorni in cui il personale Ser.T. non è presente in Istituto (festività, ferie, malattia).

Obiettivo 3

- Effettuazione delle indagini chimico cliniche e sierologiche ritenute importanti ai fini diagnostici e/o di *screening* (prelievi ematici, dosaggi urinari) previo consenso dei detenuti, quando richiesto dalla legge.
- Esecuzione di prelievi ematici.
- Raccolta urine a vista per dosaggi tossicologici.

Obiettivo 4

- Implementazione di specifiche attività di prevenzione, informazione ed educazione mirate alla riduzione del rischio di patologie correlate all'uso di droghe.
- Svolgimento di colloqui con i detenuti nuovi giunti tossicodipendenti / alcolodipendenti o presunti tali.
- Informazione della presenza degli operatori Ser.T. e del Gruppo Dipendenze.
- Compilazione in caso di presa in carico del consenso informato.
- Raccolta dati statistici per il Ministero della Salute e per la Prefettura.
- Compilazione della Cartella Infermieristica con segnalazione di eventuali problematiche o richieste sanitarie e / o psicosociali alle figure Ser.T. di competenza.
- Distribuzione di questionari e lezione di Educazione Sanitaria individuale all'utente.
- Valutazione con il Medico degli screening ematici eseguiti e programmazione ed esecuzione della profilassi anti Epatite B in collaborazione con l'Assistente Sanitaria del Ser.T.
- Esecuzione di vaccinazioni anti influenzali ed antipneumococciche per i detenuti candidati.
- Contatti telefonici con il Laboratorio Centrale dell'Ospedale.

Obiettivo 5

- Predisposizione di programmi terapeutici personalizzati partendo da un'accurata diagnosi multidisciplinare dei bisogni del detenuto.
- Incontri settimanali con tutta l'*équipe* Ser.T. per la presentazione e la discussione dei casi Elaborazione dati sulle reali dimensioni e sul turnover della popolazione tossicodipendente detenuta e sull'incidenza dell'alcolismo.
- Aggiornamento quotidiano dei "resoconti mensili" di attività infermieristica.
- Inserimento dati in computer: schedario detenuti e aggiornamento delle "prestazioni mediche Ser.T. mensili".

Obiettivo 6

- Comunicazione rapida ed efficace tra servizi intramurari e territoriali.
- Contatti diretti e telefonici con la sede del Ser.T.
- Contatti con altri Ser.T.
- Contatti con Comunità Terapeutiche.

Obiettivo 7

- Interscambio di informazioni con il Ministero della Giustizia e implementazione di specifiche attività di prevenzione.
- Preparazione e svolgimento di attività di Educazione Sanitaria mirate alla riduzione dei rischi di patologie correlate all'uso di droghe ai detenuti tossicodipendenti e successivamente a tutta la popolazione carceraria.
- Realizzazione di iniziative di formazione che coinvolgano i dipendenti del Ministero della Giustizia.
- Partecipazione a corsi di formazione per il miglioramento qualitativo dell'assistenza ai tossicodipendenti.

La sede staccata richiede inoltre una serie di attività organizzative e gestionali.

- Igiene degli ambienti.
- Approvvigionamento e controllo dei materiali.
- Gestione della divisa e stesura orari di servizio.

ALLEGATO 2 SCHEDA DI RILEVAZIONE DEL RISCHIO DI PATOLOGIE CORRELATE ALL'USO DI DROGHE

Sigla: _____ Età: _____ Nazionalità: _____ Titolo di studio: _____

Data _____

- Hai mai sentito prima d'ora parlare di infezione da HIV o AIDS? SI NO
- Hai mai sentito prima d'ora parlare d'epatite B o C? SI NO
- | | V | F | NON SO |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Una persona malata di AIDS o di epatite B o C è facilmente riconoscibile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) I virus dell'HIV e dell'epatite si trasmettono anche per via sessuale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Si può evitare l'infezione lavandosi molto bene dopo il rapporto sessuale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Per evitare l'infezione da questi virus basta usare il profilattico poco prima della fine del rapporto sessuale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Per evitare l'infezione il profilattico va usato anche nei rapporti orali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Chi usa cocaina o ecstasy o beve alte quantità d'alcolici ha un rischio maggiore d'infezione per via sessuale perchè diventa meno prudente e quindi usa meno il profilattico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Si può rimanere infettati stringendo la mano a una persona con infezione da epatite o da HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) I virus dell'HIV o dell'epatite possono essere trasmessi con i colpi di tosse o con gli starnuti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) I virus dell'HIV o dell'epatite si possono prendere bevendo da un bicchiere usato da una persona colpita da queste malattie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) I virus dell'HIV e dell'epatite possono essere trasmessi solo dalle persone gravemente ammalate e non dalle persone infettate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) Questi virus possono essere trasmessi dalle zanzare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12) L'utilizzo di spazzolini da denti e rasoi in comune può facilitare la trasmissione del virus dell'HIV o dell'epatite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- V F NON SO
- 13) Ci s'infetta facilmente usando o pungendosi con la siringa usata da un tossicodipendente
-
- 14) Anche chi sniffa cocaina o fuma crack ha un rischio maggiore di infettarsi con l'HIV o con i virus epatitici rispetto a chi non usa queste sostanze
-
- 15) Può trascorrere molto tempo prima che una persona contagiata dall'HIV si ammali di AIDS
-
- 16) Ci sono medicine per controllare le infezioni da HIV o da epatite
-
- 16) Le domande sono state formulate in modo chiaro? SI NO

ALLEGATO 3

SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI – SER.T. ULSS N. 6 “VICENZA”

Unità Locale Socio-Sanitaria n. 6 “Vicenza” - Ser.T.

DATI ANAGRAFICI

Data di apertura cartella: _____ Cartella n.: _____

Tessera sanitaria n.: _____

Cognome: _____

Nome: _____

Telefono: _____

Indirizzo: _____

Sesso:

M F

Data di nascita: _____

Comune (o stato estero) di nascita: _____ Prov.(____)

Comune di residenza: _____ Prov.(____)

Circoscrizione n° (solo per la città di Vicenza): _____

Nazionalità:

01 Nazionalità italiana

02 Nazionalità di uno stato membro UE

03 Altra nazionalità

04 Non conosciuta

Se non è italiano, indicare lo stato di cui è cittadino:

Data di arrivo in Italia: _____

E' a carico di altra ULSS?

SI NO

ULSS N.: _____

Regione: _____

Medico del Ser.T.: _____

Psicologo del Ser.T.: _____

Medico di base: _____

Struttura inviante:

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| 01 Ser.T. | 2a AA |
| 02 privato sociale | ● 2b CAT |
| 03 Prefettura | 2c Caritas |
| 04 autorità giudiziaria | 2d Mezzanino |
| 05 medico di base | 2e San Faustino |
| 06 strutture ospedaliere | 2f San Vincenzo |
| 07 servizi sociali | 2g altro |
| 08 servizio sociale adulti (CSSA) | |
| 09 servizio sociale minori | 6a Gastroenterologia/D.H. |
| 10 volontario | ● 6b Malattia Infettive |
| 11 familiari/amici | 6c Medicina |
| 12 altro | 6d Pronto Soccorso |
| 00 non noto/non risulta | 6e Psichiatria |
| | 6f altro |

Comune della struttura inviante: _____ Prov.(____)

Livello di scolarità maturato:

- 1 nessuno (mai andato a scuola/non ha completato le elementari)
- 2 elementari
- 3 medie inferiori
- 4 scuole professionali biennali/triennali
- 5 medie superiori
- 6 diploma universitario
- 7 laurea
- 0 non noto/non risulta

Occupazione:

- 1 occupato stabilmente
- 2 occupato saltuariamente
- 3 disoccupato
- 4 studente
- 5 casalingo/a
- 6 economicamente non attivo (pensionato, invalido, ecc.)
- 7 altro
- 0 non noto/non risulta

Con chi vive?

- 1 da solo
- 2 con i genitori
- 3 da solo con i figli
- 4 con il partner
- 5 con il partner e con i figli
- 6 con amici e/o estranei
- 7 altro
- 0 non noto/non risulta

Dove vive?

- 1 residenza fissa
- 2 senza fissa dimora (irreperibile)
- 3 senza fissa dimora (reperibile)
- 4 in struttura pubblica (carcere, ospedale, comunità, ecc.)
- 0 non noto/non risulta

Droga primaria

N.B.: per droga primaria si intende la droga che ha portato il soggetto a chiedere il trattamento attualmente in corso.

Segnare una sola risposta

- 01 eroina
- 02 metadone
- 03 morfina
- 04 altri oppiacei
- 05 cocaina
- 06 crack
- 07 amfetamine
- 08 ecstasy e analoghi
- 09 altri stimolanti
- 10 barbiturici
- 11 benzodiazepine
- 12 altri ipnotici e sedativi
- 13 LSD
- 14 altri allucinogeni
- 15 inalanti volatili
- 16 cannabinoidi
- 17 altre sostanze illegali
- 18 alcol
- 19 tabacco
- 20 dipendenze non chimiche
- 21 buprenorfina
- 00 non noto/non risulta

Via di assunzione (droga primaria):

- 1 iniettata
- 2 fumata/inalata
- 3 mangiata/bevuta
- 4 sniffata
- 5 altro
- 6 non noto/non risulta

Frequenza d'uso

(della droga primaria negli ultimi 30 gg. prima dell'inizio del programma):

- 1 non utilizzata negli ultimi 30 gg.
- 2 una volta a settimana o meno
- 3 da 2 a 6 volte la settimana
- 4 quotidianamente
- 0 non noto/non risulta

Età primo uso della droga primaria (o del comportamento d'abuso): _____

Droga secondaria attuale (utilizzare il codice della tabella "droga primaria"):

Uso di droghe ed età di inizio dell'uso: (Per ognuna delle sostanze seguenti segnare una delle tre caselle e segnare l'età di inizio dell'uso)

Sostanze				Età d'inizio
eroina	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non noto/non risulta <input type="checkbox"/>	_____
metadone	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non noto/non risulta <input type="checkbox"/>	_____
morfina	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non noto/non risulta <input type="checkbox"/>	_____
altri oppiacei	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non noto/non risulta <input type="checkbox"/>	_____
cocaina	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non noto/non risulta <input type="checkbox"/>	_____
crack	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non noto/non risulta <input type="checkbox"/>	_____
amfetamine	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non noto/non risulta <input type="checkbox"/>	_____
ecstasy e analoghi	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non noto/non risulta <input type="checkbox"/>	_____
altri stimolanti	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non noto/non risulta <input type="checkbox"/>	_____
barbiturici	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non noto/non risulta <input type="checkbox"/>	_____
benzodiazepine	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non noto/non risulta <input type="checkbox"/>	_____
altri ipnotici e sedativi	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non noto/non risulta <input type="checkbox"/>	_____
LSD	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non noto/non risulta <input type="checkbox"/>	_____
altri allucinogeni	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non noto/non risulta <input type="checkbox"/>	_____
inalanti volatili	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non noto/non risulta <input type="checkbox"/>	_____
cannabinoidi	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non noto/non risulta <input type="checkbox"/>	_____
altre sostanze illegali	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non noto/non risulta <input type="checkbox"/>	_____
alcol (come sostanza d'abuso secondaria)	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non noto/non risulta <input type="checkbox"/>	_____
tabacco	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non noto/non risulta <input type="checkbox"/>	_____
dipendenze non chimiche	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non noto/non risulta <input type="checkbox"/>	_____
buprenorfina	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non noto/non risulta <input type="checkbox"/>	_____

Prima sostanza psicotropa illecita utilizzata

01 eroina	<input type="checkbox"/>	11 benzodiazepine	<input type="checkbox"/>
02 metadone	<input type="checkbox"/>	12 altri ipnotici e sedativi	<input type="checkbox"/>
03 morfina	<input type="checkbox"/>	13 LSD	<input type="checkbox"/>
04 altri oppiacei	<input type="checkbox"/>	14 altri allucinogeni	<input type="checkbox"/>
05 cocaina	<input type="checkbox"/>	15 inalanti volatili	<input type="checkbox"/>
06 crack	<input type="checkbox"/>	16 cannabinoidi	<input type="checkbox"/>
07 amfetamine	<input type="checkbox"/>	17 altre sostanze illegali	<input type="checkbox"/>
08 ecstasy e analoghi	<input type="checkbox"/>	21 buprenorfina	<input type="checkbox"/>
09 altri stimolanti	<input type="checkbox"/>	00 non noto/non risulta	<input type="checkbox"/>
10 barbiturici	<input type="checkbox"/>		

Età primo uso di sostanze psicotrope illecite: _____

Prima sostanza lecita utilizzata

18 alcol	<input type="checkbox"/>
19 tabacco	<input type="checkbox"/>
20 dipendenze non chimiche	<input type="checkbox"/>
00 non noto/non risulta	<input type="checkbox"/>

Età primo uso di sostanze psicoattive lecite: _____

Comportamento iniettivo:

1 iniettato almeno una volta nella vita (ma non negli ultimi 30 gg.)	<input type="checkbox"/>
2 si inietta attualmente (almeno una volta negli ultimi 30 gg.)	<input type="checkbox"/>
3 mai	<input type="checkbox"/>
0 non noto/non risulta	<input type="checkbox"/>

L'ASSISTENZA SANITARIA: TRA EDUCAZIONE ALLA SALUTE E PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE CORRELATE

Armida Camparmò

Assistente sanitaria presso Ser.T. Vicenza

Dall'anno 2004 la figura dell'Assistente sanitario¹⁵ è entrata a far parte dell'équipe penitenziaria della Casa Circondariale di Vicenza. Per la specificità del profilo e della tipologia di questi utenti, la figura dell'Assistente sanitario è complementare alle altre figure sanitarie che si occupano del trattamento dei tossicodipendenti e alcolodipendenti detenuti.

Nello specifico della struttura carceraria è l'Assistente sanitario del Ser.T. che collabora con il personale medico e paramedico per pianificare le attività di prevenzione, di informazione ed educazione sanitaria dei soggetti con problemi di dipendenza patologica detenuti. Molte delle attività sono di prevenzione secondaria¹⁶, come ad esempio gli *screening* sierologici delle patologie correlate alla tossicodipendenza e all'alcolismo. Altre attività sono di prevenzione primaria¹⁷, come la profilassi dell'epatite B che concerne anche l'organizzazione delle sedute vaccinali e la relativa compilazione dei cartellini personali degli utenti e della modulistica da consegnare al Dipartimento di prevenzione. Per quel che riguarda la profilassi dell'epatite B, il personale sanitario che opera nella Casa Circondariale di Vicenza - in collaborazione con l'Assistente sanitaria del Ser.T. - ha predisposto un progetto, il cui obiettivo generale prevede la riduzione delle patologie correlate all'uso di sostanze, soprattutto per quanto riguarda la diffusione delle epatiti.

Prevede inoltre un intervento informativo ed educativo, utilizzando uno stile di colloquio mirato¹⁸ all'acquisizione di abilità e di conoscenze, da parte del detenuto, di questo tipo di patologie. Parallelamente viene effettuato uno *screening* per avere un quadro generale della situazione sanitaria del soggetto, offrendo alle persone sieronegative la possibilità della vaccinazione.

Negli obiettivi specifici si prevedono altre attività:

- *screening* infettivologico;
- valutazione degli esami sierologici;
- organizzazione delle sedute vaccinali;

Note

15. "... l'Assistente sanitario è l'operatore sanitario che, in possesso del Diploma universitario abilitante e all'iscrizione all'Albo professionale, è addetto alla prevenzione, alla promozione ed all'educazione per la salute" (si veda p. 18 del fascicolo del Collegio IPASVI di Vicenza, Le regole dell'esercizio professionale dell'infermiere, Edizioni Maximus, Supplemento a "Infermieri informati", anno III numero 3).

16. "La prevenzione secondaria ha lo scopo di individuare precocemente i disturbi conclamati" (si veda p. 53 del Glossario della prevenzione delle dipendenze, Regione del Veneto, Azienda ULSS 12 Veneziana, Marzo 2003, Quarto d'Altino - VE -).

17. "La prevenzione primaria è volta a ridurre l'incidenza" (si veda nota precedente pp. 53-54).

18. "Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il counselling è un processo di dialogo e di interazione duale attraverso il quale il consulente aiuta il consultante a prendere delle decisioni e ad agire di conseguenza" (cfr. nota precedente, p. 31).

- esecuzione pratica della vaccinazione;
- compilazione della scheda vaccinale e del cartellino della vaccinazione da consegnare al detenuto.

Le risorse umane coinvolte nel progetto sono il medico Ser.T. e il personale infermieristico che operano nella Casa Circondariale, in collaborazione con l'Assistente Sanitaria del Ser.T.

Gli strumenti utilizzati per procedere in queste attività sono:

- vaccino;
- scheda di vaccinazione;
- cartellino personale di vaccinazione;
- scheda statistica raccolta dati.

Le attività di *counselling* informativo svolte dall'Assistente sanitaria del Ser.T. sono successive all'esecuzione degli esami praticati: questa prima fase di *screening* è eseguita dal personale infermieristico Ser.T. che opera nella Casa Circondariale. La vaccinazione dell'epatite B viene proposta a tutti i siero-negativi, a conclusione dell'intero ciclo vaccinale, se presenti in Istituto, altrimenti s'invitano a prendere contatto con una struttura pubblica per il prosieguo del trattamento.

In sede di *counselling* individuale vengono comunicati i risultati degli esami, unitamente ad un'informazione dettagliata su quelli che sono i comportamenti a rischio e sulle modalità per controllarli o evitarli, nonché sulle principali patologie correlate all'uso di sostanze.

L'Assistente sanitaria collabora alla raccolta della storia vaccinale, nel caso in cui ci siano allergie o patologie particolari.

Insiste, inoltre, sull'importanza che i soggetti reclusi, una volta rimessi in libertà, si tengano in contatto con il proprio medico di base e con i servizi sanitari.

Ai soggetti detenuti stranieri viene raccomandato di regolarizzare la propria documentazione sanitaria.

Nell'anno 2004, all'interno di questo progetto, sono state concluse con efficacia 15 vaccinazioni per l'epatite B e sono state inoltre somministrate 40 prime dosi, 30 seconde dosi e 15 terze dosi.

BIBLIOGRAFIA

Collegio IPASVI di Vicenza (2003) *Le regole dell'esercizio professionale dell'infermiere*
Ed. Maximus (Supplemento a *Infermieri informati*, anno III numero 3).

Orlandini, D., Di Pieri, M., Scacchi, L. (2003), *Glossario della prevenzione delle dipendenze*,
Ed. Regione Veneto, Assessorato delle Politiche Sociali (volontariato no profit).



SECONDA PARTE

**L'INTEGRAZIONE DEI TRATTAMENTI SOCIO-RIABILITATIVI
TRA CARCERE E TERRITORIO**

L'ATTIVITÀ PSICODIAGNOSTICA, IL SOSTEGNO E IL TRATTAMENTO DI PERSONE TOSSICODIPENDENTI E ALCOLDIPENDENTI IN CONTESTO DETENTIVO: IL RUOLO DELLO PSICOLOGO

Giuseppe Chemello*, Stefania Gasparotto**,

Bruna Savegnago***, Patrizia Tufarelli****

* *Psicologo, Psicoterapeuta Ser.T. Vicenza*

** *Psicologa, Psicoterapeuta collaboratrice Ser.T. Vicenza*

*** *Psicologa, Psicoterapeuta collaboratrice Ser.T. presso Casa Circondariale Vicenza*

**** *Psicologa, Psicoterapeuta collaboratrice Ser.T. presso Casa Circondariale Vicenza*

1.1 PREMESSA

Il Decreto Legislativo 230/99 attribuisce al SSN l'organizzazione degli interventi atti ad assicurare al soggetto tossicodipendente e all'alcoldipendente detenuto, il diritto alle cure mediche e all'assistenza psico-sociale; funzioni che in precedenza rientravano nelle competenze dell'Amministrazione Penitenziaria.

Tale passaggio ha comportato cambiamenti, riorganizzazioni e revisioni delle funzioni di tutti gli operatori coinvolti nel circuito penale ed ha favorito altresì lo sviluppo di trattamenti di cura e/o riabilitazione in un contesto tradizionalmente connotato da aspetti di punizione e controllo. All'Istituto Penitenziario è stata riconosciuta quindi una valenza differente rispetto al passato: seppur con caratteristiche strutturali e funzionali specifiche, il periodo di reclusione può stimolare nel soggetto con problematiche correlate alla dipendenza patologica, la motivazione al cambiamento o viceversa aumentarne il disagio. Con l'evoluzione legislativa anche il ruolo dello psicologo ha subito importanti modificazioni: da operatore deputato a fornire elementi sulla personalità, sulla capacità di critica, sulla condotta deviante del detenuto, si è passati ad una più precisa revisione delle sue competenze ed attività socio-sanitarie da espletare nel contesto carcerario. Allo psicologo sono richieste funzioni di osservazione, attività diagnostiche-valutative, ma anche azioni rivolte alla motivazione al trattamento, al sostegno, all'orientamento e alla definizione di programmi riabilitativi, il tutto in sinergia con gli altri operatori dell'équipe e del territorio. L'intervento dello psicologo è volto a contrastare e limitare la profonda sofferenza associata all'esperienza detentiva sostenendo la persona ad "utilizzare" tale esperienza in modo costruttivo anche attraverso la rielaborazione delle esperienze precedenti. Per il soggetto con problemi alcol-droga correlati alla detenzione favorisce l'astensione dalle sostanze psicoattive agendo forzatamente sul circuito della dipendenza; l'obiettivo è quindi stimolare, proprio durante tale fase, la formulazione di un programma riabilitativo. La cronicità e la recidività tipiche della patologia richiedono di organizzare il trattamento considerando il livello di

consapevolezza del problema e la disponibilità al cambiamento. L'utilizzo di un approccio motivazionale (Miller, Rollnick, 1994), può rappresentare una strategia efficace quando ci si pone l'obiettivo di costruire una disposizione più autentica del tossicodipendente e alcolista inserito nel circuito penale. In tal senso gli interventi dello psicologo si propongono di favorire un cambiamento più profondo degli atteggiamenti personali connessi alla dipendenza.

Le persone con problemi di sostanze esprimono domande in maniera indiretta e manipolatoria o attraverso agiti; è importante quindi partire da un'attenta "analisi della domanda" (Lis, 1995), cercando di chiarire le eventuali ambivalenze e favorendo il passaggio dall'implicito all'esplicito. Nelle prime fasi del trattamento lo psicologo fornisce elementi di sostegno psicologico e di investimento relazionale, volti al consolidamento della personalità dei soggetti più fragili o in situazioni di disagio. Sono previste, da una raccolta di informazioni rispetto alla storia ed al percorso riabilitativo precedenti, un'attenta analisi delle risorse, delle capacità cognitive, relazionali della persona dipendente nonché della sua motivazione ad aderire ad un percorso terapeutico. La detenzione diventa quindi una fase dove attuare una valutazione psico-diagnostica e promuovere l'acquisizione delle capacità e delle risorse personali da parte dell'individuo tossicodipendente ed alcoldipendente recluso. Nella formulazione di un "progetto terapeutico" lo psicologo fa riferimento alle risorse interne della persona, alla sua storia tossicomane e delinquenziale e alla disponibilità presente. Si tratta di un processo complesso che considera le risorse (personali, familiari e sociali) e le condizioni (gravità della diagnosi) di partenza come parametri per individuare un percorso ad hoc.

Da sottolineare infatti, rispetto a quest'ultimo aspetto, come la presenza di disturbi psichici sempre più diffusi nella popolazione dipendente detenuta, rappresenti un'aggravante rispetto alla prognosi e/o allo sviluppo di programmi riabilitativi efficaci. Nella fase trattamentale lo psicologo può sostenere la persona dipendente e la famiglia, ove possibile, in sinergia con i servizi di appartenenza, ad individuare un programma personalizzato. Proprio per questi aspetti e per la peculiarità del contesto carcerario il rapporto con l'utente non viene gestito isolatamente dall'operatore, ma le persone dipendenti detenute vengono prese in carico dall'intera équipe del Ser.T., interessando già dalle prime fasi di elaborazione dei programmi i servizi di appartenenza, al fine di garantire la continuità del trattamento. Lo psicologo informa, coinvolge con segnalazioni specifiche ed integra con informazioni in itinere l'evolversi delle situazioni, stimolando i Ser.T. di appartenenza a collaborare per l'individuazione di ipotesi trattamentali e proposte riabilitative ad hoc. Favorisce inoltre interventi terapeutici preparatori alla dimissione e al successivo eventuale percorso di recupero in stretta collaborazione ed integrazione con gli altri operatori coinvolti. La dipendenza patologica da sostanze quale problema complesso, multifattoriale con implicazioni di ordine fisico, psicologico e sociale, necessita di una presa in carico globale e di un intervento coordinato ed integrato tra le diverse realtà istituzionali ed extra-istituzionali coinvolte.

E' fondamentale in tal senso la creazione di una "rete terapeutica" tra le diverse figure dell'équipe e gli operatori attivi nella gestione della vita penitenziaria, che si ricordano in modo funzionale con le altre reti di servizi (CSSA, comunità terapeutiche,

associazioni del privato sociale.). Lo psicologo come parte integrante dell'équipe contribuisce alla definizione-organizzazione di interventi integrati rivolti non solo alla valutazione e al trattamento, ma anche al reinserimento del detenuto.

1.2 IL RUOLO DELLO PSICOLOGO SER.T. NEL CONTESTO DETENTIVO

Lavorare come psicologi del Ser.T. all'interno di una struttura detentiva è un compito complesso e difficile anche perché ai nostri giorni al carcere viene chiesto di fornire una risposta a tutte le forme di emarginazione. Esso è diventato quasi l'erede del vecchio manicomio dove tradizionalmente si "parcheggiavano" i soggetti scomodi nei casi in cui la società non era in grado di fornire risposte più adeguate.

Se ci si addentra nella realtà della popolazione carceraria si scopre che sono tanti i soggetti che non sono riusciti a trovare nell'ambito della società civile un loro spazio, che non si sono visti riconoscere un ruolo da protagonisti, anzi sono stati emarginati e considerati inutili quando non dannosi. Si sono trovati travolti e frantumati dall'efficientismo imperante nella nostra società che richiede a tutti di essere in grado di produrre e che scarta ed emargina i soggetti più fragili. La coscienza del mancato protagonismo provoca, molto spesso, nell'individuo una reazione violenta. Sentendosi in una posizione di marginalità il detenuto ha la sensazione che tutto per lui sia perduto, che non esista nulla per cui valga la pena di lottare. Può scattargli dentro il desiderio di annientare e di annientarsi. Questo spiega le tante manifestazioni di violenza auto e etero dirette.

Cosa rappresenta per un uomo l'esperienza della carcerazione? Cosa coglie lo psicologo del Ser.T. nell'incontro con il soggetto detenuto? Ciò che rileva è una sensazione di disorientamento, di sorpresa, di shock. La persona si vede privata dei suoi punti di riferimento, viene colta da uno stato confusionale e da un senso di smarrimento, è impreparata anche quando ha messo in atto comportamenti fuori dalle regole. Spesso, si sente una vittima. La reazione più immediata nel momento in cui la persona entra in un luogo di custodia è rappresentata da un calo di autostima, da una crisi di identità. In particolare la prima volta che un soggetto varca la soglia del carcere percepisce "l'ufficializzazione" del suo ruolo di deviante e soprattutto, quasi sempre, si percepisce come tale. Una persona che viola le regole e non viene scoperta per la società non è un deviante: se ruba e non viene scoperto non è un ladro, lo diventa a tutti gli effetti nel momento in cui viene smascherato e a maggior ragione quando all'arresto segue la detenzione. Da allora sente sua l'etichetta che lo classifica come un ladro, un delinquente, un deviante.

In questa situazione di estrema difficoltà il suo corpo spesso diventa il mezzo adatto per esplicitare quanto non riesce ad essere espresso in altri modi e lo fa attraverso il disagio o più spesso tramite la malattia. L'aspetto più evidente della carcerazione è la situazione di dipendenza estrema. Dipendenza da tutto e da tutti. Essa costituisce un gran limite e contemporaneamente un elemento di aggancio con la realtà e una possibile opportunità di riflessione. Ogni necessità personale del detenuto, ogni sua richiesta per essere soddisfatta deve passare attraverso il vaglio della famosa

domandina che può avere esito positivo o negativo. Così devono essere autorizzate la possibilità di avere un colloquio con la famiglia, la possibilità di andare in biblioteca o in ufficio matricola. La doccia si può fare in orari stabiliti da altri ed è possibile passeggiare solo nell'ora d'aria. In una parola, anche se i diritti fondamentali vengono rispettati, tutto deve essere autorizzato ed il detenuto si trova in una situazione di estrema dipendenza e passivizzazione.

Quale ripercussione può avere tutto questo sulla sua salute?

La carcerazione quasi sempre provoca disturbi di varia natura e lede praticamente tutti i sensi, i danni maggiori si riscontrano a carico della psiche e sono costituiti da affaticamento e depressione che provocano spesso aggressività auto ed etero diretta. In una situazione simile è facile cogliere l'importanza del ruolo dello psicologo per favorire l'aggancio con il detenuto.

Come costruire una relazione?

La relazione con lo psicologo diventa l'occasione per rendersi conto della realtà del carcere e della propria dipendenza e favorisce una progettualità "utilizzata" per costruire un percorso terapeutico personalizzato sia intra sia extra murario.

Cosa capita nello specifico alla persona tossicodipendente e alcolodipendente detenuta, in altre parole ad una persona che deve misurarsi anche con tutti i problemi legati alla sua situazione di dipendenza? Per capirlo bisogna analizzare le caratteristiche che contraddistinguono questa tipologia di persone che rappresentano una percentuale consistente della popolazione detenuta (stimata intorno al 30%).

L'esperienza insegna che soggetti che fanno abitualmente uso e abuso di droga risultano, all'osservazione clinica, personalità fragili.

Si tratta di persone isolate psicologicamente che tentano di contenere e curare i propri conflitti e carenze con l'uso di sostanze psicotrope. Tale uso, pur essendo un tentativo fallimentare di autoterapia, offre al dipendente la certezza di un esito immediato, ossia di ottenere un contenimento del dolore psichico. La dipendenza patologica usata come difesa dai conflitti e come ritiro narcisistico esclude dalla realtà chi ne fa uso, lo assopisce e lo appiattisce, lo abitua a rinunciare alle proprie risorse personali per ricercare all'esterno progetti e senso vitale. I soggetti consumatori di sostanze si presentano come persone non abituate né a regole né a limiti, che tollerano poco il dolore dal quale chiedono di essere sollevati immediatamente. Tanti giovani che non accettano la realtà in cui vivono, che non si amano, trovano nell'uso della droga un modo per isolarsi e non vedere, non partecipare, non soffrire. Essi sommariamente pensano in questi termini: "... non accetto questa realtà, non voglio vederla, non mi piaccio e non riesco ad accettarmi, mi "faccio" e tutto diventerà più semplice, la realtà non mi ferirà più e l'esistenza diventerà meno difficile". E' evidente che finito l'effetto della sostanza la realtà si ripresenta immutata, anzi aggravata dal problema della dipendenza.

Con l'abitudine all'uso della sostanza psicotropa il soggetto progressivamente diventa passivo e privo di programmi. Un aspetto di queste persone che colpisce è proprio la mancanza di progettualità. Un'altra caratteristica che le contraddistingue è rappresentata dalla grossa difficoltà che hanno ad accettare la sofferenza di qualsiasi

tipo essa sia. Tentano di evitarla con un massiccio ricorso all'uso di farmaci. Presentano altresì grosse difficoltà a differire un'azione, hanno la tendenza all'agire compulsivo: quando vogliono qualcosa tentano di averla subito. Non amano procrastinare l'azione o l'appagamento di un desiderio. Tutto ciò rende ancora più difficile per loro accettare le limitazioni tipiche della detenzione. A queste caratteristiche psicologiche e personologiche del dipendente all'interno del contesto penitenziario vengono spesso date risposte quasi esclusivamente di tipo farmacologico. Ciò riduce la possibilità di contenere la sofferenza psichica all'interno di una relazione terapeutica operando in termini evolutivi per la costruzione di programmi terapeutici individualizzati. Forse la sofferenza maggiormente diffusa nelle nostre carceri è quella legata al problema della sieropositività. Il soggetto tossicodipendente spesso si sente onnipotente ed invulnerabile fino al punto di arrivare a sfidare provocatoriamente la morte sia con l'overdose sia con altri comportamenti a rischio. L'avvento della sieropositività instaura una nuova identità che sconvolge, dal momento in cui viene accolta nella coscienza, l'equilibrio precedentemente raggiunto, per quanto realizzato in forma patologica tramite la droga¹⁹.

Come lo psicologo del Ser.T. può essere utile in questa situazione e più in generale quale aiuto può offrire ai reclusi tossicodipendenti? Per poter rispondere bisogna capire i nodi critici e la complessità della struttura carceraria.

Alcuni nodi critici

Lo psicologo del Ser.T. è subentrato all'esperto previsto dalla riforma carceraria all'art. 80, nella presa in carico del detenuto con problemi di dipendenza, dopo l'emanazione della legge che ha trasferito la competenza sulla tutela della popolazione detenuta al Servizio Sanitario Nazionale. Questa figura aveva il compito istituzionale di favorire il processo di risocializzazione attraverso momenti di osservazione, di proposte per il trattamento insieme a compiti di sostegno e contenimento. Era una figura complessa, con un ruolo per certi aspetti ambiguo in quanto era chiamata ad operare in situazioni spesso difficili, doveva far convivere istanze di cura e di contenimento. Molte di queste difficoltà segnano anche la prestazione dello psicologo del Ser.T.. La prima di loro è legata alla tutela del segreto professionale. Essa dovrebbe costituire una garanzia per la persona detenuta e creare le condizioni adatte affinché egli possa fidarsi e contare sullo psicologo escludendo possibili conseguenze a eventuali confidenze liberatorie. Paradossalmente invece il professionista può vedersi costretto talvolta a bloccare lo sfogo del carcerato per timore di non potergli garantire un

Note

19. Nel momento della diagnosi di sieropositività il soggetto si trova a modificare completamente le sue aspettative di vita: inizia a vivere in una situazione di precarietà. Lo psicologo si trova a lavorare con domande silenziose e/o esplicite del tipo: "...Quanto vivrò? La mia sieropositività evolverà in malattia conclamata? Quanto durerà la mia vita? Per quanto tempo ancora starò bene?". Non sarà sufficiente l'eventuale persistere del benessere fisico per tranquillizzarlo. Il futuro per lui inizia a perdere di significato, s'allontana e s'annebbia, diventa qualcosa che non appartiene più alla realtà della sua persona; tutto quanto entra nell'oggi ed egli vuole tutto e subito proprio perché sente la morte alitargli sul collo e teme di non poterlo avere domani. Quest'aspetto è difficilissimo da gestire: come è possibile fare progetti, soprattutto costosi in termini di impegno e di risocializzazione, quando si ha la consapevolezza dell'estrema precarietà della situazione? Il colloquio individuale rappresenta l'occasione nella quale si coglie l'isolamento della persona, il suo vivere come diverso dagli altri, da coloro che non hanno lo stesso problema. Oltre a vivere questa situazione come un ostacolo alla possibilità di fare progetti il sieropositivo la vive come una espiazione. Si sentirà sopraffare dall'angoscia e dovrà convivere con tale realtà senza avere il conforto della vicinanza delle persone care, spesso in una condizione di isolamento e solitudine. Anche se fisicamente sta bene, non gode del benessere psicologico. La precarietà della sua vita è talmente sentita che gli impedisce di godere degli eventuali aspetti positivi presentati dalla quotidianità. Non sa cosa gli riserva il futuro, non ha elementi per intuire se sarà quello di malato di AIDS. Questa incertezza lo annienta.

segreto totale. Non va infatti dimenticato che lo psicologo non è un volontario, è una persona dipendente e pagata dall'ULSS e tenuto quindi a rispondere del suo operato. Questo lo può porre talvolta nella necessità di trovare un non semplice equilibrio tra la tutela della privacy del soggetto e l'obbligo di salvaguardare le prerogative dell'amministrazione carceraria.

Tutto questo può diventare difficile in certe situazioni, ad esempio, quando un soggetto presenta una forte instabilità dell'umore e costituisce un potenziale pericolo per se stesso e per gli altri. In situazioni simili trovare un equilibrio risulta abbastanza difficile. Questo rende gli individui detenuti prudenti e diffidenti; tendono a vedere gli operatori come persuasori al consenso, con il rischio di essere considerati una via di mezzo tra il confessore e un rappresentante delle istituzioni e del potere, dal quale si sentono esclusi, emarginati e rifiutati. Dati questi presupposti, cosa può fare il detenuto? Finché non impara a fidarsi si difende cercando di manipolare ed usare gli operatori. Le richieste classiche e ricorrenti sono: "... può chiedere al medico di aumentarmi la terapia?" oppure "... mi fa una relazione positiva?". Questo di solito succede nei primi incontri: i detenuti non si fidano e i racconti che forniscono delle loro vite vengono prudentemente "depurati" di tutti gli elementi "scomodi", mentre vengono enfatizzati quelli dolorosi. Gradualmente, però, se si sentono accolti con disponibilità sincera e profonda ed un atteggiamento empatico cambiano il loro modo di porsi ed è possibile costruire un'alleanza terapeutica, condizione necessaria per affrontare i problemi che l'utente presenta oltre che per gestire e contenere l'ansia e la depressione tanto spesso presenti. Lo psicologo del Ser.T. è tenuto a mantenere il segreto professionale e contemporaneamente è obbligato ad evitare che si creino situazioni pericolose che possono recare danni alle persone. Non è difficile intuire che ciò comporta dei grossi problemi dal punto di vista deontologico. Se sono prevalenti gli aspetti della cura allo stesso tempo non si possono dimenticare le esigenze legate al controllo che l'amministrazione penitenziaria deve garantire. Al momento attuale molte cose sono cambiate, risulta però necessario continuare un percorso in grado di assicurare al detenuto la possibilità di avere un sostegno psicologico, senza che questo sia vissuto come una forma di controllo, per non svilire il rapporto e svalutare l'aiuto che si può offrire.

La capacità professionale dello psicologo Ser.T. che lavora in carcere si esplica soprattutto nella sua abilità a favorire un'elaborazione consapevole per arrivare ad un'esplicitazione della richiesta d'aiuto attraverso una posizione di ascolto empatico, nella consapevolezza che chi si ha davanti, prima di essere un individuo detenuto e dipendente, è una persona, un cittadino che si trova in una situazione di difficoltà, ma che conserva intatta tutta la sua dignità ed il suo diritto al rispetto. Solo se lo psicologo crederà fermamente che la strada del carcere non è una strada a senso unico, riuscirà a trasmettere all'altro un messaggio di speranza e potrà accompagnare il suo processo di cambiamento e di integrazione, aiutandolo a recuperare fiducia in se stesso e la capacità di credere nella possibilità di costruire un futuro diverso. E' necessario che ci si renda conto delle particolarità operative presentate dalla realtà del carcere legate alla difficoltà di creare condizioni idonee alla presa in carico, tenendo conto delle necessità di controllo che la struttura penitenziaria deve garantire. Lo psicologo deve sapersi muovere in questa delicata situazione cercando

di non rompere gli equilibri presenti.

Attualmente si sta faticosamente cercando di costruire degli spazi di competenza e di autonomia nei quali poter svolgere le funzioni dello psicologo, valorizzando al massimo le grandi risorse costituite da una parte dal gruppo e dall'altra dal lavoro d'équipe²⁰.

E' auspicabile che anche all'interno della struttura carceraria siano garantite delle condizioni minime per la costituzione di un setting terapeutico, elementi che permettano allo psicologo di attuare un intervento metodologicamente corretto; tutto ciò grazie anche alla possibilità di usufruire di spazi adeguati e di vedere riconosciuta l'importanza della propria attività esercitata in assetti operativi che favoriscano l'osservazione nel tempo. Garantire l'attuazione di questi servizi sanitari psicologici diventa necessità improrogabile in un momento come quello attuale dove al carcere è spesso chiesto di farsi carico dell'emarginazione sociale e di supplire alla mancanza di strutture in grado di rispondere ai bisogni dei più deboli.

1.3 IL COLLOQUIO CLINICO

Il colloquio clinico rappresenta anche nel contesto detentivo lo strumento più utilizzato dallo psicologo per analizzare una persona. L'obiettivo del professionista normalmente è quello di delineare la struttura della personalità e più in generale la situazione dell'utente per poter intervenire nel modo più adeguato.

Il primo incontro di solito inizia con l'operatore che si presenta, definisce il proprio ruolo, le proprie possibilità. Continua dichiarando la propria appartenenza al Ser.T., presentando, se necessario, il servizio e specificando che esso mira ad offrire aiuto alla persona con problemi di dipendenza se quest'ultima è interessata ad intraprendere un percorso di cambiamento. Elenca le risorse e le opportunità che allo scopo possono essere messe in campo nella specifica situazione. Contemporaneamente lo psicologo cerca di individuare le motivazioni, gli obiettivi e le caratteristiche dell'interlocutore per essere in grado di presentare con cognizione di causa la situazione ai colleghi nella riunione d'équipe creando così le condizioni ottimali affinché il gruppo di lavoro possa, con la massima efficacia ed efficienza, offrire un aiuto favorendo aumento della motivazione al cambiamento nell'utente.

