

PSICOLOGIA GALEOTTA, TRA VECCHIE CONTRADDIZIONI E NUOVE OPPORTUNITA'

articolo sulla psicologia in carcere, pubblicato sul giornale degli psicologi del Lazio 2009

Silvio Rossi

La peculiarità del lavoro in carcere, è legata a numerosi fattori, tra cui spicca il dover confrontarsi con ambiente e situazioni complesse su cui insistono richieste e bisogni spesso contraddittori e ambigui.

Per comprendere questa realtà contraddittoria occorre seguire due linee di riflessione. La prima riguarda lo sviluppo storico della concezione della pena detentiva e dello stesso carcere. Fino alla seconda metà del 1700, la reclusione non era considerata una vera e propria pena, ma solo una modalità necessaria per poter poi somministrare le pene specifiche stabilite dalle legislazioni correnti, che potevano andare – a seconda delle epoche e dei luoghi – dalle pene corporali, al risarcimento dei danni provocati, all'esilio, alle galere, ecc., con un'attenzione comunque puntata a mantenere un rapporto tra reato commesso e punizione subita, che doveva rispondere ad una necessità sociale di espiatione. Solo dalla fine del XVIII° secolo è subentrata una considerazione della reclusione in carcere come pena in sé stessa, a cui si è andata gradualmente accompagnando una visione riabilitativa/rieducativa della carcerazione. Si è arrivati poi a considerare la reclusione come un'occasione per favorire il reinserimento sociale del reo. Nella Costituzione italiana troviamo all'articolo 27, comma 3: "Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato".

Nonostante tale evoluzione della concezione della pena, risulta sempre il reo essere Reo, e la società Società. Nel senso che il reo è comunque una persona che ha sbagliato e che deve essere aiutato a rientrare nella Società dalla quale colpevolmente si è autoespulso con i suoi comportamenti. Ad un certo punto comincia ad intravedersi un sottile, progressivo, ma inarrestabile processo di cambiamento di visuale, strettamente legato anche allo sviluppo delle nuove scienze sociali e psicologiche. Ma questo cambiamento porta con sé delle ambiguità. La contraddizione nasce nel momento in cui il reo viene considerato contemporaneamente colpevole (per i suoi gesti) e vittima (per le sue motivazioni: emarginazione sociale, malattia mentale, traumi subiti, ecc.). Allora su di lui vanno ad insistere due realtà, quella della giustizia che punisce, chiede una riparazione, e la necessaria tutela della comunità, e quella sanitaria/sociale che giustifica e ospedalizza. E' una contraddizione che da qualche decennio, è sempre più forte e lacerante, anche se scarsamente avvertita. Tanto più lacerante nella misura in cui la Società ha perso, strada facendo, credibilità e una "Weltshaung" condivisa, e nella quale ogni micro realtà si autodetermina con le sue proprie norme.

La seconda linea di pensiero riguarda la categoria degli psicologi, che pure portano in loro un'analogia stridente ambiguità. L'ambiguità del non possedere un criterio e una norma universalmente condivisa. Nella psicologia, è evidente un percorso di ricerca della "normalità", intesa come comportamento umano giusto, accettabile, conveniente, in ultima analisi, sano. Questa ricerca continua ha attraversato il tempo senza trovare uno sbocco accettato da tutta la comunità scientifica, ed ha portato come risultato soltanto una sorta di convenzione: normale e sano è il comportamento in grado di adattarsi alle norme sociali correnti, trovando un equilibrio tra le esigenze soggettive e le richieste ambientali. Ora, questo tentativo di soluzione porta con sé una contraddizione profonda in quanto: se consideriamo le richieste ambientali, la società non è autoritaria se consente ad ogni persona di esprimere se stessa, senza costringerla a comportamenti obbligati (visto che la persona potrebbe non dividerli o sopportarli). Per cui, da questo punto di vista, non esiste il reo, ma semplicemente una persona che agisce secondo regole sue. Se spostiamo

