

Silvio Rossi

ESPERIENZE CLINICHE IN AMBITO PENITENZIARIO

Dott. Silvio Rossi Asl RM A U.O. Sert I° Distretto

Seminario tenuto il giorno 17/09/2005 presso l'Ordine degli psicologi del Lazio

Clinica (dal greco klinè = letto), Insegnamento dell'arte medica, in base all'esperienza conseguita al capezzale dell'ammalato. In ambito penitenziario, chi è veramente l'ammalato?

Il titolo di questo nostro incontro è "Esperienze cliniche". In realtà si tratta di alcune riflessioni e proposte, in qualche modo trasversali a tutta la materia della devianza, scaturite da esperienze condotte nella Casa Circondariale di "Regina Coeli". Per parlarne desidero fare un breve percorso all'indietro, quello che qualsiasi detenuto vorrebbe fare: uscire dal carcere e tornarsene a casa.

Vorrei riflettere ad alta voce, infatti, su un aspetto particolare, talvolta dato per scontato, relativo al problema della prevenzione, quello della famiglia. Si sa che le cose date per scontate spesso sono quelle più trascurate, a tal punto da essere, qualche volta, completamente ignorate.

Iniziamo allora il nostro percorso verso la famiglia partendo dal carcere. A Regina Coeli ci sono dai 700 ai 1100 detenuti, a seconda dei periodi e delle possibilità di sfollamento. Sono divisi in 8 sezioni e un centro clinico (medicina e chirurgia, quest'ultima ristrutturata recentemente e rimodernata con nuove attrezzature).

La media delle reclusioni già subite da un detenuto (o meglio, paziente-detenuto) che entra in carcere, è intorno a cinque. Il che vuol dire che ci sono detenuti alla prima esperienza carceraria e detenuti con 10 e più carcerazioni alle spalle. Se riflettiamo sul fatto che la maggior parte dei reclusi sono piuttosto giovani (sotto i cinquant'anni) e che una detenzione può essere di tre mesi, ma anche di tre anni o più, ci rendiamo conto come molti di loro trascorrono gli anni maggiormente produttivi e costruttivi della loro vita (famiglia, paternità, lavoro, ecc.) tra un reato e una detenzione.

Quanto costa un detenuto? E' difficile avere dei dati precisi a questo proposito, ma confrontando diverse fonti consultate si arriva ad una cifra non lontana da 150/200 euro al giorno. Solo Regina Coeli costa quindi 105.000,00 euro al giorno. Lascio a qualche volenteroso, il compito di continuare i conteggi.

Un investimento così massiccio di risorse deve avere un ritorno. E il ritorno previsto dalla legge è interessante, vediamo cosa dice l'Ordinamento Penitenziario (Legge 354 del 1975):

Art. 1

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. Il trattamento è attuato secondo un criterio di individualizzazione in rapporto alle specifiche condizioni dei soggetti.

Art.13

Il trattamento penitenziario deve rispondere ai particolari bisogni della personalità di ciascun soggetto.

Nei confronti dei condannati e degli internati è predisposta l'osservazione scientifica della personalità per rilevare le carenze fisiopsichiche e le altre cause del disadattamento sociale.

L'osservazione é compiuta all'inizio dell'esecuzione e proseguita nel corso di essa...
Per ciascun condannato e internato, in base ai risultati della osservazione, sono formulate indicazioni in merito al trattamento rieducativo da effettuare ed é compilato il relativo programma, che é integrato o modificato secondo le esigenze che si prospettano nel corso dell'esecuzione...

Art. 17

La finalità del reinserimento sociale dei condannati e degli internati deve essere perseguita anche sollecitando ed organizzando la partecipazione di privati e di istituzioni o associazioni pubbliche o private all'azione rieducativa...

"Rieducazione", "Reinserimento", "Trattamento"... termini ricorrenti che trasmettono lo spirito e le speranze della legge. Non più soltanto reclusione ed espiazione della pena, ma un'attenzione verso la persona, per comprendere le ragioni del suo comportamento deviante e porvi rimedio.

Ma la realtà è meno gradevole: una percentuale molto alta di recidivi; detenuti che poco dopo l'uscita dal carcere rientrano, perché hanno commesso un nuovo reato; ingresso di droga in carcere; programmi alternativi (es. comunità terapeutiche) che danno dei risultati, ma non quanti si spererebbero; ecc.).