Il professionista lavora sin dall'inizio per instaurare con il paziente una relazione, per abbozzarne la storia, nell'intento di costruirsi un quadro esauriente dei problemi che lo stesso porta e creando le condizioni che possono stimolare l'instaurarsi di un'alleanza terapeutica. Realizzerà questo partendo dall'accoglienza che caratterizza l'inizio del primo colloquio. L'obiettivo di una buona "accoglienza" è quello di creare fiducia e di facilitare l'espressione dei vissuti (Mucchielli, 2000). Essa non consiste solo in un momento del colloquio, ma è anche un atteggiamento che si manifesta nella

relazione. Rogers afferma che lo psicologo deve comunicare al paziente un profondo e sincero interesse per lui come persona con potenzialità umane, un interesse non contaminato da un giudizio sulle idee, sui suoi sentimenti e comportamenti (Rogers, 1980). E' opportuno considerare che nella pratica clinica è consigliabile escludere ogni impostazione autoritaria, ogni forma di "interrogatorio" e seguire di preferenza l'impostazione non direttiva. Questo stile diventa indispensabile quando si opera in un contesto come quello carcerario, dove i rapporti interpersonali sono caratterizzati dall'enfatizzazione del rispetto dei ruoli e dell'autorità, aspetti che sembrano costituire baluardi a tutela della disciplina e dell'ordine. Il metodo non direttivo è centrato sul cliente, l'intervistatore interviene soltanto per ristrutturare e chiarire la situazione. Come scrive Mastrodonardi: "...è importante oltre che saper ascoltare il paziente in quel che dice e come lo dice, anche notare quando lo dice. L'atmosfera del colloquio deve essere permissiva; il professionista deve saper accettare qualsiasi espressione del paziente (omissione, bugia, scotomizzazione). Anche questi atteggiamenti possono voler dire qualcosa (bisogno di essere ammirato, realizzazione di un desiderio a parole), e qualcosa di interessante può venire alla luce solo se si è stabilita un'atmosfera di permissività tale da far cadere nel paziente atteggiamenti difensivi" (Mastrodonardi, 1980, p.80). Attraverso il colloquio avvengono degli scambi di informazioni tra le persone che interagiscono. Via via che il colloquio va avanti, il professionista permette al paziente di raccontare la propria storia, di fare un ritratto di sé, presta attenzione al tipo di linguaggio usato, s'interroga su quello che il soggetto dice e tralascia. Tutto questo consente di tratteggiare alcune caratteristiche importanti. Lo psicologo inoltre, seguendo le indicazioni di Kernberg (Kernberg, 1985), cerca di scoprire l'integrazione o la diffusione dell'identità nel paziente, i suoi meccanismi di difesa (che possono essere avanzati o primitivi), la presenza o assenza della capacità di effettuare l'esame di realtà, di orientarsi nel tempo e nello spazio. Queste osservazioni lo indirizzeranno verso ipotesi diagnostiche e lo aiuteranno nel tentativo di delineare un percorso riabilitativo personalizzato, consapevole che, come afferma Menninger (1991, p.29), "...scopo della diagnosi non è come chiamare una malattia ma cosa fare di fronte ad una malattia".

E' facile intuire l'importanza di capire come il paziente è disturbato, come lo è divenuto, in quale modo questo gli assicura dei tornaconti, per arrivare a comprendere quali interventi possono modificare il suo stato di disagio. Come già evidenziato si devono valutare, oltre alle caratteristiche di personalità del soggetto, le sue difese, il suo potenziale intellettuale, la qualità ed il tono dell'umore, cogliere l'eventuale presenza o assenza di deliri, allucinazioni o di altri aspetti significativi.

Una preziosa fonte di informazioni è costituita dalle espressioni non verbali. Esse portano elementi utili per conoscere l'interlocutore, soprattutto nel caso in cui il paziente sia in difficoltà ad esprimere pensieri o sensazioni o quando lo stesso abbia una carente capacità linguistica magari perché proviene da un'altra cultura o parla un'altra lingua, oppure non è in grado di verbalizzare stati emotivi di cui egli stesso non è pienamente cosciente. Saper leggere il comportamento spaziale, la postura, il comportamento motorio, l'espressione del volto, il tono della voce, lo sguardo, l'abbigliamento diventa fondamentale per cogliere le emozioni e per conoscere chi ci sta di fronte. Un'altra condizione essenziale del rapporto interpersonale nella

Note

20. Il gruppo può essere sia di tipo terapeutico che informativo. Esso, oltre ad offrire l'opportunità di osservare i soggetti nei vari ambiti favorisce, insieme ad altre attività trattamentali, la correlazione con il lavoro di rete (Per un approfondimento sull'attività di gruppo, vedasi capitolo 3 relativo alla seconda parte). La seconda opportunità è costituita dal lavoro d'équipe che rappresenta un fondamentale elemento di contenimento dello psicologo, un ambito in cui andare a filtrare la grande complessità raccolta nel momento individuale. Questa risorsa si realizza al massimo se può usufruire del contributo di un supervisore (Per un approfondimento sull'attività di supervisione, vedasi capitolo 5 della seconda parte del testo).

visione di Rogers, è la comprensione empatica del mondo del paziente: è riuscire a sentirne la paura, l'ira "come se fossero" sentimenti che anche il terapeuta potrebbe provare, in modo da stimolare il soggetto a sperimentare i suoi sentimenti evitando di farlo chiudere in se stesso e allontanandolo così dal suo "schema di riferimento" e dal contatto con le sue esperienze, come avverrebbe in caso di comprensione fredda, razionale, valutativa e molto impersonale (Rogers, ibidem).

La situazione del colloquio può fornire una visione parziale della persona e l'esaminatore rischia di vederlo in una prospettiva limitata, pertanto per operare una "esplorazione diagnostica" è necessario agire con particolare prudenza anche perché proprio per il contesto in cui avviene il colloquio, non si può escludere l'ipotesi che il paziente possa vivere l'operatore come un rappresentante di quella società che egli rifiuta e dalla quale si sente rifiutato, per cui potrebbe essere orientato verso un atteggiamento di ostinazione, recitazione e simulazione. Si deve tenere presente che nell'ambito carcerario nessuno obbliga il detenuto al colloquio ed egli può rifiutare la presa in carico da parte del Ser.T., però potrebbe essere tentato di "usare" gli operatori per evitare la detenzione e mostrare a questo scopo una motivazione più apparente che reale. Nella consapevolezza del pericolo sempre presente di improprie generalizzazioni, l'operatore dovrà assumere un comportamento caratterizzato dalla prudenza, formulerà le proprie ipotesi con riserva, proponendosi di verificare, mediante l'assunzione di ulteriori informazioni, la prima impressione riportata.

Lo psicologo deve sempre evitare di lasciarsi imprigionare da uno schema interpretativo formulato ad un certo punto del colloquio. Diventa necessario mantenere sempre aperto il problema diagnostico, considerare come provvisorie le ipotesi al fine di non precludere la raccolta di nuovi dati. E' di fondamentale importanza il confronto con l'équipe, con il Ser.T. di riferimento ed eventualmente con altri servizi. Solo a queste condizioni il colloquio clinico darà sufficienti garanzie di obiettività. Risulta fondamentale integrare i dati raccolti con il colloquio clinico e con l'anamnesi attraverso l'uso di tests psicologici che possono fornire informazioni più approfondite riguardo a certe aree e a certi tipi di funzionamento e rendere possibile una visione d'insieme della personalità del paziente. Concludendo si può affermare che è importante che l'intervistatore lavori con metodo, ma conta molto di più il suo atteggiamento di base, che deve essere di pieno rispetto per la libertà personale dell'intervistato, di interesse genuino per i problemi che questo presenta. La capacità del clinico deve stimolare il confronto e la condivisione con gli altri membri dell'équipe nella ricerca di una impostazione del percorso più adatto a ciascun soggetto, nel sincero desiderio di offrirgli l'esperienza e le risorse di cui il gruppo di lavoro dispone per favorire, oltre che un percorso riabilitativo personalizzato, un'occasione di riflessione ed una opportunità di cambiamento.

1.4 ELEMENTI PSICODIAGNOSTICI

Tra gli strumenti di indagine della personalità, il colloquio clinico occupa sicuramente un posto di primo piano, ma è altresì importante affiancarlo a strumenti di rilevazione obiettiva che permettano di ridurre le interferenze valutative soggettive

dell'esaminatore.

Gli strumenti utilizzati a questo scopo sono diversi a seconda di che cosa principalmente s'intenda valutare. Presso la Casa Circondariale di Vicenza si annoverano:

- MMPI/2, quando è necessario valutare l'eventuale presenza e la gravità di un disturbo psicopatologico;
- MAC /A-E-C, che permette di valutare il livello di motivazione al cambiamento nelle dipendenze da eroina, alcol e cocaina; informazione importante per poter definire una proposta terapeutica che abbia buone probabilità di successo;
- 16 PF, che individua i tratti fondamentali della personalità, e i fattori di valutazione importanti nel contesto detentivo come, ad esempio, il livello di ansia, l'interiorizzazione del Super-io e quindi della norma, il livello di maturazione emotiva e il senso di colpa.

Per la raccolta dei dati anamnestici e del livello di gravità ci si avvale dell'intervista semistrutturata A.S.I. (*Addiction Severity Index*), e della forma *A.S.I. Crime*.

Partendo dal presupposto che il fenomeno della tossicodipendenza origina da condizioni multiproblematiche, vengono sondate sette aree potenzialmente a rischio:

- condizione medica;
- condizione lavorativa;
- uso di alcol;
- uso di droga;
- status legale;
- relazioni familiari e sociali;
- stato psichico.

Le attività storicamente ascritte allo psicologo penitenziario, quelle di sostegno, osservazione e trattamento, con le dovute integrazioni e aggiustamenti, sono comunque state inglobate nel riassetto delle attività di intervento. Poiché costituiscono la memoria storica ed il bagaglio esperienziale dello psicologo che opera in questo difficile contesto, vale la pena farne una veloce disamina.

1.5 OSSERVAZIONE E TRATTAMENTO

Queste due attività sono state le prime a cui lo psicologo è stato chiamato a collaborare e consistono, secondo quanto disposto dalla legge, in un'attività di studio e osservazione del condannato, che va compiuta all'inizio dell'esecuzione penale ed ha come scopo la formulazione di indicazioni sia in merito al trattamento rieducativo che sulle misure alternative alla detenzione.

L'Amministrazione Penitenziaria (Circ. n. 2598/5051 del 13/04/79), precisa che le attività di osservazione "...sono ordinariamente svolte: dall'educatore in funzione dell'educazione comportamentale e della comprensione degli atteggiamenti

umani fondamentali che orientano la vita di ciascun soggetto, nonché della sua disponibilità nei confronti della vita in Istituto e dei possibili programmi alternativi; (...) dall'assistente sociale per la comprensione dei collegamenti esistenti e di quelli realizzabili in futuro tra la condizione personale attuale del soggetto e i suoi problemi familiari e sociali ; (...) dallo psicologo per l'accertamento degli aspetti salienti attinenti alla struttura e al funzionamento psichico del soggetto, sotto il profilo intellettuale, affettivo, caratterologico e attitudinale". Quando, trascorsi almeno nove mesi dall'inizio dell'osservazione, ciascun operatore ha redatto la propria relazione, accade la riunione di équipe, finalizzata all'elaborazione della relazione di sintesi, che è il risultato di un processo di discussione e confronto fra i contributi dei diversi operatori.

Generalmente nella parte iniziale della relazione, viene tracciata la storia personale del soggetto, ripercorrendo le tappe più significative ed importanti della sua vita familiare e sociale; vengono poi affrontati gli aspetti comportamentali, esprimendo cioè opinioni riguardo la capacità di socializzazione dell'individuo il suo atteggiamento nei confronti degli operatori, del personale di custodia e degli altri detenuti, l'eventuale impegno e motivazione nei confronti delle attività lavorative e scolastiche. Gran rilievo è dato poi alla storia tossicomana del soggetto, per poter esprimere una prognosi rispetto alla probabilità della persona di ricadere nell'uso della sostanza psicoattiva e/o ripetere eventuali esperienze devianti o, al contrario sapersi reinserire in un modo più produttivo e socialmente accettabile nella società esterna.

Oggi, cambiando il referente istituzionale, dall'Amministrazione penitenziaria all'Azienda sanitaria, questo servizio ha potuto in parte spogliarsi di quell'ambivalenza che lo condizionava, permettendo allo psicologo di porre l'attività di osservazione esclusivamente al servizio dell'individuazione del programma terapeutico più idoneo al soggetto e incrementando altresì la collaborazione con il Ser.T. di riferimento, che viene contattato sia per informarlo dell'avvenuto ingresso del loro utente in Istituto, sia per raccogliere le informazioni che lo riguardano.

In base alle valutazioni effettuate in fase di osservazione, vengono quindi formulate le ipotesi di un programma di trattamento che può essere intramurale, se il soggetto non si trova nelle condizioni o nei termini per poter usufruire di una misura alternativa, o extramurale qualora le condizioni e i termini lo consentano. Dette ipotesi trattamentali devono mirare a potenziare le risorse e gli aspetti positivi già esistenti nella personalità del soggetto, mediante opportune iniziative, cercare di colmarne le lacune e le carenze di vario grado e natura, che possono essere pregiudizievoli ai fini di un concreto processo maturativo. Dal punto di vista psicologico, la tossicodipendenza e l'alcolismo possono essere considerati come sintomi di un "break down" evolutivo che impedisce all'individuo di proseguire positivamente lungo il proprio percorso di crescita libidico-emotivo, fissandolo in comportamenti di rinuncia al confronto con la realtà e con i limiti. Possiamo considerare la carcerazione come un evento che in qualche modo si inserisce nella storia della persona con problemi di dipendenza patologica, costringendolo a fare i conti con una realtà soggettiva ed oggettiva non più eludibile. Tale fattore, pur nella sua drammaticità, può rappresentare per l'individuo una forzata opportunità per

spezzare almeno temporaneamente l'interminabile circuito della coazione a ripetere dell'agito tossicomano. La carcerazione può significare così, per il dipendente, un evento-crisi che per essere affrontato, necessita della mobilitazione di risorse interne ed esterne al soggetto e che, può assumere in sé potenzialità evolutive o, viceversa, ulteriormente destrutturanti a seconda di quali spazi e di quali possibilità vengano offerti per avviare o proseguire un percorso terapeutico-riabilitativo. Fra gli strumenti trattamentali intramurali, la psicoterapia dimostra in alcuni casi di essere un valido aiuto per attivare un processo di cambiamento sia nella direzione di un miglioramento o risoluzione del disagio, sia per attenuare l'antisocialità.

E' importante rilevare però che la psicoterapia che si attua in ambito detentivo è molto diversa da quella che si realizza in altri contesti (Serra, 1999); abitualmente, infatti, essa presuppone l'esistenza nel paziente di una condizione di disagio psicologico e il contestuale desiderio di chiedere aiuto per i propri disturbi; nella situazione carceraria invece, raramente il detenuto - specialmente se tossicodipendente o alcolista - ritiene che qualche aspetto della propria personalità debba essere modificato, tendendo invece ad individuare all'esterno (Carabinieri, Assistente Sociale, Ser.T., Magistrato, società), l'origine e la sede del proprio disagio. L'intervento dello psicologo quindi viene spesso richiesto più per un utilizzo strumentale che per il desiderio di trovare una migliore modalità di adattamento. In questo senso, l'avvio di qualsiasi altro intervento terapeutico non può prescindere da modalità che attivino la presa di consapevolezza del disagio interiore e la spinta motivazionale, propedeutici al trattamento stesso. Un altro presupposto della psicoterapia, che non può trovare applicazione in carcere, è la questione del pagamento, onorario che dovrebbe essere coperto dall'utente perché la psicoterapia sia realmente valida. Occorre infine segnalare la difficoltà a garantire un setting adeguato, sia per quanto riguarda la cadenza e la durata delle sedute e il luogo dove avvengono gli incontri. Ciononostante, la psicoterapia, pur con i limiti imposti dal contesto, può avere possibilità di successo se si adottano alcuni accorgimenti, quali per esempio l'utilizzo di psicoterapie di appoggio, o comunque tecniche che non implicino l'attivazione di meccanismi profondi. L'attività di psicoterapia, oltre a cercare di rispondere all'esigenza di tutela della salute psichica degli individui detenuti, dà attuazione a quanto la legge 354/75 definisce: "gli interventi sono volti a promuovere un processo di modificazione degli atteggiamenti che sono di ostacolo ad una costruttiva partecipazione sociale". Un altro strumento di cura che risulta essere efficace in ambito penitenziario è il *Group Counselling*: esso consiste in riunioni periodiche nel corso delle quali vengono realizzate libere discussioni su dei temi proposti, che prevalentemente riguardano il tema della tossicodipendenza e alcolodipendenza quali: prevenzione delle ricadute, difficoltà di adattamento, problemi personali, patologie correlate, ecc²¹..

Note

21. Lo scopo di tale gruppo è quello di favorire l'espressione delle esperienze di vita di ciascun detenuto e di sviluppare la responsabilità individuale e la maturazione psico-emotiva, attraverso la presa di coscienza degli errori di condotta, delle difficoltà, delle manchevolezze che emergono nell'ambito delle discussioni collettive. Inoltre, lo spazio grupppale offerto all'interno di un contesto di limitazione della libertà, permette all'individuo di recuperare l'esperienza di un limite contenitivo rappresentato dal gruppo stesso. E' importante che non sia vissuto però come repressivo e de-negante, ma come protettivo rispetto alla possibilità di esprimere affetti, di sperimentare relazioni, di sviluppare nuove capacità di identificazione, di condivisione e confronto dei propri vissuti rispetto a problematiche comuni, contrastando almeno in parte gli effetti della perdita di identità e di individualità, di isolamento sociale e culturale che lo stato detentivo comporta

Questa tecnica viene maggiormente utilizzata rispetto ad altri mezzi psicoterapeutici, sia perché si è rivelata di facile esecuzione nella situazione detentiva, sia perché è applicabile indifferentemente a tutti i detenuti, e non a categorie ristrette come quelle verso cui si rivolgono le psicoterapie propriamente dette (Serra, 2003). Qualora invece i termini e le condizioni lo consentano, verrà privilegiata la messa a punto di un programma terapeutico in esecuzione penale esterna; in questo caso, se il detenuto appartiene ad un Ser.T. diverso da quello operante all'interno dell'istituto, viene contattato il servizio di provenienza che essendo titolare del programma, darà indicazioni in merito.

1.6 SOSTEGNO PSICOLOGICO

Un altro importante compito dello psicologo è quello di individuare i soggetti che, per fragilità psicologica reattiva alla detenzione, o per caratteristiche di personalità, o per tratti psicopatologici, sono a rischio di grave sofferenza psicologica nell'impatto con l'istituzione carcere, non escluso il rischio suicida. Quello che viene definito "stress da carcerazione" in realtà è una somma di stressors diversi. Tra questi si annoverano:

- deprivazione della libertà;
- vergogna e umiliazione;
- sovraffollamento;
- tensioni frequenti fra detenuti e fra detenuti e agenti di polizia penitenziaria;
- procedimento legale (presentarsi in tribunale, interrogatorio, attesa della definizione della pena);
- rottura con il proprio contesto sociale e affettivo di riferimento;
- sindrome astinenziale.

La reazione allo stress dipende dalla valutazione cognitiva individuale e dalla percezione delle proprie capacità di far fronte alla situazione (Lazarus, 1981), in ambito penitenziario tuttavia sono stati individuati dei parametri per valutare il rischio che il soggetto possa compiere violenza su se stesso o subire violenza da altri detenuti (Circolare n. 3233/5683 del 30 Dicembre 1987²²).

I fattori di rischio vanno inquadrati nei seguenti aspetti:

- aspetti epidemiologico-anamnestici²³;
- aspetti di personalità²⁴;

Note

22. Questo documento venne emanato dal Direttore Generale degli Istituti di Previdenza e Pena Nicolò Amato, che istituì il servizio Nuovi Giunti nell'intento di arginare il fenomeno dei frequenti suicidi verificatisi negli Istituti di Pena.

23. Nell'ambito epidemiologico-anamnestico vengono considerati fattori di rischio:
- l'età: nello specifico vengono indicati come frequenti in ambito penitenziario i suicidi di giovani, dai 20 ai 29 anni, e di anziani di età superiore ai 65 anni;
- il sesso: i maschi sono più determinati al suicidio, le femmine ricorrono maggiormente al tentativo di suicidio;
- la provenienza geografica: sono più frequenti i suicidi di detenuti settentrionali rispetto ai detenuti meridionali;
- lavoro, perdita del lavoro da meno di sei mesi: per i disoccupati cronici e per coloro che non hanno mai lavorato il rischio è minore;
- istruzione: maggiore è l'istruzione, più grande è il rischio;
- esperienze, prima carcerazione, rischio maggiore nella prima settimana di custodia, specialmente in coloro che si trovano in attesa di giudizio;
- malattie: l'apprendere la diagnosi di una grave malattia fisica o il perdurare di una malattia indipendentemente dalla gravità.

24. Tra gli aspetti della personalità da considerare a rischio assumono una rilevanza particolare:
- l'aggressività, che solo apparentemente può essere considerata eterodiretta ma che può invece "spostarsi" sul soggetto stesso e indurlo ad atti auto-aggressivi;
- l'egocentrismo, il continuo tentativo di attirare l'attenzione;
- la recidiva, intesa come coazione a ripetere il tentativo, già posto in essere in passato, di suicidio.

- aspetti affettivi²⁵;
- rischi di subire violenza²⁵.

Oltre ai soggetti detenuti con problematiche di adattamento al contesto detentivo, il sostegno psicologico è rivolto a tutti i detenuti in attesa di giudizio (di primo grado o appellanti o ricorrenti) che, in quanto non condannati, non sono sottoposti ad attività di "osservazione e trattamento"; questo perché, essendo la finalità trattamentale quella di "rimuovere" tutto ciò che ha contribuito a causare il comportamento criminoso, può essere applicata solo quando sia stata riconosciuta la colpevolezza del soggetto.

La richiesta di sostegno può arrivare direttamente dalla persona detenuta oppure dagli operatori istituzionali ed è finalizzata a contenere e ridurre i danni psicologici che la carcerazione può comportare, soprattutto per chi ne ha esperienza per la prima volta, per i giovani adulti e per chi presenta una struttura fragile di personalità.

La richiesta che generalmente viene effettuata con urgenza da parte del tossicodipendente e alcolodipendente detenuto, è quella di un contenimento farmacologico, domanda che spesso comporta una sofferenza difficilmente mentalizzabile.

A questo proposito è importante strutturare un servizio di prima accoglienza che preveda la possibilità da parte dello psicologo di entrare in contatto con tutte le persone con dipendenza patologica nell'immediatezza del loro ingresso in carcere. Ciò permette di offrire uno spazio fisico e mentale di espressione e di contenimento di angosce e bisogni, e costituisce l'occasione per un aggancio terapeutico tanto più importante in quanto avviene in una fase estremamente delicata, durante la quale il riconoscimento di un bisogno può incontrarsi con l'offerta di opportunità di cambiamento e di stili di vita più adattivi.

L'offerta di tale spazio è oltremodo importante per il soggetto tossicodipendente e alcolista, in quanto spesso non riescono a formulare attivamente una richiesta di aiuto, usando più il corpo e l'agito per esprimere la sofferenza. Tale prassi operativa consente dunque di fornire una risposta immediata allo stress dovuto all'impatto con la situazione detentiva, riducendo così il rischio di agiti autolesivi, di comportamenti aggressivi o di richiesta di contenimento farmacologico, oltre che permettere di raccogliere i primi elementi per una valutazione della situazione personale del soggetto.

Note

25. Tra gli aspetti affettivi sono considerati a rischio:
- sviluppo, perdita di una o entrambe le figure genitoriali entro i 16 anni di età;
- contatti, situazioni di isolamento sociale, di abbandono della relazione da parte di figure significative;
- stile di vita, alcolista, tossicodipendente, associati ad un alto livello di aggressività;
- emotività: i soggetti fortemente emotivi possono compiere in maniera impulsiva un atto suicida, senza alcun preavviso;
- stato depressivo, anche lieve e misto a stato ansioso;
- comunicazione di intenti, ogni comunicazione, verbale o scritta sull'intenzione di togliersi la vita va presa in seria considerazione.

26. Tra i rischi di subire violenza, i fattori individuati riguardano:
- l'età e l'aspetto fisico;
- mancanza di esperienza del vissuto penitenziario;
- sessualità aspecifica;
- atteggiamento caratterizzato da abulia;
- aggressività prevalentemente considerata per quanto riguarda il rischio di ritorsioni;
- la dipendenza psicologica eccessiva;
- l'esistenza di disturbi psichici prevalentemente depressivi.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1996) *Sinergie carcere e territorio*. In Atti del Convegno di Rovigo.
- Canepa, M., Merlo, S. (1996) *Manuale di diritto penitenziario*. Milano: Ed. Giuffrè.
- Frati, F. (2002) *Lo psicologo in ambito penitenziario e le sue relazioni con la criminologia clinica* In *Bollettino d'informazione dell'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna*, Gennaio 2002.
- Gislon, M.C. (1991) *Il colloquio e la diagnosi differenziale*. Torino: Ed. Bollati Boringhieri.
- Kernberg, O. (1985) *Mondo interno e realtà esterna*. Torino: Ed. Boringhieri
- Leone, B., Migliore, A. (1999) *La comunità dentro il carcere. Uno strumento operativo per le tossicodipendenze*, Milano: FrancoAngeli.
- Lis, A., De Zordo, M.R., Venuti, P. (1995) *Il colloquio come strumento psicologico*. Firenze: Ed. Giunti.
- Marchi, R. (1993) *La comunicazione terapeutica*. Serra, C., Giambra, B. (2002) "Istituzioni totali" in *Proposte di criminologia applicata*. Milano: Ed. Giuffrè.
- tica. Milano: Ed. Sorbona.
- Mastronardi, V. () (a cura di) *Manuale per operatori criminologi*. Milano: Ed. Giuffrè.
- Miller W. R., Rollnick S. (1994) *Il colloquio di motivazione*. Trento: Centro Studi Erikson.
- Mucchielli, R. (2000) *Apprendere il counselling*. Trento: Centro Studi Erikson.
- Rogers, C. (1980) in *Manuale per operatori criminologi* (a cura di) Mastronardi, V. Milano: Ed. Giuffrè.
- Scampoli, M. (2003) *Dispense dei "moduli formativi di psicologia penitenziaria" 2003*.
- Serra, C. (2003) *Psicologia Penitenziaria*. Milano: Ed. Giuffrè.
- Serra, C. (1999) *Psicologia penitenziaria. Sviluppo storico e contesti psicologico-sociali e clinici*. Milano: Ed. Giuffrè.

GRUPPO DIPENDENZE: DALL'INCONTRO ALLA MOTIVAZIONE AL CAMBIAMENTO

Letizia Dal Santo*, Lidia Piccolo**, Luca Zoncheddu***

* *Psicologa, collaboratrice Ser.T. Vicenza*

** *Assistente Sociale Ser.T. Vicenza*

*** *Educatore Professionale Ser.T. Vicenza*

*"Ho preso dal gruppo un po' di speranza...
ho riflettuto bene perché questa volta davvero
vorrei cambiare la mia vita..."
Mohamed
(Alcolodipendente detenuto)*

2.1 PREMESSA STORICA

La dimensione gruppale è antica come la storia dell'uomo perché soddisfa un bisogno ontologico primario: quello di appartenere ad un mondo socializzato. La collettività, fin dalla preistoria, diluiva la paura dell'ignoto e dell'incertezza incentivando la cooperazione e la solidarietà. Kurt Lewin (1951), a tal proposito, afferma che il gruppo è una "totalità dinamica sovrassommativa", dove non è la somma degli elementi che definisce la corallità, bensì la tipologia particolare di relazioni che si intessono tra i membri partecipanti²⁷. L'individuo entra a far parte di un gruppo grazie ad un processo di socializzazione, che si configura come un fenomeno di apprendimento mediante il quale ogni soggetto assimila le leggi, le abitudini e le credenze specifiche di quella collettività. In questo senso il gruppo diventa un *medium* privilegiato per interiorizzare modelli di comportamento accettati da una determinata cultura. I gruppi sono appendici della società e la loro esistenza garantisce la conformità alle norme vigenti in quel contesto allargato. Questa caratterizzazione del gruppo come agente di socializzazione è stata primariamente sostenuta dalla sociologia, che vedeva nell'apprendimento veicolato da questo sottosistema, la possibilità di prevedere il comportamento umano, di evitare per quanto possibile le azioni devianti e di assicurare il mantenimento del sistema sociale (Parsons, 1965). Storicamente questi elementi vennero analizzati anche dalla psicologia, che iniziò a intravedere nelle "dinamiche del gruppo" (Lewin,

Note

27. Diversi autori riassumono le caratteristiche particolari del gruppo in criteri che ne sanciscono i confini; l'ampiezza non è sufficiente per descriverlo, ma è necessaria una rete che tenga uniti i suoi membri in un rapporto di mutua interdipendenza. I nodi di questa ipotetica struttura sono riassumibili così: l'autocategorizzazione, che definisce il senso di appartenenza, l'interazione prolungata motivata dal raggiungimento di scopi comuni, l'esistenza di norme e di ruoli diversificati ed infine la presenza di forti relazioni affettive (Gocci, Occhini, 2000).

28. Fin dalla fine del XIX secolo si affermò la teoria che il disagio psicologico e la malattia mentale fossero segni di uno sradicamento dell'individuo dalla società, di un blocco nella comunicazione interpersonale, motivato dall'incapacità di adattarsi al contesto collettivo, sia per le insoddisfazioni inconscie, che per i traumi che hanno guastato l'inserimento gruppale naturale (Mucchielli, 1972). Parallelamente all'esplorazione dell'inconscio e alla costituzione della psicoanalisi freudiana, nel 1900, iniziarono a svilupparsi alcuni metodi per il riadattamento sociale di persone disturbate, tramite la loro partecipazione a dei gruppi.

1948) un possibile elemento terapeutico²⁸.

Il primo autore che sistematizzò la terapeuticità del gruppo fu Moreno, il quale ne determinò una esistenza ed una struttura specifica, in cui ogni partecipante poteva divenire un agente di cura per gli altri (Moreno, 1964)²⁹. L'idea che il gruppo costituisca un insieme capace di pensiero e di elaborazione emotiva, venne ripresa da Lewin e dalla psicologia topologica che indica la dimensione collettiva come uno spazio significativo dotato di confini propri in cui prendono forma fantasie e sentimenti sempre più determinati. Il gruppo viene definito come un "campo", luogo speciale che contiene elementi relazionali e mentali in cui si realizzano trasformazioni emotive ed operazioni di pensiero (Lewin, 1961). Il passaggio del gruppo da dimensione plurale ad entità unitaria venne sancito da Foulkes: questo viene paragonato ad una rete (network) in cui ogni nodo può essere immaginato come una persona collegata ad altre tramite un legame (relazione) ed alla rete nel suo complesso (Foulkes, 1964).

Ogni network promana da una matrice che "...è il termine comune a tutti i membri da cui dipendono il significato e l'importanza di tutto ciò che accade nel gruppo..." (Foulkes, ibidem, p. 319). Da questi elementi e da altre considerazioni, Bion (1970) elaborò il concetto di "gruppo terapeutico", elemento fondamentale per incentivare la ricostruzione e la trasformazione del Sé dei partecipanti. Il senso di appartenenza veicolato dal collettivo favorisce l'integrazione di frammenti di personalità, giacché la sperimentazione di stati d'animo differenziati contribuisce a rafforzare l'esperienza di essere se stessi. Apprendere dall'altrui esperienza incentiva la capacità di apertura e di flessibilità dell'individuo che mette in atto abilità personali, prima solo potenziali: si assiste alla crescita dell'autostima e allo sviluppo di processi di individuazione creativa. Il gruppo consente la sperimentazione di affetti, lo sviluppo dell'empatia e dell'autoconsapevolezza, elementi importanti per favorire processi di *insight*³⁰.

2.2 IL GRUPPO NELLA TOSSICODIPENDENZA E NELL'ALCOLDIPENDENZA

La terapia di gruppo rappresenta, per il trattamento delle persone con problemi di tossicodipendenza ed alcolodipendenza, uno degli approcci di elezione (Golden et al., 1998), soprattutto nei contesti terapeutici istituzionali, dove le risorse sono limitate ed è importante verificare l'efficacia degli strumenti terapeutici (Leone et al., 1999). Nell'ambito dei trattamenti della dipendenza da sostanze psicotrope, la dimensione gruppale viene utilizzata per affrontare i problemi del singolo, poiché l'osservazione

di alcune caratteristiche individuali nell'ambito di un gruppo consente di comprenderne il loro reale significato (Festini, Bonafede, 2004). L'acquisizione di uno stile di vita *drug free*, fornisce all'individuo la possibilità di ricostruire e di ridefinire le proprie relazioni all'interno del contesto familiare e sociale, elementi irrinunciabili al fine di una completa riabilitazione. Il gruppo favorisce una maggior consapevolezza rispetto all'opportunità di remissione, portando l'individuo ad elaborare eventuali ricadute e a confrontarsi con le problematiche e i conflitti personali.

I soggetti con un basso livello di *insight* traggono comunque beneficio dalle sedute gruppali, perché esse offrono elementi terapeutici immediati e di facile sperimentazione, quali la possibilità di usufruire di consigli e di esperire un senso di universalità, che smentisce la percezione di unicità dei propri problemi, ridimensionandone la portata grazie alla condivisione con gli altri (Yalom, 1995). Gli obiettivi meno immediati di una terapia di gruppo comprendono l'espansione della consapevolezza dei bisogni interni e dei propri confini, il riconoscimento dell'identità tossicomana e la possibilità di sviluppare scelte decisionali autonome.

La terapia di gruppo consente inoltre di incidere sui vissuti familiari che spesso sono conflittuali e poco riconosciuti. Il riepilogo³¹ collettivo del gruppo primario familiare permette alle persone di rielaborare la storia delle proprie origini, compiendo valutazioni e revisioni, prima intente, attraverso il costante confronto che s'instaura tra il contesto gruppale e quel familiare (Yalom, 1995). L'interazione prolungata con il gruppo consente un apprendimento interpersonale che fornisce al soggetto la presa di coscienza delle dinamiche relazionali profonde e degli elementi del proprio disadattamento³². La dimensione gruppale, a livello intra-psichico, consente un lento ma importante passaggio evolutivo.

Lo spazio fisico e l'estensione temporale delle sedute (elementi che implicano l'adesione a norme e a leggi, quali la puntualità, la riservatezza ecc.) si trasformano in uno "spazio mentale" (Resnik, 1990), dove poter riflettere sulle proprie ed altrui esperienze. Questi sanciscono la nascita di uno "spazio interno, per pensare i pensieri" (Bion, 1970), cioè avviare processi di mentalizzazione e di metacognizione. Questo aspetto appare particolarmente importante per i pazienti dipendenti che tendono impulsivamente all'azione, di cui spesso non valutano le conseguenze, come lo stessa compulsione tossicomana ben testimonia (De Lorenzis, Sava, 1998)³³. L'avvio del processo mentale che il contesto gruppale fornisce risulta determinante per la ricostruzione o la riscoperta di una nuova identità. Il percorso di sviluppo del gruppo, pensato come corpo unico da un punto di vista psicodinamico, è paragonabile ed in qualche modo riflette lo sviluppo evolutivo del singolo individuo. "...il gruppo permette una situazione quasi sperimentale da laboratorio, dove certe esperienze

Note

29. La dimensione sociale è considerata l'essenza della personalità, la quale non è un'interiorità nascosta e separata dagli altri, ma un insieme di ruoli sociali e la possibilità di viverli e di mutarli (Moreno, ibidem). Lo psicodramma, creato da quest'autore viennese, fu la prima vera forma di psicoterapia di gruppo, nella quale si evince quanto la struttura affettiva gruppale determini i comportamenti dei partecipanti e possa favorire un loro cambiamento funzionale.

30. Il gruppo è fondamentale per ricostruire un'immagine positiva del soggetto, offrendo contenimento, rêverie, e pandendo i confini dell'io personale ed offrendo la possibilità di rielaborare le proprie esperienze ed i vissuti grazie al rispecchiamento collettivo (Bion, 1977). L'esperienza del trattamento psicologico attraverso l'attività di gruppo nel tempo si è sviluppata continuamente, tanto da essere considerata in molti casi elemento terapeutico elettivo. Walton (1973) considera la terapia di gruppo come veicolo fondamentale di cambiamento, evidenziando come in questo ambito si ottengano modificazioni più stabili e durevoli nel tempo rispetto ad altri trattamenti psicologici. Le persone coinvolte in un gruppo hanno inoltre la possibilità di migliorare in breve tempo i propri rapporti sociali; elemento che Di Clemente (1993) sintetizza con il concetto di "social liberation", indispensabile per incentivare il processo di cambiamento.

31. L'attività di gruppo consente di rielaborare i vissuti familiari attraverso una tipologia particolare di transfert. Tramite questa modalità i soggetti trasferiscono sui membri e sui conduttori del gruppo modalità comportamentali e cariche affettive già sperimentate nell'ambito familiare. Questa riedizione consente una progressiva presa di coscienza di tali dinamiche, spesso conflittuali, ed un loro ridimensionamento (Yalom, ibidem).

32. La partecipazione ad un gruppo elicitava un maggior coinvolgimento nei rapporti sociali permettendo al soggetto di raggiungere relazioni affettive intra ed extra familiari più solide ed un aggancio più stabile a situazioni lavorative (Festini, Bonafede, 2004).

33. A questa considerazione fa eco l'ipotesi di De Risi e Ciocca (in Olivenstein, 1993), che ritrae la dipendenza patologica come una condotta di evitamento nei confronti del processo mentale. L'assunzione di sostanze psicotrope viene spesso primariamente motivata dal bisogno di anestetizzare i pensieri, di annichire i vissuti problematici e di riempire vuoti esistenziali angoscianti.

Note

diventano possibili, dove si verificano la propria autoaccettazione, l'introspezione e la percezione di sé..." (Gocci, 1989, p.33).

La gruppaltà interna si sintonizza e sincronizza con quella esterna (Napolitani, 1987), realizzando esperienze relazionali più autentiche e non coartate da modelli identificatori precoci.

"...La carenza di gruppaltà interna ed esterna produce il bisogno di droghe, droghe assunte, anche se individualmente, all'interno di una dinamica simbolica e magica di natura gruppale. Un gruppo interno ed un gruppo esterno si confrontano e nello scarto che producono incuneano il bisogno dell'assunzione di sostanze, che in una prima fase sono al centro delle relazioni e successivamente si sostituiscono radicalmente ad esse..." (Lovanco, Raia, 1994)³⁴.

2.3 IL GRUPPO NEL CONTESTO DETENTIVO

Il passaggio tra gruppaltà interna e gruppaltà esterna, garantito dalla partecipazione ad un contesto di gruppo, assume particolare importanza nel trattamento di soggetti tossicodipendenti ed alcolodipendenti nel contesto detentivo. In quest'ambito oltre ai confini tra il proprio mondo interno e quello esterno si aggiungono quelli tra il contesto intramurario e la società. Si corre il rischio di accentuare, via via che la carcerazione procede, l'inflessibilità e l'invalidità di tali confini.

In carcere l'esperienza di gruppo consente di aprire un piccolo squarcio, uno spazio che "...rappresenta una modalità diversa di porsi e di rapportarsi, la realizzazione di un'ipotesi impossibile..." (Ranieri, Di Mauro, 2001, p.5).

L'intervento gruppale si configura come un'opportunità elettiva per "...far rientrare anche l'atto giudiziario (la repressione penale) all'interno di una più ampia progettualità terapeutica... per rendere possibile un contatto umano paziente e partecipato..." (AA.VV., 1998, p. 2³⁵). Il problema della carcerazione non è semplicemente che "anonimizza" il detenuto della sua identità personale e può farla sfumare in dissolvenza, ma può trasformarla, aggiungendole anche nuove caratteristiche "ristrette", spesso difficilmente integrabili con il Sé. Il gruppo diviene un trattamento elettivo in ambito carcerario, proprio perché favorisce la trasformazione di spazi ombrosi e di tempi vuoti in occasioni rielaborative. Essenzialmente il gruppo si presenta come punto di riferimento, in grado di fornire contenimento e bonifica delle angosce (Bion, 1977) "...quando emerge il senso di disperazione per i danni che ogni persona sente di aver procurato a se stesso ed alle persone vicine..." (Ranieri, Di Mauro, 2001, p.1).

A livello informativo ed educativo, il gruppo può consentire anche una rielaborazione cognitiva di diversi materiali, prevenendo e ostacolando il decadimento delle prestazioni intellettive, rischio concreto di ogni ambiente ipo-stimolante: "...nel

gruppo l'individuo non perde la capacità di esercitare il proprio pensiero..." (Corrao, 1982, p. 23). La disamina della propria situazione personale viene arricchita dalla condivisione che permette l'avvio di progettazioni più efficaci ed aderenti ai principi di realtà. La possibilità di dialogo con gli operatori/conduttori e gli altri membri del gruppo amplia le proprie conoscenze e la capacità di elaborarle, nonché la possibilità di fugare dubbi e perplessità³⁶. L'intervento gruppale, favorendo la possibilità di riconoscere ed accogliere parti di sé nel continuo rispecchiamento con gli altri, può essere considerato, nel contesto detentivo, uno strumento molto valido per stimolare un cambiamento o "...per promuovere un processo di modificazione degli atteggiamenti che sono di ostacolo ad una costruttiva partecipazione sociale", come sancisce la legge 354/75 a proposito dei trattamenti terapeutici in ambito detentivo.

La possibilità di contenere la sofferenza legata alla carcerazione attraverso l'attività di gruppo, aiuta a prevenire comportamenti auto-lesivi o l'insorgenza e/o il riaccutizzarsi di disagi psichici quali ansia o depressione (Fрати, 2002). "L'esperienza emotiva correttiva"³⁷ funziona come catalizzatore per un esame attento di realtà, grazie al quale il detenuto non può nascondersi e scomparire nel buio della carcerazione, che assume in questo modo caratteristiche meno persecutorie. Come già si accennava precedentemente, dal gruppo si trae la possibilità di rendere le emozioni "pensabili" e ciò consente processi di elaborazione dei vissuti soggettivi. Questo elemento è particolarmente importante nel contesto detentivo, in cui il soggetto tossicodipendente e alcolodipendente, trovandosi fisicamente impediti a scaricare le emozioni negative tramite acting out, si sentono perduti e completamente persi nel magma di una sofferenza che pare incontenibile. Il gruppo trasforma l'agito potenziale in elemento pensato e può condurre le persone detenute a mentalizzare i loro conflitti e a stimolare la necessità di affrontare i problemi. La presa di coscienza della propria dipendenza da una sostanza psicoattiva può venir elicitata dalla partecipazione ad un gruppo, proprio perché le dinamiche interpersonali diminuiscono il meccanismo difensivo della negazione e smascherano quello della proiezione³⁸.

L'ammissione di dipendenza patologica ha il valore di "un'autorivelazione" (Bloch, Crouch, in Di Maria, Lo Verso, 1995) che apre la possibilità da parte del detenuto di farsi carico di una cura. Per alcuni soggetti il gruppo risponde solo ad un bisogno contingente, quello di essere sostenuti nella parentesi carceraria per poi riprendere, una volta usciti, lo stile di vita tossicomano. Per altri individui detenuti, invece, il gruppo non è solo uno strumento del "qui ed ora", ma una possibilità che apre prospettive sul "poi", sulla speranza di un cambiamento. Questi elementi coincidono spesso con la richiesta di misure alternative alla detenzione, in Comunità Terapeutiche

Note

Note

34. In tal senso il gruppo può essere paragonato come un mediatore tra il mondo interno del soggetto, che viene bonificato dall'angoscia dei fantasmi introiettati, e quello esterno, in cui l'apprendimento interpersonale veicolato dal gruppo, può realizzarsi (Yalom, 1974).