l'osservazione sull'individuo, questo è normale solo se si adatta alle regole sociali espresse dalla comunità di cui fa parte in un determinato periodo storico. Il ruolo dello psicologo è tutelare e promuovere la libertà individuale senza giudicarla, in quanto espressione della coscienza personale, ma rischiando così di andare contro il sistema sociale. Ma lo psicologo è anche rappresentante di una norma sociale condivisa dalla maggioranza, verso la quale condurre la persona, rischiando perciò di andare contro l'individuo. Non possiamo controllare entrambe le esigenze contemporaneamente perché prima o poi (in realtà non di rado) si andrebbe incontro a conflitti tra le due istanze. Questo è il paradosso di una visione relativistica in cui si ritiene impossibile una norma assoluta di riferimento, e questo spiega l'inevitabile presenza tra gli psicologi di due correnti alternative, quella della direttività (ti porto verso la società/realtà) o quella della non-direttività (ti aiuto a crearti la tua realtà).

Questa lunga – e in qualche modo paradossale – premessa per evidenziare come lo psicologo in carcere sia posto all'incrocio di diverse spinte in conflitto tra loro. Che spesso trovano una frettolosa esplicitazione nella frase: “esigenze di legalità, esigenze di cura”. Questa difficoltà di conciliare il difficilmente conciliabile viene mantenuta dal braccio di ferro tra chi pensa che le esigenze della giustizia sociale abbiano il primato, e chi ritiene che la società debba riconoscere comunque le ragioni dell'individuo. Come ogni braccio di ferro, col tempo le posizioni si esasperano e si arriva ad estremi intollerabili, come chi sostiene l'esigenza di ritornare alla pena di morte, o chi afferma che le prigioni dovrebbero essere chiuse e che la devianza è espressione stessa di libertà.

Per questi motivi all'interno del carcere lo psicologo ha spesso dovuto fare i conti da una parte con le richieste del sistema, esigente e controllante, e dall'altra con le scelte del singolo individuo, che dalla sua può portare infinite motivazioni: psicologiche, familiari, ambientali, economiche, ecc. per i suoi comportamenti delittuosi. Anche nella struttura stessa dei servizi psicologici all'interno degli istituti carcerari troviamo questa realtà: il servizio Nuovi Giunti (che dal momento della sua istituzione ha accumulato dei meriti non indifferenti producendo una drastica riduzione dei suicidi), che ha come compito una valutazione diagnostica iniziale diretta soprattutto a considerare i rischi di auto/etero lesionismo, ha un ruolo sanitario compatibile con le esigenze istituzionali, cioè quello di valutare se il detenuto appena entrato in carcere può mettere in atto comportamenti “disturbanti” il clima penitenziario; gli altri servizi, Osservazione e Trattamento e il Servizio tossicodipendenti, invece, che sono maggiormente attenti a costruire un intervento clinico, individualizzato, finalizzato al trattamento e alla rieducazione, si trovano a vivere un atteggiamento maggiormente empatico e solidale, sollecito verso le misure alternative alla detenzione e gli altri benefici. Sono questi dei servizi che non entrano in conflitto con il sistema, ma che il sistema comunque coinvolge o tiene in considerazione soprattutto quando servono a “tenere buoni i detenuti”. Insomma, all'interno del carcere i nodi irrisolti a livello di principio si incarnano in una lunga serie di ambiguità che lo psicologo deve cercare di affrontare quotidianamente, con uno slalom per far dialogare le esigenze di cura e quelle sociali.

Per affrontare tale situazione, sarebbe utile che i professionisti della psicologia che prestano la loro opera all'interno del sistema penitenziario curino particolarmente alcuni aspetti. Il primo riguarda la continuità terapeutica, il secondo è quello relazionale.