E gli psicologi? A Regina Coeli ci sono oltre venti colleghi, divisi tra Servizio Nuovi Giunti, Osservazione e Trattamento e Ser.T. Gli psicologi provengono da esperienze formative e professionali diverse. Alcuni in carcere lavorano con i colloqui individuali, altri conducono dei gruppi, altri ancora delle psicoterapie. Talvolta, a seconda delle circostanze o delle possibilità, si pratica l'una o l'altra strada. Sarebbe importante avere un feedback, un riscontro del lavoro svolto, ma è difficile stabilire se e quando un intervento effettuato su un paziente detenuto produca un risultato. Un recluso, magari all'improvviso, può essere messo in libertà, o essere trasferito, o andare in comunità. Comunque ne perdiamo le tracce. Però non sempre è così, e qualche elemento di informazione si recupera: talvolta abbiamo notizie da altri reclusi, o lui stesso ci scrive. O magari rientra in carcere, così ci aggiorna...

Attraverso questi elementi, un'idea nel corso degli anni ce la siamo fatta. I risultati che si ottengono non sono soddisfacenti quanto si desidererebbe, nonostante l'impegno profuso da tutte le figure professionali. Molte ricadute, nuovi reati, abbandono delle comunità, ecc. Spesso ci si è interrogati sulle ragioni di questa discrepanza rispetto alle aspettative. Il limite è degli strumenti poco efficaci? Dell'ambiente carcerario, che ha delle caratteristiche che invalidano il lavoro terapeutico? Della società che non offre possibilità di reinserimento? O cos'altro ancora? Non voglio addentrarmi in questa sede in una ricerca di questo tipo. Prendiamo atto, comunque, che lavorare in carcere è sempre un lavorare sul danno avvenuto. E, nella migliore delle ipotesi, quello che si riesce a fare è limitare questo danno.

Per rispondere all'esigenza di rendere più efficace l'azione svolta all'interno dell'Istituto, e aumentare le possibilità di raggiungere gli obiettivi del trattamento penitenziario, stiamo cercando di elaborare delle nuove linee guida del lavoro psicologico.
Quella che segue è una proposta, ancora in fase di riflessione e dibattito tra i colleghi del Ser.T., su come si potrebbe impostare un intervento clinico, all'interno del carcere, alla luce di alcune caratteristiche specifiche dell'ambiente penitenziario:

CARATTERISTICHE SPECIFICHE L'INTERVENTO

1. Possibilità di reiterazione del comportamento deviante. L'intervento deve avere una robusta componente preventiva. Sebbene si tratti di prevenzione terziaria, deve comunque essere connessa con il sistema familiare, dal quale tutto proviene.

2. Il paziente può interrompere i colloqui clinici in qualsiasi momento (trasferimento in altro carcere, liberazione, comunità, ecc.). L'intervento deve essere costruito su una architettura di tipo modulare, ovvero in piccoli blocchi, ognuno dei quali dedicato ad un'area significativa e specifica, che possa essere trattata con il paziente in modo autonomo, così che anche un'interruzione improvvisa del rapporto terapeutico non interrompa in modo traumatico un discorso aperto.

3. Il paziente, quando torna in cella, non ha modo di elaborare in modo opportuno i contenuti emersi nei colloqui. Utilizzare strumenti di creatività artistica (disegni, poesie, o altro), che permettano al paziente di poter agire le proprie emozioni sollecitate dai colloqui, attraverso un'attività riconosciuta e rispettata dagli altri detenuti.

4. Il paziente è sovente prigioniero di un circolo vizioso di questo tipo: 1. Sto male - 2. Non ho alternative sane - 3. Agisco male - 4. Mi sento in colpa - 5. Provo ansia - 1. Sto ancora male - 2. Ho sempre meno alternative - 3. Soffoco il malessere incrementando i comportamenti disadattivi - 4. Mi sento in colpa - ecc. L'intervento clinico deve spezzare questa circolarità, rendendola consapevole al paziente e fornendogli gli strumenti per adottare modalità nuove e funzionali, soprattutto riguardo il punto 2.

Accanto all'approccio clinico con il paziente dovremmo puntare, però, anche in un'altra direzione. Bisognerebbe - e noi psicologi dovremmo essere in prima fila, anche diventandone promotori a livello sociale - lavorare di più sulla prevenzione. E quando si parla di prevenzione di deve obbligatoriamente parlare di famiglia. Quando la famiglia è "sana" ha tutte le risorse per formare degli individui equilibrati, integrati, capaci di raggiungere una maturità psicologica e sociale adeguata. In caso contrario, la fragilità del sistema familiare rende più esposti alla minaccia di un percorso evolutivo frammentato e senza orizzonti. In tal caso, tutto ciò che viene dopo (scuola, oratorio, centro sociale, asl, carcere, ecc.) può aiutare la famiglia, ma mai recuperare completamente l'integrità di situazioni in qualche modo già compromesse.