35. In ambito carcerario, dove le coordinate spazio-temporali si alterano e l'identità viene frantumata dall'annichilimento della contenzione; la costituzione di un luogo dove poter esercitare opera di ascolto ed accoglienza, aiuto e sostegno, promozione della solidarietà e della speranza (Rubino, Cappuccio, 2003) sembra davvero indispensabile.

36. Il gruppo soddisfa "...il bisogno dei detenuti tossicodipendenti di confrontarsi tra loro e con gli operatori secondo modalità e su argomenti diversi da quelli usualmente sperimentati, a testimonianza di una disponibilità spesso sottovalutata e disattesa, anche a causa della frammentarietà ed occasionalità delle iniziative promosse dall'istituzione carcere..." (Andreoni, 2005, p. 5).

37. Con tale espressione (Rubino, Cappuccio, 2003, p. 59) ci si riferisce ai vissuti emotivi positivi che il setting gruppale riesce ad elicitarne. Sperimentare o rivivere alcune emozioni particolarmente significative dà ai membri del gruppo l'opportunità di espandere i propri confini, scoprire alcune parti di sé e di avviare processi di cambiamento.

38. A differenza di ciò che accade in ambito medico ed in alcuni contesti terapeutici individuali, il gruppo identifica che tra la disfunzione intra-psichica e i comportamenti penalmente rilevanti del soggetto non esiste un nesso causale diretto che venga percepito come tale. "...il solo terreno sul quale tale nesso casuale può invece essere percepito dal soggetto, è la sua modalità di relazionarsi con sé e con gli altri..." (Fрати, ibidem, p. 8).

o con programmi ambulatoriali, in stretta connessione alle risorse del territorio. Il trattamento gruppale, tramite gli elementi educativi-informativi forniti dai conduttori, il costante monitoraggio delle proprie risorse e l'attenta disamina della propria condizione personale, offre la possibilità di progettazione "...non dettata da calcoli di opportunità, ma dal desiderio di poter avere una reale occasione"... (Ranieri, Di Mauro, ibidem, p. 4). Il gruppo si configura come "un ponte" tra l'interno e l'esterno del carcere che può fornire la possibilità concreta di un reinserimento sociale efficace (Leone, Migliore, 1999). Il mandato legislativo, che auspica la "rieducazione del condannato" (art. 27, legge 354/75) è favorito dal miglioramento delle condizioni psicologiche della persona, dal suo senso di auto-efficacia (Bandura, 1994) e dalle relazioni interpersonali. Il trattamento gruppale diventa un mezzo per superare il gap esistente tra necessità di controllo sociale e l'offerta di percorsi terapeutici individualizzati; distanza che molto spesso rende difficoltoso il lavoro degli operatori in ambito istituzionale.

2.4 IL GRUPPO DIPENDENZE NELLA CASA CIRCONDARIALE DI VICENZA

Premessa storica

A seguito di alcuni incontri conoscitivi e di approfondimento con gli operatori che conducono gruppi per soggetti tossicodipendenti e alcolodipendenti nelle carceri di Padova, di Rovigo e di Venezia è nata l'esperienza del "Gruppo Dipendenze"(GD) presso la Casa Circondariale di Vicenza a partire dal mese di Giugno 2001. L'attività di gruppo è stata promossa dell'équipe del Ser.T. di Vicenza che opera in carcere, in quanto ritenuta un valido strumento per sopperire all'aumento di richieste di colloqui individuali da parte dei soggetti detenuti, a cui non sempre era possibile rispondere tempestivamente per carenze di organico. Inoltre l'offerta di un gruppo "protetto" per il confronto interpersonale rispondeva alla crescente necessità di strutturare un contesto più idoneo all'osservazione, alla valutazione e all'orientamento in vista di programmi terapeutici personalizzati. L'utilizzo del metodo di gruppo era già presente nella tradizione del Ser.T. di Vicenza e l'attivazione del GD in carcere era da tempo in programmazione. Alcuni dei principali obiettivi del Gruppo Dipendenze sono stati lo sviluppo di un clima "positivo" di sostegno alla vita dei detenuti, la crescita della responsabilità soggettiva attraverso lo sviluppo di una maggiore consapevolezza personale e la formulazione condivisa di programmi terapeutici individualizzati. Le modalità di accesso al Gruppo Dipendenze, concordate anche con la Direzione della Casa Circondariale, sono state le seguenti:

- richiesta scritta da parte della persona detenuta;
- colloquio conoscitivo e di valutazione d'idoneità da parte degli operatori del Ser.T.;
- presentazione e valutazione della richiesta in équipe;
- comunicazione al Direttore della Casa Circondariale del nominativo e aggiornamento dell'elenco dei partecipanti.

A seguito di una maggiore strutturazione dell'équipe Ser.T. che opera presso la Casa Circondariale di Vicenza, si è concordato che al colloquio di primo ingresso tutti i detenuti tossicodipendenti ed alcolodipendenti fossero informati dell'esistenza del

GD e della possibilità, previa apposita domanda, di parteciparvi.

Metodologia e contenuti

Il GD è condotto a turnazione da due operatori del Ser.T.. Questa scelta è stata motivata dal bisogno di rendere lo stile di conduzione maggiormente partecipativo ed inoltre è stato percepito come un fattore protettivo da parte degli operatori interessati³⁹. Il clima positivo e una più significativa ricchezza dialettica sono altri fattori efficaci risultanti da questa scelta metodologica. Lo staff degli operatori che conducono il Gruppo Dipendenze attualmente consta di 5 unità (3 Psicologi, 1 Assistente Sociale ed 1 Educatore Professionale). Il Gruppo Dipendenze, formato da un massimo di 15 persone detenute, si ritrova con cadenza settimanale, dalle ore 9.15 alle ore 10.45 (attualmente il giovedì), presso un'aula dell'area trattamentale del carcere con arredo di dotazione del Ser.T. di Vicenza. Gli Agenti di Polizia Penitenziaria, superate alcune difficoltà iniziali⁴⁰, ora collaborano con maggiore disponibilità permettendo un regolare svolgimento dell'attività del GD. All'inizio dell'attività di gruppo si è reso necessario definire il setting mediante la condivisione di alcune regole quali la riservatezza, la puntualità, il mantenimento di comportamenti adeguati⁴², il rispetto dell'ascolto e dei turni dei parlanti. Fin dall'inizio si è presentato il rischio che il GD diventasse un luogo di "sfogo" per le problematiche e le recriminazioni connesse alla vita in carcere. A tal fine si è stipulato un "contratto di imparzialità" esplicitando che il GD è un contesto per il confronto e l'elaborazione delle esperienze personali innanzi tutto legate alla propria dipendenza da sostanze e non un'assemblea atta ad incentivare rivendicazioni contro l'Istituzione carceraria. In tal senso sono state ripetutamente rifiutate le proposte di affrontare problematiche inerenti la quotidianità del vivere in carcere, se non in stretta relazione al vissuto personale ed in vista di un collegamento a tematiche più ampie. A seguito di alcuni incontri il GD ha cominciato ad assumere le connotazioni di un gruppo propriamente terapeutico in cui il desiderio di profondità di analisi personale risultava stridente con lo stato detentivo e rischiava, come già evidenziato in altre esperienze, di acuire uno stato di sofferenza interiore accrescendo le ansie e l'instabilità emotiva dei partecipanti. Per fronteggiare questo "pericolo" si è scelto di focalizzare l'attenzione sul "reale", tematizzando le riunioni di gruppo, attraverso l'individuazione di argomenti specifici (casa, genitorialità, affetti, sessualità, lavoro, delinquenza, tossicodipendenza...). Questa si è rivelata un'ottima metodologia per "contenere" l'instabilità emotiva, prevenire eventuali scompensi strutturali del Sé e ridimensionare le illusioni onnipotenti di cura e di risoluzione magica dei problemi⁴².

Note

39. La dimensione protettiva si esplica in due direzioni: la diminuzione dei vissuti di ansia degli operatori per il contesto di gruppo particolarmente "carico" di emotività e la più facile individuazione, attraverso la conduzione, di richieste manipolative e/o di strumentalizzazione personale da parte dei detenuti.

40. "...il gruppo in alcuni periodi soffre degli attacchi da parte dell'istituzione carcere che lo vive, in modo probabilmente poco consapevole, come dalla parte dei detenuti. Ecco come di volta in volta si spiegano gli attacchi che, basati su agiti (problemi organizzativi, contrattempi, imprevisti...) ostacolano il gruppo e le sedute." (Ranieri, Di Mauro, 2001, p. 5).

41. Non di rado in carcere si assiste allo sviluppo di una "cultura" intracarceraria che rispecchia modelli di riferimento delinquenziali basati su codici impliciti di comportamento quali la prevaricazione, l'aggressione, la minaccia che possono sfociare in episodi anche gravi di abuso e di violenza.

42. Dall'esperienza raccolta dagli operatori di altre realtà che operano in carcere è emerso il rischio di trasformare il gruppo in luogo di forte "legame affettivo", tanto che in alcune recidive si è intravisto il bisogno del detenuto di "ritornare" al gruppo percepito come unica realtà contenitiva e affettiva per la propria vita. Non di rado la persona all'ingresso in carcere chiedeva immediatamente e insistentemente di partecipare al gruppo.

Il GD si è rivelato anche un luogo di stimolazione cognitiva per lo sviluppo di capacità di riflessione e di apprendimento da parte delle persone detenute che vi partecipavano. L'utilizzo tematizzato degli argomenti del GD si presenta come un fattore protettivo rispetto ad un possibile deterioramento delle capacità intellettive tipico degli ambienti di contenzione solitamente ipostimolanti. Non di rado i partecipanti hanno esplicitato l'utilità del GD quale stimolo per riflettere sugli argomenti trattati anche durante la settimana "in cella"⁴³. Per evitare, d'altronde, che il GD diventasse esclusivamente un gruppo di tipo informativo si è concordato con i partecipanti di dedicare uno spazio specifico per l'approfondimento di alcune tematiche inerenti la tossicodipendenza e l'alcoldipendenza co-progettando un'attività denominata "Egregio Signor Esperto..."⁴⁴.

Un'ulteriore spunto metodologico riguarda la richiesta esplicita da parte dei conduttori di affrontare gli argomenti trattati nel GD facendo sempre riferimento alla propria storia personale. Tramite questo approccio i vissuti relativi alla propria dipendenza, da semplici considerazioni astratte e generiche, assumono un'importanza essenziale per la definizione del Sé e l'individuazione dei fattori (personali, sociali e relazionali) di rischio e di protezione riguardanti la dipendenza.

La consapevolezza della propria patologia, all'inizio percepita come marginale, grazie al confronto in gruppo assumeva un valore determinante per la costruzione di un possibile cambiamento per un progetto di vita sostenibile⁴⁵.

Alcuni fattori tipici del "reinserimento sociale" (abitazione, lavoro, amicizie, gestione del tempo libero...) considerati dai partecipanti al GD elementi determinanti il successo terapeutico, diventavano secondari rispetto alla consapevolezza della propria vulnerabilità all'addiction. Il GD in questo senso favorisce un processo di interiorizzazione, attraverso la condivisione di esperienze e la riduzione dei meccanismi di difesa, della propria condizione di dipendenza patologica che non è esclusivamente soggetta alle reali condizioni di vita. La metafora del bosco, individuato dal GD come luogo della dipendenza, ha portato i partecipanti a collocarsi all'interno di una situazione immaginaria ove era indispensabile scoprire, individuare e progettare sentieri idonei per poter uscire da questo luogo imperscrutabile e poco sicuro. E' stato interessante vedere come, a livello simbolico, i partecipanti si collocassero topograficamente rispetto a questi itinerari, dimostrando così un'identità più o meno vulnerabile all'abuso di sostanze ed una maggiore

o minore disponibilità al cambiamento⁴⁶. Per alcuni partecipanti, ad esempio, l'obiettivo principale era quello di uscire da una condizione percepita come oscura e sofferente per la poca luce che filtrava nel fitto della foresta. Per altri l'obiettivo esplicito era quello di uscire dal fitto della foresta, ma di rimanerne ai margini per poter continuare ad utilizzare "i benefici del sottobosco". Per altri ancora il vissuto del bosco era meno attraente di altri territori, quali quello della delinquenza considerata un mezzo veloce per procurarsi ingenti somme di denaro e successo sociale. Non di rado i vissuti riguardanti la dipendenza erano associati a situazioni altrettanto difficili dovute ad una condizione di vita delinquenziale⁴⁷.

Un ultimo dato significativo, che emerge dal confronto in équipe, riguarda una progressiva diminuzione di utilizzo di farmaci ansiolitici e/o antidepressivi nei partecipanti al GD. Questo aspetto conferma l'utilità del gruppo come strumento efficace per l'aumento del benessere psicofisico in carcere attraverso la condivisione e l'elaborazione positiva di vissuti ansiogeni.

CONCLUSIONI

Alla luce dell'esperienza del GD e della letteratura inerente l'argomento, si individuano alcuni elementi particolarmente significativi: una nuova forma di comunicazione e osservazione; una diversa contrattualità terapeutica; l'integrazione tra custodia e trattamento.

Una nuova forma di comunicazione e osservazione

E' indubbio che uno dei maggiori problemi riguardanti la situazione detentiva riguardi l'aspetto della mancanza di dialogo e della distorsione delle modalità di comunicazione. Il grave sovraffollamento delle carceri e la difficile gestione delle persone detenute, la scarsità del personale di custodia e degli operatori preposti al trattamento rende a volte impossibile lo sviluppo di un clima sereno di comunicazione. In tal senso il gruppo rappresenta un luogo ove è possibile aprire varchi comunicativi attraverso la condivisione delle esperienze. Il contesto particolare del gruppo, nel suo setting specifico, interrompe forme recriminatorie e strumentali di comunicazione, incentivando la persona detenuta a dialogare mettendo "in gioco" parti autentiche di sé. Il gruppo favorisce l'osservazione della persona detenuta mediante l'attivazione di relazioni interpersonali significative, in un clima di ascolto e progressiva fiducia. L'osservazione, necessaria per l'articolazione di programmi terapeutici individualizzati, non può prescindere dagli elementi suddetti e trova nello strumento del gruppo una risorsa anche per il contesto detentivo.

Una diversa contrattualità terapeutica

La persona detenuta solitamente, nella richiesta di aiuto che formula al servizio,

Note

43. Un problema costante della quotidianità in carcere è dato dalla percezione "particolare" del tempo. "... Un ulteriore elemento di riduzione della salute è rappresentato dalla particolare dimensione dell'esperienza temporale in carcere, a fronte dell'evolversi della stessa società esterna. Se nella società odierna il rapporto spazio-tempo è caratterizzato dalla gestione di spazi illimitati in unità temporali rese istantanee dall'evoluzione tecnologica, in carcere lo stesso rapporto risulta invertito: uno spazio assolutamente ristretto di movimenti e di comunicazione diviene il contenitore di un tempo estesissimo e monotono... All'interno del carcere il tempo è talmente rarefatto di sollecitazioni e insieme saturo di ritmi ed interventi eterodiretti, da risultare sostanzialmente vuoto." (Concato, Rigiono, 2005, pp.184/85).

44. Per un approfondimento dell'attività svolta, vedere il capitolo successivo.

45. "...per alcuni il gruppo rappresenta solo un modo per essere sostenuti nella parentesi carceraria... in questi casi, il progetto, una volta usciti, è di riprendere lo stile di vita tossicomano. Per altri, invece, l'esperienza carceraria rappresenta una dolorosa occasione per riflettere... per queste persone il gruppo rappresenta qualcosa di più di un semplice sostegno, è l'occasione di un confronto con gli altri, un modo per rivedersi... se c'è ancora la speranza di un cambiamento." (Ranieri, Di Mauro, 2001, p. 4).

46. Un'altra immagine utilizzata frequentemente e, peraltro pertinente anche da un punto di vista simbolico, è stato il paragone tra un'automobile e il proprio Sé. La consapevolezza che la dipendenza da sostanze costituisca un danno significativo alla propria autonomia appare dall'immaginarsi come un'automobile priva di ruote, con il motore fuori uso, o semplicemente ...in panne!

47. Questo fenomeno richiama il concetto di Doppia Ricaduta: "solitamente la prima forma di ricaduta è quella che riguarda il mondo della delinquenza e la ricerca del soldo facile. In un percorso alternativo alla detenzione è quindi auspicabile monitorare costantemente l'astensione delinquenziale e valutarne i miglioramenti, perché se la ricaduta con le sostanze stupefacenti non determina la seconda, non è vero il contrario" (Grosso L., 2004, intervento ad un Seminario sulle Misure Alternative, Vicenza, 16 Dicembre)

Note

è primariamente spinta dalla fantasia di ottenere vantaggi concreti quali benefici giudiziari volti alla sospensione della condizione detentiva. La consapevolezza della propria situazione di addiction è spesso minimizzata o considerata come irrilevante ai fini del proprio reinserimento sociale. Rimane difficile per la persona detenuta creare un aggancio interpersonale con gli operatori del Servizio per le Tossicodipendenti, se non per finalità meramente strumentali o di urgenza (vedi farmacoterapia sostitutiva o sintomatica). L'attività di gruppo, nel suo setting specifico, elicitava una motivazione al cambiamento non solo ai fini strumentali, ma di apertura ad un percorso personale evolutivo offrendo un sostegno alla vita in carcere e assumendo via via un ruolo di "contenitore protetto" ove è possibile riflettere sulla propria storia e progettare il futuro.

L'integrazione tra custodia e trattamento

Il carcere non può essere considerato solo un elemento "accessorio" alla progettualità terapeutica. L'aspetto determinante della pena inflitta e la consapevolezza del reato commesso devono essere integrati negli interventi riabilitativi, specialmente in situazioni di richiesta di misure alternative alla detenzione.

Non di rado il gruppo costituisce un luogo ove è possibile ricostruire il collegamento tra la propria condizione di dipendenza e gli agiti delinquenti.

La gestione del gruppo comporta la possibilità di prendere consapevolezza di diversi piani di realtà, compreso quello che riguarda il rapporto con l'istituzione carceraria stessa⁴⁸. Il gruppo svolge anche la funzione di attivare dei percorsi comunicativi tra il personale di custodia e trattamentale del carcere e il personale del Ser.T.. La netta distinzione tra i detenuti e il personale di custodia, "ristretti" in ruoli rigidi di incomunicabilità, può essere ridotta grazie ad un'attività di mediazione svolta dal gruppo.

All'inizio del GD, gli operatori del Ser.T. venivano percepiti dagli agenti come "alleati" dei detenuti e "traditori" delle aspettative di custodia. Il difficile lavoro di mediazione e il coinvolgimento del personale penitenziario hanno portato ad un progressivo ridimensionamento del conflitto e ad una maggiore integrazione tra gli aspetti legati al trattamento e gli elementi propri della custodia.

APPENDICE A

Tabella riassuntiva sul Gruppo Dipendenze

Dati 2001-2004

	Mesi di attività	Numero di incontri	Totale partecipanti	Tossico dipendenti	Alcolisti	Italiani	Stranieri	Totale presenze
anno 2001	6	23	36	16	36	25	11	245
anno 2002	9	33	43	38	43	36	7	326
anno 2003	10	35	45	38	45	31	14	334
anno 2004	9	41	35	28	35	23	12	348
Totale	34	132	159	120	159	115	44	1253

I partecipanti al GD sono stati in totale 123 (di cui 99 tossicodipendenti e 24 alcolisti). Di questi 33 utenti sono cittadini stranieri.

Nei tre anni di attività la media dei partecipanti al GD per incontro si è attestata intorno a 10 persone circa.

Il Gruppo è iniziato il 13 Giugno 2001; nel secondo anno l'attività è stata sospesa per tre mesi, da Luglio a Settembre, a causa del trasferimento massiccio di soggetti detenuti in altre carceri per lavori di manutenzione delle sezioni.

Alla fine del terzo anno si è verificato un trasferimento di tutti i detenuti in altre carceri per problemi della rete di riscaldamento con ripristino dell'agibilità della Casa Circondariale di Vicenza solo a Marzo 2004.

Nel corso del mese di Agosto 2004 con il G.D. si è programmato il progetto denominato "Egregio Signor Esperto..." consistente in incontri quindicinali con esperti effettuati all'interno del Gruppo Dipendenze a partire dalla fine di Settembre 2004 e fino al Maggio 2005.

Note

48. In carcere il mondo dei detenuti e quello del personale di custodia, gravitano attorno ad orbite lontanissime in cui spesso vige l'assenza di comunicazione che può sfociare in episodi di violenza ed aggressione. Il gruppo in carcere rappresenta uno spazio di possibile "decompressione" ove i "vissuti" conflittuali, di sofferenza, ansia e disagio, vengono esplicitati nella ricerca di possibili alternative relazionali.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1998) *Carcere e tossicodipendenze*, in Itaca, n° IV, p. 2
- Andreoni, M. (2005) *L'esperienza con il carcere del C.e.I.S. – Gruppo "Giovani e Comunità" di Lucca*. In <http://www.diritto.it/articoli/penale/andreoni.html>.
- Bandura, A. (1994). *Self Efficacy*. New York: Freeman.
- Bion, W.R. (1970). *Attention and interpretation*, London: Tavistock Publications. (trad. It. (1973) *Attenzione ed interpretazione*, Roma: Armando.
- Bion, W.R. (1977). *Catastrophic change*. In *Bullettin of British Psychoanalytic Society*, 5. (trad.it. *Il cambiamento catastrofico* (1981), Torino: Loescher.
- Concato, G., Rigione, S. (2005) *Per non morire di carcere*. Milano: Franco Angeli.
- Corrao, F. (1981). *Struttura poliadica e funzione gamma*. Milano: Ed. Cortina.
- De Lorenzis, M.G., Sava, V. (1998). *Dal punto di vista di un osservatore: appunti, riflessioni e frammenti di una terapia di gruppo con pazienti tossicodipendenti*. In *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*, 35/3, 1998.
- Di Clemente, C.C. (1993). *Changing Addictive Behaviours: a process perspective*. In *Current directions in Psychological Science*, 2.
- Di Maria, F., Lo Verso, G. (1995) (a cura di) *La psicodinamica dei gruppi. Teorie e tecniche*. Milano: Ed. Cortina.
- Festini, W., Bonafede, L. (2004) *Trattamenti di gruppo nella tossicodipendenza*. In Nizzoli, U., Pissicroia, M. (cura di) *Trattamento completo degli abusi e della dipendenza*. Padova: Piccin.
- Foulkes, S.H., (1964). *Psicoterapia e analisi di gruppo*. Torino: Boringhieri.
- Frati, F. (2002). *La psicologia penitenziaria e criminologia*. In *Bollettino d'informazione dell'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna*, Gennaio 2002.
- Gocci, G. (1989). *I gruppi di individuazione*. Città di Castello (Perugia): Ed. Marcon.
- Gocci, G., Occhini, L. (1995). *Introduzione alla psicologia sociale moderna*. Milano: Ed. Guerini.
- Golden, S. J., Khantzian, E. J., McAuliffe, W. E. (1998). *Terapia di gruppo*. In Galanter, M., Kleber, H. D. (a cura di). *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*. Milano: Masson.
- Leone, B., Migliore, A. (1999). *La comunità dentro il carcere*. Milano: FrancoAngeli.
- Lewin, K. (1948). *Resolving Social Conflicts*. New York: Harper.
- Lewin, K. (1961). *Principi di psicologia topologica*. Firenze: O.S.
- Lo Verso, G., Raia T. (1998). *Il gruppo psicodinamico come strumento di lavoro*. Milano: FrancoAngeli.
- Moreno, J.L. (1964). *Principi di sociometria, di psicomertria di gruppo e sociogramma*.

Milano: Etas Kompass.

Mucchielli, R. (1972). *La dinamica di gruppo*. Torino: Leumann.

Napolitani, D. (1987). *Individualità e gruppo*. Torino: Boringhieri.

Olivenstein, C. (1993). *Il destino del tossicomane*. Torino: Bollati e Boringhieri.

Parsons, T. (1965). *Il sistema sociale*. Milano: Ed. di Comunità.

Ranieri, F., Di Mauro, P. (2001). *Il Gruppo Carcere nel Ser.T di Arezzo*. In *Atti del Convegno: Il Gruppo e la cura delle dipendenze - Metodologie ed esperienze*. 15-17 Novembre: Firenze.

Resnik, S. (1990). *Spazio mentale*. Torino: Bollati e Boringhieri.

Rubino, A., Cappuccio, L. (2003). *La terapia di gruppo nelle dipendenze patologiche*. In *Salute e Prevenzione*, N° 34/ 2003.

Yalom, D.Y. (1995). *Teoria e pratica delle psicoterapie di gruppo*. Torino: Bollati e Boringhieri.

Un ringraziamento per le indicazioni bibliografiche al prof. Giovanni Gocci, al dott. Carlo Piazza, Scuola di psicoterapia S.P.P.I.E., - Verona-, e al dott. Fiorenzo Ranieri e coll.- Ser.T. Az.USL 8, Arezzo.

PROGETTO “EGREGIO SIGNOR ESPERTO...”: UN’ESPERIENZA DI ATTIVITÀ INFORMATIVA IN GRUPPO PER TOSSICO-ALCOLDIPENDENTI DETENUTI

Giuseppe Chemello

Psicologo, Psicoterapeuta Ser.T. Vicenza

“...Come Giano l’evoluzione deve sempre guardare in
due direzioni: all’interno verso la regolarità dello
sviluppo e la fisiologia delle creature viventi, e
all’esterno
verso i capricci e le esigenze dell’ambiente.”
(G. Bateson)

3.1 PREMESSA

Nel Luglio 2004, all’interno dell’attività del Gruppo Dipendenze (GD), organizzato e gestito dagli operatori del Ser.T. di Vicenza nella Casa Circondariale, è emersa l’esigenza di individuare dei momenti specifici per rispondere ad alcune domande ricorrenti su:

- droga, alcol e dipendenze;
- programmi terapeutici ambulatoriali ed in Comunità Terapeutiche;
- programmi in alternativa al carcere;
- organizzazione della Casa Circondariale e ruolo dei vari attori istituzionali e dei volontari;
- il dopo carcere e l’incontro con il territorio.

Gli operatori del Ser.T. e i partecipanti al gruppo si sono impegnati nell’investire il tempo di Agosto 2004 nella strutturazione di un intervento integrato che potesse dar risposta a questi quesiti; da un lavoro di confronto e progettazione ha gradualmente preso forma un’iniziativa che ha poi assunto il nome “Egregio Signor Esperto...”⁴⁹.

Si sono definiti obiettivi, contenuti e metodologia, si è stilato un programma di incontri informativi sui temi individuati⁵⁰ con relatori in parte conosciuti ed in parte riconoscibili tra gli operatori ed i volontari con esperienza nel settore penitenziario e autorizzati all’accesso al carcere. Dopo questo lavoro di progettazione svoltosi nell’Agosto e Settembre 2004, “Egregio Signor Esperto...” (ESE) ha così preso avvio con l’incontro sulle dipendenze patologiche tenuto dal dott. Balestra, primario del Ser.T. di Vicenza ed esperto riconosciuto nel settore. La metodologia di lavoro, speri-

mentata e riconosciuta efficace *in itinere* per preparare concretamente gli incontri, è stata quella di elaborare e raccogliere i quesiti del gruppo sotto forma di domande da sottoporre al relatore alcuni giorni prima dell’incontro, accompagnate da una breve lettera di invito con presentazione del gruppo e delle finalità dell’iniziativa.

L’iniziativa, dipanata nel corso di undici incontri, si è svolta con attenta partecipazione ed efficacia⁵¹ riconosciuta da parte di tutti i partecipanti tossicodipendenti e alcolisti detenuti e dagli operatori coinvolti nell’iniziativa.

Si sottolinea anche il buon grado di accoglienza registrato dai vari relatori che hanno dimostrato interesse e disponibilità ad essere presenti ad altre iniziative analoghe.

3.2 APPROCCIO ECOLOGICO, MOTIVAZIONE AL CAMBIAMENTO E LAVORO DI RETE

Un elemento qualificante da sottolineare in quest’esperienza è “l’approccio ecologico” del progetto ESE. Dall’esperienza maturata negli anni all’interno del Gruppo Dipendenze (GD), dalle richieste che emergevano al suo interno e dalla coesione venutasi a creare, si è cercato con quest’iniziativa, di favorire maggiormente il protagonismo e la partecipazione attiva e motivata dei soggetti con problemi di sostanze (si sta sempre più evidenziando l’efficacia dell’approccio motivazionale nelle dipendenze patologiche) detenuti, in tutte le fasi di un progetto⁵²:

- dall’ideazione;
- alla progettazione
- alla precisa formulazione dei quesiti proposti ai relatori *in itinere*;
- all’organizzazione finale dei materiali al fine della redazione degli atti.

Questo approccio può essere definito “ecologico” (Bateson, 1976) in quanto si sono utilizzate le risorse umane presenti all’interno del contesto carcere (operatori sanitari, penitenziari e tossicodipendenti e alcolodipendenti detenuti). E’ stata inoltre favorita una riflessione sull’esperienza gruppale (Bion, 1972), divenuta possibile all’interno di un’attività organizzata quale è il GD. Il Gruppo Dipendenze, contenitore all’interno del quale è stata pensata, condivisa e organizzata l’iniziativa ESE, funziona da qualche anno ed è riconosciuto come “attività-corso” importante con una sua visibilità. La realizzazione del progetto ESE ha potuto contare su alcune persone dipendenti detenute inserite nel GD che hanno garantito disponibilità, continuità⁵³ ed interessante coinvolgimento. Questa esperienza apre un grande spiraglio su tutta quella attività specialistica nell’ambito delle dipendenze patologiche che va sotto il nome di approccio motivazionale (Miller, 1994). Tale metodologia appare efficace anche in un contesto organizzato e difficile quale quello penitenziario che sembra raccogliere “persone dipendenti” con alto gradiente d’infrazione alla norma. Attraverso la progettazione e realizzazione di incontri informativi-formativi, è stata

Note

Note

49. L’ispirazione di questo titolo è venuta dalla visione del “TG2 Palazzi” e dalla rubrica “Egregio Signor Ladro” contattata per l’occasione.

50. Vedi allegato 1.

51. Vedi allegato 6 che contiene alcuni dati relativi alla partecipazione all’iniziativa.

52. Vedi allegato 2: questa griglia, punto di partenza dell’iniziativa, raccoglie in modo sintetico i contributi dei partecipanti che, nell’arco di alcuni incontri, hanno progettato l’iniziativa individuandone le varie fasi.

53. Non è da dimenticare che all’interno delle Case Circondariali il turn-over è alto; il garantire continuità ad alcune iniziative a volte incontra grandi difficoltà anche nella gestione di gruppi che per necessità e strutturazione sono gruppi aperti.

sollecitata la motivazione al cambiamento (Rollnick, 1994), partendo da quelli che sono aspetti correlati alle storie di abuso e dipendenza patologica al fine di costruire opportunità atte a favorire maggiormente competenza e consapevolezza⁵⁴.

Acquisire, infatti, una maggior capacità di pensare e progettare il proprio futuro anche con l'ausilio di programmi terapeutici idonei, è un modo adeguato per meglio contenere ed elaborare i disturbi da dipendenza.

La rielaborazione cognitiva di materiali informativi in ambienti organizzati e partecipativi spesso favorisce nuovi apprendimenti ed ostacola il decadimento delle prestazioni intellettive. Interessante sembra anche la progressione, l'ordine, "il filo rosso" che lega tutti gli incontri partendo dalle dipendenze patologiche, attraversando temi che favoriscono la conoscenza del contesto carcere per arrivare alla preparazione della dimissione.

Questo "percorso mentale" rappresenta un utile strumento per acquisire consapevolezza sul proprio stato di salute, sulla personale storia con le sostanze, sul contesto detentivo in cui la persona è reclusa, sulle modalità appropriate per esprimere le proprie richieste e per individuare buone pratiche da attuare nella fase di dimissione sia per scadenza termini e/o per l'accesso a programmi in alternativa al carcere. Il termine "ecologico" in questo contesto cerca di definire anche la ripresa della capacità di pensare (Bion, 1981), di utilizzare le proprie risorse mentali e di favorire il riavvio di processi di mentalizzazione e metacognizione pur in un contesto difficile quale quello detentivo in cui per antonomasia si cerca di "staccare la spina", lasciar scorrere il tempo ed attendere la libertà per pensare e per riabilitarsi.

"Ecologico" sta anche a significare un utilizzo ragionato delle risorse, competenze e conoscenze presenti nel sistema delle dipendenze e in quello penitenziario; gli "esperti" ricercati infatti sono persone che ricoprono ruoli e costituiscono nodi importanti della rete che coinvolge Ser.T.-Territorio-Casa Circondariale.

E' sembrato perciò utile cominciare a tessere questa rete di relazioni⁵⁵ favorendo così un maggior interscambio e comunicazione tra Carcere e Territorio. Questo è un punto critico sempre molto attuale e dibattuto quando si affronta il tema della dimissione dal carcere e della sua preparazione. L'incontro e la comunicazione tra Carcere e Territorio, tra Istituto penitenziario e Ser.T., aprono scenari molto fecondi nel senso che, per le persone dipendenti detenute, permettono di cominciare a pensare, a motivare la costruzione di programmi terapeutici già all'interno del carcere e a garantire e dare valore al principio della continuità terapeutica dei trattamenti in precedenza avviati: spesso, anche se non sempre, la carcerazione, se ben supportata, garantisce un contenimento e può divenire il presupposto per riprendere consapevolezza⁵⁶ (Guelfi, Spiller, 1994) e capacità di pensare e riprogettare il proprio futuro, componenti essenziali di qualsiasi programma terapeutico e socio-riabilitativo.

3.3 QUALE PROSIEGUO?

Proprio perché il carcere non rappresenti sempre "l'anello debole"⁵⁷ della catena terapeutica nel trattamento delle dipendenze patologiche, si auspica che i progetti informativi/formativi possano trovare spazio nelle attività organizzate dagli operatori dei Ser.T. e dei Dipartimenti per le Dipendenze all'interno degli Istituti Penitenziari. Nello svolgersi dell'iniziativa è emersa l'importanza di trovare uno spazio di incontro-confronto-discussione tra persone detenute con disturbi da *addiction*, esperti nel settore delle dipendenze patologiche e responsabili delle varie aree della Casa Circondariale. Il creare sinergie e correlazioni tra gli specifici ambiti presenti nel carcere è uno stile importante e significativo sia per migliorare la difficile operatività interna, sia per garantire una miglior consistenza e visibilità delle connessioni con il territorio ed il contesto socioculturale a cui l'Istituto appartiene. E' incoraggiante che queste iniziative vengano riconosciute utili e trovino spazio nelle programmazioni annuali dei singoli servizi ed istituzioni coinvolte.

BIBLIOGRAFIA

- Bateson G. (1972) *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bateson G., Bateson M.C. (1987) *Dove gli angeli esitano*. Milano: Adelphi.
- Bion W.R. (1962) *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando.
- Bion W.R. (1981) *Il cambiamento catastrofico*. Torino: Loescher.
- Carli R., Paniccia R.M. (1981) *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni*. Bologna: Il Mulino.
- Cirillo, S. (1990) *Il cambiamento nei contesti non terapeutici*. Milano: Cortina.
- Groppi C., Spella F. (1995) *La porta chiusa; il tossicodipendente detenuto tra custodia e Terapia*. Loreto: Ed. Lauretana.
- Guidano, V.F. (1991) *Il sé nel suo divenire*. Torino: Boringhieri.
- Miller, W. R., Rollnick S. (1994) *Il colloquio di motivazione*. Trento: Centro Studi Erikson.
- Ravera, R. (2004) *Carcere e dipendenza patologica, Comunicazione convegno "Droga, carcere, cure"*, La Spezia Novembre, 2004.
- Rollnick, S. (1994) Il Colloquio motivazionale: aumentare la disponibilità al cambiamento. In Guelfi G.P. e Spiller V. (Eds), *Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze*, Il Vaso di Pandora II.
- Trentini, G. (1993) *Il cerchio magico*. Milano: Franco Angeli.
- Winnicott, D.W. (1974) *Gioco e realtà*. Roma: Ed. Armando.

Note

54. Vedi allegato 4: interessanti sono le riflessioni personali di alcuni dei partecipanti al termine dell'iniziativa.

55. Vedi allegati 3 e 5: lettera di invito ai vari esperti, ringraziamenti e apertura al prosieguo della collaborazione.

56. Questo è un concetto forte e a volte poco esplorato vista la scarsa conoscenza, i forti pregiudizi e fantasie che sono presenti nel contesto detentivo. E' esperienza acquisita da parte di molti operatori dei Dipartimenti per le Dipendenze e anche delle persone direttamente interessate, che un periodo di detenzione a volte costituisca un freno, un preciso limite di fronte all'incapacità personale di confrontarsi con una norma. Affinché questa realtà divenga evolutiva è necessario garantire accoglienza, organizzazione e assetti operativi che permettano alle persone di guadagnare consapevolezza.

57. Nell'ambito delle dipendenze patologiche è esperienza comune che il carcere sia e venga considerato "anello debole" (Venezia 1998 Convegno Itaca "Giustizia e tossicodipendenza: anello debole della catena terapeutica?") della catena di interventi svolti dai servizi territoriali, in quanto in quel contesto spesso non vengono garantiti trattamenti adeguati e specifici o per difficoltà istituzionali, per mancanza di risorse e/o scarse definizioni legislative. Di catena terapeutica ormai si parla spesso nell'ambito delle dipendenze patologiche per richiamare la necessità di collegamento, coordinazione e interrelazione tra tutti gli agenti che operano all'interno di un programma terapeutico. L'attività clinica evidenzia che l'iter terapeutico è molto lungo (valutabile nella dimensione di anni) e che al cambiamento possono contribuire diversi interventi costituendo di fatto quella che può essere definita catena terapeutica all'interno della quale nessun intervento preso isolatamente può considerarsi esaustivo o maggiormente significativo. Tuttavia qualsiasi intervento precedente deve essere illuminante per il successivo ed entrambi devono essere collocati ed interpretabili alla luce di un unico progetto.

ALLEGATO 1

Progetto "Egregio Signor Esperto..."

Il Gruppo Dipendenze propone di organizzare un'iniziativa denominata "Egregio Signor Esperto..."

Obiettivo

• Organizzare incontri informativi con esperti (interni al carcere, esterni del territorio autorizzati ad entrare) su varie tematiche inerenti i seguenti argomenti:

- 1) le dipendenze patologiche e i relativi trattamenti;
- 2) i programmi terapeutici e socio riabilitativi;
- 3) la prevenzione delle ricadute e le patologie correlate;
- 4) gli aspetti sanitari utili per la convivenza in carcere;
- 5) le conoscenze utili per il dopo carcere.

Contenuti e relatori

- **Le dipendenze patologiche:** vulnerabilità e trattamenti farmacologici (metadone, buprenorfina ecc) - Dott. Vincenzo Balestra
- **Alcol:** consumo, abuso, dipendenza e ricadute - Dott.ssa Stefania Gasparotto
- **La comunità terapeutica e i suoi programmi** - Dott. Enzo Gelain
- **CSSA e alternative al carcere** - Ass. Soc. Raffaella Bevilacqua
- **Il carcere, il suo quotidiano e l'organizzazione** - Ed.ri Claudio Petruzzellis - Patrizia Pizzuto
- **I Servizi sanitari del carcere** - Dott. Salvatore Di Prima
- **Contatti con i familiari e spiritualità in carcere** - Don Agostino
- **Il "dopo carcere"** (accoglienza nel territorio) - Sig.ra Emma Rossi
- **La preparazione alla dimissione (1)** (Prevenzione alle ricadute e i fattori protettivi) - Dott. Davide Toffanin, Ass. San. Morena Rotini
- **La preparazione alla dimissione (2)** (Prevenzione alle ricadute e patologie correlate) - Ass. San. Armida Camparmi - Ass. San. Morena Rotini
- **Incontro con il Comandante** - Isp. Sup. Calogero Campanella

Metodologia

• Progettazione e realizzazione di incontri informativi sui temi individuati.

Risorse

• Operatori Ser.T. ed esperti del carcere e del territorio.

Tempi

• Da Settembre 2004 a Marzo 2005.

ALLEGATO 2

Progetto "Egregio Signor Esperto..."

- 1) **DEFINIZIONE DEL PROBLEMA**
 - Riempire il "vuoto" del carcere
 - Organizzare attività individuali e di gruppo che impegnino la mente
 - Imparare qualcosa di nuovo e utile
- 2) **TARGET**
 - Gruppo Dipendenze (giudicabili e definitivi)
 - Detenuti interessati alcol-tossicodipendenti o consumatori
- 3) **OPERATORI, SERVIZI E AGENZIE COINVOLTI**
 - Personale Ser.T. operante in carcere e non
 - Educatore, Sanitario, Agenti di PP, Direzioni
 - Esperti C.T./ CSSA/ Volontariato
 - Giornalisti, Insegnanti, Coop. Sociali
 - Maestri di lavoro
- 4) **OBIETTIVO GENERALE**
 - Impegnare il tempo
 - Investire meglio il tempo della carcerazione
 - Ideare ed avviare una nuova esperienza
 - Utilizzare le proprie risorse mentali
- 5) **OBIETTIVI SPECIFICI**
 - Progettare un' iniziativa
 - Organizzare incontri informativi
 - Realizzare gli incontri
 - Preparare i materiali
 - Redigere gli atti
- 6) **COSTITUZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO**
 - Gruppo Dipendenze
 - Operatori Ser.T. Gruppo Dipendenze
- 7) **INDIVIDUAZIONE TAPPE E MODALITA' DI ATTUAZIONE**
 - Stendere il Progetto
 - Individuare i temi/relatori
 - Ipotesi di calendario (da Settembre)
 - Contatto con i relatori
 - Presentazione alle direzioni.
- 8) **INDIVIDUAZIONE DEGLI INDICATORI E DI ALTRI STRUMENTI DI VERIFICA DELL'EFFICACIA DELLE SINGOLE TAPPE (riferito ai contenuti)**
 - Grado di partecipazione del Gruppo Dipendenze.
 - Numero di partecipanti: 10-15 persone.
 - Produzione atti dell'iniziativa.
- 9) **INDIVIDUAZIONE DEGLI INDICATORI GENERALI DI EFFICACIA ED EFFICIENZA DEL PROGETTO**
 - Grado di conoscenza dell'iniziativa.
 - Distribuzione atti a detenuti interessati, operatori, direzioni.
 - Pubblicazione / articolo su giornale-rivista.
- 10) **STRUMENTI**
 - Carta e cartelloni.
 - Penne e pennarelli/colori.
 - Block notes.
 - Cervello!!!