Quella della continuità è un'esigenza sentita in tutti gli ambiti sanitari. Nel sistema penitenziario emerge ancor più come prioritaria. La continuità intesa sia - possibilmente - come accompagnamento del paziente condotto dalle medesime figure professionali, dall'inizio alla fine del percorso penitenziario, sia, soprattutto, come omogeneità e coerenza di intervento di tutti gli operatori dell'equipe e un sistema condiviso di obiettivi. Di fatto, il lavoro d'equipe richiede una filosofia d'intervento, e una prassi operativa basata su questa, esplicitata e condivisa. Maggiore è la complessità del sistema sul quale si opera e maggiore deve essere lo sforzo per raggiungere questa uniformità. Il carcere, essendo un sistema particolarmente complesso e – stiamo vedendo – per

molti versi ambiguo, richiede primariamente che la continuità terapeutica intesa con questo ampio significato, sia realizzata dall'equipe psicologica al suo interno e nel rapporto con le altre figure. Occorre quindi partire da una riflessione estesa sulle tematiche illustrate precedentemente per uniformare poi la prassi, evitando di creare quegli spazi di contraddizione che – come in ogni organizzazione – possono venire sfruttati per giustificare qualsiasi tipo d'intervento o costituire delle vere e proprie situazioni di stallo operativo.

Il secondo aspetto è quello relazionale. L'istituto penitenziario si situa all'intersezione di diverse aree. Lavorare su un paziente in questo ambito significa confrontarsi con i colleghi psicologi, con i medici, con gli operatori sociali, con le figure istituzionali, con la famiglia del paziente detenuto, con il territorio. Lo psicologo dovrebbe avere un ruolo significativo come facilitatore della comunicazione all'interno dell'equipe e all'esterno di essa, gestire le diverse istanze e frenare le spinte manipolative sempre possibili (usare i sanitari per “tener buono” il detenuto, o d'altra parte, utilizzare la relazione terapeutica per ottenere benefici, ecc.).

Nella nostra cosiddetta “Società della Comunicazione” tutti lamentano la difficoltà del comunicare. Anche nella microsocietà del carcere spesso accade la stessa cosa. Nonostante i molti buoni propositi di creare occasioni d'incontro, di istituire equipe, di dialogare sulle varie problematiche, molti colleghi riferiscono di un profondo senso di solitudine, di chiusura, di individualismo. E' superfluo sottolineare come questo clima non favorisca un lavoro produttivo, ma anzi produca insofferenza, stress, burn-out. Individuare gli elementi di ostacolo ad una buona comunicazione, rimuoverli, eliminare ciò che è ingombrante e ridondante – spesso tollerato solo perché risponde ad interessi particolari -, è compito necessario per una politica di efficienza.

In questa introduzione generale al nostro tema vogliamo infine sintetizzare altri due punti che paiono rilevanti:

L'autonomia professionale è un elemento di fondamentale importanza, Le scelte dello psicologo devono essere giustificate da valutazioni professionali, ma non avulse dalla complessità del sistema, nel quale è esistita finora una situazione di non corrispondenza tra "committente" e "utente finale". Questa situazione di "doppio mandato" con cui lo Psicologo penitenziario si doveva confrontare era strutturale. Il committente era l'Istituzione (la società, l'Amministrazione penitenziaria, la Magistratura di Sorveglianza). Esisteva un conflitto di interessi tra "Istituzione" e "cliente" ed era importante esplicitarlo, per chiarire le proprie responsabilità ed i vincoli professionali. Attualmente, con il passaggio della sanità penitenziaria al SSN, la situazione sembra avere assunto una diversa fisionomia. Lo psicologo penitenziario si trova ad avere ruoli e problematiche simili al suo collega Asl che opera in un ambulatorio esterno. Di fatto, però, l'ambiguità rimane, pur se a livello meno evidente. Rimangono invariate le richieste da parte dell'Istituzione di un giudizio (relazione) che peserà sulla concessione di benefici, rimane invariato il carico di responsabilità dell'attività di prevenzione di comportamenti etero o auto-aggressivi, che hanno ricadute pesanti sulla sicurezza e sull'ambiente carcerario. Rimane la reiterazione, da parte delle Direzioni, della richiesta di partecipare ai consigli di disciplina, dove lo stesso psicologo che segue un detenuto dal punto di vista clinico, e ha magari creato con lui un'alleanza terapeutica, è chiamato ad esprimere un parere riguardante misure punitive anche dure sullo stesso paziente. Una possibile via d'uscita per questa impasse è un confronto tra i responsabili dell'area sanitaria e l'Amministrazione carceraria per trovare vie alternative, ad esempio quella di continuare a tenere distinti i momenti della valutazione diagnostica iniziale e dei successivi interventi, con una distinzione chiara e funzionale dei compiti.