Il lavoro psicologico certamente può fare la sua parte, ricostituendo il tessuto sfilacciato della propria esistenza, ma è un lavoro che ha delle caratteristiche tali da non poter essere applicabile sempre, come si dovrebbe e a tutti.

In questi anni a Regina Coeli abbiamo messo a punto una nostra piccola statistica fatta in casa. Si tratta sicuramente della scoperta dell'acqua calda, ma forse vale la pena fermarsi un momento a considerarla: la stragrande maggioranza dei pazienti detenuti, diciamo oltre il 90 per cento, proviene da famiglie problematiche. E non parlo solo di situazioni di disagio socioeconomico o criminoso, ma anche di problematiche psicopatologiche o affettive più o meno evidenti. Una minima parte di pazienti ha alle spalle famiglie "normali". Ma la cosa interessante non è questa. Quello che colpisce di più è che quelli che ce la fanno, ovvero coloro che riescono a intraprendere con successo un percorso di riabilitazione, sono per lo più quei pochi che provengono dalle famiglie "normali". Per dirla in due parole: da una famiglia socialmente e psicologicamente sana è poco probabile l'emergere di situazioni critiche del tipo che stiamo esaminando. E anche quando questo accade, la famiglia sana ha più risorse per affrontare e risolvere positivamente il problema.

Facciamo appello adesso ad una "vera" ricerca scientifica. E' una ricerca del Duemila, effettuata su un campione di 35mila ragazzi alla visita di leva. Un numero statisticamente interessante. Lo studio, di Golini, Sgritta, Gigantino è stato edito da Il Mulino con il titolo: "L'età a rischio". Nella parte che riguarda la famiglia e la tossicodipendenza leggiamo:

"Tutti i dati confermano quello che ci si aspettava, e cioè che l'ambiente familiare in cui il giovane si trova a vivere influisce sensibilmente sul suo rapporto con le sostanze stupefacenti". Continua: "Volendo dare una valutazione di estrema sintesi, si può dire che la famiglia "classica" - presenza di entrambi i genitori, in particolare coniugati, presenza di un fratello o sorella, padre occupato, condizioni economiche o culturali di livello medio - riduce la possibilità di un contatto e di un uso di sostanze stupefacenti. Qualsiasi difformità verso il basso - assenza di uno dei genitori, assenza (o anche massiccia presenza) di fratelli o sorelle, padre disoccupato, vivere da soli, condizioni

economico culturali di livello basso - crea una condizione di vulnerabilità...ma, con una qualche sorpresa, anche le difformità verso l'alto - caratterizzate in particolare da condizioni culturali, ma soprattutto economiche, elevate". E ancora:

"La presenza di entrambi i genitori incide positivamente sul rapporto con le sostanze stupefacenti: la percentuale di coloro che non ha mai avuto contatti sale, in questo caso, al 70,7% . All'assenza di uno dei genitori invece è associato un maggiore utilizzo, sia abituale che occasionale, di sostanze stupefacenti, soprattutto quelle diverse dai cannabinoidi (quando è assente la madre)". Infine: "Gli intervistati i cui genitori sono sposati utilizzano, o hanno utilizzato sostanze stupefacenti in misura minore rispetto alla media. Le percentuali di utilizzo sono invece molto più elevate quando i genitori sono conviventi o separati e, soprattutto, divorziati".

Quando mi sono trovato a parlare con qualcuno di questi argomenti mi è stato risposto: "Così buttiamo la croce addosso alla famiglia, sollevando il detenuto da tutte le sue responsabilità". Ma:

a. Il detenuto stesso non si adagia, scaricando sugli altri le sue colpe, anzi si prende spesso responsabilità che non gli appartengono perché non se la sente di puntare il dito sulla sua famiglia ("Io sono la pecora nera"). E non vuole assolutamente essere sollevato dalle sue presunte responsabilità.

b. Non solo non si vuole gettare la croce sulla famiglia, ma sottolineando il suo ruolo nella genesi della salute e della malattia nella vita di un individuo, si vuole sensibilizzare tutti nel doveroso impegno a suo favore.

La famiglia non ha bisogno di beneficenza, di ricevere le briciole che cadono dal tavolo del governo del Paese o da quello della grande comunicazione. Ha bisogno invece di essere rivalutata per il suo ruolo insostituibile che ha all'interno della società e di essere aiutata a raggiungere pienamente i propri fini.