ALLEGATO 3

Lettera aperta per i vari esperti

"Egregio Signor Esperto..."

Siamo un gruppo di detenuti con problemi di uso di sostanze psicoattive. Da alcuni mesi frequentiamo un'attività di gruppo all'interno della quale discutiamo dei nostri problemi e dove emergono quesiti, curiosità, interrogativi. Stiamo pensando di affrontare in modo adeguato questi nostri quesiti. Chiediamo la sua disponibilità ad essere presente ad uno o più incontri per colloquiare e discutere con noi. Le sottoponiamo una serie di domande come griglia per una piccola presentazione delle sue attività e come base per la discussione.

Grazie!

ALLEGATO 4

Riflessioni personali di alcuni partecipanti

Arrivo alle mie prime conclusioni della mia partecipazione all'attività "Egregio Signor Esperto..." che abbiamo affrontato qui nel carcere di Vicenza.

Cosa mi ha insegnato?

Mi ha insegnato soprattutto a mettermi in discussione con gli altri, a riflettere sulle esperienze vissute e al problema delle sostanze che ho incontrato nella mia vita. Inoltre mi ha aiutato a togliere dalla mia persona ansia, tensione e, perché no, anche la paura di testimoniare il mio problema, che è dentro e che tante volte tiro fuori a fatica per non essere giudicato o perché legato al ricordo del piacere avuto incontrando le sostanze. Ma con il passare del tempo il mio carattere e la voglia di riscattarmi hanno cominciato a venir fuori.

Soprattutto ho avuto un'informazione più dettagliata sui temi trattati quali: le malattie infettive, la guida medica, il miglioramento delle condizioni igieniche, le ricadute e i fattori protettivi. Premetto che non sarà facile venir fuori da questa situazione e sarei un ipocrita se dicessi il contrario, ma in questo periodo ho conosciuto operatori ed assistenti che sono pervenuti agli incontri che abbiamo svolto, mi hanno aperto la strada del recupero di me stesso e mi hanno indirizzato, una volta fuori, ad incontrare gruppi ed assistenti che mi sosterranno nel mio eventuale programma e mi allontaneranno del tutto dalle sostanze stupefacenti.

Con il proseguimento degli incontri abbiamo avuto tanti riscontri con gli esperti e abbiamo avuto anche l'opportunità di conoscere di persona il comandante del penitenziario che ha chiarito tanti punti a noi sconosciuti, o su cui eravamo mal informati, rispetto alla permanenza in carcere. Forse è proprio questa la forza del gruppo: dare informazioni sempre più accurate ed una migliore conoscenza sulle problematiche detentive, anche a persone reclusi in futuro. Per questo spero che questo progetto abbia una maggiore considerazione da parte di tutti.

Volevo segnalare, prima di concludere, l'incontro con le Assistenti Sanitarie, in cui sono emersi i fattori protettivi e le risorse che possiamo usare per difenderci dalle ricadute. Devo dire che tutto questo ha mosso in me tanta speranza e la mia impressione personale è che ogni detenuto, una volta fuori dal carcere, abbia bisogno di considerazione e di buon senso da parte di tutti.

Concludo ringraziando tutti gli esperti che sono intervenuti al gruppo e auguro una lunga vita a questo progetto.

Gennaro

Ho incominciato a frequentare il Gruppo Dipendenze su segnalazione di un amico. Pensai: - saranno gruppi terapeutici come facevo in comunità - ma mi accorsi da subito che non era così; questo progetto si chiama "Egregio Signor Esperto..." e più che terapeutico è informativo. I temi trattati sono stati molti: dal CSSA e alternative al carcere, alle funzioni del Direttore sanitario, dal volontariato, al dopo-carcere, per finire un incontro con il Comandante. Tutti questi "Esperti", ognuno specializzato nel proprio settore, sono stati utilissimi per farci capire come funziona la detenzione e, per la parte medica, quali possono essere i rischi di malattie; per contro, ci hanno dato una buona informazione per una corretta convivenza.

Per me seguire questi incontri è stato molto formativo anche perché se alcune cose le sapevo, altre le sapevo per "il sentito dire" e quindi distorte. Adesso con tutte le informazioni che abbiamo appreso vorremmo riuscire a fare un libricino informativo per far conoscere ai detenuti e a quelli che verranno come stanno le cose qui e come poter muoversi con le istituzioni che stanno all'interno ed all'esterno del carcere. Spero anche che i gruppi proseguano, ma adesso in direzione - come dire - più "terapeutica", cioè sul "personale", ognuno con le proprie esperienze e vissuti. Colgo l'occasione per ringraziare per la propria disponibilità tutti gli operatori del Ser.T. e non auspico che si continui su questa via che ritengo quella giusta. Un grazie a tutti.

Salvatore

Sono arrivato dove speravo di non arrivare. E' quasi conclusa la prima parte del progetto "Egregio Signor Esperto..." e gli operatori mi hanno chiesto di scrivere le mie impressioni in proposito.

Mettendo insieme tre aggettivi avrei finito di scrivere, semplice e indolore come soluzione, ma estremamente falsa. Per questo ho deciso di scrivere a tutto il gruppo quello che ho realmente vissuto in questi mesi. Parto da lontano; quando partecipai alle prime riunioni del gruppo (fine giugno 2004) vidi che si sviluppavano attorno ai temi tanto cari a noi detenuti: sto male, ho voglia di farmi (evadere), l'operatore o l'agente mi provoca, nonostante le domandine non faccio colloqui, non ricevo coccole e non ricevo visite dalla famiglia (manca l'autorizzazione dalla Direzione), il tempo non passa mai in carcere come in comunità.

Rapido calcolo mentale su base annua: devo assistere e resistere per 100 ore (4 giorni), la durata del gruppo dipendenze, sicuramente ne guadagno 45 di libertà anticipata (45 gg meno 4 gg di gruppo scarto positivo 41 gg). "Vai avanti" pensai!

Un giovedì d'inizio luglio mi venne l'idea di impiegare una parte del tempo in

qualcosa di concreto da scrivere. Non avrei mai pensato di trovare terreno fertile nei miei compagni e negli operatori.

Fine agosto. Mi trovai nelle mani il calendario degli incontri con gli esperti e la modalità del progetto. "Bravo" Pensai... "volevi ballare? E adesso balla...!".

Contrariamente alla mia natura che è prettamente egoistica iniziai ad impegnarmi per la riuscita del progetto; in agosto partecipavo anche al corso per saldatori e avrei potuto prendere la palla al balzo e abbandonare il gruppo dato che anche con il corso i 45 giorni di libertà, salvo incidenti di percorso, erano già in tasca.

Invece no! Mi ero affezionato a quell'idea, volevo che andasse avanti che si realizzasse qualcosa di scritto utile ai, purtroppo, prossimi detenuti.

Per questo motivo ho combattuto, ho usato tutta la mia furbizia, esperienza, diplomazia, ma anche la durezza, la forza e un po' del mio carisma.

Ho combattuto anche contro compagni e operatori recalcitranti verso la novità, ho usato la durezza nelle discussioni contro chi voleva contrastare il proseguimento del progetto, anche in modo teatrale.

E' stato un colpo di genio anche l'idea di pubblicizzare il progetto e informare anche altri Istituti di pena e Ser.T. interni ad essi. A questo punto non si può più tornare indietro, loro aspettano l'esito dell'esperienza fatta in questo carcere.

In oltre 50 anni della mia vita, compresi i primi 2 mesi come prenatale, è forse la prima volta che dedico tanto tempo e soldi ad un progetto umanitario e senza guadagno.

...bisogna dare a Cesare quel che è di Cesare...! Sono diventato bravo... vero?

Carmelo

Potrei dire che l'esperienza è stata positiva, ma sarei retorico e potrei cadere nella banalità, quindi dirò che è stato interessante lavorare insieme agli operatori del Ser. T. per progetti coordinati e condivisi. Vi confesso che all'inizio la mia partecipazione al gruppo si limitava al solo ed unico scopo di avere un programma terapeutico in modo da avere la possibilità di andarmene al più presto in un luogo qualsiasi, dove il disagio sociale non fosse così allarmante e dove sarebbe stato possibile vivere in uno stato di benessere psicofisico che consentisse alla persona di vivere in maniera equilibrata, non curando solo le patologie cosiddette tradizionali, ma anche cure di altri aspetti, come la qualità della vita, sia relazionale che affettiva.

Premetto che quando parlo del disagio sociale non mi riferisco al carcere di Vicenza, dove siamo ancora in una struttura decente, e decenza forse è il massimo che ci si possa aspettare dagli Istituti penitenziari italiani. Oggi nelle carceri manca di tutto: personale addetto alla custodia, fondi necessari alla sanità, in quanto gli stessi sono tagliati a livello nazionale e senza dimenticare il sovraffollamento, facendo emergere nuovi aspetti veramente preoccupanti. Uno di questi è il disagio mentale. Ormai molti tossicodipendenti riscontrano più di una patologia dovuta ad un eccessivo uso di psicofarmaci, malgrado ciò gli stessi sono in continuo aumento. Depressione ed autolesionismo sono all'ordine del giorno, lo stesso dicasi per i vari tentativi di suicidio, che ormai fanno parte della quotidianità. Non ci vuole una sfera di cristallo per capire che in carcere oggi si sta male, quindi bisogna inventare qualcosa per distogliere l'attenzione e la voglia di autodistruggersi.

Questo progetto mi ha dato la possibilità di confrontarmi con gli altri e di capire quali

siano le opportunità per un tossicodipendente di ottenere una misura alternativa e in quale modo proseguire una volta fuori. Più di ogni altra cosa mi ha entusiasmato l'idea di un foglio informativo che faccia conoscere ai detenuti come siano esattamente le cose, pur essendo in un periodo di completa avarizia nell'informazione.

Ci sono situazioni che il detenuto non ha modo di sapere, se non per sentito dire, e che quindi allo stesso possono risultare inesatte e distorte; ecco perché fornendo informazioni serie e documentate si faciliterebbero il lavoro e la vita a tutti all'interno di un carcere. Se proseguiremo con questo spirito lasceremo una porta aperta per il futuro della popolazione detenuta. Questo futuro potrà essere garantito se continuerà la collaborazione sincera ed attenta di tutti gli operatori che fino ad oggi mi hanno dato l'opportunità di capire il significato dell'amore e della stima verso me stesso che avevo quasi perduta. Un ringraziamento particolare a tutti coloro che hanno partecipato alla realizzazione di questo progetto.

Ernest

Nel mio cammino con il gruppo del Ser.T. sto vivendo un'esperienza molto positiva insieme ai miei compagni e agli operatori.

Durante questo periodo abbiamo avuto tanti incontri e discusso di tanti argomenti e questo, per me, è stato una sorta di "risorsa culturale", infatti posso dire di aver arricchito la mia conoscenza, cosa che ritengo molto utile.

Questo percorso, insieme ad altri corsi che sto frequentando, mi ha aiutato molto soprattutto dal punto di vista morale in quanto mi ha dato modo di affrontare certi problemi e mi ha dato più coraggio e fiducia nel poter continuare la mia detenzione avvertendone meno il peso.

Attraverso questi incontri gli operatori ci hanno dato la possibilità di avere dei colloqui con esperti di vari settori i quali hanno chiarito dei punti a noi poco chiari. Sono rimasto molto colpito dal comportamento di tutti gli operatori e delle persone, invitate dall'esterno, che hanno partecipato, perchè ci hanno accolto con gentilezza e umiltà.

Ricordo in particolare la festa organizzata nel periodo natalizio dagli operatori che ha permesso anche a noi di festeggiare e che ci ha resi molto contenti.

Questo è stato per me un gesto molto significativo, di grande valore, che ci ha dato molto sollievo.

Spero tanto che, con l'aiuto degli operatori, questo gruppo continui rimanendo vicino ai carcerati anche in futuro perchè è un progetto molto costruttivo.

Rivolgo il mio ringraziamento di cuore a tutti gli operatori e a tutti coloro che ci hanno aiutato e permesso di realizzare questo cammino.

Cari operatori lasciate che vi dica una cosa: non dimenticate di stare vicini ai carcerati perchè la vostra esistenza è splendida e abbiamo tanto bisogno di voi.

A voi il mio grande grazie e un augurio altrettanto grande di Pace e Bene.

Che Dio vi benedica.

Mohamed

ALLEGATO 5

Lettera di ringraziamento ai relatori

Noi detenuti partecipanti al **Gruppo Dipendenze**, assieme agli operatori del Ser.T. interno al Carcere di Vicenza, con la presente vogliamo ringraziare i relatori che, con la loro disponibilità e professionalità, hanno reso possibile la realizzazione del **Progetto "Egregio Signor Esperto..."**.

Saremmo onorati se in futuro, con la Vostra presenza, si potranno meglio approfondire le diverse tematiche e problematiche che rendono così difficile il nostro ritorno ad una vita normale.

Per andare un po'oltre lo stile da ..."Circolare di ringraziamenti" si può tentare di usare una metafora: **abbiamo una matassa di fili aggrovigliati di tanti colori e capi. Come dipanarla?**

Abbiamo **"compagni di sventura"** con lingua, colore della pelle, religione, leggi completamente diverse da quelle italiane, spesso clandestini o irregolari, con problemi di dipendenza da sostanze, con difficoltà economiche e aggiungiamo "sfigati" perché magari sono qui per un furto di nemmeno 100 Euro. **Qual è il primo filo colorato da prendere in mano e da che parte tirare per uscirne?**

Grazie alla Vostra disponibilità ci avete indicato da dove si può iniziare.

Noi detenuti per questo motivo diciamo grazie dal profondo del nostro cuore. A presto, distintamente.

Il Gruppo Dipendenze

ALLEGATO 6

Breve descrizione dell'attività "Egregio Signor Esperto..." all'interno del Gruppo Dipendenze.

L'accesso a questo gruppo è libero fino ad un massimo di 15 persone.

Alcuni dati significativi sulla partecipazione agli incontri programmati dal 22 Settembre 2004 al 31 Marzo 2005:

- 11 incontri complessivi, 7 nel 2004 e 4 nel 2005.
- La frequenza media per ogni incontro si è attestata tra i 12 e i 13 partecipanti.
- 137 sono state le presenze complessive.
- 31 persone detenute hanno partecipato agli incontri proposti.
- Tutti i 31 partecipanti sono interessati alle tematiche relative all'uso, abuso e dipendenza da sostanze psicoattive.
- 10 di queste persone sono straniere.

L'ÉQUIPE E I CASI CLINICI: UN'ESPERIENZA DI SUPERVISIONE

Letizia Dal Santo*, Leopoldo Grosso**

* *Psicologa collaboratrice Ser.T. Vicenza*

** *Psicologo, Psicoterapeuta, Vice Direttore Gruppo Abele Torino*

4.1 PREMESSA

La supervisione della conduzione dei "casi", al di là delle puntualizzazioni di tipo tecnico relative alla messa a punto diagnostica ed alle indicazioni di trattamento, ha assunto, già nelle premesse, un significato forse ancora più importante, che è costituito dall'aver messo intorno al tavolo i Ser.T. (quello che opera in carcere e quelli titolari per competenza territoriale rispetto al soggetto detenuto), la Medicina penitenziaria, il CSSA, il personale della Casa Circondariale preposto al trattamento, altri servizi del pubblico e del privato sociale coinvolti nella continuità della proposta riabilitativa dal "dentro" al "fuori". La discussione ha consentito ai diversi interlocutori di confrontarsi sulle reciproche premesse concettuali rispetto al nodo dipendenza-detenzione/vincolo-trattamento, sia direttamente che indirettamente tramite le differenze interpretative della situazione oggetto di riflessione. Ci si è resi conto della ricchezza dei diversi punti di vista, che in buona misura riflettevano i differenti "posizionamenti" dei servizi, e che hanno permesso una più piena ricostruzione e ricomposizione del "caso" in esame, pervenendo ad una comprensione in grado di ben integrare quanto emergeva dalle osservazioni e dal materiale dei colloqui raccolti durante lo stato detentivo dai diversi operatori interni con i resoconti e le percezioni degli operatori che avevano seguito la persona sul territorio ed a cui era preposta la presa in carico al momento della scarcerazione. Ne è conseguita una progettazione di intervento già in parte mirata al possibile reinserimento post-detentivo con un marcato collegamento tra le iniziative terapeutiche proposte all'interno e la definizione del percorso successivo. L'attività di supervisione si è rivelata un importante momento di rinforzo del lavoro di rete su un nodo notoriamente delicato e difficile quale la progettazione e la continuità terapeutica nell'intervento all'interno ed all'esterno del carcere. Tutto ciò si è reso possibile grazie all'organizzazione ed agli spazi di agibilità conseguiti all'interno della Casa Circondariale di Vicenza per la precedente integrazione tra la Direzione dell'Istituto ed il Dipartimento per le Dipendenze della città.

27 Gennaio, 2005

N., 43 anni, conosciuto dal Ser.T. dal 2004 proviene da un Servizio di un'altra provincia. Il primo contatto con le sostanze stupefacenti avviene a dodici anni e si stabilizza

nell'uso primario di eroina e cocaina. A questo seguono diversi tentativi di disintossicazione con metadone e molteplici inserimenti in Comunità Terapeutiche. Dall'anamnesi familiare emerge un rapporto fortemente conflittuale con il padre, definito molto severo e rigido nel far rispettare le regole. La madre viene invece descritta come donna affettuosa, disponibile e sempre presente nei vent'anni di detenzione scontati da N. I primi episodi di comportamento deviante risalgono al compimento del 18° anno di età. N. consegue il diploma e il padre gli promette che avrebbe rilevato l'azienda di famiglia. Per qualche mese N. lavora nella ditta paterna, ma all'improvviso si licenzia ed usa la liquidazione per comprarsi la droga.

Terminati i soldi, il ragazzo inizia a delinquere (furti, rapine, scippi) per procurarsi soprattutto eroina. Nel frattempo il fratello, minore di 10 anni, inizia ad occuparsi di quelle mansioni che il padre aveva assegnato a N. Questo episodio contribuirà in seguito ad alimentare un sentimento di detronizzazione, un bisogno di rivalsa ed un forte aspetto rivendicativo. L'anamnesi personale evidenzia un Q.I. piuttosto basso, cui probabilmente contribuisce un'atrofia cerebrale, rivelata da TAC, e imputabile all'uso massiccio e prolungato di sostanze stupefacenti. L'esame di realtà risulta spesso fortemente compromesso. Dai colloqui psicologici emerge uno stato ansioso corredato da importanti sensi di colpa, elementi dai quali si può dedurre che N. abbia introiettato il Super-Io paterno sadico, severo e avvertito come predatorio.

Di fatto N. dimostra di conoscere la Norma, ma agisce continuamente meccanismi volti alla sua distruzione e alla dimostrazione della sua onnipotenza.

Nella relazione transferale si evidenzia un forte atteggiamento seduttivo e francamente manipolatorio, con una costante e manifesta ricerca di attenzione.

L'acting out, dunque il passaggio all'atto con la sua distruttività, avviene ogni qual volta l'altro non si conforma alle aspettative di N. e non soddisfa i suoi bisogni.

Per queste manifestazioni francamente aggressive, N. ha subito circa 18 trasferimenti in altri Istituti di Pena, tutti motivati da problemi di sicurezza.

Il *contro-transfer* evidenzia un forte sentimento di impotenza davanti a tanti fallimenti; non vi è possibilità di stabilire un'alleanza terapeutica ed il vissuto prevalente è quello che il soggetto cerchi la consultazione per ottenere dei vantaggi.

L'osservazione del comportamento in stato detentivo sottolinea la tendenza del soggetto ad esercitare potere coercitivo sugli altri.

In carcere, infatti, si era auto-assunto il ruolo di consulente alimentando così la sua grandiosità: consigliava ed indirizzava gli altri detenuti, ricattandoli se questi non seguivano poi le sue indicazioni.

Saltuariamente N. ha frequentato in carcere il Gruppo Dipendenze attivando anche qui le sue modalità prevaricanti. Rimaneva anche per molto tempo silente ed attento per poi esplodere e movimentare gli incontri.

In questo contesto si riattualizzava la sua tendenza ad attivare gli operatori per soddisfare le sue finalità. La compromissione relazionale, emersa da questi primi elementi diagnostici, è confermata dall'analisi del suo rapporto con il femminile.

N. appare incapace di instaurare una vicinanza emotiva ed affettiva priva di ambivalenze e senza giochi di potere. Il prodromo di questa modalità relazionale può essere rintracciato nella simbiosi ambivalente con la madre. Quest'ultima,

infatti, presenta una comunicazione di tipo paradossale, in cui la connivenza e la seduzione si alternano a momenti francamente espulsivi. La relazione sentimentale più significativa coincide con l'unico momento in cui N. è rimasto astinente e libero: una convivenza di due anni, interrottasi, a suo dire, per l'impossibilità di avere figli. Il desiderio di N. di avere una famiglia "normale" si infrangeva, allorché la compagna lo cacciava di casa.

Prima di questa relazione N. si era sposato con una ragazza da lui definita "fidanzata storica" e che lo aveva seguito nei suoi numerosi spostamenti nei diversi Istituti di Pena. Le nozze erano state celebrate in carcere, un "matrimonio bianco" poi interrottosi con la richiesta di separazione da parte di lei.

Da questi elementi emerge l'ipotesi diagnostica che un grave disturbo di personalità sia primario e che la tossicodipendenza sia diretta conseguenza di questo.

Durante tutte le carcerazioni, infatti, è sempre stato astinente, non ha presentato viraggi di sostanze e la sua ultima richiesta è stata la somministrazione di un farmaco antagonista che non è propriamente tipica in un soggetto tossicodipendente.

Dall'anamnesi si evidenziano strutture narcisistiche ed istrioniche con franchi elementi di ossessività (v. logorrea e modalità di scrittura *horror vacui*) e paranoia.

La prognosi risente fortemente dei precedenti fallimenti, della scarsa affidabilità di N. e del pensiero degli operatori che lo vivono come un probabile candidato alla vita in carcere *sine die*. La detenzione è, infatti, percepita dal soggetto e dai suoi referenti come la situazione normativa maggiormente protettiva.

La stessa richiesta di N. di scontare la pena residuale in semilibertà non è solo un'indicazione, ma anche un messaggio, che comunica il forte bisogno di trovare dei limiti esterni laddove la possibilità di autocontrollo è fortemente compromessa.

Il progetto terapeutico deve tener conto di quest'elemento e delle risorse interne che N. presenta.

Difatti il suo senso di gratificazione ed il bisogno di essere valorizzato da una figura significativa vanno utilizzati come elementi per costruire un'alleanza terapeutica.

E' indicato uno psicoterapeuta maschio che possa gratificarlo, vicariando le funzioni paterne carenziali e contemporaneamente motivarlo a responsabilizzarsi sulle conseguenze delle sue azioni. La normatività dev'essere ferma ed onesta e orientata a consapevolizzare N. riguardo la sua oppositività ed i suoi fallimenti.

La rabbia che egli utilizza per liberarsi impulsivamente dall'angoscia dev'essere trasformata in dolore e l'onnipotenza in un nucleo depressivo che possa favorire un accompagnamento ed una riabilitazione. Lo psicoterapeuta deve favorire un lavoro di riarmonizzazione in cui gli elementi sadici del Super-Io vengano mitigati dall'introduzione di una normatività più "sana". Il contenimento non dovrà presentare elementi seduttivi e simbiotici ed in tal senso sarà necessario riprendere il rapporto con il femminile. Per fare questo il percorso psicologico dovrebbe essere separato da quello valutativo, ipotesi non sempre praticabile in ambiente istituzionale.

Il bisogno primario è quello di pianificare con N. il periodo che lo separa dal fine pena (2009), avvallando la sua richiesta di semilibertà e contemporaneamente preparandolo ad essa. Sono questi gli elementi irrinunciabili per evitargli "l'ergastolo" e per sfruttare questo tempo come una vera risorsa riabilitativa.

A., 33 anni nigeriano è in Italia dal 1998 con regolare permesso di soggiorno. Dall'anamnesi familiare si segnala che la madre di A. vive tuttora in Nigeria e che regolarmente ha sempre ricevuto soldi dal figlio.

Egli era sposato con una donna, poi morta in un incidente stradale, dalla quale ha avuto una figlia che A. dice di non aver mai conosciuto.

Una sorella vive in Danimarca, ma non ha più contatti con A. da molto tempo.

La storia tossicomane appare poco chiara, il soggetto riferisce di aver abusato di alcol, hashish da quando era in Italia e di aver assunto una sostanza simile alla cocaina quando frequentava una scuola militare in Nigeria. Di fatto A. non ha una certificazione di tossicodipendenza, non era conosciuto al Servizio prima dell'attuale carcerazione e ci si pone il problema se sia il caso di fargliela. La storia giudiziaria evidenzia reati di spaccio e di falsificazione d'identità con differenti posizioni legali: definitivo, appellante ed indagato.

A. aveva ottenuto gli arresti domiciliari, poi revocati per una doppia ricaduta. Era quindi rientrato in carcere dove erano state rilevate tracce di cocaina all'esame dei liquidi biologici e poi trasferito in un altro Istituto di Pena. Qui chiede di entrare in Misura Alternativa per poi poter tornare in Nigeria per avere molti figli. Lamenta di essere stato arrestato ingiustamente, incastrato da altri. Il quadro psicologico, delineatosi soprattutto dall'osservazione di A. in carcere, evidenzia un adeguato senso di realtà, accompagnato da un atteggiamento guardingo e diffidente.

Dai colloqui con la psicologa emerge uno stile relazionale molto difeso, a volte assertivo, forse strumentale. Per breve tempo ha frequentato il Gruppo Dipendenze in cui è apparso poco partecipante, con manifestazioni di franca insofferenza nei confronti di ogni richiesta di informazione personale. Probabilmente il suo bisogno di isolarsi è motivabile anche dal fatto che A. è l'unico nigeriano.

Dal rapporto con il medico del carcere si evince un forte bisogno di sedazione; A. lamenta episodi d'insonnia per i quali richiede continuamente un potente neurolettico (Noxinam) che peraltro presenta pesanti effetti collaterali, tra i quali il rischio di depressione respiratoria. Ha presentato episodi aggressivi che A. imputa all'agitazione da astinenza alcolica. In carcere peraltro non ha mai mostrato segni di ebbrezza; è sempre apparso lucido e con richieste specifiche. Affronta la carcerazione con dignità e si è attivato autonomamente per prendere contatto con alcune Comunità Terapeutiche. L'ipotesi diagnostica segnala una personalità "regista", determinata nel conseguimento dei propri scopi, in cui possono rintracciarsi tratti borderline manipolatori e rivendicativi. Più complessa è la diagnosi di dipendenza da sostanza, giacché è difficile quantificarne il consumo e le modalità.

Sicuramente A. presenta una situazione d'uso problematico di alcol e cocaina, che andrebbe indagato ulteriormente confrontando il vissuto personale del rapporto con la sostanza ed evidenziando ciò che A. riferisce a proposito degli effetti di tali sostanze. Il progetto terapeutico deve tener conto della diversità culturale di A. e dei suoi progetti.

Nonostante ci sia il dubbio che il contatto con il Ser.T. sia puramente strumentale, non si può negare ad A. l'opportunità di accedere ad una Misura Alternativa.

Nello specifico è qui consigliabile un inserimento in Comunità Terapeutica (come A. stesso richiede), magari in regime di Detenzione Domiciliare, in modo tale da

prendere cautela rispetto alla sua possibile pericolosità sociale. Sarebbe auspicabile un ulteriore inserimento lavorativo, per permettere ad A. di guadagnare del denaro, permettendogli così di ritornare in patria con dignità, anche materiale.

Non si può, infatti, dimenticare che l'emigrazione, nella cultura nigeriana, viene ritenuto un grande investimento economico, per cui tutta la comunità coopera al fine di rendere possibile il viaggio. Questa solidarietà viene vissuta come un mandato che va rispettato, come un patto da mantenere con onore. L'emigrato nigeriano prova quindi una forte vergogna a tornare in patria tradendo le aspettative della sua comunità d'appartenenza; è impensabile quindi rientrare in condizioni miserabili perché ritenuta un'umiliazione troppo forte. In tal senso non va dimenticato che per molti immigrati africani il rientro rappresenta una buona risorsa per risolvere le problematiche concernenti le sostanze psicoattive.

La dipendenza da alcol ed eroina, infatti, sparisce non appena si torna in patria, perché vengono a mancare quelle condizioni che rendono gli extra-comunitari più esposti al rischio di abuso di sostanze. Esiste, infatti, una sorta di doppia identità nell'immigrato, per cui nel paese straniero può permettersi di essere e di fare ciò che in patria non può. La dipendenza stessa è da considerarsi come egodistonica, perché avvertita come un tradimento alle proprie origini culturali.

Questo caso specifico, dunque, non può esimersi di valutare gli elementi culturali sopra menzionati utilizzandoli per favorire un aggancio progettuale.

A. sta attendendo che gli operatori si muovano per lui ed anche se si ravvisano degli aspetti strumentali bisogna avvallarli perché in questi casi prevalgono sempre.

Gli operatori dovranno cercare di costruire una rete progettuale, tramite la contrattazione con il Ser.T. di appartenenza, la ripresa dei contatti con il CSSA e con gli educatori del carcere.

Contemporaneamente bisogna lavorare con A. sulle sue aspettative, sulle risorse e sugli obiettivi che si è prefissato, valorizzando quest'occasione per stimolarlo all'elaborazione di contenuti personali e alla preparazione del progetto alternativo alla detenzione.

24 Febbraio, 2005

E., 31 anni, è conosciuto dal 1997 dal Servizio per le Tossicodipendenze, dove si era recato primariamente per risolvere un'intossicazione da eroina.

La sua storia di tossicodipendenza inizia abbastanza prematuramente: a 11 anni E. inizia a fumare i primi spinelli, a 14 comincia a far uso di eroina (dapprima solo sniffata e poi per via endovenosa) e a sperimentare altri tipi di droghe, ad esempio cocaina ed ecstasy. La stabilizzazione nell'utilizzo di tutte queste sostanze psicotrope (tra cui recentemente si annovera anche l'alcol) conferma il suo stile di policonsumatore.

I primi episodi di devianza risalgono all'adolescenza. A 15 anni E. compie il suo primo reato, come conseguenza del fatto che, essendo stato bloccato nello spacciare ecstasy, necessita di recuperare denaro per procurarsi la droga. Di fatto, gli atti criminosi di E. saranno sempre motivati dal bisogno di avere soldi disponibili per l'acquisto di sostanze e diretti verso le cose, raramente verso le persone. Le dieci

carcerazioni subite sono, infatti, derivate da episodi di piccoli furti, scippi e resistenza a pubblico ufficiale. Si nota quindi che l'aggressività esplose in E. raramente e solo su provocazione. Dall'anamnesi familiare si rileva che E. è l'ultimo di 5 figli, 3 femmine e 2 maschi, di cui uno morto prematuramente. Recentemente poi, è stata scoperta una sconvolgente verità che riguarda il padre di E. Quest'uomo, morto qualche anno fa, e separatosi dalla moglie poco dopo la nascita dell'ultimo figlio, non sarebbe il suo genitore biologico. E. ha confessato di aver scoperto all'età di 14 anni l'identità del suo vero padre; un amico della madre che spesso frequentava la sua casa. La prova inconfutabile di tale paternità viene rintracciata da E. nella medesima malformazione genetica ad un piede che li accomuna. Di fatto questi elementi di storia familiare sono ancora avvolti da aspetti misteriosi, che ben testimoniano la reticenza di E. ed il suo bisogno di tenere per sé alcune zone d'ombra.

Il rapporto con la madre viene definito amicale e molto affettuoso; questa donna è descritta come premurosa, sempre presente ed attenta. La malattia degenerativa (Morbo di Parkinson) che l'ha colpita ha profondamente turbato E., che si è prodigato in un accudimento definito dalle sorelle eccessivo e disturbante. La morte occorsale alla fine dell'anno 2000, ha gettato E. in una profonda crisi. Le sorelle si presentano come "mamme per procura", specialmente due di loro. Considerano E. un "fratellastro" da proteggere ed aiutare, a volte in modo asfissiante e poco coerente.

Un particolare rapporto con il femminile è rintracciabile anche nelle relazioni sentimentali, la più importante delle quali è coincisa con il matrimonio con L., anch'ella tossicodipendente. Una volta sposati i due si trasferiscono dalla madre di E. e qui iniziano i primi forti conflitti dovuti primariamente all'incompatibilità caratteriale delle due donne e alla loro reciproca gelosia.

I coniugi decidono così di trasferirsi in un altro appartamento, ma questo cambiamento, invece di apportare i benefici auspicati, segna una profonda crisi nel loro rapporto. L. decide di disintossicarsi e smettere definitivamente di usare sostanze psicotrope, E. invece inizia a bucarsi e ad avere i primi guai seri con la giustizia.

Il matrimonio, probabilmente basato in buona parte sulla tossicodipendenza condivisa, inizia a naufragare, fino al divorzio, chiesto ed ottenuto da L. nel 2001. Questa separazione, dopo la di poco antecedente perdita della madre, precipita E. in una profonda disperazione, che coincide con il suo ingresso in una Comunità Terapeutica. La successiva relazione importante è correlata al periodo in cui E. è rimasto più a lungo astinente; 10 mesi che da E. vengono riassunti così: "Stavo bene e non avevo bisogno di farmi". Recentemente E. ha un nuovo rapporto sentimentale e la presenza di questa donna viene descritta come motivazione principale per intraprendere un percorso riabilitativo comunitario e per uscire dal carcere. Nel suo profilo psicologico si intrecciano le descrizioni degli operatori di questa Comunità e le relazioni della psicologa penitenziaria, di quella del Ser.T. e della dottoressa che ha sempre seguito E. in ambulatorio medico. Il primo aspetto che si evidenzia ritrae E. come una persona che privilegia il canale affettivo per comunicare. Il suo stile relazionale si basa, infatti, sull'accudimento dato e ricevuto e sulla parallela difficoltà ad utilizzare elementi razionali e a dilazionare le spinte impulsive. Questo dato si ricava non solo dall'analisi delle relazioni sopra descritte, ma anche dal rapporto centrale di E. con gli animali, in special modo con i suoi cani, con i quali ripropone

uno stile di cura simil-fusionale.

Dall'analisi del suo comportamento in Comunità si evince che E. si pone degli standard di condotta molto alti ed ha fantasie di cura quasi moraleggianti. Ogni minimo fallimento significa per lui rinunciare definitivamente a queste aspirazioni. La difficoltà, infatti, lo paralizza e contemporaneamente gli provoca una sofferenza incontenibile, per non aver concluso cose che riteneva importanti. Questa frattura tra aspettative di riuscita troppo elevate, dovute probabilmente ad un ideale dell'io rigido e coartato, ed un profondo vissuto di inadeguatezza, generano in E. dei profondi ed intollerabili sensi di colpa che rinforzano la sua incapacità a perdonarsi e a giustificare le sue manchevolezze. Questo complesso di colpa pare legato profondamente al confronto sociale, uno specchio che riflette l'inadeguatezza che E. sente rispetto alle sue aspirazioni ideali. L'origine di tale vissuto può essere rintracciata in un impedimento precoce nella socializzazione primaria, dovuto essenzialmente alla malformazione ai piedi e che ha rinforzato un aspetto invalidante anche nelle relazioni successive. Per questa difficoltà E. è sempre stato iper-protetto dalle sorelle, che gli hanno costruito un mondo attorno, sicuro e accudente.

Questo ha provocato una sorta di scissione; questo mondo familiare è buono, accettante e affettuoso, mentre l'esterno è pericoloso, giudicante e freddamente normativo. Questa difficoltà ad intraprendere relazioni mature, non fusionali, viene ravvisata nelle problematiche che E. presenta quando si trova in un contesto gruppale: in tale spazio si evidenziano un'ansia profonda ed un'esasperazione di alcuni tic, che provocano profonda vergogna e blocco espressivo. La stessa richiesta di reinserimento in Comunità viene percepita come essenzialmente motivata dal bisogno di riprendere le relazioni significative avute con alcuni operatori e non tanto dal desiderio di impegnarsi e confrontarsi con un reale percorso di cambiamento.

E' come se E. chiedesse costantemente di essere accettato così com'è, senza le aspettative di un cambiamento che teme di poter deludere.

L'osservazione in stato detentivo conferma la tendenza all'accudimento; anche nel lavoro di cella E. appare, infatti, una figura carismatica, che consiglia ed educa i giovani detenuti. Degno di nota è il fatto che E. ha un'iperadattabilità, per cui in carcere sembra quasi scomparire, di fatto, non si lamenta mai, fa richieste sempre molto modeste e pare quasi considerare il carcere come una seconda casa.

L'unica nota discordante in questo "attaccamento sicuro" alla detenzione è stato un grave episodio di autolesionismo seguito da una forte crisi d'ansia trattata farmacologicamente. Probabilmente anche qui, come in Comunità, l'adeguatezza dei comportamenti appare più formale che sostanziale, di fatto, appare evidente che E. fatiche ad interiorizzare le norme e a confrontarsi con ambienti di contenzione.

Esiste un'ambivalenza di fondo, per cui E. riconosce la necessità di luoghi normativizzati, ma nello stesso tempo non riesce a reggerli e così il desiderio di fusionalità vira in un improrogabile bisogno di scappare via. Questi elementi possono essere riassunti nella sua frase "io mi sento bandito", che da una parte giustifica l'apparente accettazione della situazione detentiva, ma dall'altra denota il profondo timore di E. che quest'aspetto si slatentizzi e si rinforzi. Questa situazione è ben descritta dall'immagine di E. come "ladro da chiesa" e ancor meglio riassunto

dall'episodio che l'ha portato all'ultima attuale carcerazione.

E. ha scippato una donna anziana per procurarsi denaro, mentre tentava di scappare ha però notato che la signora era caduta per terra e così si è fermato per verificare che non si fosse ferita gravemente; questa fuga ritardata ha favorito l'arrivo della polizia che l'ha prontamente arrestato e condotto in carcere.

La tossicodipendenza stessa appare egodistonica; superficialmente E. risulta, infatti "un felicemente tossico", che non desidera altro che essere accettato così com'è, ma esiste poi un'altra immagine di sé che va oltre, che non riconosce la propria dipendenza e che anela a sogni ed ideali irraggiungibili.

Da questi elementi appare un'identità piuttosto diffusa, indefinita, che si organizza in un'ipotesi diagnostica di funzionamento borderline di personalità, con spunti ansio-geni importanti, a volte disorganizzanti, non reattivi, quanto piuttosto endogeni, collegati ad un iper-investimento e ad un conseguente senso di inadeguatezza.

Questi dati sollevano alcune perplessità circa l'ultima richiesta di affidamento e per questo la supervisione è parsa il luogo ideale per programmare l'uscita di E. dal carcere e per favorire la bontà del percorso. La Comunità terapeutica interpellata propone un programma più breve, in grado di valorizzare aspetti cognitivi e non invadente da un punto di vista emotivo per rispettare le zone d'ombra che E. vuole proteggere. Il percorso riabilitativo si struttura in 6 mesi residenziali, più un periodo successivo di reinserimento. Questo progetto solleva alcuni quesiti: "Quali strategie per ovviare una ricaduta? Quali per stabilizzare un aggancio e minimizzare la possibilità di fuga? Come favorire la sperimentazione di una funziona paterna desiderata e nello stesso tempo temuta?

Alla luce di queste domande e della storia di E. gli elementi terapeutici che si evincono sono i seguenti: favorire esperienze in cui E. possa valorizzare la sua matrice di accudimento ed in cui possa essere riconosciuta la sua capacità di empatizzare.

Vanno poi riproposte situazioni simil-fusionali, che possano stabilizzarlo e ridurre la quota d'ansia che altri tipi di esperienze gli provocano.

A tal proposito è bene rinforzare un lavoro specifico su queste caratteristiche ansio-gene, ipotizzando anche la necessità di fargli interiorizzare l'utilizzo di un eventuale farmaco.

Questo aspetto pare particolarmente delicato, perché tutti i trattamenti farmacologici precedenti, anche metadonici, sono stati interrotti o seguiti con discontinuità, proprio per la difficoltà a riconoscersi tossicodipendente e per quegli elementi di identità diffusa, citati in precedenza.

Particolare cura dovrà avere l'alleanza terapeutica con una figura di riferimento preferibilmente maschile. Questi dovrà costantemente monitorare il *transfert*, in cui dovranno essere privilegiati elementi reali e non la riedizione di proiezioni idealizzanti, che contribuiscono ad alimentare la rigidità dell'io ideale.

L'approccio consigliato è quello di lavorare cognitivamente sulle emozioni, per consentire un rinforzo delle capacità razionali, anche in funzione della successiva fase di reinserimento.

Il lavoro terapeutico si pone dunque il fine di riarmonizzare le diverse parti di E., di mitigare i suoi sogni fusionali irraggiungibili, gli ideali anarchici di stampo materno e di limitare il super-investimento che lo paralizza.

15 Marzo 2005

L., 21 anni, si presentò la prima volta al Servizio per le Tossicodipendenze due anni fa, accompagnato dalla mamma a seguito di un ricovero in ospedale, durante il quale gli esami ematici avevano rilevato la presenza di droghe, che sollecitava un approfondimento. La storia della tossicodipendenza inizia a 15 anni con l'uso di cannabinoidi per poi stabilizzarsi secondo modalità di policonsumazione, specialmente di sostanze psicotrope eccitanti ed empatogene, quali cocaina, anfetamine, ecstasy, allucinogeni, ed abuso di alcol. L. riferisce di non aver mai usato eroina, anzi sostiene che "i tossici sono solo quelli che si fanno le pere e mi fanno schifo!".

Questa esclamazione evidenzia l'incapacità di L. di riconoscere la sua tossicodipendenza e di non avere nessuna consapevolezza rispetto ai problemi ed ai rischi ad essa connessi. L'anamnesi personale denuncia precoci difficoltà scolastiche, dovute principalmente all'incapacità di L. di mantenere un comportamento corretto in classe. Fin dalle scuole medie è stato spesso sospeso e durante le superiori è stato espulso perché spacciava droga all'interno dell'Istituto.

L'interruzione degli studi non è coincisa con l'inizio di un lavoro stabile, ma con diverse e sporadiche esperienze occupazionali, interrotte precocemente.

Fino al Maggio del 2003 non presentava problemi evidenti con la giustizia, solo qualche segnalazione alla Prefettura. Questo dato sottolinea nuovamente che per L. la tossicodipendenza è secondaria rispetto ad uno stile di vita ben strutturato davanti al quale il ragazzo non presenta forti motivazioni al cambiamento.

Per questo motivo, infatti, i contatti con il suo Ser.T. di appartenenza sono stati intermittenti e sollecitati più dalle aspettative della madre, che non da un bisogno autentico di ricevere aiuto.

L'aggancio con il Servizio è diventato più costante allorché L. ha subito degli importanti procedimenti penali per spaccio di droga (anche a minorenni), rapina e ricettazioni. Su suggerimento dell'avvocato L. ha, infatti, richiesto una certificazione di tossicodipendenza per intentare la richiesta di misura alternativa alla detenzione. Si trova in carcere dall'Aprile del 2004, dopo aver scontato parte della pena agli arresti domiciliari. Questa misura restrittiva ha fatto lentamente emergere una difficile situazione familiare in cui le dinamiche relazionali risultano fortemente conflittuali.

La madre si presenta come una donna molto rigida, severa ed ansiosa; il padre, eterno adolescente, non sembra avere consapevolezza dell'entità dei problemi del figlio, a volte appare persino connivente, quasi a volersi garantirsi un'alleanza di L. contro la moglie. Nel nucleo familiare c'è poi un fratello minore, che spesso ha subito le prepotenze di L., rinforzando così le preoccupazioni e le angosce materne.

L'anamnesi psicologica sottolinea la superficialità di L., la sua incapacità di progettarsi e di vedere il futuro. Vive in modo anarchico, senza regole e senza la minima preoccupazione che le sue azioni possano avere delle conseguenze spiacevoli, anche sugli altri. Non presenta un senso morale strutturato, come se l'introiezione delle regole fosse deficitaria. Questi aspetti sono ribaditi dall'osservazione della personalità in stato detentivo; in carcere L. si presenta come "un bravo ragazzo", a cui è capitato un incidente di percorso. Non si rintracciano sensi di colpa o preoccupazioni

per i vissuti familiari, che vengono percepiti con indifferenza e freddezza. L'esame psicodiagnostico evidenzia poi delle carenze intellettive che spesso contribuiscono ad un esame di realtà compromesso, in cui solitamente vengono minimizzati i rischi, annullate le conseguenze ed auspicati desideri irraggiungibili. Il contro-transfert ribadisce quest'incapacità di entrare in relazione empatica e ritrae L. come un blocco granitico, difeso ed irraggiungibile.

La storia delle sue relazioni sentimentali è caratterizzata più da un "collezionismo" che non da un vero coinvolgimento emotivo, dove la ricerca di promiscuità predomina sul desiderio di una vicinanza affettiva. Gli unici elementi che paiono causargli una sofferenza sono di natura somatica, lamenta, infatti, disturbi fisici di vario tipo, nervosismo e ansia. Questi elementi convergono per un'ipotesi diagnostica di un disturbo di personalità antisociale, con elementi di narcisismo e di onnipotenza. La sua richiesta di misura alternativa solleva negli operatori il dubbio se L. sia in grado di seguire un programma, vista soprattutto la sua incapacità di percepirsi tossicodipendente e di accettare una presa in carico che non sia meramente strumentale.

In ogni caso il programma terapeutico non può esimersi dal considerare anche la famiglia che pare un nodo centrale nell'intricata matassa di questo caso.

L. è il frutto della relazione conflittuale tra i genitori dove il gioco delle alleanze reciproche impedisce la costituzione di un luogo di contenimento sicuro.

Il progetto terapeutico non può non considerare il coinvolgimento della famiglia, soprattutto in vista di un reinserimento di L. presso il suo nucleo.

La mediazione familiare deve puntare a rinforzare le consapevolezza, ad incentivare la possibilità di proporre delle regole coerenti e a ridimensionare la loro fretta risolutiva. I coniugi sembrano incapaci di proporre un sistema normativo coerente ed organizzato, in grado di fronteggiare ed arginare le prevaricazioni del figlio.

La madre, più volte minacciata da L., sembra piuttosto resistente a riprenderlo in casa ed anche il padre dimostra una certa ambivalenza, come se la relazione con L. fosse più strumentale che autenticamente affettiva.

La ricollocazione di L. nel nucleo familiare deve dunque seguire un processo lento e progressivo, che possa migliorare le dinamiche familiari e che sappia configurarsi come una meta da conquistare non come un fatto dovuto.

Questa gradualità deve essere garantita anche al percorso personale di L., l'immediato rientro in famiglia dovrebbe essere preceduto da un congruo periodo da trascorrere in regime di semi-libertà.

Questo tempo deve essere investito per impegnarsi in un'attività lavorativa in cui rispettare i vincoli imposti e promuovere auto-contenimento.

Questo periodo se trascorso con gli esiti auspicati può essere seguito da una fase di reinserimento presso una residenza protetta, in cui si possano verificare la "tenuta" e l'autonomia. L'esito di queste fasi può aprire la contrattazione per il rientro in famiglia ed eventualmente per un'ipotesi di trattamento comunitario, che possa stabilizzare le nuove competenze acquisite.

In tutto questo percorso L. dev'essere sostenuto da interventi di psicoterapia individuale, che possano favorire l'acquisizione di consapevolezza personali ed il miglioramento della sfera relazionale.

Il primo aggancio, vista la scarsa motivazione al trattamento, deve partire dall'unica sofferenza che L. lamenta e cioè l'ansia, cercando di collegarla a dei vissuti particolari. Il lato affettivo va approfondito, indagando se esiste la possibilità di un coinvolgimento emotivo significativo.

Uno dei punti di forza del trattamento psicoterapico dev'essere l'esplicitazione costante che le azioni hanno delle conseguenze, gli agiti dei rischi, in modo da favorire così processi di mentalizzazione.

Il *setting* deve costituirsi come un terreno solido e dai confini precisi, contenitivo ed incorruttibile.

La psicoterapia deve poi favorire un'attiva presa di coscienza ed una motivazione più intrinseca, meno legata a vantaggi secondari e orientata verso un protagonismo autentico.

LE MISURE ALTERNATIVE E SOSTITUTIVE ALLA DETENZIONE: ALCUNE EVIDENZE DI UNA RICERCA AL SER.T. DI VICENZA

Giuseppe Chemello*, Letizia Dal Santo**, Elisabetta Martini***

*Psicologo, Psicoterapeuta Ser.T. Vicenza

**Psicologa collaboratrice Ser.T. Vicenza

***Psicologa, Psicoterapeuta Ser.T. Vicenza

*Vivere o morire non ha più importanza
Se resto chiuso in una stanza.
L'anima ha bisogno d'aria. (A)
(da Voci dal carcere)*

5.1 PREMESSA

L'ultimo decennio di storia ha visto il diffondersi in tutta Europa di orientamenti politici penali incentrati sulla "reintegrazione" sociale della persona tossicodipendente e alcolodipendente detenuta (Giasanti, 2004). Questo fenomeno ha comportato, come necessaria conseguenza, lo spostamento del focus attentivo dalla fase interna a quella esterna dell'esecuzione della pena, dove il ruolo dei Servizi per le Tossicodipendenze e l'Alcolismo diviene fondamentale per l'attivazione di processi di cambiamento personale e di integrazione sociale. La ricerca, avviata presso il Ser.T. di Vicenza nel Novembre 2003, prende le mosse da questa nuova necessità osservativa, fotografando il fenomeno delle Misure Alternative e Sostitutive⁵⁸ (da questo momento MA) usufruite dai suoi utenti e da quelli della Sede di Noventa Vicentina dell'ULSS n° 6 in un periodo di tempo che va da Gennaio 2003 a Dicembre 2004. Questo studio, pur non ambendo a caratteristiche di "rilevanza scientifica"⁵⁹, si pone lo scopo di indagare il fenomeno MA, evidenziandone gli aspetti salienti, la complessità ed i nodi problematici in relazione alla pratica clinica. Da tempo, infatti, ci si sta interrogando come operatori sanitari sull'efficacia dei programmi terapeutici-riabilitativi "obbligatori", legati ad esempio ad una MA, per persone tossicodipendenti e alcolisti che, per le caratteristiche peculiari della patologia stessa, sono difficili di per sé da trattare e presentano una limitata tolleranza all'Autorità e al vincolo⁶⁰. Cosa

Note

58. "Le Misure alternative alla detenzione si sono affermate come provvedimenti rivolti al tempo stesso ad evitare del tutto al soggetto condannato l'esperienza del carcere, o almeno a ridurne la durata - controllando così gli effetti indesiderati e i costi della detenzione - e a permettere comunque un trattamento del soggetto condannato" (Solivetti, 2003, p.70).

59. Camaioni (1979) pone in evidenza come la rilevanza scientifica sia legata all'incremento della conoscenza psicologica, mentre la rilevanza sociale si riferisce all'utilizzo che di tale conoscenza può essere fatto per incidere significativamente sulla realtà.

60. Si veda il progetto "QCT Europe - il trattamento obbligatorio e quasi obbligatorio in Europa", finanziato dalla Commissione Europea per un triennio a partire dal 2002, il cui coordinamento è affidato all'Istituto Europeo dei Servizi Sociali dell'Università di Kent (GB). A tale progetto partecipano sei paesi (Gran Bretagna, Olanda, Austria, Svizzera, Italia e Germania); obiettivo è quello di favorire un approccio europeo, basato su evidenze scientifiche, al tema dei trattamenti obbligatori o semi-obbligatori per tossicodipendenti che commettono reati (Quasi compul-

succede, allora, quando un soggetto tossicodipendente o alcolista, per scontare la pena di un reato commesso, chiede un programma terapeutico-riabilitativo al Ser.T. al fine di ottenere una MA, invece di andare o restare in carcere? Cosa succede una volta avviato il programma? Quali sono le variabili significative che incidono sull'esito delle MA stesse? Per rispondere a queste domande si è studiato un campione, la cui relativa esiguità (N = 71) non potrà portare a dei risultati diffondibili su larga scala, ma recherà in ogni caso del materiale su cui riflettere e su cui eventualmente costruire strumenti più idonei, ad esempio per individuare delle buone prassi operative tra i vari agenti coinvolti nelle MA (Ser.T., Magistratura di Sorveglianza, CSSA, CT ecc.). Questo studio empirico ha dunque lo scopo di costituirsi come un "elemento di letteratura" (Carli, 1997), la cui produzione è finalizzata alla promozione e alla divulgazione dell'argomento trattato. Da più parti, infatti, sta emergendo un dibattito tra pena e riabilitazione, tra custodia e trattamento, argomenti che in questo momento storico interessano varie Istituzioni. Il grande ambito delle MA, infatti, (più di 120.000 ad oggi) e in modo particolare quelle che coinvolgono persone con dipendenze patologiche è un banco di prova, un momento di confronto e scambio tra operatori socio-sanitari dei servizi e del privato sociale e personale penitenziario e del mondo della giustizia.

5.2 ANALISI DESCRITTIVA

Individuazione del campione

La prima fase della ricerca è consistita nel ricavare dal protocollo ufficiale delle due Sedi (Ser.T. di Vicenza e Ser.T. di Noventa), il carteggio intercorso tra il Servizio ed i principali organi giudiziari (CSSA, Magistratura di Sorveglianza, avvocati...) nel periodo summenzionato, per individuare quei casi che, in qualche modo, avevano a che fare con una pratica di MA. Da quest'analisi sono stati individuati 71 utenti in due anni di attività (2003/2004) in cui sono stati trattati complessivamente tra le due Sedi circa 1700 persone. Più precisamente, in un anno, le persone che chiedono una misura alternativa o sostitutiva al carcere nel Territorio considerato, rappresentano una percentuale pari al 2% del totale degli assistiti e pari al 5% dei soggetti trattati in carcere⁶¹.

Dati anagrafici

La ricerca è proseguita con l'elaborazione dei dati anagrafici riguardanti gli utenti coinvolti. L'obiettivo era quello di rintracciare delle caratteristiche ricorrenti e significative che potessero approntare un "ipotetico identikit" del soggetto coinvolto in MA. Da quest'analisi sono emersi i seguenti dati:

1) per quanto riguarda il sesso, come si vede dalla tabella n° 1, il rapporto maschi/femmine del campione segue l'andamento rilevato dalla letteratura esistente a livello nazionale (pari al 86.6% per i maschi e al 13.4% per le femmine) e quello dell'utenza in carico al Servizio (pari all'84% per i maschi e al 16% per le femmine).

Note

sory and compulsory treatment - QCT) (Berto durante il seminario "Carcere e Tossicodipendenze - i confini della responsabilità e l'integrazione degli interventi" tenutosi il 19 e 20 Maggio 2005 a Padova).

61. Il vincolo, secondo Grosso, (da un seminario interno al Ser.T. di Vicenza, sulle misure alternative, 16 Dicembre, 2004) rappresenta una possibile risorsa in quanto costituisce un raccordo con il piano di realtà da contrattare con la persona. Pertanto investire sul carcere significa investire sul vincolo giuridico e sulla continuità della relazione operatore-utente.

TABELLA N° 1

Sesso	M	F	Totali
Ser.T. di Vicenza	60	7	67
Ser.T. di Noventa	4	0	4
Totali	64(90%)	7 (10%)	71

2) Questo campione è costituito da persone tutte di nazionalità italiana e questa caratteristica non è rappresentativa della popolazione in carico al Servizio, in quanto, in un anno, vi è un 21% di utenti di nazionalità extra-comunitaria.

3) Il dato sulla droga primaria nel gruppo dei 71 utenti si suddivide in questo modo:

- 57 utenti usano eroina;
- 10 utenti usano altre sostanze psicoattive (4 cocaina, 3 cannabinoidi, 2 ecstasy, 1 benzodiazepine)⁶²;
- 4 utenti abusano alcol.

4) L'età anagrafica al momento di MA si stabilizza su una media di 39 anni con un minimo di 22 anni ed un massimo di 53.

5) Il periodo di presa in carico, cioè il tempo intercorso tra il primo contatto con il Servizio e l'attuale MA, si attesta su una media di 6 anni, con un minimo di qualche mese ed un massimo di più di 20 anni.

6) Il grado d'istruzione degli utenti, di cui era noto il dato (68 su 71), si suddivide in questo modo:

- 44 utenti hanno la Licenza di Scuola Media Inferiore;
- 13 utenti hanno la Licenza Elementare;
- 8 hanno l'attestato di frequenza a Scuole Professionali;
- 2 hanno il Diploma delle Scuole Medie Superiori;
- 1 utente ha il Diploma di Laurea⁶³.

7) L'occupazione professionale (nei 55 casi in cui il dato era noto) si configura così:

- 27 utenti risultano disoccupati;
- 18 hanno un lavoro stabile;
- 8 sono economicamente inattivi (invalidi, pensionati...);
- 2 hanno un'occupazione saltuaria.

8) Per concludere la descrizione del campione, si è ritenuto utile analizzare anche le variabili relative alla sfera familiare ed affettiva in quanto dalla letteratura si evince che sono determinanti nella possibilità di recupero⁶⁴.

Il 71% degli utenti afferma di non avere un legame sentimentale stabile, mentre il 29% dichiara di avere un partner fisso.

Note

62. Questi dati testimoniano il fatto che, sebbene l'eroina rimanga ancora la sostanza più diffusa (in questo studio la percentuale arriva all'80%) l'area del consumo si sta fortemente diversificata.

Questo recente fenomeno viene spiegato alla luce di due tendenze principali: la prima si fonda sulle nuove strategie nel narcotraffico che sempre più immettono nel mercato nuove droghe prestazionali, (ecstasy, anfetamine...), fortemente empattogene, destinate al mondo del divertimento. La seconda è motivata da nuove consapevolezza circa i rischi dell'uso di eroina e da una difficoltà, riscontrabile specialmente nei giovani, di identificarsi nella figura dell'eroinomane, ritenuto un "perdente", un "emarginato", un "vero tossico" (Grosso, 2004).

63. Questi dati confermano l'ipotesi che l'abbandono ed il fallimento scolastico siano fattori di rischio nello sviluppo di un percorso tossicomane (Ravenna, 1997).

"Uno scarso coinvolgimento in quest'ambito aumenta la probabilità di uno scarso rendimento, cui seguono insuccesso e marginalità. Questi elementi incoraggiano la ricerca di percorsi alternativi per ottenere considerazione e sui cui fondare la propria identità..." (Dal Santo, 2005 p.35).

64. Come afferma Marina Valcarengi (2005) "E' proprio la cesura con il mondo degli affetti a colpire più di ogni altra cosa la personalità già sofferente dei carcerati". Inoltre, come sostiene Ornella Favero (2005) "Tutte le ricerche mostrano che se un detenuto ha una rete solida di rapporti affettivi, corre molti meno rischi di tornare a commettere reati".

16 utenti dichiarano poi di avere figli e precisamente 12 hanno un figlio unico, mentre 4 hanno 2 figli.

Andamento delle MA

Successivamente l'analisi dei dati è proseguita prendendo visione delle cartelle cliniche degli utenti per ricostruire l'andamento di MA. Questa fase è stata lunga e laboriosa, in quanto una delle principali difficoltà è consistita nel rintracciare tutti gli elementi del percorso penale del soggetto, annettendoli poi alla sequenza degli interventi socio-sanitari praticati. Dall'analisi delle cartelle cliniche sono emerse le seguenti condizioni:

1) per quanto riguarda la condizione al momento della domanda di MA 37 utenti erano liberi e 34 avevano fatto richiesta da detenuti, di cui 3 erano agli Arresti Domiciliari.

2) La maggior parte delle persone sono recidive (hanno cioè riportato più di una condanna nella loro storia penale), con una percentuale pari all'87%⁶⁵.

3) Per quanto riguarda l'entità della pena, questa è stata suddivisa in quattro categorie, in cui vi era il seguente numero di soggetti:

- a) <= 1 anno = 19 soggetti;
- b) <= 2 anni = 19 soggetti;
- c) <= 3 anni = 9 soggetti;
- d) <= 4 anni = 13 soggetti.

Pertanto si evince che dei 60 utenti di cui il dato era noto, il 63% aveva una pena inferiore a 2 anni e il 22% entro il limite dei quattro anni.

4) I programmi terapeutici proposti dal Ser.T. di Vicenza per la concessione di una MA, sono stati suddivisi in residenziali ed ambulatoriali. Precisamente:

a. nei Programmi Residenziali sono stati inseriti quelli delle Comunità Terapeutiche Convenzionate (CT) e quelli attuati presso la Comunità Terapeutica Diurna, gestita dal Ser.T. di Vicenza (CTD).

b. nei Programmi Ambulatoriali sono state inserite tre tipologie:

TIPO 1: solo trattamento psicologico con controllo dei liquidi biologici;

TIPO 2: trattamento integrato farmacologico (es. con eventuale terapia sostitutiva a scalare) e psicologico con controllo dei liquidi biologici;

TIPO 3: trattamento integrato come sopra, con in più inserimento lavorativo presso le Cooperative Sociali Convenzionate.

La maggior parte dei programmi presentati è di tipo residenziale (42 casi in CT e 3 in CTD, pari al 63%), il restante si è suddiviso in 11 casi con Programma ambulatoriale di TIPO 2, 8 casi con Programma ambulatoriale di TIPO 1 e 7 casi con quello di TIPO 3. Di queste richieste, il 93% dei programmi proposti di tipo residenziale è stato accettato dal Magistrato di Sorveglianza, mentre è stato accettato solo il 77% di quelli ambulatoriali, indistintamente per il TIPO 1, 2, 3⁶⁶.

Note

65. Questo dato è di molto superiore a quanto osservato da Beltramini, Bersani (Beltramini, Bersani, 2003, da una ricerca sulle Misure Alternative svolta presso il Ser.T. di Legnago, VR): il 32% del loro campione ha riportato più di una condanna. Questo dato viene così commentato: "E' una percentuale significativa che viene messa in relazione con una peculiare caratteristica della tossicodipendenza, rappresentata dalla ricaduta... non solo con le sostanze psicoattive ma anche con la reiterazione di nuovi reati" (p.4), vedi anche il concetto di "doppia ricaduta" introdotto da Grosso, nota 69.

66. Questi dati confermano la tendenza da parte delle Magistrature di Sorveglianza a privilegiare i programmi residenziali in quanto considerati come garanzie di maggior contenimento e protezione. "... La somma delle prescrizioni che contraddistinguono l'esecuzione del programma residenziale è congegnata in maniera tale che praticamente la Comunità si sostituisce in un primo momento al carcere... e c'è un'ampia delega da parte nostra (Tribunale di Sorveglianza ndr) alle decisioni che i responsabili di Comunità intendono assumere..."

5) Gli esiti finali al termine del 2004 sono stati suddivisi in questo modo:

- 27 MA in corso;
- 20 MA concluse;
- 13 MA revocate;
- 10 MA rigettate;
- 1 MA interrotta per decesso.

Nella tabella seguente sono riportati i dati degli esiti per le diverse MA:

TABELLA N° 2

ESITI DI MA

MA	a) Rigettate	b) Concluse	c) Revocate	d) In corso	Interrotta x decesso	Totali
Affidamento (art.94) ⁶⁷	7	6	3	12	1	29
Sospensione pena ⁶⁸	1	1	3	2	0	7
Detenzione Domiciliare ⁶⁹	0	7	4	10	0	21
Arresti Domiciliari ⁷⁰	2	5	2	3	0	12
Obblighi di Firma	0	1	0	0	0	1
Obbligo Firma/Dimora	0	0	1	0	0	1
Totali	10	20	13	27	1	71

Per i quattro sottogruppi evidenziati (a, b, c, d) dalla tabella n° 2, sono state analizzate le caratteristiche principali:

a) i rigettati, quelli cioè che non hanno avuto l'approvazione della MA da parte del Tribunale di Sorveglianza (il 70% aveva richiesto l'Affidamento in prova, in maggioranza con un programma di tipo ambulatoriale), sono 10 soggetti, tutti recidivi (pari al 100%), che al momento della domanda erano prevalentemente in carcere (8 su 10) e tutti avevano una pena da scontare superiore all'anno. I principali motivi per il rigetto della domanda di MA sono stati: "programma non idoneo e/o non sufficiente" "pericolosità sociale dell'imputato" e "non idoneità ad usufruire della MA" (ad esempio perchè l'imputato non era considerato tossicodipendente).

Note

Il programma ambulatoriale è praticamente una scatola vuota, se non si associa all'espletamento di un'attività lavorativa... (Pavarin, Magistrato Tribunale di Sorveglianza, p.109) Comunità si sostituisce in un primo momento al carcere... e c'è un'ampia delega da parte nostra (Tribunale di Sorveglianza ndr) alle decisioni che i responsabili di Comunità intendono assumere... Il programma ambulatoriale è praticamente una scatola vuota, se non si associa all'espletamento di un'attività lavorativa... (Pavarin, Magistrato Tribunale di Sorveglianza, p.109)

67. L'affidamento in prova ai Servizi Sociali prende ispirazione dalla misura britannica della probation. Si tratta di una misura disposta dal Tribunale di Sorveglianza e può essere concessa ai condannati con una pena (o residuo di pena) inferiore ai tre anni (art. 47) o inferiore ai quattro anni se si tratta di soggetti tossicodipendenti o alcolodipendenti (art. 94).

68. La sospensione condizionale della pena può essere concessa nel momento della prima condanna quando la pena non supera i due anni. Se nei cinque anni successivi non subentrano nuove condanne la pena si estingue, in caso contrario si somma a quella/e nuove. La sospensione della pena, così come l'amnistia e l'indulto, ha un forte effetto deflattivo, volto a limitare in modo rilevante gli ingressi in carcere (Solivetti, 2003).

69. La Detenzione Domiciliare (art.47-ter Ordinaro penitenziario) è una misura introdotta soltanto nel 1986. L'introduzione di modifiche successive ha reso possibile, dal 1998 in poi, la concessione di tale MA a tutti i condannati con pene inferiori a due anni (Detenzione ordinaria). La misura prevede poi l'applicabilità in condizioni particolari (donne in stato di gravidanza o con figli di età inferiore a dieci anni, condannati in precarie condizioni di salute, condannati anziani con problemi di inabilità...). Per gli appartenenti a queste categorie la Detenzione Domiciliare può sostituire una pena detentiva fino a quattro anni. (Solivetti, ibidem).

70. Gli Arresti Domiciliari, come le altre misure sostitutive (obbligo di dimora, obbligo di firma...) costituiscono un dispositivo di custodia attenuata. Rappresenta una forma di controllo più blanda rispetto alla carcerazione preventiva che, in ogni caso, non può prolungarsi oltre certi termini, commisurati al reato contestato (estratto dal sito www.ristretti.it).

b) I soggetti che hanno concluso MA (tra cui prevalgono le Detenzioni Domiciliari e gli Affidamenti in prova) sono 20 e si distribuiscono secondo le seguenti modalità: il 65% ha terminato un programma di tipo residenziale, quasi tutti sono recidivi (19 su 20), il 60% ha chiesto MA da libero e, per i casi di cui era noto il dato, l'80% aveva una pena inferiore ai due anni.

c) Dall'analisi dei 13 casi revocati si sono evidenziate le seguenti condizioni: il 77% dei soggetti stava svolgendo un programma residenziale in CT al momento del *drop-out*, 12 persone erano recidive e di queste il 77% avevano fatto richiesta di MA dal carcere⁷¹. Le revoche di MA (che si distribuiscono quasi equamente tra le varie tipologie, come si vede nella tabella sopra) sono state causate da una violazione alle prescrizioni dell'ordinanza e precisamente: autodimissioni dalle Comunità Terapeutiche, ricaduta con le sostanze e/o in atti delinquenziali⁷². A livello temporale i *drop-out* si collocano prevalentemente dopo un anno di MA in CT (9 su 10) e il 78% dei *drop out* in CT avevano una pena inferiore ai 2 anni.

d) Per quanto riguarda le MA in corso (prevalentemente Affidamenti in prova e Detenzioni Domiciliari) i soggetti sono 27; questi si suddividono così: il 67% sta svolgendo un programma di tipo residenziale, sempre il 67% era libero al momento della domanda di MA e, nei casi in cui il dato è noto, 15 avevano una pena inferiore ai due anni e 10 una pena superiore.

Nel primo gruppo dei 15 casi in corso, il 53% sta svolgendo la MA per un periodo a lungo termine, superiore cioè ai due terzi della pena e 7 di questi 8 soggetti stanno svolgendo un programma di tipo ambulatoriale. Nel secondo gruppo dei 10 casi, l'efficacia di MA a lungo termine si attesta in una percentuale pari al 30% e 8 soggetti dei 10 considerati stanno svolgendo un programma residenziale.

5.3 ANALISI INFERENZIALE⁷³

La parte descrittiva del campione, appena terminata, testimonia come ogni indagine venga attuata per dare risposta ad alcuni quesiti che affollano la mente del ricercatore. La selezione dei dati sopra esposti è stata dunque guidata dall'utilità che questi potevano apportare nel rispondere alle domande che susseguivano man mano che ci si addentrava nel fenomeno MA.

L'aspetto descrittivo di questo studio si lega strettamente alla parte inferenziale, rappresentandone il primo momento di formulazione di ipotesi interpretative.

Un'attenta osservazione delle variabili selezionate ha generato l'ipotesi che queste potessero distribuirsi in modo significativamente diverso rispetto ad alcuni criteri; ad esempio ci si è chiesti se la tipologia di programma (residenziale vs ambulatoriale)

Note

71. La condizione al momento della richiesta di MA pare essere una variabile significativa per l'esito della misura stessa. Per ulteriori approfondimenti si veda l'analisi inferenziale successiva.

72. Questo fenomeno richiama il concetto di Doppia Ricaduta: "...solitamente la prima forma di ricaduta è quella che riguarda il mondo della delinquenza e la ricerca del soldo facile. In un percorso alternativo alla detenzione è quindi auspicabile monitorare costantemente l'astensione delinquenziale e valutarne i miglioramenti, perchè se la ricaduta con le sostanze stupefacenti non determina la seconda, non è vero il contrario" (Grosso, 2004, intervento ad un seminario sulle Misure Alternative, Vicenza, 16 Dicembre).

73. Si specifica che "...la statistica descrittiva consente di ottenere la descrizione di un campione in termine di variabili, o combinazione di esse, scelte dal ricercatore in base agli obiettivi dello studio in atto [...] mentre per statistica inferenziale si intende quella parte della statistica che si occupa della verifica probabilistica delle ipotesi..." (Areni, Ercolani, Scalisi, 1994, pp.18 e 23).

potesse incidere in modo evidente sugli esiti di MA. Il test utilizzato è stato il *chi-quadrato*, una tecnica non-parametrica che consente l'analisi delle frequenze del campione⁷⁴. Tra tutte le variabili indipendenti scelte (tipologia di programma e di MA, entità della pena, condizione al momento della domanda, età dei soggetti al momento di MA, periodo di presa in carico e droga primaria) solo due incidono significativamente sulla variabile dipendente rappresentata dagli esiti di MA (rigetto, conclusione, revoca, in corso). Precisamente:

1) la condizione al momento della richiesta di MA, l'essere cioè libero o detenuto quando si presenta l'istanza per una MA, incide sul risultato della misura stessa (Chi quadrato di Pearson = 9,27; alfa = 0,026).

In particolare, si evince che nei casi in cui c'è stato il rigetto o la revoca di MA prevalgono i soggetti detenuti. Questo dato fa supporre che vi sia una condizione di gravità e/o cronicità del caso tali da compromettere sia l'accettazione della misura da parte del Tribunale di Sorveglianza, che il proseguimento della stessa, data la forte probabilità di un'interruzione seguita dal rientro in carcere.

2) L'entità della pena (per i 60 casi di cui il dato era noto) incide sugli esiti globali di MA (Chi-quadrato del rapporto di verosimiglianza⁷⁵ = 17,5; alfa = 0,04).

In particolare, tanto più lunga è la pena tanto più alta è la probabilità che venga rigettata la misura. Inoltre, al variare dell'entità della pena, si modifica anche la probabilità di revoca di MA, precisamente chi ha pene inferiori ai due anni sembra essere più esposto al rischio di un'interruzione della misura con rientro in carcere.

Ripetendo, infine, la stessa analisi inferenziale tenendo conto solo degli esiti conclusi vs revocati non è stata trovata alcuna significatività tra le variabili indipendenti sopra citate e la variabile dipendente "esiti". Addirittura, a parità dell'entità della pena, né i programmi terapeutici né le MA incidono significativamente sugli esiti conclusi vs revocati, il che fa pensare, ad esempio, che non vi sia un metodo "standard" nell'assegnare i programmi terapeutici e che sia necessario migliorare, alla luce anche di questi dati, le prassi decisionali e operative per le MA.

CONCLUSIONI

Pur considerando i limiti di questo studio (esiguità del campione e finestra osservativa di due anni), si possono trarre alcune conclusioni finali:

1) il campione individuato dalla ricerca è caratterizzato da persone prevalentemente di sesso maschile, tossicodipendenti eroinomani, per la maggioranza quarantenni recidivi, da tempo in carico al Servizio e tutti di nazionalità italiana.

L'*identikit* della persona in MA è quello allora di un soggetto che ha una certa storia tossicomana e penale alle spalle, il che dà l'idea di una condizione prevalentemente di gravità e/o di cronicità (il cosiddetto "zoccolo duro", che entra ed esce dal

carcere...) che di per sé pesa sull'efficacia dei trattamenti terapeutici, tanto più quando sono parte di una MA, con tutte le implicazioni e vincoli annessi.

Infine, se per certe caratteristiche anagrafiche il campione è rappresentativo della popolazione afferente al Servizio, per l'ultima, quella della nazionalità, esso non lo è più. Infatti, non è rappresentativo di quella nuova fetta di utenza (pari al 21% in un anno) costituita da extra-comunitari, che afferiscono al Ser.T. per problemi di tossicodipendenza o alcolismo, soprattutto, attraverso il carcere. Ciò induce a riflettere sul perché tra i soggetti del campione in MA non vi siano stranieri, che, pur avendone diritto al pari degli altri in quanto "certificati" come soggetti tossicodipendenti o alcolisti, non vi accedano. Probabilmente, sembrano esservi, da un lato, problemi di tipo "strettamente" personale (mancanza d'informazione, di disponibilità a reperire risorse come una casa o un lavoro, di risorse familiari ...), dall'altro, sembrano esservi difficoltà di tipo istituzionale (mancanza di formazione sulle nuove problematiche poste da questo tipo di utenza e di conseguenza di programmi terapeutici ad hoc).

2) Il fenomeno delle MA all'interno del Servizio per le Tossicodipendenze e l'Alcolismo dell'ULSS n° 6 di Vicenza (nelle due Sedi di Vicenza e Noventa Vicentina) sembra avere un peso "quantitativo", in termini di carico di lavoro, limitato (pari al 2% del totale). Tuttavia, dal punto di vista "qualitativo", proprio per la tipologia degli utenti in MA e per l'andamento di queste, che non è sempre lineare e semplice (vedi le possibili interruzioni dei programmi, che hanno come conseguenza una valutazione da parte del Tribunale di Sorveglianza per l'eventuale revoca...) il fenomeno porta con sé un carico emotivo elevato per i vari "attori" coinvolti.

3) Gli esiti di MA nel campione studiato sembrano essere legati a due variabili indipendenti e, precisamente, alla condizione al momento della richiesta della misura (l'essere libero o detenuto) e all'entità della pena.

Questi dati inducono a riflettere sul fatto che la MA sembra avere un valore diverso a seconda della sua durata e della condizione di partenza del soggetto. Se sotto i 2 anni, tendenzialmente, la MA è vissuta più come un "tempo legislativo", per cui la persona, specie se proveniente dal carcere, è meno motivata ad investire per un cambiamento e vi è una minor disposizione a rispettare le prescrizioni e i limiti di un programma terapeutico residenziale (la frase tipica di un soggetto a cui è stata revocata una MA è "per un tempo così breve, tanto vale stare in carcere che non alle regole della CT")⁷⁶. Dai 2 ai 4 anni, la MA sembra diventare più un "tempo terapeutico" in quanto vi è uno spazio per "... un'elaborazione e una condivisione sul significato della misura e quindi sulle possibili conseguenze." (Beltramini, Bersani, ibidem, p.4). Il problema si apre alla complessità in quanto, come sostiene Gustavo Sergio, Procuratore della Repubblica, esiste una distinzione tra pena e riabilitazione, dato che i tempi della giustizia non sono i tempi della terapia. La Giustizia ha a che fare

Note

74. Nel test del Chi quadrato: "...si calcolano le frequenze teoriche, ossia quelle che si otterrebbero se l'ipotesi nulla fosse vera e la frequenza osservate, cioè quelle ottenute dalle rilevazioni dei dati. Si verifica poi se tra le due distribuzioni esiste una differenza significativa. L'entità di tale differenza viene valutata mediante una misura la cui distribuzione è conosciuta e tabulata..." (Areni, Ercolani, Scalisi, 1994, p.74).

75. "Trattasi di una statistica della bontà di adattamento simile al Chi quadrato di Pearson. Il vantaggio di questo test sta nel fatto che può essere suddiviso in parti distintamente interpretabili che vanno a formare il totale" (da guida in linea del programma SPSS for Windows).

76. "...La dimensione temporale con pazienti tossicodipendenti ha da tempo rappresentato un tema principale... Lavorare con i tossicodipendenti vuol dire essere disposti ad affrontare i tempi che essi stessi impongono, significa essere consapevoli che ci si dovrà scontrare con le interruzioni e le riprese della relazione terapeutica, con l'urgenza e l'emozione che il paziente tossicodipendente esprime e scatena in chi l'assistente: cioè, con i suoi "ritmi alterati"...

(Ciò) impedisce la costruzione di un'alleanza terapeutica..." (Merlino, 2003, pp. 31/32).

L'alterazione del vissuto temporale nei soggetti con dipendenza patologica, viene ben delineata dalle parole di Kimura "...si tratta di una temporalità puntiforme, istante per istante nel presente, un essere assorbiti nell'immediatezza...essere nel tempo della continua immediatezza della festa (intra festum) con tutti i suoi capricci, inconsistenze, instabilità ed imprudenze, vuol dire allora tentare di riempire il vuoto, la noia e la disperazione dell'esistenza..." (Kimura, in Rossi Monti, 2001).

Note

con un delitto, quindi con un comportamento; la cura ed il trattamento hanno a che fare con i bisogni della persona. Nella formula "riabilitazione della pena", si annida un grosso equivoco: nella pena c'è uno stato di passività che ha a che fare con il subire la punizione (come diceva M. Foucault, in queste situazioni vi è una tendenza della coercizione ad espandersi dal corpo all'anima). Nel rapporto terapeutico, invece, vi è una qual forma di attività di scelta di un rapporto fiduciario atto ad orientare un percorso di responsabilizzazione (Sergio, 1998). La condizione di partenza al momento della richiesta di MA sembra incidere sull'esito della stessa perché è collegata alla motivazione del soggetto. Se, infatti, il richiedente si trova in stato detentivo, il bisogno "urgente" di uscire dal carcere prevale sull'esame di realtà dei vincoli e delle difficoltà che una MA comporta. In questo senso pare che, il tossicodipendente e l'alcolista che deve scontare una pena detentiva, sopravvaluti le proprie capacità di riuscita, sottostimi le reali difficoltà di MA e strumentalizzi la motivazione al cambiamento⁷⁷. Pertanto, questo dato suggerisce la necessità di "dilazionare l'urgenza" della domanda al fine di valutare le caratteristiche della persona riorientandola ad un esame di realtà obiettivo. Infine, nasce l'esigenza di pensare per ogni caso di richiesta di MA ad una griglia interpretativa (possibilmente per arrivare ad un metodo standard decisionale ed operativo per le MA, altamente individualizzato, specie per la stesura del programma⁷⁸), che tenga conto sia degli aspetti penali strettamente incidenti sul possibile esito della stessa, che di quelli relativi alla persona in relazione alla sua condizione di gravità e/o cronicità (a partire cioè dalla diagnosi delle risorse individuali alla valutazione della sua rete familiare e sociale). Questa necessità pare rispondere al monito di Georg Christoph Lichtenberg: "Bisogna obbligare gli uomini secondo la loro maniera, non secondo la nostra...".

Un ringraziamento particolare al dott. Leopoldo Grosso per i preziosi suggerimenti forniti.

BIBLIOGRAFIA

- Areni, A., Ercolani, A.P., Scalisi, T.G. (1994) *Introduzione all'uso della statistica in Psicologia*. Milano: Ed. LED.
- Beltramini, M.A., Bersani, N. (2003) *L'esperienza delle Misure Alternative e Sostitutive al Ser.T. di Legnago*. Ser.T. di Legnago (Vr).
- Dal Santo L. (2005) *La piaga della tossicodipendenza si annida dietro la vulnerabilità*. In *Fare impresa*, 11 Febbraio 2005.
- Favero, O. (2005) intervistata da Valentina Pigmei *L'amore in carcere-Baci rubati-Rassegna stampa in www.ildue.it (Net Magazine di San Vittore)*.
- Giasanti, A. (a cura di) (2004) *Le misure alternative al carcere*. Milano: Franco Angeli.
- Grosso L. (2002) *Carcere e Territorio. La rete dei servizi: modelli possibili*. In Berto, D. (a cura di) *Tossicodipendenze e carcere*. Padova: Papergraf.
- Merlino, M. (2003) *Le immagini del tempo. Clinica di frontiera in un servizio pubblico per le tossicodipendenze*. In *Studi Junghiani*, n° 18, Luglio-Dicembr, 2003.
- Pavarin, G.M. (2002) *Programmi di trattamento nelle Misure Alternative*. In Stivanello, A. (a cura di) *Tossicodipendenza e Carcere Progetto Teseo*. Padova: Società Cooperativa Tipografica.
- Ravenna, M. (1997) *Psicologia delle tossicodipendenze*. Bologna: Il Mulino.
- Ravera, R.(2004) *Carcere e dipendenza patologica*. Comunicazione convegno Droga, carcere, cure . La Spezia , Novembre 2004
- Rossi Monti, M. (2001) (a cura di) *Percorsi di psicopatologia. Fondamenti in evoluzione*. Milano: FrancoAngeli.
- Sergio, G. (1998) *Giustizia e tossicodipendenza: anello debole della catena terapeutica? Implicazioni etiche, terapeutiche e medico-legali dell'intervento pedagogico riabilitativo*. Convegno svoltosi a Venezia il 18 – 19 Novembre, 1998.
- Solivetti, L.M. (2002) *Il sistema penitenziario italiano. Dati e analisi*. Pubblicato dal Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio Studi Legislazione e Rapporti Internazionali.
- Valcarengi, M. (2005) intervistata da Valentina Pigmei *L'amore in carcere-Baci rubati-Rassegna stampa in www.ildue.it (Net Magazine di San Vittore)*.

Note

77. Bisogna considerare anche che i livelli di cambiamento attivabili all'interno del contesto penitenziario sono limitati e la correlazione tra disturbi da dipendenza e detenzione è molto complessa. Il carcere può essere definito come blocco del sistema adattivo ed emozionale. Una ricerca evidenzia infatti come gli atteggiamenti di rivendicazione, tipici dell'addiction, attivati da una mancanza di riscontri nell'area dell'affettività e da una forma di congelamento emotivo, vengono esasperati in carcere (Ravera, 2004).

78. "L'entità della pena condiziona in qualche modo la stesura del programma sulla base delle indicazioni fornite dal Tribunale di Sorveglianza: entro i due anni circa per un programma terapeutico per un programma ambulatoriale, con una pena superiore per un programma comunitario." (Beltramini, Bersani, ibidem, p.3).



TERZA PARTE

**LA PRESA IN CARICO DELLE PERSONE TOSSICODIPENDENTI
ED ALCOLDIPENDENTI NELLE CARCERI VENETE:
ANALISI DELLE RISORSE E ASPETTI ORGANIZZATIVI**



LA PRESA IN CARICO DELLE PERSONE TOSSICODIPENDENTI ED ALCOLDIPENDENTI NELLE CARCERI VENETE: ANALISI DELLE RISORSE E ASPETTI ORGANIZZATIVI.