Possiamo abbozzare una definizione di salute dicendo che: una persona è sana quando è in grado di fare scelte libere e di assumersi pienamente la responsabilità di tali scelte. L'obiettivo terapeutico è condurre il paziente a questo traguardo, ma si può fare solo aiutandolo a rendersi consapevole di quanto, nelle proprie scelte, ha pesato e pesa ancora il proprio sistema familiare. La salute vera si costruisce in famiglia. Consapevoli di tutto questo, ma cercando di rimanere aderenti al senso di realtà - quella carceraria - insieme con dei colleghi del Ser.T. ci siamo interrogati sulla possibilità di lavorare sulla prevenzione familiare anche sui pazienti detenuti. E abbiamo risposto di sì per due semplici motivi: 1° Il paziente che proviene da una situazione familiare di disagio, se non mette a fuoco la sua personale collocazione all'interno del sistema familiare - e il legame tra il suo problema e la rete di relazioni di cui fa parte - non riuscirà mai a fare dei passi concreti verso una conquista dell'autonomia e della responsabilizzazione; 2° Anche il paziente ha (o avrà) una famiglia e dei figli, e se non aiutato ripeterà nella nuova famiglia disagi e patologie.

A Regina Coeli, nell'ambito della proposta sugli interventi clinici già citata, stiamo mettendo a punto un percorso di riflessione con i detenuti. Facendo riferimento al primo intervento (prevenzione connessa con il sistema familiare) pensiamo di approfondire nei colloqui clinici il filo conduttore della propria evoluzione seguendo questa traccia:

- a. Rappresentazione della famiglia di origine
- b. La mia storia all'interno della famiglia
- c. Il mio posto all'interno della famiglia
- d. I miei problemi visti e sentiti dalla mia famiglia
- e. Le mie emozioni verso la famiglia
- f. I sensi di colpa che bloccano e le mie vere responsabilità
- g. La mia famiglia futura

Da poco stiamo cominciando ad applicare questo percorso con alcuni pazienti e i primi segnali incoraggianti ci sono. Ma è un lavoro ancora all'inizio e tutto da approfondire.

Siamo partiti dal carcere e, camminando all'indietro, siamo arrivati alla famiglia. Potremmo quasi dire che il carcere è uno dei possibili risultati del malfunzionamento della famiglia.

Perché allora tanta trascuratezza su questo argomento, anche da parte di chi dovrebbe, per competenza specifica, occuparsene scientificamente e operativamente a tempo pieno?

Certamente la prevenzione costa (e non solo denaro), e non fornisce le stesse soddisfazioni professionali che dà il rispondere ad un'emergenza, dopo una bella corsa con la sirena e la luce blu sul tetto, però paga sulla lunga distanza. Altrimenti si rischia (l'esperienza di queste settimane, della diga di New Orleans, che è venuta giù perché il governo aveva precedentemente negato stanziamenti per un suo rinforzo, la dice lunga).

Lo psicologo sa che tutto parte dalla famiglia, e che lo sviluppo del benessere individuale e sociale trova nella famiglia la sua origine e il suo nutrimento, ma nonostante il patrimonio di ricerche, studi e teorie su questo argomento, nella psicologia "quotidiana", quella che si confronta ogni giorno con le problematiche sociali, il concetto di "Promozione della famiglia" ancora stenta ad essere approfondito e praticato. E' un territorio in cui, nonostante tutto, ci si muove forse troppo cauti. La psicologia può dare un grande contributo per sensibilizzare ed orientare su questi grandi temi. "Particolare cura é dedicata a mantenere, migliorare o ristabilire le relazioni dei detenuti e degli internati con le famiglie". (L. 354/1975 Art.28)

Bibliografia

Senza pretese, né di completezza, né di coerenza:

CIGOLI V., Tossicomania, passaggi intergenerazionali e intervento di rete, Angeli, Milano 1994

SCABINI E., Psicologia sociale della famiglia, Bollati Boringhieri, Torino 1995

SCABINI E.; IAFRATE R., Psicologia dei legami familiari, il Mulino, Bologna 2003

SELVINI PALAZZOLI, M. Cirillo S., I giochi psicotici della famiglia, Cortina, Milano 1988

GOLINI A., SGRITTA G. GIGANTINO M., L'età a rischio, il Mulino, Bologna 2000

SERRA C., (a cura di) Psicologia Penitenziaria, Giuffrè, Milano 2000

GULOTTA G., Elementi di Psicologia Giuridica e di Diritto Psicologico, Giuffrè, Milano, 2000