Stefania Gasparotto*, **Nicoletta Parise****, **Luca Zoncheddu*****

** Psicologa Psicoterapeuta collaboratrice Ser.T. Vicenza*

*** Ricercatore statistico*

**** Educatore professionale Ser.T. Vicenza*

Ricerca svolta con la collaborazione dell'Osservatorio Regionale sulla Popolazione Detenuta e in Esecuzione Penale Esterna

ORIGINE DELLA RICERCA E IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Le indicazioni promosse nel T.U. 309/90 e nel D. Lgs. 230/99 hanno favorito una radicale riforma delle funzioni sanitarie relative alla prevenzione e all'assistenza alle persone tossicodipendenti e alcolodipendenti in ambito penitenziario. In particolare dal 2000, con il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale di alcune competenze, si assiste allo sviluppo di Servizi socio-sanitari nel trattamento dei soggetti con patologie alcol-droga correlate detenuti. Le prestazioni sanitarie specialistiche regolamentate dall'art. 96 del D.P.R. n. 309/90, non possono prescindere da azioni di collaborazione e d'intesa con gli Istituti di Prevenzione e Pena e con i Servizi sanitari interni. Il diritto alle cure e all'assistenza psicosociale all'individuo tossicodipendente e alcolodipendente recluso rappresenta il punto di convergenza delle azioni dei diversi soggetti istituzionali coinvolti. Il periodo detentivo è ritenuto una fase che può assumere in sé potenzialità di cambiamento dove, oltre al diritto alla salute, deve essere favorito il mantenimento o l'avvio di programmi di trattamento e riabilitazione. A tale scopo risultano importanti le prescrizioni organizzative fornite al sistema penitenziario di identificare strutture autonome riservate ai tossicodipendenti e di realizzare al contempo reparti ad hoc per la cura e la riabilitazione delle persone con problematiche di dipendenza patologica. I principi innovativi enunciati dalla normativa vigente hanno promosso una ridefinizione e riprogrammazione dell'attività rivolta a soggetti reclusi con tali patologie da parte del Sistema Sanitario Penitenziario e delle Unità Locali. L'indagine si propone, a partire dalla rilevazione del quadro assistenziale e prestazionale presente, mediante l'acquisizione e la messa a disposizione di dati quantitativi e qualitativi, di dare indicazioni generali sull'assetto organizzativo ed operativo al fine di promuovere il superamento di logiche frammentarie, non senza tener conto della specificità e peculiarità dei diversi contesti carcerari. Già nel Protocollo tra Ministero di Giustizia e Regione Veneto, sottoscritto nel 1988 e nelle successive revisioni dell'Aprile 2003, si esplica la volontà

di una collaborazione interistituzionale che disciplini la realizzazione di programmi di intervento condivisi rivolti alla territorializzazione della pena, all'assistenza sanitaria e socio-riabilitativa ai soggetti tossicodipendenti e alcolodipendenti detenuti, agli interventi trattamentali... anche attraverso la promozione di una rete informativa integrata tra le realtà che operano nel contesto carcerario. La conoscenza delle buone pratiche di prevenzione, cura ed assistenza alle persone con problemi di dipendenza patologica, può favorire la promozione di proposte condivise ed efficaci che rispondano adeguatamente ai problemi della devianza e della emarginazione.

1.1 GLI ISTITUTI PENITENZIARI E LA SPECIFICITÀ DELLA DIPENDENZA

Dalle statistiche del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia, aggiornate al mese di giugno 2005, nei 207 Istituti Penitenziari italiani sono reclusi 59.125 persone. Negli ultimi 6 mesi si è registrato un aumento dei detenuti pari a 3.057 soggetti (il dato del DAP si riferisce al mese di dicembre 2004), elemento che ha aggravato ulteriormente il sovraffollamento delle carceri italiane, già peraltro significativo. Riguardo alle caratteristiche socio-anagrafiche della popolazione carceraria, a giugno 2005, il 95,2% è rappresentato da maschi, le femmine sono il 4,8%; la classe d'età maggiormente presente è quella tra i 30 e i 34 anni. Per quanto riguarda la scolarità i dati evidenziano come i detenuti in possesso della licenza della scuola media inferiore siano il 36,9%, il 23,6% ha la licenza elementare mentre il 4,6% non ha alcun titolo di studio. Sul totale della popolazione detenuta 13.631 persone sono occupate, 12.642 risultano disoccupate. Delle circa 59.000 persone coinvolte nel circuito penale gli immigrati (19.071) e i tossicodipendenti (15.558) che rappresentano quasi un terzo delle persone detenute (27,7%). La violazione della legge sulla droga (cfr. T.U. 309/1990), rappresenta la terza causa di detenzione (14,9%) in ordine d'importanza. I dati sulla situazione nelle carceri venete evidenziano che gli individui detenuti presenti nei 10 Istituti penitenziari del Veneto sono 2.707 a fronte di una capienza regolamentare di 1.785 persone (dati riferiti al Dicembre 2004). Il numero dei soggetti tossicodipendenti e alcolodipendenti reclusi nelle carceri del Veneto a dicembre 2004 è di quasi 950 persone e rappresentano più del 35% della popolazione; dati che non si discostano molto dalla realtà nazionale. La consistente presenza di persone immigrate e la grande percentuale della popolazione detenuta con problemi di dipendenza evidenziano una specificità che sollecita lo sviluppo di percorsi ad hoc. Le caratteristiche psicopatologiche e le specificità delle problematiche che la persona con patologie alcol-droga correlate manifesta nella realtà penitenziaria sono aspetti che la normativa⁷⁹ ha riconosciuto

Note

79. La legge 685/1975 esprime l'importanza di affrontare il fenomeno della dipendenza attraverso lo sviluppo di interventi e percorsi riabilitativi territoriali (il consumatore è percepito, per la prima volta, come una persona malata e non solo come una possibile minaccia per la collettività). La legge 297/1985 promuove l'istituzione di luoghi dove favorire la cura e il trattamento del tossicodipendente ed enuncia al contempo, l'opportunità di un percorso riabilitativo extra carcerario da realizzarsi attraverso misure alternative alla detenzione. La legge 663/1986, attraverso l'introduzione dell'affidamento in prova, favorisce un percorso di deistituzionalizzazione della pena finalizzato al reinserimento sociale della persona detenuta. La legge 162/1990 considera il carcere come una istituzione che ha il compito di "rieducare" ed offrire alla persona con patologie correlate all'uso di sostanze programmi di sostegno.

mediante lo sviluppo di specifiche indicazioni.

Il percorso d'innovazione è ancora lontano da una completa definizione. Alcune misure alternative alla detenzione per il trattamento dei soggetti tossicodipendenti e alcolodipendenti (affidamento ai servizi sociali, detenzione domiciliare e sospensione della pena) risultano ampiamente sottoutilizzate. Anche il momento della scarcerazione quale fase particolarmente a rischio è correlato frequentemente al fenomeno della doppia recidiva: la ricaduta nella dipendenza che favorisce il ritorno nei contesti delinquenziali con conseguenti successive entrate e uscite dal carcere. A fronte della complessità della realtà descritta risulta quanto mai auspicabile lo sviluppo di un'azione sinergica e multidisciplinare tra tutti gli operatori delle diverse realtà istituzionali finalizzata ad una presa in carico globale della persona tossicodipendente e alcolodipendente detenuta. Pur riconoscendo la specificità delle singole realtà istituzionali è importante favorire ed attuare un'integrazione dei servizi sanitari intramurali e territoriali per una complementarietà degli interventi.

L'integrazione ed il confronto tra i servizi possono rappresentare una via possibile per garantire la continuità dell'attività diagnostico-assistenziale alle persone detenute con problemi di dipendenza e per stimolare l'utilizzo della detenzione come spazio fisico e mentale ove pensare e progettare interventi riabilitativi e possibili trattamenti efficaci.

1.2 LA DIPENDENZA PATOLOGICA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la dipendenza da sostanze psicotrope patologia cronica, determinata da un'interazione complessa tra fattori biologici, psicologici e sociali. Si tratta di una condizione d'intossicazione cronica o periodica dannosa per la persona e per la società causata dal consumo ripetuto di una sostanza chimica naturale o di sintesi. Sue caratteristiche sono: il desiderio incontrollabile di assumere la sostanza e a procurarsela con ogni mezzo, la tendenza ad aumentare la quantità (tolleranza), la dipendenza psichica e quella fisica.

Il fenomeno si presenta dinamico e complesso ed interessa più livelli della persona: dagli aspetti prettamente fisici a quelli psicologici individuali e familiari, fino a quelli relativi alla sfera sociale.

Data la multifattorialità del disturbo, il trattamento non è mai rappresentato da un percorso lineare che si conclude con un esito certo quanto piuttosto da un processo costituito da una serie di fasi concatenate, soggette a recidive, il cui percorso ed esito non sono scontati o sempre prevedibili.

La complessità delle patologie correlate alle dipendenze patologiche mette in evidenza l'importanza di un approccio di cura che parta dalla valutazione delle risorse del soggetto in modo da progettare interventi di vario tipo (farmacologico, psicoterapico, socio-riabilitativo) coordinandoli tra loro anche considerando la fase in cui l'utente si trova rispetto alla sua storia di dipendenza.

Il trattamento inizia con il riconoscimento e l'accettazione della propria dipendenza, solo successivamente la persona con problemi alcol-droga correlati entra nel continuum del percorso di guarigione che consta nella remissione stabile del sintomo. Nel prendersi cura della persona con patologie alcol-droga correlate

l'utilizzo di un approccio motivazionale rappresenta uno strumento efficace per favorire il processo di cambiamento. L'approccio motivazionale ha in radice un'idea di cambiamento come mutamento dinamico di un equilibrio: la trasformazione di un comportamento viene maturando da un'accumulazione di fattori negativi (perdite, costi, pericoli) che vengono a sovravanzare quelli positivi (vantaggi, benefici, effetti piacevoli) per cui il comportamento stesso si era mantenuto. Si tratta di strategie, stili efficaci per affrontare e risolvere una situazione di ambivalenza che può portare ad un mutamento della condotta. Il processo di cura si caratterizza per essere *multifasico*, comprendente cioè varie fasi e modelli d'intervento a seconda della specificità del soggetto, *multimodale*, in quanto prevede il coinvolgimento dell'equipe che, composta da operatori con diverse professionalità valuta innanzitutto le risorse individuali ed ambientali del soggetto, ed *integrato*, contemplante interventi medici, psicologici e sociali. Operare con persone con questo tipo di patologie presuppone un lavoro che richiede conoscenza, flessibilità, orientamento al contenimento e allo sviluppo, superamento dei meccanismi proiettivi e identificativi ma anche dell'eccessiva differenziazione e capacità di tradurre l'idealità dei valori forti in concreti obiettivi operativi. Lo "stile tossicomano" è caratterizzato dalla manipolazione dell'altro, dall'apparente anafettività, dalla sospettosità dall'"urgenza", dall'utilizzo del corpo come segnale di disagio ect., modalità che inducono spesso negli operatori reazioni di colpevolizzazione, commiserazione o atteggiamenti salvifici. La condizione di detenzione implica nel tossicodipendente detenuto l'enfatizzazione di tali specificità aggravate dall'oggettivo stato di "dipendenza" in cui il soggetto si trova e la conseguente difficoltà dell'operare delle diverse figure professionali. E' per questo che la globalità della presa in carico, data la condizione di multiproblematicità della situazione personale dell'utente, rappresenta ancora di più una garanzia/necessità sia per gli operatori sia per i soggetti con tali patologie correlate coinvolte nel circuito penale. Lo sviluppo e la creazione di una rete terapeutica, che integrando l'attività delle diverse professionalità istituzionali vada a collegarsi operativamente con le altre reti di servizi (CSSA, comunità terapeutiche, volontariato, privato sociale...) rappresentano aspetti che possono favorire tali potenzialità e la definizione di interventi integrati rivolti non solo al trattamento ma anche al reinserimento.

NOTE METODOLOGICHE

La presente ricerca si colloca all'interno del progetto: "Carcere e Dipendenze" che ha per oggetto lo studio dell'attività svolta dai Dipartimenti per le Dipendenze all'interno degli Istituti Penitenziari del Veneto. Come già accennato, nel 1998 è stato avviato il trasferimento della medicina penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale⁸⁰, che avrebbe dovuto riguardare da subito la prevenzione e l'assistenza ai soggetti detenuti e agli individui internati tossicodipendenti e, in un secondo momento, tutte le altre funzioni sanitarie. Per assicurare la continuità delle attività di cura e assistenza ai soggetti detenuti e internati tossicodipendenti, l'8 Agosto 2003, la giunta regionale del Veneto approva

Note

80. Legge 419/98, decreto legislativo 230/99

con Provvedimento n° 2493 le convenzioni in essere sostenendo transitoriamente la spesa in attesa della regolarizzazione dei rapporti finanziari con lo Stato.

Alla luce di questo nuovo assetto, la Regione Veneto, promuovendo questa ricerca, si interroga sull'operato necessario per garantire la prevenzione, la cura e l'assistenza ai detenuti "dipendenti" presenti nel circuito penitenziario Veneto. L'obiettivo di questo studio è quello di raccogliere informazioni sull'assistenza ai soggetti tossicodipendenti e degli alcolodipendenti detenuti al fine di riflettere sui vincoli e sulle opportunità di miglioramento del servizio offerto dal SSN. Più precisamente, due sono le finalità principali assegnate a questa ricerca:

- caratterizzare, quantificare e valutare le risorse e le prestazioni;
- evidenziare eventuali buone pratiche sperimentate (o in via di sperimentazione) nell'ambito della cura, della riabilitazione e del reinserimento sociale e lavorativo dei detenuti.

Per raggiungere questi obiettivi si è deciso di condurre una tripla indagine che prevedeva:

1. una rilevazione rivolta ai Dipartimenti per le Dipendenze capoluoghi di provincia (Dipartimenti che si trovano ad operare in territori in cui sono presenti uno o più istituti penitenziari) la cui attività rappresenta il principale oggetto della ricerca;
2. una rilevazione rivolta alle Direzioni degli Istituti che rappresentano i primi testimoni dell'intervento dei Dipartimenti per le Dipendenze all'interno del carcere;
3. una rilevazione rivolta ai Dipartimenti per le Dipendenze che si trovano in territori in cui non sono presenti Istituti Penitenziari ma che in alcuni casi possono assistere i loro pazienti che sono detenuti.

Si è posto particolare impegno al fine di raccogliere i diversi punti di vista. Si è voluto considerare sia le percezioni e le opinioni di chi lavora direttamente o indirettamente con i detenuti e dipende istituzionalmente dal Servizio Sanitario Nazionale, sia le percezioni e le opinioni di chi lavora direttamente o indirettamente con i detenuti e dipende istituzionalmente dal Ministero della Giustizia.

2.1 GLI STRUMENTI

La realizzazione degli strumenti di rilevazione è senza dubbio uno degli elementi più critici del processo conoscitivo di un'indagine. In questa ricerca le schede di rilevazione sono state costruite partendo dalle opinioni di alcuni dei principali attori del territorio (testimoni privilegiati) ai quali è stato affidato il compito di raccontare le loro esperienze riguardo al sostegno agli individui tossicodipendenti e alcolodipendenti detenuti. A seguito degli elementi significativi emersi (analisi qualitativa) si è proceduto alla stesura di strumenti di rilevazione strutturati, facilmente comprensibili e interpretabili in modo univoco. Più precisamente si sono costruite tre schede di rilevazione⁸¹, una per ciascuna tipologia di attori coinvolti (Responsabili dei Dipartimenti per le Dipendenze di riferimento, Responsabili dei Dipartimenti per le Dipendenze che operano in territori in cui non è presente nessun carcere, Direttori degli Istituti Penitenziari) da utilizzare nelle tre indagini sopradescritte.

Note

81. Vedi allegato 2

I testimoni privilegiati dell'analisi qualitativa sono stati scelti tra i responsabili dei Coordinatori dei Dipartimenti per le Dipendenze e tra i rappresentanti di altre strutture che operano attivamente all'interno degli Istituti Penitenziari; le opinioni sono state raccolte mediante la realizzazione di interviste in profondità. Durante tali interviste si sono analizzate le seguenti tematiche:

- dimensionamento e percezione del problema "dipendenze in carcere";
- descrizione delle difficoltà incontrate nel trasferimento delle funzioni (personale, attrezzature, risorse, ecc.);
- descrizione della situazione attuale: organizzazione del personale e funzioni svolte;
- margini di miglioramento e condizioni necessarie per attuarlo.

Per facilitare la compilazione, le tre le schede di rilevazione sono state organizzate in due parti:

- una più oggettiva in cui si chiedono informazioni sul carico di lavoro, sulle risorse sanitarie e sulle attività a favore dei soggetti detenuti;
- una più soggettiva in cui si chiede di esprimere un parere sulle risorse socio-sanitarie a disposizione dei detenuti e di segnalare eventuali buone pratiche.

I principali temi che caratterizzano le tre schede di rilevazione adottate sono presentati nel quadro sinottico riportato di seguito.

FIGURA 1. LE TEMATICHE DELLE TRE SCHEDE DI RILEVAZIONE

<p>SCHEDE RIVOLTA AI DIRETTORI DEGLI ISTITUTI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - i detenuti - il personale sanitario dell'istituto penitenziario - il personale sanitario del Dipartimento per le Dipendenze - le prestazioni a sostegno dei tossicodipendenti e le prestazioni a sostegno degli alcolodipendenti - le opinioni sulle risorse - le buone pratiche
<p>SCHEDE RIVOLTA AI COORDINATORI DEI DIPARTIMENTI PER LE DIPENDENZE CHE SI TROVANO AD OPERARE IN TERRITORI IN CUI SONO PRESENTI UNO O PIÙ ISTITUTI PENITENZIARI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - i tossicodipendenti e gli alcolodipendenti; - il personale sanitario del Dipartimento per le Dipendenze - le prestazioni a sostegno dei tossicodipendenti e le prestazioni a sostegno degli alcolodipendenti - le opinioni sulle risorse - le buone pratiche
<p>SCHEDE RIVOLTA AI COORDINATORI DEI DIPARTIMENTI PER LE DIPENDENZE CHE OPERANO IN TERRITORI IN CUI NON È PRESENTE UN CARCERE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - informazioni generali su alcolodipendenti e tossicodipendenti; - l'attività in carcere - le buone pratiche

2.2 LA RILEVAZIONE

Tutte e tre le rilevazioni (sugli Istituti Penitenziari, sui Dipartimenti per le Dipendenze di riferimento e sugli "altri Dipartimenti") sono state condotte per via postale nel periodo che va dal 15 giugno al 25 Agosto 2005.

L'invio delle schede di rilevazione è stato preceduto da incontri nei quali sono state presentate le finalità dell'indagine e che hanno visto il coinvolgimento di referenti di tutti i Dipartimenti per le Dipendenze, di referenti della Regione Veneto e del Ministero di Giustizia all'interno della Commissione interistituzionale Area Penitenziaria promossa per il monitoraggio del Protocollo sottoscritto nell'Aprile 2003. Per massimizzare la partecipazione durante l'intero periodo di rilevazione un componente del gruppo di ricerca, attraverso numerosi contatti telefonici e telematici, ha ribadito l'importanza dello studio, ha fornito chiarimenti e si è reso disponibile ad eventuali incontri presso le strutture indagate. La strategia di rilevazione si è dimostrata abbastanza efficace soprattutto se si tiene conto del fatto che il periodo estivo non è di per sé molto adatto a svolgere raccolte di dati e di informazioni. La collaborazione dei Dipartimenti per le Dipendenze che operano in territori in cui è presente un Istituto Penitenziario è stata massima: tutti i Dipartimenti hanno restituito la scheda compilata entro i tempi stabiliti. Anche la collaborazione degli Istituti Penitenziari e dei restanti Dipartimenti per le Dipendenze è stata elevata: hanno restituito la scheda compilata in tempo utile per le elaborazioni 10 Istituti su 10 e 12 Dipartimenti su 14.

I RISULTATI

La tossicodipendenza e l'alcolismo rappresentano fenomeni complessi, multifattoriali e multidimensionali che determinano molteplici e specifiche conseguenze nelle diverse aree vitali della persona. Spesso lo stile di vita assunto dai soggetti con tali patologie può favorire la vicinanza a contesti delinquenziali aumentando il rischio di entrare nel circuito penale. I dati sulla presenza negli Istituti Penitenziari rilevano che la popolazione con problematiche correlate alla dipendenza patologica rappresentano circa un terzo del totale dei soggetti reclusi. Il sovraffollamento delle strutture carcerarie e la carenza di personale che opera in tale ambito rendono quanto mai ardua e peculiare l'assistenza sanitaria e socio-riabilitativa rivolta a questa tipologia di popolazione detenuta. La recente normativa⁸² affida la cura e la riabilitazione dei soggetti dipendenti detenuti al Servizio Sanitario Nazionale. In particolare il compito di organizzare le funzioni sanitarie relative alla prevenzione e all'assistenza ai soggetti reclusi con problemi alcol-droga correlati viene demandato ai Dipartimenti per le Dipendenze che operano in territori in cui sono presenti uno o più Istituti Penitenziari. A tutt'oggi nelle carceri venete i servizi erogati a questa specifica tipologia di utenti appaiono frammentari e disomogenei.

Note

82. Decreto Legislativo 230/99

L'obiettivo principale di questo studio è quello di avere indicazioni più precise sia sulle caratteristiche delle risorse sanitarie messe a disposizione dei detenuti con problemi alcol-droga correlati dai Dipartimenti per le Dipendenze che sulle modalità in cui viene erogata l'assistenza sanitaria e socio-riabilitativa all'interno degli Istituti Penitenziari del Veneto. Queste informazioni potranno essere utili alla Regione Veneto per sviluppare un assetto di interventi più coordinato ed omogeneo.

3.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

La realtà considerata nella presente ricerca riguarda la situazione degli individui tossicodipendenti ed alcolodipendenti inseriti nel circuito penale veneto. Più precisamente, le attività svolte a favore dei soggetti con dipendenza patologica reclusi sono state analizzate sia in termini di disponibilità di risorse sia in termini di specificità delle prestazioni erogate.

I dati e le informazioni analizzate riguardano i seguenti Istituti Penitenziari:

1. Casa Circondariale Belluno
2. Casa di Reclusione Padova
3. Casa Circondariale Padova
4. Casa Circondariale Rovigo
5. Casa Circondariale Treviso
6. Casa Circondariale Venezia - S.M.M.
7. Casa Circondariale Venezia - Giudecca
8. Casa di Reclusione Femminile Venezia
9. Casa Circondariale Verona - Montorio
10. Casa Circondariale Vicenza

L'indagine ha preso in considerazione 10 degli 11 Istituti presenti nella Regione Veneto: l'Istituto minorile di Treviso è stato infatti escluso dalla ricerca perché date le peculiarità della popolazione che ospita, merita una riflessione più approfondita e a sé stante.

Come si può osservare nella seguente tabella gli Istituti Penitenziari del Veneto rappresentano realtà molto diverse tra loro non solo per tipologia (Casa di Reclusione e Casa Circondariale) ma anche per dimensioni: la capienza varia da un minimo di 24 posti della Casa Circondariale di Venezia Giudecca ad un massimo di 350 posti della Casa di Reclusione di Padova.

All'interno di queste evidenti differenze, si riconoscono però anche dei tratti comuni importanti: in tutti gli Istituti sono presenti soggetti con patologie alcol-droga correlate e nella maggior parte delle carceri il numero di reclusi è superiore alla capienza massima.

TABELLA 1

Gli istituti penitenziari, i detenuti, la presenza di soggetti con problemi alcol-droga correlati

	CC di Belluno	CR di Padova	CC di Padova	CC di Rovigo	CC di Treviso	CC di Venezia	CRF Venezia	CC Venezia Giudecca	CC di Verona	CC di Vicenza
Capienza Istituto	90	350	100	65	117	160	80	24	250	138
N° detenuti presenti	128	688	242	91	246	183	79	13	-	268
di cui femmine	7	0	0	18	0	-	79	0	-	0
di cui tossicodipendenti	40 31%	218 32%	142 59%	35 38%	93 38%	-	13 17%	12 92%	187 -	105 39%
di cui alcolodipendenti	6 5%	20 3%	16 7%	3 3%	4 2%	-	0 0%	3 23%	11 -	16 6%

Nella Regione Veneto, l'assistenza sanitaria e socio-riabilitativa ai soggetti tossicodipendenti e alcolodipendenti detenuti sono affidati ai Dipartimenti per le Dipendenze che operano nel territorio in cui sono dislocati uno o più Istituti Penitenziari:

1. Dipartimento per le Dipendenze di Belluno
2. Dipartimento per le Dipendenze di Padova
3. Dipartimento di Salute Mentale di Rovigo⁸³
4. Dipartimento per le Dipendenze di Treviso
5. Dipartimento per le Dipendenze di Venezia
6. Dipartimento per le Dipendenze di Verona
7. Dipartimento per le Dipendenze di Vicenza

Nella presente ricerca per ciascuno dei Dipartimenti sopraelencati si sono raccolte informazioni e dati riguardanti le prestazioni erogate ai soggetti con problemi di *addiction* detenuti. Come nel caso degli Istituti Penitenziari, anche i 7 Dipartimenti indagati denunciano realtà molto diversificate fra loro.

Con i cambiamenti legislativi alcuni Dipartimenti per le Dipendenze hanno continuato sostanzialmente l'attività già avviata per le persone dipendenti, mantenendo modalità operative e funzionali degli ex-Presidi per le Tossicodipendenze, altri invece hanno scelto di promuovere prassi ed azioni in sintonia con la vision e la *mission* del Ser.T. Le altre differenze sono legate principalmente alle dimensioni della Provincia e al numero e alle caratteristiche degli Istituti Penitenziari di competenza.

Note

83. Nel territorio di Rovigo il servizio tossicodipendenti si colloca all'interno del Dipartimento di Salute Mentale

TABELLA 2

I Dipartimenti di riferimento, i soggetti in carico, i detenuti.

	Dip. di Belluno	Dip. di Padova	Dip. per la Salute Mentale di Rovigo	Dip. di Treviso	Dip. di Venezia	Dip. di Verona	Dip. di Vicenza
Soggetti in carico al 31.12.2004	758	2077	1310	1537	1165	2473	1352
Di cui tossicodipendenti detenuti	39	362	108	123	220	431	167
Di cui alcolodipendenti detenuti	2	20	4	18	8	20	25
Istituto di competenza	C.C. Belluno	C.C. di Padova e C. R. di Padova	C.C. Rovigo	C.C. S. Bona	C.C. "S.M. Maggiore"; II. PP. "Giudecca"; SAT "Giudecca"	C.C. di Montorio Veronese	CC di Vicenza

Fonte: Progetto "Carcere e Dipendenze", anno 2005. Schede compilate a cura del Responsabile del Dipartimento (dati al 31.12.2004)

Esaminando nel dettaglio le risorse e le attività svolte si sottolineano alcune evidenze relative alla realtà indagata.

1. Un primo aspetto significativo è che tutti i Dipartimenti e tutti gli Istituti Penitenziari contattati hanno collaborato attivamente alla ricerca fornendo i dati e le informazioni richieste nei tempi e nei modi stabiliti. Questa elevata disponibilità rappresenta un primo indicatore del fatto che per tutte le strutture indagate l'assistenza e la cura ai soggetti con problemi alcol-droga correlati reclusi sono una questione rilevante, per la quale devono essere studiate e messe a punto strategie d'intervento specifiche. Da questa elevata partecipazione si può dedurre anche una spiccata disponibilità al confronto ed alla messa in comune delle esperienze che non possono che favorire eventuali cooperazioni ed interazioni.
2. Una seconda riflessione deriva dall'analisi dei primi dati riportati e precisamente dall'analisi della numerosità di persone con problemi di *addiction* reclusi e seguiti dai Dipartimenti per le Dipendenze all'interno degli Istituti Penitenziari. Dal confronto tra le informazioni dichiarate dai Dipartimenti e quelle enunciate dalle Direzioni degli Istituti si rilevano delle evidenti differenze: nella maggior parte dei casi il numero indicato dal Dipartimento supera il numero segnalato dal carcere. Due sono le possibili cause di tale discrepanza: da un lato si può ipotizzare la difficoltà da parte dei Dipartimenti nel redigere una lista aggiornata dei soggetti reclusi che hanno in carico (difficoltà causata dal veloce turn-over degli utenti o dalla non dichiarata volontà di cura), dall'altro il fatto che l'accertamento dello stato di tossico-alcol dipendenza conseguente la presa in carico rappresenta ancora una questione peculiare e non

risolta. Entrambe le ipotesi mettono in evidenza la necessità di una precisa raccolta dati da parte dei Dipartimenti per le Dipendenze, e la formulazione di protocolli per la presa in carico delle situazioni di uso, abuso, dipendenza da sostanze d'abuso.

3.2 LE RISORSE SANITARIE A SOSTEGNO DEI SOGGETTI TOSSICODIPENDENTE E ALCOLDIPENDENTI DETENUTI

La dipendenza patologica da sostanze rappresenta una condizione dannosa che, durante il periodo detentivo può aggravarsi o al contrario stimolare nella persona una motivazione al cambiamento. Per fare in modo che la detenzione diventi un'occasione di miglioramento è necessario che durante tale periodo vi siano le condizioni relazionali e strutturali per avviare possibili programmi socio-riabilitativi. Le implicazioni mediche, psicologiche e sociali correlate alla tossicodipendenza e all'alcolismo necessitano di interventi coordinati ed integrati, il più possibile personalizzati. Il trattamento deve prevedere un'attenzione in tutte le aree sopra-evidenziate (medica, psicologia e sociale) e l'équipe rappresenta l'organo principe deputato alla presa in carico, all'identificazione delle risorse personali, familiari e sociali ed alla definizione del percorso terapeutico individualizzato.

Dall'analisi dei dati e delle informazioni raccolte sembra emergere che tutti i Dipartimenti si siano attivati per trasformare il periodo detentivo in un'occasione di presa in carico, avvio o prosecuzione di un trattamento tenendo conto delle diverse aree di vita della persona. In molti casi l'attività dei Dipartimenti svolta all'interno dell'Istituto Penitenziario è stata organizzata infatti in équipe interdisciplinari. L'analisi delle figure professionali messe a disposizione degli Istituti Penitenziari (tabella 3) mostra che l'attenzione dei Dipartimenti si è rivolta oltre che all'assistenza medico-sanitaria ai detenuti anche all'assistenza psico-socio-riabilitativa. Il medico e lo psicologo rappresentano figure riconosciute e presenti in tutte le équipe con attività istituzionali spesso volte a rispondere tempestivamente alla presa in carico del detenuto assicurando la continuità assistenziale e/o il contenimento in situazioni d'urgenza. Da sempre l'attenzione prioritaria del carcere è quella di fornire risposte all'urgenza, garantire contenimento farmacologico e/o psicologico di fronte alle situazioni di crisi correlate alla detenzione al fine di ridurre le azioni autolesive o aggressive. In molte realtà accanto al medico, all'infermiere e allo psicologo, figure deputate a fronteggiare situazioni d'emergenza, sono spesso presenti anche educatori e assistenti sociali, operatori importanti per sostenere e programmare l'avvio di progetti di reinserimento sociale. Sembra che i Dipartimenti con un organico che contempla più figure professionali, trattino le implicazioni legate alla tossicodipendenza e all'alcolismo in modo multidisciplinare, coordinato e integrato, anche all'interno del carcere.

L'analisi dei dati riguardanti le figure professionali messe a disposizione dei soggetti con patologie alcol-droga correlate non manca però di mettere in evidenza anche alcune criticità. Innanzi tutto nella maggior parte delle realtà indagate manca il supporto dello psichiatra, presente solo nell'équipe del Dipartimento per le Dipendenze di Verona. Un altro punto di debolezza emerge dall'analisi della natura dei rapporti contrattuali (tabella 3) che descrive una situazione generalmente di precarietà e non ancora consolidata. Il

rapporto di lavoro prevalente è infatti “la convenzione” o “il contratto di collaborazione”. Solo il Dipartimento per le Dipendenze di Verona fa eccezione: 8 operatori su 11 sono assunti come dipendenti. All’interno di quasi tutte le realtà, comunque, la figura professionale più precaria dal punto di vista contrattuale, sembra essere quella degli psicologi.

TABELLA 3

Le principali caratteristiche delle risorse sanitarie a favore dei tossicodipendenti e alcoldipendenti reclusi messe a disposizione dal S.S.N. ⁸⁴

	Dipartimento di Belluno	Dipartimento di Padova	Dipartimento di Rovigo	Dipartimento di Treviso	Dipartimento di Venezia	Dipartimento di Verona	Dipartimento di Vicenza
OPERATORI TECNICI DI ASSISTENZA				1 op. in collaborazione	1 op. (n.r.)		1 op. dipendente
ASS. SOCIALI	1 operatore dipendente		1 op. dipendente	1 op. in collaborazione	1 op. in collab.		1 op. dipendente
COORD. SANITARIA							1 op. dipendente
EDUCATORI		2 op. dipend. 2 op. in collab.		1 op. dipend. 1 op. in collab.		2 op. dipend.	1 op. dipendente
INFERMIERI		2 op. in collaborazione			1 op. (società di servizi)	4 op. dipend. 1 op. (n.r.)	2 op. dipendenti
MEDICI	2 operatori in collaborazione	2 op. in collaborazione	1 op. in dipendente	1 op. in collaborazione	1 op. dipend. 3 op. in conv.	1 op. dipen. ⁸⁵	1 op. in collaborazione
MEDICI SPECIALISTI						1 medico infettivologo dip.	
PSICHIATRI						1 medico psichiatra dip.	
PSICOLOGI	2 operatori in collaborazione	1 op. dipend. 9 op. in collab.	1 op. (n.r.)	3 op. in collaborazione	4 op. in convenzione	3 op. contratto di collab.	1 op. dipend. 3 op. in collab.
Ist. di competenza	C.C. Belluno	C.C. Padova e C.R. Padova	C.C. Rovigo	C.C. Treviso	C.R.F Venezia, C.C. Venezia Giudecca, C.C. Venezia	C.C. Verona	C.C. Vicenza

Fonte: Progetto “Carcere e Dipendenze”, anno 2005. Schede compilate a cura del Responsabile del Dipartimento per le Dipendenze

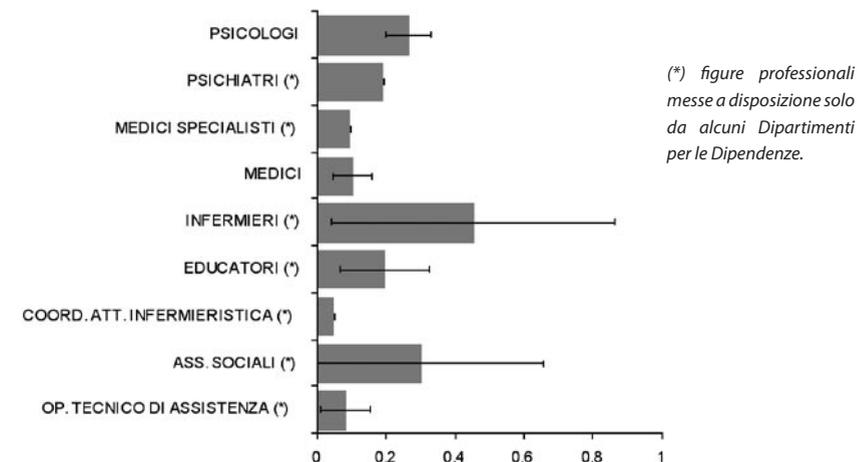
Note

84. Non sono riportati i tirocinanti, i volontari ed altre figure non contemplate nell’équipe

85. Referente del Servizio Alcologia, Ser.T. Via S. Michele alla Porta n°3, Verona

Dopo aver esaminato le principali caratteristiche delle risorse specialistiche messe a disposizione dei soggetti tossicodipendenti e alcoldipendenti detenuti, l’analisi prosegue nel tentativo di fornire indicazioni sulla reale disponibilità di tali risorse ovvero sul tempo effettivamente dedicato all’assistenza socio-sanitaria e alla riabilitazione. Per dare alcune indicazioni anche sulla quantità di risorse utilizzate è stato costruito l’indicatore presentato nel grafico seguente che rapporta la somma di tutte le ore svolte in una settimana dai diversi operatori al numero di detenuti con problemi di dipendenza. Le ore svolte sono state indicate dai Responsabili dei Dipartimenti per le Dipendenze e sono riportate nel dettaglio nella tabella 4 e nell’allegato 1. Pur trattandosi di un indicatore molto grezzo, dall’analisi dei risultati riportati nel grafico seguente è possibile cogliere un importante indizio. La quantità di risorse messe a disposizione sembra essere molto esigua: contando sulla collaborazione di tutti gli operatori incaricati, per ciascuna qualifica, il tempo dedicato in una settimana a ciascun paziente mediamente non supera i 12 minuti (0,2 ore) e si restringe ulteriormente se si considerano solo i medici e gli educatori. Anche se si tiene conto del fatto che alcune attività possono coinvolgere più detenuti (es. attività di gruppo) che altre prestazioni non avvengono con cadenza settimanale, che non tutti i soggetti con problemi di dipendenza devono essere seguiti regolarmente, questo risultato sembra essere un elemento critico. Soprattutto se si considera che alcune attività afferenti all’area psico-sociale (motivazione al trattamento, colloqui di sostegno o di *counselling* ecc.) costituiscono prestazioni che richiedono molto tempo per la tipologia degli interventi stessi. Inoltre molte attività svolte in carcere sono rallentate da lungaggini burocratiche dovute a protocolli organizzativi: d’accesso, di controllo, ecc.

FIGURA 1. Ore-uomo settimanali per paziente (la barretta indica i valori medi e l’intervallino è dato dalla deviazione standard, una misura della variabilità del fenomeno tra i diversi Dipartimenti indagati).



Fonte: Progetto “Carcere e Dipendenze”, anno 2005. Schede compilate a cura del Responsabile del Dipartimento per le Dipendenze.

Per ulteriori approfondimenti è possibile analizzare i dati riportati nella tabella seguente.

TABELLA 4. La “quantità” di risorse sanitarie settimanali a favore dei tossicodipendenti e alcolodipendenti reclusi messe a disposizione dal S.S.N.⁸⁶

	Dipartimento di Belluno	Dipartimento di Padova	Dipartimento di Rovigo	Dipartimento di Treviso	Dipartimento di Venezia	Dipartimento di Verona	Dipartimento di Vicenza
OPERATORI TECNICI DI ASSISTENZA				13 h tutte all'interno dell'istituto			4 h di cui 2 all'interno del carcere
ASS. SOCIALI	12 h di cui 5 in carcere		31 h, di cui 30 all'interno dell'istituto	6 h tutte all'interno dell'istituto	48 h di cui 26 all'interno del carcere		9 h di cui 5 all'interno del carcere
COORD. DELL'ATT. INFERMIERISTICA							6 h di cui 2 all'interno del carcere
EDUCATORI		92 h, di cui 34 all'interno dell'istituto	3 h, di cui 1 all'interno dell'istituto	9 h tutte all'interno dell'istituto		72 h tutte svolte all'interno dell'istituto	12 h di cui 6 all'interno del carcere
INFERMIERI		42 h svolte tutte all'interno del carcere			14 h tutte all'interno del carcere	180 h tutte svolte all'interno del carcere	42 h svolte tutte all'interno del carcere
MEDICI	6-7 h all'interno del carcere	48 h svolte tutte all'interno del carcere	8 h all'interno dell'istituto	12 h tutte all'interno dell'istituto	35 h di cui 31 all'interno del carcere	1 h svolte all'interno del carcere	20 h svolte tutte all'interno dell'istituto
MEDICI SPECIALISTI						19 h tutte all'interno del carcere	
PSICHIATRI						38 h tutte all'interno del carcere	33 h di cui 25 all'interno del carcere
PSICOLOGI	8-9 h all'interno dell'istituto	146 di cui 80 h all'interno dell'istituto		22,25 h tutte all'interno dell'istituto	37 h tutte all'interno del carcere	63 h tutte all'interno dell'istituto	
Ist. di competenza	c.c. Belluno	C.C. Padova e C.R. Padova	C.C. Rovigo	C.C. Treviso	C.R.F Venezia, C.C. Venezia Giudecca, C.C. Venezia	C.C. Verona	C.C. Vicenza

Fonte: Progetto “Carcere e Dipendenze”, anno 2005. Schede compilate a cura del Responsabile del Dipartimento.

Questa panoramica della dotazione organica messa a disposizione dal SSN si conclude con l'analisi della visibilità delle risorse, condotta confrontando le informazioni fornite dai Penitenziari con quelle fornite dai relativi Dipartimenti per le Dipendenze.

I risultati, riportati nella tabella seguente, mettono in luce una situazione abbastan-

Note

86. Non sono riportati i tirocinanti e i volontari ed altre figure non contemplate nell'équipe

za incoraggiante: in quasi tutte le realtà sembra essere presente una concordante percezione delle risorse messe a disposizione del SSN per sostenere i soggetti con dipendenza patologica coinvolti nel circuito penale. Si tratta di un risultato che non può che essere interpretato positivamente perché sicuramente sintomo di comunicazione tra le due diverse strutture (Direzione Carcere e Dipartimento per le Dipendenze di riferimento) e probabilmente indice anche di una collaborazione.

TABELLA 5. La visibilità delle risorse sanitarie a favore dei tossicodipendenti e alcolodipendenti reclusi messe a disposizione dal S.S.N.

Dipartimento di Belluno	Dipartimento di Padova	Dipartimento di Rovigo	Dipartimento di Treviso	Dipartimento di Venezia	Dipartimento di Verona	Dipartimento di Vicenza	
Le informazioni coincidono solo in minima parte							CC di Belluno
	Le informazioni coincidono quasi completamente						CC di Padova CR di Padova
		Le informazioni coincidono completamente					CC di Rovigo
			Le informazioni coincidono completamente				CC di Treviso
				Le informazioni coincidono quasi completamente			CRF di Venezia CC Venezia Giud. CC Venezia SMM
					Le informazioni coincidono quasi completamente		CC di Verona
						Le informazioni coincidono completamente	CC di Vicenza

Fonte: Progetto “Carcere e Dipendenze”, anno 2005. Schede compilate a cura del Responsabile del Dipartimento e Schede compilate a cura del Direttore del Carcere.

3.3. LE PRESTAZIONI A FAVORE DELLE PERSONE TOSSICODIPENDENTI E ALCOLDIPENDENTI DETENUTE

Al fine di rilevare in modo omogeneo le diverse attività erogate dal SSN a favore dei soggetti tossicodipendenti e alcolodipendenti reclusi, è stata posta all'attenzione dei rispondenti (Dipartimenti per le Dipendenze e Istituti Penitenziari) una lista di possibili prestazioni. Si tratta di attività incluse nell'area medica, sociale e psicologica considerate fondamentali per garantire assistenza sanitaria e socio-riabilitativa ai soggetti con patologie alcol-droga correlate detenuti.

Per quanto riguarda l'area medica si sono considerate le seguenti attività:

- Accertamento e certificazione dello stato di tossicodipendenza/alcoldipendenza
- Accertamento tossicologico
- Proposta accertamenti specialistici

Per quanto riguarda l'area psico-sociale si sono considerate le seguenti prestazioni:

- Colloqui individuali
- Attività di gruppo
- Valutazione psico-diagnostica
- Orientamento
- Indagine familiare sociale e lavorativa
- Attività di reinserimento sociale e lavorativo
- Rapporti CSSA
- Rapporti con la magistratura

L'analisi dei dati raccolti mette in evidenza che, a parte qualche eccezione, praticamente tutte le attività considerate vengono svolte per dare assistenza ai tossicodipendenti all'interno degli Istituti Penitenziari del Veneto (tabella 6a). Una situazione molto simile si osserva anche per i soggetti con problemi di alcolismo che, soprattutto nelle realtà di dimensioni maggiori, sembrano ricevere la stessa attenzione dedicata ai tossicodipendenti (tabella 6b). Per una corretta lettura delle informazioni riportate è importante precisare che il fatto che l'attività venga svolta non significa che l'erogazione sia rivolta indistintamente a tutti i soggetti. Analisi più approfondite, infatti, mostrano che la maggior parte delle attività sono svolte solo in casi particolari e secondo le caratteristiche e le esigenze di ciascun paziente. Le attività correlate a progetti di reinserimento nel territorio sembrano essere erogate prevalentemente nei casi in cui l'utente viene inserito in misure alternative, le prestazioni effettuate per accertare e certificare lo stato di dipendenza sono rivolte soprattutto a soggetti che non sono mai stati presi in carico dal Ser.T. di competenza. Tra le diverse situazioni indagate non manca quella in cui alcune delle attività elencate sono erogate solo in caso di soggetti che nel periodo precedente la detenzione erano residenti nel territorio di competenza del Dipartimento di riferimento. Solo i colloqui individuali sembrano essere assicurati a tutti i detenuti con problemi di dipendenza in tutte le realtà indagate.

TABELLA 6A. Le principali prestazioni erogate ai tossicodipendenti detenuti.

	Dip. Belluno	Dip. Rovigo	Dip. Padova	Dip. Treviso	Dip. Venezia	Dip. Verona	Dip. Vicenza
Colloqui individuali	●	●	●	●	●	●	●
Attività di gruppo			●	●	●	●	●
Accertamento tossicodip.	●	●	●	●	●	●	●
Certificazione tossicodipendenza	●	●	●	●	●	●	●
Accertamenti tossicologici	●	●	●	●	●	●	●
Proposte accertamenti specialistici		●	●	●	●	●	●
Valutazione psico-diagnostica	●	●	●	●	●	●	●
Orientamento	●	●	●	●	●	●	●
Indagine familiare sociale e lavorativa	●	●	●	●	●		●
Attività di reinserimento sociale e lavorativo		●	●	●	●	●	●
Rapporti CSSA	●	●	●	●	●	●	●
Rapporti magistratura	●	●	●	●	●	●	●

Fonte: Progetto "Carcere e Dipendenze", anno 2005. Schede compilate a cura del Responsabile del Dipartimento.

TABELLA 6B. Le principali prestazioni erogate agli alcoldipendenti detenuti.

	Dip. Belluno	Dip. Rovigo	Dip. Padova	Dip. Treviso	Dip. Venezia	Dip. Verona	Dip. Vicenza
Colloqui individuali	●	n.r.	●	●	●	●	●
Attività di gruppo		n.r.	●	●		●	●
Accertamento alcoldipendenza	●	n.r.	●	●	●	●	●
Certificazione alcoldipendenza	●	n.r.	●	●	●	●	●
Accertamenti tossicologici		n.r.	●	●	●	●	●
Proposte accertamenti specialistici		n.r.	●	●	●		●
Valutazione psico-diagnostica		n.r.	●	●	●	●	●
Orientamento	●	n.r.		●	●	●	●
Indagine familiare sociale e lavorativa	●	n.r.		●	●	●	●
Attività di reinserimento sociale e lavorativo		n.r.	●	●	●		●
Rapporti CSSA	●	n.r.	●	●	●	●	●
Rapporti magistratura	●	n.r.	●	●	●	●	●

Fonte: Progetto "Carcere e Dipendenze", anno 2005. Schede compilate a cura del Responsabile del Dipartimento.

Per quanto riguarda gli operatori incaricati di svolgere le attività a favore dei soggetti alcoldipendenti e tossicodipendenti detenuti, il confronto tra le informazioni raccolte presso i Dipartimenti e quelle raccolte presso le Carceri mette in evidenza importanti elementi. Le attività collegate al reinserimento nel territorio (indagine familiare e lavorativa, attività di reinserimento sociale e lavorativo, ecc.) non sono di competenza esclusiva del Dipartimento ma sembrano essere affidate anche ad altre delle strutture attive all'interno del carcere, come ad esempio il CSSA, le associazioni di volontari e la stessa direzione dell'Istituto Penitenziario.

Le attività incluse nell'area medica (accertamenti, certificazioni, ecc.), a seconda della realtà indagata, possono essere svolte o dal Dipartimento per le Dipendenze o dalla Medicina Penitenziaria, anche se nella maggior parte dei casi sembrano essere affidate ad entrambe le strutture.

Infine le attività maggiormente collegate alla sfera psicologica (colloqui individuali, attività di gruppo, valutazione psico-diagnostica, orientamento) sembrano essere svolte, prevalentemente, dagli operatori del servizio specialistico, talvolta con il supporto di volontari.

L'analisi congiunta delle informazioni riportate dalle Direzioni dei Carceri e dai Dipartimenti di riferimento mette in evidenza che hanno un ruolo fondamentale nel sostegno dei tossicodipendenti e alcoldipendenti detenuti in Veneto, le seguenti strutture:

- Dipartimento per le Dipendenze di riferimento;
- CSSA;
- Medicina penitenziaria⁸⁷ e Direzione Penitenziaria;
- Associazioni di Volontariato e cooperative.

Una riflessione particolare merita il supporto fornito dai Dipartimenti per le Dipendenze che operano in Veneto ma su territori nei quali non è presente alcun Istituto Penitenziario (14 unità). Dall'analisi delle informazioni riportate dai Dipartimenti che hanno partecipato all'indagine⁸⁸ (tabella 7) si rileva che l'assistenza a soggetti tossicodipendenti e alcoldipendenti detenuti è garantita da tutti. Per alcuni Dipartimenti si tratta di un'assistenza "a distanza", perché come viene segnalato dai rispondenti, non vengono erogate prestazioni socio-sanitarie in carcere direttamente ma attraverso una collaborazione con i Dipartimenti operanti presso le carceri che accolgono i loro utenti. Altri Dipartimenti hanno evidenziato invece di garantire continuità di trattamento per gli utenti con patologie alcol-droga correlate o possibilità d'avvio di trattamento per i nuovi pazienti con attività elargite presso gli Istituti cui un soggetto con tali patologie è recluso. Le maggiori difficoltà segnalate da questi Dipartimenti sembrano essere collegate ai protocolli di accesso alla strutture penitenziarie, che non sembrano essere di facile fruizione.

Note

87. All'interno di tutti gli istituti del Veneto sono presenti operatori dipendenti dal Ministero della Giustizia: medici, medici specialisti, infermieri, psichiatri, psicologi, educatori, assistenti sociali.

88. Dipartimento per le Dipendenze Ulss 2, Dipartimento per le Dipendenze Ulss 3, Dipartimento per le Dipendenze Ulss 4, Dipartimento per le Dipendenze Ulss 5, Dipartimento per le Dipendenze Ulss 8, Dipartimento per le Dipendenze Ulss 10, Dipartimento per le Dipendenze Ulss 15, Dipartimento per le Dipendenze Ulss 15, Dipartimento per le Dipendenze Ulss 17, Dipartimento per le Dipendenze Ulss 19, Dipartimento per le Dipendenze Ulss 21, Dipartimento per le Dipendenze Ulss 22.

TABELLA 7. I Dipartimenti per le Dipendenze che operano nel territorio in cui non è presente alcun Istituto Penitenziario.

Soggetti in carico al 31.12.2004		Totale	di cui tossicodipendenti detenuti	di cui alcoldipendenti detenuti
Dip. Ulss 2	Feltre	192	1	0
Dip. Ulss 3	Bassano	631	23	1
Dip. Ulss 4	Thiene	764	11	1
Dip. Ulss 5	Montebelluna	539	21	5
Dip. Ulss 8	Castelfranco	513	9	8
Dip. Ulss 10	S. Dona di Piave	853	17	2
Dip. Ulss 15	Camposampiero	201	0	0
Dip. Ulss 15	Cittadella	283	6	4
Dip. Ulss 17	Monselice	955	21	3
Dip. Ulss 19	Adria	n.r.	4	2
Dip. Ulss 21	Legnago	193	4	3
Dip. Ulss 22	Bussolengo	711	19	1

Fonte: Progetto "Carcere e Dipendenze", anno 2005. Schede compilate a cura del Responsabile del Dipartimento.

Prima di passare all'analisi qualitativa dell'assistenza erogata è importante fare un'ultima considerazione sugli spazi utilizzati per erogare le attività appena descritte. Tutti i Dipartimenti per le Dipendenze dichiarano di essere dotati di spazi all'interno dei rispettivi Istituti Penitenziari, solo in alcuni casi si tratta di spazi ad uso esclusivo (Treviso, Padova, Verona e Vicenza).

La disponibilità di spazi specifici riservati all'erogazione di queste attività è molto importante perché offre sia per gli operatori che per gli utenti un setting stabile, contenuto e definito. Oltre a questo aspetto la visibilità strutturale del servizio indica un'effettiva presenza del Dipartimento all'interno dell'Istituto Penitenziario.

3.4 LE PERCEZIONI

Riguardo le indicazioni di tipo qualitativo sull'assistenza rivolta ai soggetti tossicodipendenti e alcoldipendenti detenuti il direttore del carcere e il responsabile del Dipartimento per le Dipendenze sono stati interrogati sui seguenti aspetti:

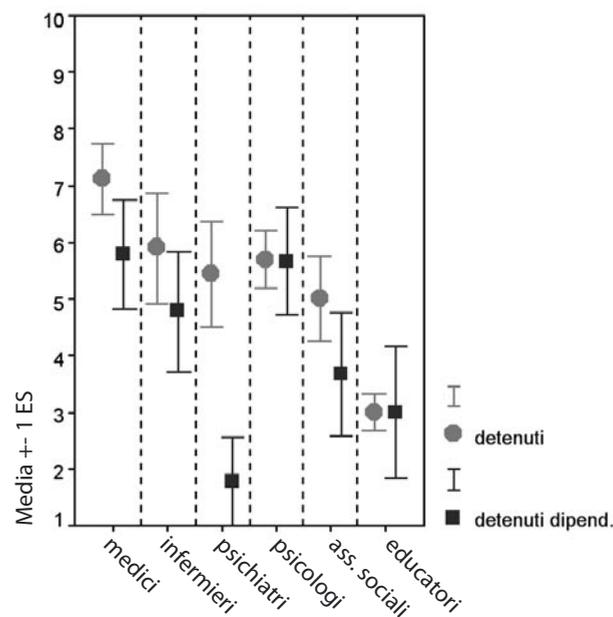
- adeguatezza delle risorse sanitarie;
- livello di collaborazione tra il Dipartimento per le Dipendenze e le altre strutture attive all'interno del carcere.

Nell'analisi dei giudizi espressi sull'adeguatezza delle risorse sanitarie messe a disposizione dei detenuti con problemi di dipendenza si trova conferma delle carenze già evidenziate dai dati di tipo quantitativo, ed in particolare dall'indicatore "ore-uomo settimanali per detenuto" (figura 1).

I giudizi espressi dalle direzioni delle carceri interpellate sono abbastanza concordi

nel rilevare una generale insufficienza di personale sanitario, particolarmente per la popolazione carceraria con problemi di dipendenze e con un particolare riferimento ad alcune figure, tra le quali spiccano psichiatri, in primis, e poi nell'ordine educatori e assistenti sociali (figura 2).

FIGURA 2. I giudizi della direzione del carcere sull'adeguatezza della disponibilità di risorse sanitarie (valori medi ed errore standard). I giudizi sono espressi su scala [1-10], dove 10 corrisponde alla situazione ottimale.

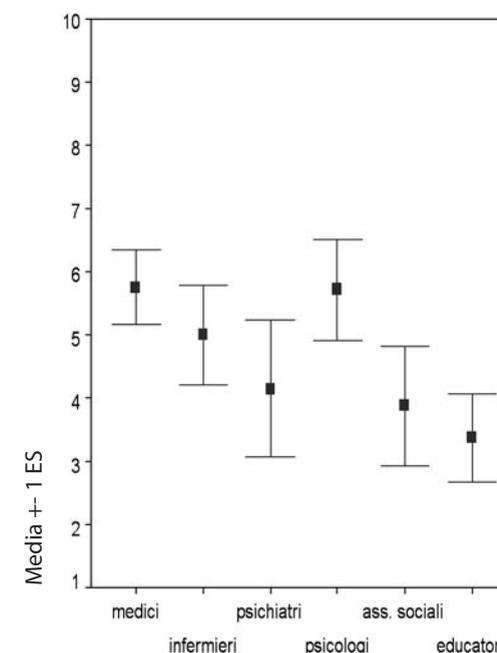


Sul giudizio di insufficienza sembrano concordare anche i responsabili dei Dipartimenti per le Dipendenze interpellati pur con qualche apprezzabile differenza (figura 3). Tra queste spicca una maggiore omogeneità sul giudizio espresso in riferimento alle diverse figure professionali, che secondo i Dipartimenti per le Dipendenze sono tutte da incrementare per poter rispondere efficacemente alle esigenze dei soggetti con patologie alcol-droga correlate detenuti.

L'altra differenza riguarda gli psichiatri che vengono unanimemente invocati come i più necessari da parte dei direttori delle carceri mentre non sembrano distinguersi dalle altre figure professionali secondo il giudizio dei responsabili dei Dipartimenti. Questa differenza potrebbe essere dovuta al fatto che i direttori delle carceri attribuiscono a queste figure professionali mansioni atte al controllo e al contenimento farmacologico e/o psicologico al fine di ridurre le azioni auto ed etero lesive.

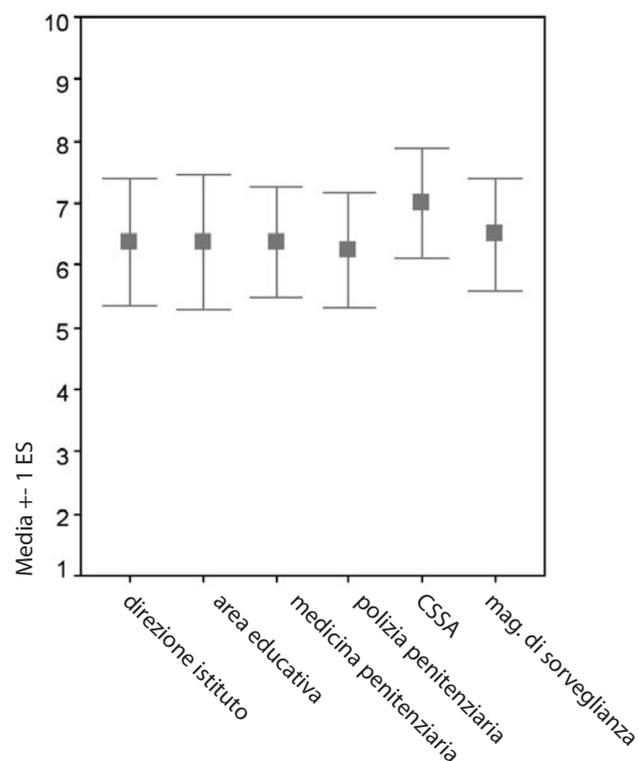
Se sia questa la causa della discrepanza di giudizio o se essa sia determinata da altri motivi non è possibile determinarlo con i dati a nostra disposizione, che ricordiamo non volevano approfondire specifici problemi ma raccogliere prime indicazioni.

FIGURA 3. I giudizi del Dipartimento per le Dipendenze sull'adeguatezza della disponibilità di risorse sanitarie (valori medi ed errore standard). I giudizi sono espressi su scala [1-10], dove 10 corrisponde alla situazione ottimale.



Accanto alla necessità di incrementare le risorse a disposizione degli individui tossicodipendenti e alcolodipendenti detenuti nelle carceri del Veneto i giudizi raccolti evidenziano anche la necessità della formazione. I Direttori degli Istituti e i responsabili dei Dipartimenti sono concordi nell'affermare che gli operatori del SSN e del Ministero di Giustizia devono essere appositamente formati per poter rispondere efficacemente alle esigenze dei soggetti detenuti. A questo proposito va ricordato che, come riportato nel paragrafo 3.2, molti operatori sono in prevalenza legati alla struttura da contratti di collaborazione e che questo motivo spesso limita l'accesso a corsi di formazione e di aggiornamento. Per quanto concerne le tematiche formative necessarie di approfondimento emergono temi legati alla realtà carceraria (aspetti legislativi ed organizzativi) e specificità correlate alla dipendenza in ambito detentivo (protocolli terapeutici ad hoc, organizzazione e sviluppo dell'équipe ecc.). Riguardo il livello di collaborazione i giudizi espressi dai Direttori degli Istituti descrivono una realtà abbastanza positiva (figura 4). Non si tratta di giudizi elevati ma sono tutti mediamente superiori alla sufficienza. È interessante notare l'omogeneità dei giudizi espressi in relazione a tutte le strutture indagate: sembra che nessuna delle relazioni instaurate dal Dipartimento all'interno del Carcere sia negativa ma al tempo stesso nessuna si distingue per livelli di efficacia ad eccellenza.

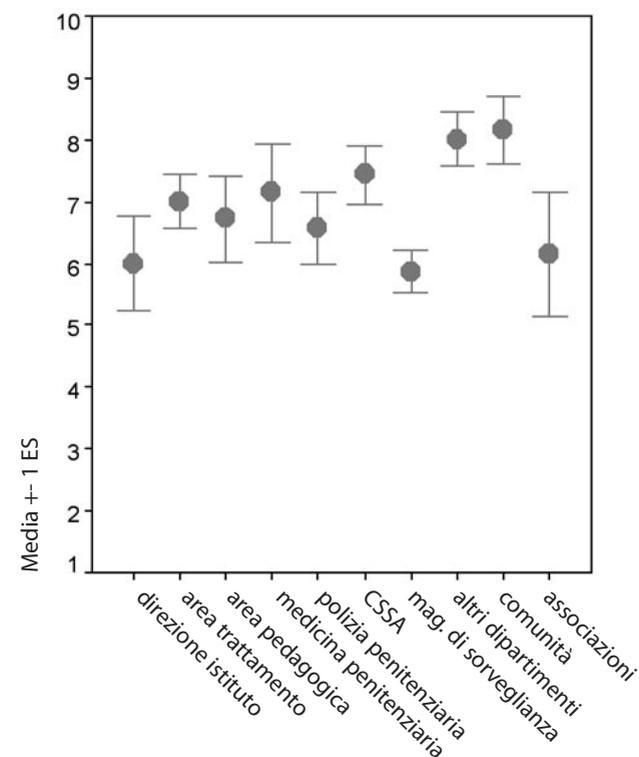
FIGURA 4. I giudizi della Direzione del carcere sul livello di collaborazione tra il Dipartimento e le altre Strutture attive nel carcere (valori medi ed errore standard). I giudizi sono espressi su scala [1-10], dove 10 corrisponde alla situazione ottimale.



L'analisi dei giudizi espressi dai Dipartimenti per le Dipendenze di riferimento che avevano il compito di valutare le relazioni instaurate con le strutture interne al carcere (Direzione Istituto, CSSA, medicina penitenziaria, ecc.) e le relazioni instaurate con le strutture collegate al circuito penale esterno agli istituti (comunità terapeutiche, enti locali e agli altri Dipartimenti per le Dipendenze presenti nel territorio), offre alcune indicazioni di tipo organizzativo.

L'analisi delle opinioni raccolte sembra evidenziare delle differenze nella natura delle relazioni instaurate. I Dipartimenti per le Dipendenze attivi all'interno degli Istituti Penitenziari del Veneto sembrano collaborare maggiormente con le seguenti strutture: il CSSA, le comunità terapeutiche e gli altri Dipartimenti presenti nel territorio.

FIGURA 5. I giudizi del Dipartimento sul livello di collaborazione con le altre Strutture attive nel carcere (valori medi ed errore standard). I giudizi sono espressi su scala [1-10], dove 10 corrisponde alla situazione ottimale.



Le Direzioni degli Istituti e i Dipartimenti per le Dipendenze suggeriscono una serie di interventi utili ad aumentare il livello di collaborazione.

Tra questi si segnalano i seguenti:

- promozione di corsi di formazione congiunta, che riuniscano operatori afferenti a strutture diverse;
- organizzazione di incontri, momenti di discussione e confronto;
- definizione di protocolli di diagnosi e trattamento omogenei;
- individuazione di buone prassi operative di confronto con il CSSA e la Magistratura;
- istituzione di tavoli di lavoro permanenti.

3.5 LE BUONE PRATICHE

I tempi succinti della ricerca non hanno consentito un'analisi sufficientemente approfondita delle buone prassi attuate dai diversi soggetti indagati. Si ritiene in ogni caso opportuno presentare l'elenco completo delle buone prassi raccolte riportando per ciascuna di queste le informazioni disponibili. Per una corretta lettura si ricorda che si tratta di informazioni autodichiarate dai soggetti intervistati, senza vaglio né preventivo né successivo da parte del gruppo di ricerca.

DIPARTIMENTO
PER LE DIPENDENZE
DI PADOVA

Progetto: "Doppia diagnosi e diagnosi nascosta"

Ambiti

Predisposizione protocolli operativi, attivazione procedure diagnostiche ed individuazione programmi terapeutici per i tossicodipendenti reclusi affetti da doppia diagnosi. Costituzione di due gruppi di sostegno rivolti a tossicodipendenti detenuti (totale 26 detenuti)

Progetto: "Doppia diagnosi e diagnosi nascosta – segreteria tecnica nazionale"

Ambiti

Insediamiento segreteria tecnica nazionale del progetto doppia diagnosi che coinvolge 20 carceri in tutta Italia e altrettante ASL.

Progetto: "Progetto Act-Europe"

Ambiti

Somministrazione batteria di questionari a 150 soggetti (gruppo di controllo e gruppo di ricerca: detenuti in alternativa alla pena) e attività di follow up.

Osservatorio regionale sulla popolazione detenuta e in esecuzione esterna

DIPARTIMENTO
PER LE DIPENDENZE
DI TREVISO

Progetto: "Carcere"

Ambiti

Prevenzione comportamenti a rischio auto ed etero lesivi ed uso di sostanze psicoattive in particolare farmaci, alcol e psicofarmaci.

Miglioramento del livello di adattamento al contesto carcerario e promozione di interventi integrati e modalità di collaborazione tra operatori.

Facilitazione collaborazione interistituzionale nella gestione dei casi e nelle azioni "complementari".

DIPARTIMENTO
PER LE DIPENDENZE
DI VERONA

Progetto: "Dalla presa in carico alla dimissione: il percorso del tossicodipendente detenuto"

Ambiti

Informazione sulle attività dell'Unità Funzionale e sui percorsi riabilitativi possibili, costruzione di un modello interpretativo psicodiagnostica e prevenzione delle ricadute mediante accompagnamento in CT o altre realtà del territorio (volontariato)

DIPARTIMENTO
PER LE DIPENDENZE
DI VICENZA

Progetto: "Prevenzione patologie correlate"

Ambiti

Attività di prevenzione primaria e secondaria, interventi informativi ed educativi con programmazione, organizzazione ed esecuzione delle profilassi vaccinali, soprattutto per quanto riguarda la diffusione delle epatiti. al fine di favorire la riduzione delle patologie correlate all'uso di sostanze

Progetto: "Gruppo dipendenze"

Ambiti

Gruppo di counselling ed orientamento con persone tossicodipendenti e alcolodipendenti detenute per favorire l'osservazione e la valutazione diagnostica e motivazionale al fine di predisporre programmi terapeutici adeguati intra-extra carcere e per preparare alla dimissione.

Progetto: "Egregio Signor esperto..."

Ambiti

Attività informativa in gruppo co-progettata con persone tossicodipendenti e alcolodipendenti detenute con la partecipazione, in qualità di esperti, di operatori dei Dipartimenti per le Dipendenze, Operatori penitenziari e volontari del carcere e del territorio.

Progetto: "Supervisione casi"

Ambiti

Attività di supervisione casi complessi con la partecipazione di operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze del territorio, operatori della Casa Circondariale e del CSSA anche in vista dell'esplorabilità di misure alternative alla detenzione.

Progetto: "Attività di educazione sanitaria"

Ambiti

Attività specifiche di prevenzione attraverso incontri di informazione ed educazione sanitaria individuale e di gruppo mirate alla riduzione dei rischi di patologie correlate all'uso di droghe alle persone tossicodipendenti detenute; è previsto l'utilizzo di schede e protocolli.

ALCUNE CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

La presente ricerca ha rappresentato un'occasione di scambio a seguito del passaggio delle competenze per l'assistenza alle persone tossicodipendenti e alcolodipendenti reclusi particolarmente significativo ed atteso.

La collaborazione con i Dipartimenti per le Dipendenze e gli Istituti Penitenziari coinvolti ha evidenziato l'interesse rispetto alla tematica affrontata e la volontà di ottimizzare un servizio ancora non privo di difficoltà e nodi critici.

Il tema dell'assistenza ai soggetti con problemi di *addiction* detenuti è precursore della necessità di una fattiva collaborazione interistituzionale tra il Ministero della Giustizia e il Servizio Sanitario Nazionale che coinvolge il mandato di custodia e di riabilitazione per le persone con disturbi di dipendenza patologica che hanno commesso reati.

La sfida dell'applicazione del D.L. 230/99 è stata colta, pur non senza criticità, con impegno da tutti gli attori coinvolti e ha dato vita ad una molteplicità di applicazioni all'insegna della costruzione di servizi attenti alla persona.

La suddetta ricerca che ha interessato tutti i Dipartimenti per le Dipendenze e gli Istituti Penitenziari della Regione Veneto, ha prodotto alcuni risultati degni di nota in vista della definizione di possibili linee guida riguardanti la cura e l'assistenza alle persone con problemi di dipendenza detenute nel Veneto.

Un elemento distintivo riguarda il grande lavoro di riorganizzazione e riprogettazione attuato dai Dipartimenti per le Dipendenze per trasformare gli ex-presidi per le tossicodipendenze presenti nelle carceri del Veneto in unità operative o funzionali (più o meno formalmente definite) direttamente collegate all'attività dipartimentale delle ASL di competenza.

Emerge un quadro abbastanza disomogeneo per tipologia strutturale seppur più omogeneo nell'esplicitare il mandato dell'assistenza alle persone con problemi di *addiction* reclusi.

Le attività specialistiche proprie del Dipartimento, infatti, trovano continuità all'interno della struttura carceraria e garantiscono tutti i livelli di assistenza previsti. Il nuovo assetto ha comportato un intenso lavoro di riorganizzazione che ha coinvolto sia gli Istituti Penitenziari sia i Dipartimenti per le Dipendenze di competenza.

Un dato significativo emerso dalla ricerca riguarda la congiunta e dichiarata carenza di personale. La quantità di risorse disponibili sembra essere esigua: considerando l'attività di tutti gli operatori incaricati, per ciascuna qualifica, il tempo dedicato in una settimana a ciascun utente mediamente non supera i 12 minuti (0,2 ore), dato che si riduce ulteriormente se si considerano solo i medici e gli educatori.

Tale dato risulta maggiormente significativo se si considera che alcune attività coinvolgono più persone reclusi contemporaneamente (vedi attività di gruppo) e che il tempo dedicato per questioni formali e amministrative e di collaborazione interistituzionale è particolarmente impegnativo.

Dalla ricerca emergono due ulteriori indicazioni considerate tutt'altro che accessorie per garantire un livello ottimale di servizio: la necessità della formazione e la definizione strutturale degli spazi dedicati ad uso esclusivo dei Dipartimenti, come

peraltro prevede la normativa.

La formazione, per di più la formazione congiunta tra gli operatori di entrambi i servizi interessati nella cura e assistenza alle persone tossicodipendenti e alcolodipendenti detenute (DAP e ASL), sembra essere considerata un elemento molto importante per la qualificazione del servizio prestato.

In particolare sia l'approfondimento di argomenti inerenti l'ambito normativo, sia lo sviluppo di percorsi formativi riguardanti i temi della tossicodipendenza, del lavoro di équipe, dello sviluppo di protocolli operativi, ecc. sono considerati fattori importanti che danno un valore aggiunto all'esperienza professionale.

La definizione strutturale degli spazi intra-carcere ad uso esclusivo del Dipartimento per le Dipendenze costituisce un elemento distintivo nell'applicazione della riforma.

Ove ciò è stato possibile si manifesta una maggiore definizione del *setting* assistenziale ed il clima generale dell'équipe di lavoro ne risente positivamente.

La possibilità di "connettersi" con l'esterno in uno spazio ad uso esclusivo garantisce una funzionalità fondamentale nella formulazione dei programmi terapeutici, soprattutto ove contemplata la misura alternativa alla detenzione.

Nello sviluppo della ricerca emergono altri elementi considerati da alcuni Dipartimenti quali elementi distintivi che caratterizzano la qualità del lavoro di cura e di assistenza alle persone tossicodipendenti e alcolodipendenti detenute. Tra essi spicca la necessità di sviluppare un'organizzazione del lavoro che consideri prioritaria la metodologia del "lavoro di rete", la costituzione stabile e formale di una équipe di riferimento (oggi giorno spesso formata da operatori con contratto precario), lo sviluppo di protocolli operativi riguardanti le prestazioni erogate il più possibile chiari, condivisi e funzionali.

Non da ultimo è importante considerare che alcune questioni riguardanti la prevenzione, la cura e l'assistenza alle persone con problemi di tossicodipendenza e alcolodipendenza coinvolte nel circuito penale dipendono da interventi di politica nazionale e locale che esulano dalla specificità analizzata e descritta all'interno della suddetta ricerca e che pertanto chiedono di essere definite in contesti altri.

Seppur con la limitatezza del tempo a disposizione la presente ricerca offre un panorama attendibile della realtà di prevenzione, cura e assistenza alle persone con problemi di *addiction* detenute nelle carceri del Veneto e può costituire un dato significativo nella costruzione delle azioni di politica socio-sanitaria della Regione Veneto in stretta collaborazione con il Ministero della Giustizia e il Volontariato Sociale.

ALLEGATO 1

DIPARTIMENTO DI BELLUNO

DATI IDENTIFICATIVI

Az.U.I.s.s. n°1

Indirizzo: Via Feltre 57

Responsabile: Alfio De Sandre

UTENTI E UTENTI DETENUTI

N soggetti in carico al 31.12.2004	758
di cui tossicodipendenti detenuti	39
di cui alcoldipendenti detenuti	2

ISTITUTO PENITENZIARIO DI COMPETENZA

CASA CIRCONDARIALE DI BELLUNO

Tossicodipendenti presenti al 31.12.004	40
Alcoldipendenti presenti al 31.12.004	60

RISORSE UMANE ATTIVE NEL SOSTEGNO DI UTENTI DETENUTI

QUALIFICA	RAPPORTO DI LAVORO	IMPEGNO Impegno (ore-sett.li dedicate al sostegno di soggetti detenuti)
Assistente sociale	dipendente	10-12 ore, di cui 5 in carcere
Medico	con contratto di collaborazione	6-7 ore in carcere
Psicologo	con contratto di collaborazione	8-9 ore in carcere

DIPARTIMENTO DI PADOVA

DATI IDENTIFICATIVI

Az.U.I.s.s. n° 16

Indirizzo: Via dei Colli 4

Responsabile: Andrea Vendramin

UTENTI E UTENTI DETENUTI

N soggetti in carico al 31.12.2004	2077
di cui tossicodipendenti detenuti	362
di cui alcoldipendenti detenuti	20

ISTITUTO PENITENZIARIO DI COMPETENZA

CASA CIRCONDARIALE DI PADOVA

Tossicodipendenti presenti al 31.12.004	142
Alcoldipendenti presenti al 31.12.004	16

CASA DI RECLUSIONE DI PADOVA

Tossicodipendenti presenti al 31.12.004	218
Alcoldipendenti presenti al 31.12.004	20

RISORSE UMANE ATTIVE NEL SOSTEGNO DI UTENTI DETENUTI

QUALIFICA	RAPPORTO DI LAVORO	IMPEGNO Impegno (ore-sett.li dedicate al sostegno di soggetti detenuti)
educatore	dipendente	36 ore, di cui 12 in carcere
educatore	dipendente	36 ore, di cui 12 in carcere
educatore	contratto di collab.	10 ore, di cui 5 in carcere
educatore	contratto di collab.	10 ore, di cui 5 in carcere
infermiere	contratto di collab.	18 ore, di cui 18 in carcere
infermiere	contratto di collab.	24 ore, di cui 24 in carcere
medico	contratto di collab.	30 ore, di cui 30 in carcere
medico	contratto di collab.	18 ore, di cui 18 in carcere
psicologo	contratto di collab.	9,25 ore, di cui 9,25 in carcere
psicologo	contratto di collab.	9,5 ore, di cui 9,5 in carcere
psicologo	contratto di collab.	15 ore, di cui 15 in carcere
psicologo	contratto di collab.	11,25 ore, di cui 11,25 in carcere
psicologo	contratto di collab.	11,25 ore, di cui 11,25 in carcere
psicologo	contratto di collab.	20 ore, di cui 4 in carcere
psicologo	contratto di collab.	20 ore, di cui 4 in carcere
psicologo	contratto di collab.	10 ore, di cui 10 in carcere
psicologo	dipendente	36 ore, di cui 6 in carcere
psicologo	contratto di collab.	3,5 ore, di cui nessuna in carcere

DIPARTIMENTO DI ROVIGO

DATI IDENTIFICATIVI

Az.U.I.s.s. n°18

Indirizzo: Via Gramsci 27

Responsabile: Giovanni Caniato

UTENTI E UTENTI DETENUTI

N soggetti in carico al 31.12.2004	1010
di cui tossicodipendenti detenuti	108
di cui alcoldipendenti detenuti	4

ISTITUTO PENITENZIARIO DI COMPETENZA

CASA CIRCONDARIALE DI ROVIGO

Tossicodipendenti presenti al 31.12.004	35
Alcoldipendenti presenti al 31.12.004	3

RISORSE UMANE ATTIVE NEL SOSTEGNO DI UTENTI DETENUTI

QUALIFICA	RAPPORTO DI LAVORO	IMPEGNO Impegno (ore-sett.li dedicate al sostegno di soggetti detenuti)
medico	dipendente	3 ore, di cui 1 in carcere
ass. sociali	dipendente	31 ore, di cui 30 in carcere
psicologo		8 ore in carcere

DIPARTIMENTO DI TREVISO

DATI IDENTIFICATIVI

Az.U.I.s.s. n°19

Indirizzo: Via Castellana 2

Responsabile: Germano Zanusso

UTENTI E UTENTI DETENUTI

N soggetti in carico al 31.12.2004	1537
di cui tossicodipendenti detenuti	123
di cui alcoldipendenti detenuti	18

ISTITUTO PENITENZIARIO DI COMPETENZA

CASA CIRCONDARIALE DI TREVISO

Tossicodipendenti presenti al 31.12.004	93
Alcoldipendenti presenti al 31.12.004	4

RISORSE UMANE ATTIVE NEL SOSTEGNO DI UTENTI DETENUTI

QUALIFICA	RAPPORTO DI LAVORO	IMPEGNO Impegno (ore-sett.li dedicate al sostegno di soggetti detenuti)
Ass.sociale	contratto di collab.	6 ore, di cui 6 in carcere
Educatore	contratto di collab.	6 ore, di cui 6 in carcere
Educatore	dipendente	3 ore, di cui 3 in carcere
Medico	contratto di collab.	12 ore, di cui 12 in carcere
Operatore tecnico di assist.	contratto di collab.	13 ore, di cui 13 in carcere
Psicologo	contratto di collab.	8 ore, di cui 8 in carcere
Psicologo	contratto di collab.	8 ore, di cui 8 in carcere
Psicologo	contratto di collab.	6,25 ore, di cui 6,25 in carcere

DIPARTIMENTO DI VENEZIA

DATI IDENTIFICATIVI

Az.U.I.s.s. n° 12

Indirizzo: Via Dorso Duro 1463

Responsabile: Amedea Lo Russo

UTENTI E UTENTI DETENUTI

N soggetti in carico al 31.12.2004	1165
di cui tossicodipendenti detenuti	220
di cui alcoldipendenti detenuti	8

ISTITUTO PENITENZIARIO DI COMPETENZA

CASA CIRCONDARIALE VENEZIA S.M. MAGGIORE

Tossicodipendenti presenti al 31.12.004	-
Alcoldipendenti presenti al 31.12.004	-

CASA CIRCONDARIALE VENEZIA GIUDECCA

Tossicodipendenti presenti al 31.12.004	12
Alcoldipendenti presenti al 31.12.004	3

CASA DI RECLUSIONE FEMMINILE DI VENEZIA

Tossicodipendenti presenti al 31.12.004	13
Alcoldipendenti presenti al 31.12.004	0

RISORSE UMANE ATTIVE NEL SOSTEGNO DI UTENTI DETENUTI

QUALIFICA	RAPPORTO DI LAVORO	IMPEGNO Impegno (ore-sett.li dedicate al sostegno di soggetti detenuti)
ass. sociale	dipendente	24 ore, di cui 14 in carcere
ass. sociale	contratto di collab.	24 ore, di cui 12 in carcere
infermiere	altro società di servizi	14 ore, di cui 14 in carcere
medico	dipendente	6 ore, di cui 2 in carcere
medico	conv. Libero-prof.	18 ore, di cui 18 in carcere
medico	conv. Libero-prof.	7 ore, di cui 7 in carcere
medico	conv. Libero-prof.	3,5 ore, di cui 3,5 in carcere
psicologo	conv. Libero-prof.	5 ore, di cui 5 in carcere
psicologo	conv. Libero-prof.	10 ore, di cui 10 in carcere
psicologo	conv. Libero-prof.	11 ore, di cui 11 in carcere
psicologo	conv. Libero-prof.	11 ore, di cui 11 in carcere

DIPARTIMENTO DI VERONA

DATI IDENTIFICATIVI

Az.U.I.s.s. n° 20

Indirizzo: Via Germania 20

Responsabile: Giovanni Serpelloni

UTENTI E UTENTI DETENUTI

N soggetti in carico al 31.12.2004	2473
di cui tossicodipendenti detenuti	431
di cui alcoldipendenti detenuti	20

ISTITUTO PENITENZIARIO DI COMPETENZA

CASA CIRCONDARIALE VERONA MONTORIO

Tossicodipendenti presenti al 31.12.004	-
Alcoldipendenti presenti al 31.12.004	-

RISORSE UMANE ATTIVE NEL SOSTEGNO DI UTENTI DETENUTI

QUALIFICA	RAPPORTO DI LAVORO	IMPEGNO Impegno (ore-sett.li dedicate al sostegno di soggetti detenuti)
Educatore	dipendente	36 ore, di cui 36 in carcere
Educatore	dipendente	36 ore, di cui 36 in carcere
Infermiere	dipendente	36 ore, di cui 36 in carcere
Infermiere	dipendente	36 ore, di cui 36 in carcere
Infermiere	dipendente	36 ore, di cui 36 in carcere
Infermiere	dipendente	36 ore, di cui 36 in carcere
Infermiere	n.r.	36 ore, di cui 36 in carcere
Infettivologo	dipendente	19 ore, di cui 19 in carcere
Medico ⁸⁹	dipendente	1 ora circa in carcere
Psichiatra	dipendente	38 ore, di cui 38 in carcere
Psicologo	contratto di collab.	30 ore, di cui 30 in carcere
Psicologo	contratto di collab.	30 ore, di cui 30 in carcere
Psicologo	contratto di collab.	3 ore, di cui 3 in carcere

Note

89. Responsabile del Ser.T via Michele alla Porta 3 (Verona), lavora in carcere circa 20 ore all'anno

DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE DI VICENZA

DATI IDENTIFICATIVI

Az.U.I.s.s. n°6

Indirizzo: Contrà Mure S. Domenico 4

Responsabile: Vincenzo Balestra

UTENTI E UTENTI DETENUTI

N soggetti in carico al 31.12.2004	1352
di cui tossicodipendenti detenuti	167
di cui alcoldipendenti detenuti	25

ISTITUTO PENITENZIARIO DI COMPETENZA

CASA CIRCONDARIALE DI VICENZA

Tossicodipendenti presenti al 31.12.004	105
Alcoldipendenti presenti al 31.12.004	16

RISORSE UMANE ATTIVE NEL SOSTEGNO DI UTENTI DETENUTI

QUALIFICA	RAPPORTO DI LAVORO	IMPEGNO Impegno (ore-sett.li dedicate al sostegno di soggetti detenuti)
Ass. sanitario	dipendente	4 ore, di cui 2 all'interno del carcere
Ass. sociale	dipendente	9 ore, di cui 5 all'interno del carcere
Coord. sanitario	dipendente	6 ore, di cui 2 all'interno del carcere
Educatore	dipendente	12 ore, di cui 6 all'interno del carcere
Infermiere	dipendente	18 ore, di cui 18 all'interno del carcere
Infermiere	dipendente	24 ore, di cui 24 all'interno del carcere
Medico	contratto di collaborazione	10 ore, di cui 20 all'interno del carcere
Psicologo	dipendente	12 ore, di cui 6 all'interno del carcere
Psicologo	Contratto di collaborazione	7 ore, di cui 7 all'interno del carcere
Psicologo	Contratto di collaborazione	7 ore, di cui 7 all'interno del carcere
Psicologo	Contratto di collaborazione	7 ore, di cui 5 all'interno del carcere

ALLEGATO 2



PROGETTO REGIONALE

“Carcere e Dipendenze” Prevenzione secondaria delle patologie correlate, razionalizzazione e innovazione delle cure

Finanziato dalla giunta regionale (prov. n° 4019)
Fondo regionale di intervento per la lotta alla droga

SCHEDA DI RILEVAZIONE A CURA DEI DIPARTIMENTI PER LE DIPENDENZE DI RIFERIMENTO DEGLI ISTITUTI PENITENZIARI DEL VENETO

DATI IDENTIFICATIVI DEL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE

Indirizzo
Az. U.L.S.S.
Responsabile

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ISTITUTO/I DI COMPETENZA

Nome
Indirizzo
Direttore

PREMESSA

La presente rilevazione si colloca al centro del Progetto Regionale **“Carcere e Dipendenze”** (finanziato dalla giunta regionale con provvedimento n. 4019 del 30.12.2002 a valere sul Fondo Regionale di intervento per la lotta alla Droga, triennio 2003-2005) che ha per oggetto lo studio dell'attività svolta dai Dipartimenti per le Dipendenze all'interno degli Istituti penitenziari del Veneto. Per raggiungere questo obiettivo si è deciso di svolgere una doppia indagine: una rivolta ai diretti interessati (i Dipartimenti per le Dipendenze di riferimento degli Istituti penitenziari del Veneto) e una rivolta ai testimoni privilegiati del loro intervento (le Direzioni degli Istituti).

In studi come questo, infatti, è di fondamentale importanza cercare di raccogliere i diversi punti di vista. In particolare, l'oggetto della ricerca **“Carcere e Dipendenze”** impone di considerare sia le percezioni e le opinioni di chi lavora direttamente o indirettamente con i detenuti e dipende istituzionalmente dal Dipartimento per le Dipendenze, sia le percezioni e le opinioni di chi lavora direttamente o indirettamente con i detenuti e dipende istituzionalmente dal Ministero della Giustizia.

Ogni informazione sarà tenuta riservata e utilizzata solo per le finalità della ricerca.

La ricerca è svolta dal **Dipartimento per le Dipendenze di Vicenza** (A.U.L.S.S. 6) con la collaborazione dell'**Osservatorio Regionale sulla popolazione detenuta ed in esecuzione penale esterna**.

Due sono le finalità specifiche assegnate a questa fase del progetto:

- tracciare la mappatura dell'attività socio-sanitaria a favore dei detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti;
- individuare le eventuali buone pratiche.

La scheda di rilevazione riportata di seguito è organizzata in due parti:

- nella prima parte si chiede di quantificare le risorse sanitarie a disposizione dei detenuti;
- nella seconda parte si chiede di esprimere un parere sulle risorse socio-sanitarie a disposizione dei detenuti e di segnalare eventuali buone pratiche sperimentate (o in via di sperimentazione) nell'ambito della cura, della riabilitazione e del reinserimento sociale e lavorativo dei detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti.

La prima parte è articolata come segue:

- QUADRO A – informazioni su tossicodipendenti e alcolodipendenti
- QUADRO B – il personale sanitario del Dipartimento per le Dipendenze e l'attività in carcere
- QUADRO C – le prestazioni a sostegno dei detenuti tossicodipendenti
- QUADRO D – le prestazioni a sostegno dei detenuti alcolodipendenti

Nell'ultima pagina è stato riportato uno spazio aperto alle osservazioni nel quale è possibile riportare tutte le informazioni e le spiegazioni utili a completare il quadro descritto attraverso la compilazione della presente scheda.

Si chiede di compilare e riconsegnare la presente scheda entro e non oltre il **5 luglio 2005**: un incaricato del Dipartimento per Dipendenze di Vicenza fisserà un appuntamento per venire personalmente a ritirarla.

Per informazioni e chiarimenti è possibile rivolgersi al

Dipartimento delle Dipendenze di Vicenza
Stefania Gasparotto o Luca Zoncheddu
Contrà Mure San Domenico 4 - 36100 Vicenza
e mail: sert.vicenza@ulssvicenza.it
Tel. 0444 213111-18 Fax 0444 213126

QUADRO A
INFORMAZIONI SU TOSSICODIPENDENTI E ALCOLDIPENDENTI IN CARICO AL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE

	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
N° soggetti a carico del Dipartimento per le Dipendenze al 31.12.2004			
N° tossicodipendenti detenuti in carico al Dipartimento per le Dipendenze al 31.12.2004			
N° alcolodipendenti detenuti in carico al Dipartimento per le Dipendenze al 31.12.2004			

QUADRO B
IL PERSONALE SANITARIO DEL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE E L'ATTIVITA' IN CARCERE.
 Riportare di seguito il personale del Dipartimento per le Dipendenze impegnato nell'assistenza e la cura dei detenuti nell'Istituto di competenza.
 Per ciascun operatore si indichino: qualifica (medico, psicologo, educatore, assistente sociale, ecc.), tipo di rapporto di lavoro (dipendente, in collaborazione, ecc.), numero, anche stimato, di ore settimanali rivolte al sostegno dei detenuti, di cui svolte all'interno dell'Istituto.

	QUALIFICA	TIPO DI RAPPORTO DI LAVORO	N° DI ORE SETT.LI RIVOLTE AL SOSTEGNO DEI DETENUTI	N° ORE SETT.LI DI LAVORO SVOLTE ALL'INTERNO DELL'ISTITUTO PENALE ⁹⁰
1		- dipendente - con contratto di collaborazione - altro (specificare) (.....)		
2		- dipendente - con contratto di collaborazione - altro (specificare) (.....)		
3		- dipendente - con contratto di collaborazione - altro (specificare) (.....)		
4		- dipendente - con contratto di collaborazione - altro (specificare) (.....)		
5		- dipendente - con contratto di collaborazione - altro (specificare) (.....)		
6		- dipendente - con contratto di collaborazione - altro (specificare) (.....)		

Note

90. Se non è possibile stimare il numero di ore settimanali indicare se si tratta di un impegno Part Time, Full Time o "a chiamata".

7	- dipendente - con contratto di collaborazione - altro (specificare) (.....)		
8	- dipendente - con contratto di collaborazione - altro (specificare) (.....)		
9	- dipendente - con contratto di collaborazione - altro (specificare) (.....)		
10	- dipendente - con contratto di collaborazione - altro (specificare) (.....)		
11	- dipendente - con contratto di collaborazione - altro (specificare) (.....)		
12	- dipendente - con contratto di collaborazione - altro (specificare) (.....)		
13	- dipendente - con contratto di collaborazione - altro (specificare) (.....)		
14	- dipendente - con contratto di collaborazione - altro (specificare) (.....)		
15	- dipendente - con contratto di collaborazione - altro (specificare) (.....)		
16	- dipendente - con contratto di collaborazione - altro (specificare) (.....)		

QUADRO B - CONTINUA

17. Il Dipartimento per le Dipendenze è dotato di una "Equipe Carcere"?

- No
 Si

17.1 Se sì. Si tratta di una Unità Funzionale o di una Unità Operativa?

- Unità Funzionale (indicare il numero della relativa delibera:)
 Unità Operativa (indicare il numero della relativa delibera:)
 Altro (specificare.....)

18. All'interno dell'Istituto di competenza, il Dipartimento per le Dipendenze dispone di spazi prestabiliti?

- No
 Sì (specificare il numero di stanze:.....)

18.1 Se sì. Si tratta di spazi ad uso esclusivo o condivisi?

- Spazi ad uso esclusivo
 Spazi condivisi
 Altro (specificare.....)

19. Esiste un coordinatore dell'attività svolta dal Dipartimento per le Dipendenze all'interno dell'Istituto di competenza?

- No
 Sì, un unico coordinatore per tutte le attività svolte
 Sì, due coordinatori: uno dell'attività rivolta ai tossicodipendenti e un altro dell'attività rivolta agli alcolodipendenti.
 Sì, altro (specificare.....)

QUADRO C

LE PRINCIPALI ATTIVITÀ/PRESTAZIONI A SOSTEGNO DEI TOSSICODIPENDENTI

Per ciascuna attività si indichi se viene svolta all'interno dell'Istituto di competenza e da chi viene effettuata.

ATTIVITÀ/PRESTAZIONE	VIENE EFFETTUATA?	SE VIENE EFFETTUATA. DA CHI VIENE EFFETTUATA PREVALENTEMENTE?
1 Colloqui individuali	- Sì, sempre - Sì, solo in casi particolari (specificare) - No - Non so	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
2 Attività di gruppo	- Sì, sempre - Sì, solo in casi particolari (specificare) - No - Non so	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
3 Accertamento dello stato di tossicodipendenza	- Sì, sempre - Sì, solo in casi particolari (specificare) - No - Non so	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)

4 Certificazione dello stato di tossicodipendenza	- Sì, sempre - Sì, solo in casi particolari (specificare) - No - Non so	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
5 Accertamenti diagnostici tossicologici	- Sì, sempre - Sì, solo in casi particolari (specificare) - No - Non so	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
6 Proposta di accertamenti diagnostici specialistici	- Sì, sempre - Sì, solo in casi particolari (specificare) - No - Non so	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
7 Valutazione psico-diagnostica ed attività di orientamento	- Sì, sempre - Sì, solo in casi particolari (specificare) - No - Non so	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
8 Indagine familiare, sociale e lavorativa in vista di eventuali programmi terapeutici alternativi alla detenzione	- Sì, sempre - Sì, solo in casi particolari (specificare) - No - Non so	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
9 Attività di reinserimento sociale e/o lavorativo	- Sì, sempre - Sì, solo in casi particolari (specificare) - No - Non so	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
10 Rapporti con il CSSA e la Magistratura	- Sì, sempre - Sì, solo in casi particolari (specificare) - No - Non so	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)

QUADRO D

LE PRINCIPALI ATTIVITÀ/PRESTAZIONI A SOSTEGNO DEGLI ALCOLDIPENDENTI

Per ciascuna attività si indichi se viene svolta all'interno dell'Istituto di competenza e da chi viene effettuata.

ATTIVITÀ/PRESTAZIONE	VIENE EFFETTUATA?	SE VIENE EFFETTUATA. DA CHI VIENE EFFETTUATA PREVALENTEMENTE?
1 Colloqui individuali	- Sì, sempre - Sì, solo in casi particolari (specificare) - No - Non so	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
2 Attività di gruppo	- Sì, sempre - Sì, solo in casi particolari (specificare) - No - Non so	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)

ATTIVITA'/PRESTAZIONE	VIENE EFFETTUATA?	SE VIENE EFFETTUATA. DA CHI VIENE EFFETTUATA PREVALENTEMENTE?
3 Accertamento dello stato di alcoldipendenza	- Sì, sempre - Sì, solo in casi particolari (specificare) - No - Non so	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
4 Certificazione dello stato di alcoldipendenza	- Sì, sempre - Sì, solo in casi particolari (specificare) - No - Non so	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
5 Accertamenti diagnostici tossicologici	- Sì, sempre - Sì, solo in casi particolari (specificare) - No - Non so	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
6 Proposta di accertamenti diagnostici specialistici	- Sì, sempre - Sì, solo in casi particolari (specificare) - No - Non so	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
7 Valutazione psico-diagnostica ed attività di orientamento	- Sì, sempre - Sì, solo in casi particolari (specificare) - No - Non so	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
8 Indagine familiare, sociale e lavorativa in vista di eventuali programmi terapeutici alternativi alla detenzione	- Sì, sempre - Sì, solo in casi particolari (specificare) - No - Non so	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
9 Attività di reinserimento sociale e/o lavorativo	- Sì, sempre - Sì, solo in casi particolari (specificare) - No - Non so	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
10 Rapporti con il CSSA e la Magistratura	- Sì, sempre - Sì, solo in casi particolari (specificare) - No - Non so	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)

LE CHIEDIAMO ORA DI ESPRIMERE ALCUNE OPINIONI

1. Per rispondere efficacemente alle esigenze dei detenuti tossicodipendenti e alcoldipendenti, le risorse sanitarie messe a disposizione dal Suo Dipartimento sono sufficienti?
Esprima la Sua opinione per ciascuna delle qualifiche sotto riportate.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Medici	<i>Per niente</i>											<i>Del tutto</i>
Infermieri	<i>Per niente</i>											<i>Del tutto</i>
Psichiatri	<i>Per niente</i>											<i>Del tutto</i>
Psicologi	<i>Per niente</i>											<i>Del tutto</i>
Assistenti sociali	<i>Per niente</i>											<i>Del tutto</i>
Educatori	<i>Per niente</i>											<i>Del tutto</i>

2. Per rispondere efficacemente alle esigenze dei detenuti, è importante che agli operatori dei Dipartimenti per le Dipendenze sia rivolta una formazione specifica?

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<i>Per niente</i>											<i>Del tutto</i>

2.1 Se ha assegnato un punteggio superiore a 5, indichi nello spazio sottostante le tematiche principali da affrontare nella formazione specifica.

.....
.....

3. Come valuta la collaborazione tra il Suo Dipartimento e le altre Strutture presenti all'interno dell'Istituto? Esprima la Sua Opinione per ciascuna delle strutture sotto riportate.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Direzione istituto	<i>Nessuna interazione</i>											<i>Collaborazione continua</i>
Area trattamento	<i>Nessuna interazione</i>											<i>Collaborazione continua</i>
Area pedagogica	<i>Nessuna interazione</i>											<i>Collaborazione continua</i>
Medicina Penitenziaria	<i>Nessuna interazione</i>											<i>Collaborazione continua</i>
Polizia Penitenziaria	<i>Nessuna interazione</i>											<i>Collaborazione continua</i>
C.S.S.A.	<i>Nessuna interazione</i>											<i>Collaborazione continua</i>
Magistratura di Sorveglianza	<i>Nessuna interazione</i>											<i>Collaborazione continua</i>
Altri Dipartimenti per le Dip.	<i>Nessuna interazione</i>											<i>Collaborazione continua</i>
Comunità terapeutiche	<i>Nessuna interazione</i>											<i>Collaborazione continua</i>
Associazioni di volontariato	<i>Nessuna interazione</i>											<i>Collaborazione continua</i>
Enti locali	<i>Nessuna interazione</i>											<i>Collaborazione continua</i>

4. Per aumentare la collaborazione tra il Dipartimento per le Dipendenze e le altre strutture, quali interventi dovrebbero essere promossi?

.....
.....

PROGETTO REGIONALE

“Carcere e Dipendenze” Prevenzione secondaria delle patologie correlate, razionalizzazione e innovazione delle cure

Finanziato dalla giunta regionale (prov. n° 4019)
Fondo regionale di intervento per la lotta alla droga

SCHEDA DI RILEVAZIONE A CURA DEI DIPARTIMENTI PER LE DIPENDENZE PRIVI DI ISTITUTI PENITENZIARI NEL PROPRIO TERRITORIO DI COMPETENZA

DATI IDENTIFICATIVI DEL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE

Indirizzo
Az. U.L.S.S.
Responsabile

PREMESSA

La presente rilevazione si colloca al centro del Progetto Regionale **“Carcere e Dipendenze”** (finanziato dalla giunta regionale con provvedimento n. 4019 del 30.12.2002 a valere sul Fondo Regionale di intervento per la lotta alla Droga, triennio 2003-2005) che ha per oggetto lo studio dell'attività svolta dai Dipartimenti per le Dipendenze all'interno degli Istituti penitenziari del Veneto.

Per raggiungere questo obiettivo si è deciso di svolgere una doppia indagine: una rivolta ai diretti interessati (i Dipartimenti per le Dipendenze di riferimento degli Istituti penitenziari del Veneto) e una rivolta ai testimoni privilegiati del loro intervento (le Direzioni degli Istituti).

In studi come questo, infatti, è di fondamentale importanza cercare di raccogliere i diversi punti di vista. In particolare, l'oggetto della ricerca **“Carcere e Dipendenze”** impone di considerare sia le percezioni e le opinioni di chi lavora direttamente o indirettamente con i detenuti e dipende istituzionalmente dal Dipartimento per le Dipendenze, sia le percezioni e le opinioni di chi lavora direttamente o indirettamente con i detenuti e dipende istituzionalmente dal Ministero della Giustizia.

Ogni informazione sarà tenuta riservata e utilizzata solo per le finalità della ricerca.

La ricerca è svolta dal **Dipartimento per le Dipendenze di Vicenza** (A.U.L.S.S. 6) con la collaborazione dell'**Osservatorio Regionale sulla popolazione detenuta ed in esecuzione penale esterna**.

Due sono le finalità specifiche assegnate a questa fase del progetto:

- tracciare la mappatura dell'attività socio-sanitaria a favore dei detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti;
- individuare le eventuali buone pratiche.

La scheda di rilevazione riportata di seguito è organizzata in due parti:

- nella prima parte si chiede di quantificare le risorse sanitarie a disposizione dei detenuti;
- nella seconda parte si chiede di esprimere un parere sulle risorse socio-sanitarie a disposizione dei detenuti e di segnalare eventuali buone pratiche sperimentate (o in via di sperimentazione) nell'ambito della cura, della riabilitazione e del reinserimento sociale e lavorativo dei detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti.

La prima parte è articolata come segue:

- QUADRO A - informazioni su tossicodipendenti e alcolodipendenti
- QUADRO B - l'attività in carcere

Nell'ultima pagina è stato riportato uno spazio aperto alle osservazioni nel quale è possibile riportare tutte le informazioni e le spiegazioni utili a completare il quadro descritto attraverso la compilazione della presente scheda.

Si chiede di compilare e riconsegnare la presente scheda entro e non oltre il **11 luglio 2005** al seguente indirizzo:

*Dipartimento delle Dipendenze di Vicenza
Stefania Gasparotto o Luca Zoncheddu
Contrà Mure San Domenico 4 - 36100 Vicenza
e mail: sert.vicenza@ulssvicenza.it*

Per informazioni e chiarimenti è possibile rivolgersi al Dipartimento delle Dipendenze di Vicenza ai referenti sopra indicati.

QUADRO A
INFORMAZIONI SU TOSSICODIPENDENTI E ALCOLDIPENDENTI IN CARICO AL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE

	MASCHI	TOTALE
N° soggetti a carico del Dipartimento per le Dipendenze al 31.12.2004		
N° tossicodipendenti detenuti in carico al Dipartimento per le Dipendenze al 31.12.2004		
N° alcolodipendenti detenuti in carico al Dipartimento per le Dipendenze al 31.12.2004		

QUADRO B
L'ATTIVITÀ IN CARCERE

1. Nel corso dell'anno 2004 sono entrati in carcere uno o più tossicodipendenti e/o alcolodipendenti in carico al Suo Dipartimento?
 Fornisca una risposta per ciascuno degli Istituti sotto elencati.

SOGGETTI IN CARICO ENTRATI IN CARCERE

	SI	NO	NON SO
C.C. di Belluno			
C.C. di Treviso			
C.C. di Padova			
C.R. di Padova			
C.C. di Verona Montorio			
C.C. di Vicenza			
C.C. di Rovigo			
C.R.F. di Venezia			
C.C. di Venezia S.M.M.			
C.C. di Venezia Giudecca			
Altri Istituti fuori Veneto			

2. In base a quanto Le è stato comunicato, nel corso dell'anno 2004, quanti tossicodipendenti e alcolodipendenti residenti nel territorio di competenza del Suo Dipartimento sono entrati in carcere?

Indicare il numero totale |_| |_| |_|

3. Complessivamente, nel corso dell'anno 2004, il Suo Dipartimento ha svolto prestazioni per tossicodipendenti e alcolodipendenti detenuti all'interno degli Istituti penitenziari?

Indicare il numero totale |_| |_| |_|

4. Tra le seguenti prestazioni rivolte ai tossicodipendenti e/o alcolodipendenti detenuti con quale frequenza il Suo Dipartimento collabora con il Dipartimento per le Dipendenze di riferimento dell'Istituto penitenziario?

PRESTAZIONI SVOLTE IN COLLABORAZIONE CON IL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE DI RIFERIMENTO DELL'ISTITUTO PENITENZIARIO

	SEMPRE O QUASI	SOLO IN ALCUNI CASI	MAI
Colloqui individuali			
Attività di gruppo			
Accertamento dello stato di tossicodipendenza o alcolodipendenza			
Certificazione dello stato di tossicodipendenza o alcolodipendenza			
Accertamenti diagnostici tossicologici			
Proposta di accertamenti diagnostici specialistici			
Valutazione psico-diagnostica ed attività di orientamento			
Indagine familiare, sociale e lavorativa in vista di eventuali programmi terapeutici alternativi alla detenzione			
Attività di reinserimento sociale e/o lavorativo			
Rapporti con il CSSA e la Magistratura			

LE CHIEDIAMO ORA DI ESPRIMERE ALCUNE OPINIONI

1. In base alla Sua esperienza quali sono le maggiori difficoltà che il Suo Dipartimento per le Dipendenze incontra nel sostegno e nella cura dei tossicodipendenti e alcolodipendenti all'interno degli Istituti penitenziari?

.....

BUONE PRATICHE

Uno degli obiettivi della presente rilevazione, oltre a quello di ricostruire lo stato di fatto delle risorse sanitarie messe a disposizione dei detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti, è quello di mettere in luce eventuali "buone pratiche" esistenti nel territorio.

Se il Dipartimento per le Dipendenze ha sperimentato (o sta sperimentando) una o più esperienze particolari relative all'ambito della cura, della riabilitazione o del reinserimento sociale e lavorativo dei detenuti, Vi preghiamo di descriverle nello spazio sottostante.

Per il buon esito della rilevazione Vi preghiamo inoltre di allegare tutti i documenti (progetti, relazioni, protocolli, descrizioni di attività, ecc.) che ritenete utili per illustrare finalità e modalità di esecuzione dell'intervento o degli interventi che intendete segnalare come buona pratica.

.....

PROGETTO REGIONALE

*“Carcere e Dipendenze” Prevenzione secondaria delle patologie correlate,
razionalizzazione e innovazione delle cure*

Finanziato dalla giunta regionale (prov. n° 4019)
Fondo regionale di intervento per la lotta alla droga

SCHEDA DI RILEVAZIONE A CURA DEGLI ISTITUTI PENITENZIARI DEL VENETO

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ISTITUTO

Nome
Indirizzo
Direttore

DATI IDENTIFICATIVI DEL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE di riferimento

Indirizzo
Az. U.L.S.S.
Responsabile

PREMESSA

La presente rilevazione si colloca al centro del Progetto Regionale **“Carcere e Dipendenze”** (finanziato dalla giunta regionale con provvedimento n. 4019 del 30.12.2002 a valere sul Fondo Regionale di intervento per la lotta alla Droga, triennio 2003-2005) che ha per oggetto lo studio dell'attività svolta dai Dipartimenti per le Dipendenze all'interno degli Istituti penitenziari del Veneto.

Per raggiungere questo obiettivo si è deciso di svolgere una doppia indagine: una rivolta ai diretti interessati (i Dipartimenti per le Dipendenze di riferimento degli Istituti penitenziari del Veneto) e una rivolta ai testimoni privilegiati del loro intervento (le Direzioni degli Istituti).

In studi come questo, infatti, è di fondamentale importanza cercare di raccogliere i diversi punti di vista. In particolare, l'oggetto della ricerca **“Carcere e Dipendenze”** impone di considerare sia le percezioni e le opinioni di chi lavora direttamente o indirettamente con i detenuti e dipende istituzionalmente dal Dipartimento per le Dipendenze, sia le percezioni e le opinioni di chi lavora direttamente o indirettamente con i detenuti e dipende istituzionalmente dal Ministero della Giustizia.

Ogni informazione sarà tenuta riservata e utilizzata solo per le finalità della ricerca.

La ricerca è svolta dal **Dipartimento per le Dipendenze di Vicenza** (A.U.L.S.S. 6) con la collaborazione dell'**Osservatorio Regionale sulla popolazione detenuta ed in esecuzione penale esterna**.

La scheda di rilevazione riportata di seguito è organizzata in due parti:

- nella prima parte si chiede di quantificare le risorse sanitarie a disposizione dei detenuti;
- nella seconda parte si chiede di esprimere un parere sulle risorse socio-sanitarie a disposizione dei detenuti e di segnalare eventuali buone pratiche sperimentate (o in via di sperimentazione) nell'ambito della cura, della riabilitazione e del reinserimento sociale e lavorativo dei detenuti.

La prima parte è articolata come segue:

- QUADRO A – informazioni sui detenuti
- QUADRO B – il personale sanitario dell'Istituto penitenziario
- QUADRO C – il personale sanitario del Dipartimento per le Dipendenze
- QUADRO D – le prestazioni a sostegno dei tossicodipendenti
- QUADRO E – le prestazioni a sostegno degli alcolodipendenti

Nell'ultima pagina è stato riportato uno spazio aperto alle osservazioni nel quale è possibile riportare tutte le informazioni e le spiegazioni utili a completare il quadro descritto attraverso la compilazione della presente scheda.

Si chiede di compilare e riconsegnare la presente scheda entro e non oltre il **5 luglio 2005**: un incaricato del Dipartimento per Dipendenze di Vicenza fisserà un appuntamento per venire personalmente a ritirarla presso l'Istituto.

Per informazioni e chiarimenti è possibile rivolgersi al

Dipartimento delle Dipendenze di Vicenza
Stefania Gasparotto o Luca Zoncheddu
Contrà Mure San Domenico 4 - 36100 Vicenza
e mail: sert.vicenza@ulssvicenza.it
Tel. 0444 213111-18 Fax 0444 21312

QUADRO A
INFORMAZIONI SUI DETENUTI

	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Detenuti al 31.12.2004			
Detenuti tossicodipendenti al 31.12.2004			
Detenuti alcolodipendenti al 31.12.2004			
Detenuti dimessi con un programma in misura alternativa alla detenzione nel corso del 2004			
Detenuti tossicodipendenti dimessi con un programma in misura alternativa alla detenzione nel corso del 2004			
Detenuti alcolodipendenti dimessi con un programma in misura alternativa alla detenzione nel corso del 2004			

QUADRO B

IL PERSONALE SANITARIO DELL'ISTITUTO PENITENZIARIO

L'obiettivo specifico di questa scheda è quello di rilevare quante siano le risorse sanitarie necessarie per l'assistenza e la cura dei detenuti tossicodipendenti ed alcolodipendenti

PERSONALE DEL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

QUALIFICA	TIPO DI RAPPORTO DI LAVORO	N° OPERATORI	N° ORE-UOMO SETTIMANALI ⁹¹
Medici	- dipendente - con contratto di collaborazione - in convenzione - altro (.....)		
Medici specialisti ⁹²	- dipendente - con contratto di collaborazione - in convenzione - altro (.....)		
Infermieri	- dipendente - con contratto di collaborazione - in convenzione - altro (.....)		
Psichiatri	- dipendente - con contratto di collaborazione - in convenzione - altro (.....)		
Psicologi	- dipendente - con contratto di collaborazione - in convenzione - altro (.....)		
Assistenti sociali CSSA	- dipendente - con contratto di collaborazione - in convenzione - altro (.....)		

Note

91. Se non si sa o non applicabile indicare se a "tempo pieno", "part-time" o "a chiamata".

92. cardiologo, chirurgo, dermatologo, infettivologo, odontoiatra, psichiatra, psicologo, ecc.

Educatori	- dipendente - con contratto di collaborazione - in convenzione - altro (.....)		
-----------	--	--	--

QUADRO C

IL PERSONALE SANITARIO DEL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE

L'obiettivo specifico di questa scheda è quello di rilevare quante siano le risorse sanitarie necessarie per l'assistenza e la cura dei detenuti tossicodipendenti ed alcolodipendenti.

PERSONALE DEL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE

QUALIFICA	SONO PRESENTI NELL'ASSISTENZA E LA CURA DEI DETENUTI TOSSICODIPENDENTI E/O ALCOLDIPENDENTI?
Medici a carico S.S.N.	SI NO NON SO
Infermieri a carico S.S.N.	SI NO NON SO
Psichiatri a carico del S.S.N.	SI NO NON SO
Psicologi a carico del S.S.N.	SI NO NON SO
Assistenti sociali a carico del S.S.N.	SI NO NON SO
Educatori a carico del S.S.N.	SI NO NON SO
Altri operatori del S.S.N. (specificare.....)	SI NO NON SO

18. All'interno del Suo Istituto, il Dipartimento per le Dipendenze dispone di spazi prestabiliti?

- No
 Sì (specificare il numero di stanze:.....)

18.1 Se sì. Si tratta di spazi ad uso esclusivo o condivisi?

- Spazi ad uso esclusivo del Dipartimento
 Spazi condivisi
 Altro (specificare.....)

QUADRO D

LE PRINCIPALI ATTIVITÀ/PRESTAZIONI A SOSTEGNO DEI TOSSICODIPENDENTI

Per ciascuna attività si indichi se viene svolta all'interno dell'Istituto, in caso positivo, se sia svolta prevalentemente dal Dipartimento per le Dipendenze o da altre strutture/enti associazioni.

ATTIVITÀ/PRESTAZIONE	VIENE EFFETTUATA?	SE VIENE EFFETTUATA. DA CHI VIENE EFFETTUATA PREVALENTEMENTE?
1 Colloqui individuali	- SI - NO - NON SO	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
2 Attività di gruppo	- SI - NO - NON SO	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
3 Accertamento dello stato di tossicodipendenza	- SI - NO - NON SO	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
4 Certificazione dello stato di tossicodipendenza	- SI - NO - NON SO	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
5 Accertamenti diagnostici tossicologici	- SI - NO - NON SO	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
6 Proposta di accertamenti diagnostici specialistici	- SI - NO - NON SO	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
7 Valutazione psico-diagnostica ed attività di orientamento	- SI - NO - NON SO	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
8 Indagine familiare, sociale e lavorativa in vista di eventuali programmi terapeutici alternativi alla detenzione	- SI - NO - NON SO	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
9 Attività di reinserimento sociale e/o lavorativo	- SI - NO - NON SO	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
10 Rapporti con il CSSA e la Magistratura	- SI - NO - NON SO	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)

QUADRO E

LE PRINCIPALI ATTIVITÀ/PRESTAZIONI A SOSTEGNO DEGLI ALCOLDIPENDENTI

Per ciascuna attività si indichi se viene svolta all'interno dell'Istituto, in caso positivo, se sia svolta prevalentemente dal Dipartimento per le Dipendenze o da altre strutture/enti associazioni.

ATTIVITÀ/PRESTAZIONE	VIENE EFFETTUATA?	SE VIENE EFFETTUATA. DA CHI VIENE EFFETTUATA PREVALENTEMENTE?
1 Colloqui individuali	- SI - NO - NON SO	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
2 Attività di gruppo	- SI - NO - NON SO	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
3 Accertamento dello stato di alcoldipendenza	- SI - NO - NON SO	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
4 Certificazione dello stato di alcoldipendenza	- SI - NO - NON SO	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
5 Accertamenti diagnostici tossicologici	- SI - NO - NON SO	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
6 Proposta di accertamenti diagnostici specialistici	- SI - NO - NON SO	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
7 Valutazione psico-diagnostica e di attività di orientamento	- SI - NO - NON SO	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
8 Indagine familiare, sociale e lavorativa in vista di eventuali programmi terapeutici alternativi alla detenzione	- SI - NO - NON SO	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
9 Attività di reinserimento sociale e/o lavorativo	- SI - NO - NON SO	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)
10 Rapporti con il CSSA e la Magistratura	- SI - NO - NON SO	- Dipartimento per le Dipendenze - Altri enti/strutture/associazioni (specificare)

LE CHIEDIAMO ORA DI ESPRIMERE ALCUNE OPINIONI

1. Per rispondere efficacemente alle esigenze dei detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti, le risorse sanitarie a disposizione dell'Istituto sono sufficienti?
Esprima la Sua opinione per ciascuna delle qualifiche sotto riportate.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Medici	<i>Per niente</i>											<i>Del tutto</i>
Infermieri	<i>Per niente</i>											<i>Del tutto</i>
Psichiatri	<i>Per niente</i>											<i>Del tutto</i>
Psicologi	<i>Per niente</i>											<i>Del tutto</i>
Assistenti sociali	<i>Per niente</i>											<i>Del tutto</i>
Educatori	<i>Per niente</i>											<i>Del tutto</i>

2. Per rispondere efficacemente alle esigenze dei detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti, le risorse sanitarie messe a disposizione dal Dipartimento per le Dipendenze sono sufficienti?
Esprima la Sua opinione per ciascuna delle qualifiche sotto riportate.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Medici	<i>Per niente</i>											<i>Del tutto</i>
Infermieri	<i>Per niente</i>											<i>Del tutto</i>
Psichiatri	<i>Per niente</i>											<i>Del tutto</i>
Psicologi	<i>Per niente</i>											<i>Del tutto</i>
Assistenti sociali	<i>Per niente</i>											<i>Del tutto</i>
Educatori	<i>Per niente</i>											<i>Del tutto</i>

3. Per rispondere efficacemente alle esigenze dei detenuti, è importante che agli operatori dei Dipartimenti per le Dipendenze sia rivolta una formazione specifica?

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<i>Per niente</i>											<i>Del tutto</i>

3.1 Se ha assegnato un punteggio superiore a 5, indichi nello spazio sottostante le tematiche principali da affrontare nella formazione specifica.

.....

4. In base a quanto ha potuto constatare, come valuta la collaborazione tra il Dipartimento per le Dipendenze e le altre realtà che operano all'interno dell'Istituto?
Esprima la Sua Opinione per ciascuna delle strutture sotto riportate.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Direzione istituto	<i>Nessuna interazione</i>											<i>Collaborazione continua</i>
Area educativa	<i>Nessuna interazione</i>											<i>Collaborazione continua</i>
Medicina Penitenziaria	<i>Nessuna interazione</i>											<i>Collaborazione continua</i>
Polizia Penitenziaria	<i>Nessuna interazione</i>											<i>Collaborazione continua</i>
C.S.S.A.	<i>Nessuna interazione</i>											<i>Collaborazione continua</i>
Magistratura di Sorveglianza	<i>Nessuna interazione</i>											<i>Collaborazione continua</i>

5. Per aumentare la collaborazione tra il Dipartimento per le Dipendenze e le altre strutture, quali interventi dovrebbero essere promossi?

.....

BUONE PRATICHE

Uno degli obiettivi della presente rilevazione, oltre a quello di ricostruire lo stato di fatto delle risorse sanitarie messe a disposizione dei detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti, è quello di mettere in luce eventuali "buone pratiche" esistenti nel territorio.

Se il Dipartimento per le Dipendenze ha sperimentato (o sta sperimentando) una o più esperienze particolari relative all'ambito della cura, della riabilitazione o del reinserimento sociale e lavorativo dei detenuti, Vi preghiamo di descriverle nello spazio sottostante.

Per il buon esito della rilevazione Vi preghiamo inoltre di allegare tutti i documenti (progetti, relazioni, protocolli, descrizioni di attività, ecc.) che ritenete utili per illustrare finalità e modalità di esecuzione dell'intervento o degli interventi che intendete segnalare come buona pratica.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ALTRE OSSERVAZIONI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



CONCLUSIONI

CONCLUSIONI

Giuseppe Chemello

Psicologo, Psicoterapeuta Ser.T. Vicenza

Dopo questa serie di interventi sul tema dell'attività specialistica in carcere per le dipendenze patologiche, pensare a delle conclusioni è quasi un eufemismo; vien più da chiedersi quante e quali siano le questioni aperte e quale la complessità emergente:

- sul versante normativo il D.L. 230/99 non è ancora completato e grandi sembrano essere le difficoltà al trasferimento completo della medicina penitenziaria al SSN;
- sul versante istituzionale tra sanità e penitenziario esistono missioni diverse, la prima attenta al prendersi cura e alla riabilitazione, la seconda essenzialmente correlata sulla custodia;
- sul versante istituzionale, nell'operatività intra-carcere, il gruppo di lavoro-équipe fa parte di un Dipartimento per le Dipendenze e si trova ad interfacciarsi in parte con l'area sanitaria penitenziaria, in parte con l'area trattamentale e con l'area della sicurezza; in questo contesto con chi regola e media molte delle sue azioni-metodologie?
- a livello quotidiano per il gruppo di lavoro-équipe non è compito semplice il costruire relazioni al suo interno tra professionalità diverse di tipo medico-infermieristico-psicologico-educativo-assistenziale in un contesto che per sua natura e limite è considerato un contesto che investe più sulla restrizione che sul trattamento (non si dimentica il forte mandato sociale che le strutture penitenziarie raccolgono e la loro relativa elasticità istituzionale pur di fronte a nuove emergenze).

Quello che si rileva in questo lavoro è un tentativo di gestire questa complessità che potremo definire istituzionale e che informa tutta la relazione che si va costruendo con la persona tossicodipendente e alcolodipendente detenuta; e qui c'è un gioco di parole che va esplorato: utilizziamo come operatori una definizione "persona dipendente-detenuta" proprio per ritrovare un ordine etico - metodologico ed epistemologico che ci permetta come operatori sanitari di cominciare a stabilire una relazione. Ciò che il carcere fa per sua missione è di considerare la persona in primis detenuta, come se la prima forma di riabilitazione fosse il contenimento (qualche volta per il soggetto tossicodipendente lo può divenire).

Il compito degli operatori che svolgono assistenza sanitaria e riabilitativa è quello di interfacciarsi con l'aspetto della persona bisognosa di cure e che porta il corpo come strumento-interfaccia-modo per avviare una relazione. In questo agire c'è anche un'attenzione a garantire che la salute fisica-psichica-relazionale sia un diritto per tutti, diritto che può essere offuscato dal fatto di trovarsi in una realtà detentiva: le stesse condizioni di sovraffollamento, di scarsità di risorse e la cultura sanitaria sviluppata all'interno dei circuiti di pena (senza garantire adeguati contatti

con il territorio), spesso fa pensare ad un diritto-dovere alla salute dimenticato o "difficilmente esercitato-garantito".

Se si parla di umanizzazione delle cure come primo obiettivo sanitario e questo si coniuga con la realtà detentiva e con obiettivi di salute, ci si accorge del forte empatie operativo e della crisi di coscienza professionale a cui sono soggetti tutti gli operatori sanitari per la difficoltà ad espletare a volte semplici ma delicati compiti quale quello di cominciare a stabilire una relazione con la persona con problemi di dipendenza detenuta.

E' vero che il contesto è il carcere, un contesto di privazione della libertà; è anche vero che il mandato dell'operatore sanitario è quello di garantire accoglienza ai bisogni di salute fisica psicologica e relazionale per favorire un rapporto che alimenti la motivazione al trattamento e al cambiamento.

Ampio è il dibattito sulle possibilità di cambiamento-riabilitazione possibile in un contesto penitenziario; il lavoro sulla motivazione al cambiamento è ormai un'evidenza scientifica nel trattamento multimodale degli stati di dipendenza patologica; così come si sta sempre più delineando la difficoltà ad operare con i soggetti con patologie correlate all'addiction su questo livello nell'ambito penitenziario sia per le caratteristiche psicopatologiche delle persone coinvolte sia per le qualità del contesto carcere che sembra funzionare come "blocco del sistema dei codici adattivi e delle dinamiche emozionali" (Ravera, 2004) coinvolte nel cambiamento.

Abbiamo consapevolezza che forte può essere la manipolazione e la strumentalità della richiesta che giunge agli operatori; forte perciò deve essere l'attenzione diagnostica; forte l'investimento per ri-attivare risorse interne ed esterne; forte l'attenzione ad agganciare la storia della persona per ri-costruire un progetto che guardi al territorio.

E' infatti questa parte più di tipo psicologico-educativo-riabilitativo-assistenziale che si ritrova il grosso compito di costruire relazioni con le persone per valutare possibilità, risorse, motivazioni al fine di strutturare pensieri e progetti che dal carcere "si rivolgano al territorio"; progetti che, partendo dal dato di realtà del reato e della carcerazione, giungano ad un lavoro di consapevolezza ed impegno a costruire-ricostruire opportunità di salute ed integrazione sociale.

Tutto il dibattito presente e precedente sulle misure alternative alla detenzione poggia sulla consapevolezza dell'importanza della correlazione e scambio tra penitenziario e territorio e le evidenze della ricerca qui presentata ne offrono spunti interessanti.

Il rapporto tra carcere e territorio infatti oltre ad essere un'opportunità per esplorare iniziative creative ed ecologiche è anche un modo per alimentare un dibattito culturale su un tema delicato e spesso scotomizzato.

Come tener insieme queste esperienze di lavoro, diverse nelle professionalità coinvolte e attente comunque tutte alla realtà della persona dipendente detenuta? Abbiamo fatto una scommessa, cercando di recuperare nell'operatività quotidiana uno spazio di pensiero-discussione-elaborazione per i vari operatori dell'équipe, al fine di ricostruire la storia delle persone, degli interventi e dei loro esiti per pensare a progetti possibili in connessione con operatori-risorse-disponibilità presenti nelle

istituzioni del territorio.

Il progetto DO.RI.(Doppia Ricaduta) ha avuto la finalità di garantire spazio e tempo per la supervisione di casi difficili, al fine di esplorare in questa complessità di storie di dipendenza, quali e quante fossero le risorse attivabili in persone, operatori, servizi, territorio.

Ciò che abbiamo capito è che in queste complessità istituzionali e di lavoro, oltre alla disponibilità degli operatori al mettersi in gioco, è necessaria la presenza di spazi di pensiero-supervisione per esplicitare conflitti, individuare risorse, proporre orientamenti e condividere progetti.

L'attenzione a garantire uno spazio di supervisione casi è stato anche un modo per supportare l'équipe al fine di garantire ordine e costruire legami in un contesto come quello detentivo dove spesso gli interventi sono frammentati e singoli, con scarsa visione di insieme anche tra aspetto sanitario e riabilitativo.

La supervisione oltre al supporto all'équipe ha permesso anche la pensabilità d'interventi di accoglienza ed accompagnamento nel recupero di motivazione al trattamento e alla progettazione d'interventi dal carcere al territorio.

Molti rimangono i problemi aperti:

- le risorse;
- il coordinamento degli interventi;
- la formazione congiunta;
- la definizione delle mission, l'esplicitazione delle conflittualità, la formulazione di protocolli operativi;
- l'uscita dalla logica della precarietà.

Questo lavoro è un tentativo di metter assieme un'operatività di tipo sanitario in contesto detentivo.

Pur nelle differenti e necessarie provenienze e professionalità diverse questi contributi pongono due sfide:

- necessità del lavoro di équipe, senz'altro sanitaria e psico-sociale (quindi pluriprofessionale e integrata) ma che contempra-consideri-strutturi prassi operative anche con l'équipe trattamentale-penitenziaria;
- apertura al territorio come fronte sempre aperto e da attivare per gli aspetti sanitari e riabilitativi.

Sembrano due obiettivi ormai molto decantati anche dagli operatori penitenziari, ma dal nostro osservatorio rimangono ancora per molti operatori istituzionali se non una chimera, degli obiettivi non facilmente raggiungibili perlomeno nel contesto storico e culturale che stiamo vivendo.

E' altrettanto vero che spesso la realtà detentiva, con le sue emergenze vecchie e nuove (sovrappollamento-dipendenze patologiche-immigrazione) da più parti è quasi segnalata al collasso proprio perché spesso si trova caricata di "mandati impossibili".



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale



ULSS 6 VICENZA
DIPARTIMENTO
PER LE DIPENDENZE

Pubblicazione "no profit"
Vietata la vendita

Per informazioni e richieste

Ser.T. ULSS 6 "Vicenza"

Contrà Mure San Domenico 4

36100 Vicenza

Tel. 0444/213111-15

Fax 0444/213126

Email: sert.vicenza@ulssvicenza.it

Elaborazione grafica a cura di Tank Studio Vicenza

Stampato presso Tipografia UTVI di Vicenza

Settembre 2005