La composizione varia della popolazione detenuta richiede anche una valutazione di obiettivi ragionevoli commisurati all'utenza e alle possibilità realistiche che si hanno. La presenza sempre

maggiore di stranieri, con tutti i problemi collegati (difficoltà linguistiche, lontananza dalla famiglia, estraneità culturale, a volte ostilità verso la nostra cultura, ecc.) interroga gli psicologi sulla necessità di nuove competenze. Il basso livello scolastico/sociale che spesso si rileva in buona parte dei carcerati è a sua volta un serio ostacolo al tradizionale approccio clinico, che risulta spesso anacronistico e inapplicabile. La sempre maggiore presenza di situazioni psichiatriche correlate all'uso massiccio di sostanze stupefacenti e di alcool, tende a sua volta ad abbassare gli obiettivi dell'intervento psicologico, che in alcuni casi deve diventare ascolto e accompagnamento alla detenzione senza poter aspirare a maggiori ambizioni. In queste situazioni la competenza psicologica deve essere utilizzata con la necessaria elasticità per adattarsi con professionalità ai vari livelli dell'agire possibile. Lo psicologo penitenziario è chiamato quindi ad utilizzare competenze comunicative elaborate, a conoscere elementi di psicologia transculturale, all'aggiornamento nell'ampio settore della psicologia giuridica e forense, ad aprirsi a schemi interpretativi diversi, ad interagire con figure di supporto ed a collaborare con Istituzioni e Professionalità diverse.

LA VERIFICA DEL TRATTAMENTO

La recente indagine sul mercato del lavoro nel nostro campo (pubblicata sul Notiziario dell'Ordine degli Psicologi del Lazio n° 4/08) mostra come ci sia un significativo aumento degli "insoddisfatti" tra gli utenti della psicologia. Fa eccezione, lodevole e confortante eccezione, proprio il Lazio. Questi risultati sollecitano la nostra comunità ad agire concretamente sul'aspetto della valorizzazione della professione. E' opportuno mostrare con i fatti quanto la psicologia contribuisca efficacemente sia sul piano delle idee che su quello dell'accrescimento del benessere allo sviluppo complessivo della società. Anche in campo penitenziario da più parti si sollecita la creazione di strumenti atti a dare conto attraverso verifiche, quanto più oggettive possibili, dei risultati di un certo trattamento o di un determinato progetto (cfr. DPCM 1/4/2008 sul trasferimento al Sistema Sanitario Nazionale della sanità penitenziaria). Gli psicologi non possono rimanere indifferenti a queste sollecitazioni. Siamo chiamati ad un lavoro che deve seguire alcune linee principali: 1) stabilire degli obiettivi chiari, comprensibili, concreti, efficaci che l'opera dello psicologo in carcere deve raggiungere; 2) sviluppare delle procedure per il loro conseguimento; 3) elaborare degli strumenti di verifica del raggiungimento parziale o totale degli obiettivi; 4) confermare, migliorare, o respingere determinate pratiche in base alle verifiche effettuate; 5) divulgare i risultati raggiunti. Tutto questo per promuovere nel corso del tempo delle buone prassi sempre più efficaci in grado di soddisfare le richieste che vengono espresse alla nostra professione.

Il problema non è da poco perché è davvero difficile e complesso poter dimostrare in modo chiaro e misurabile l'utilità del trattamento psicologico. Però se non ci si adopererà per raggiungere questo traguardo gli psicologi non riusciranno mai ad essere davvero credibili. Credibili, lo saranno soltanto se si porremo degli obiettivi concreti e dimostreranno di saperli e poterli raggiungere. In caso contrario il rischio è che la psicologia si troverà ad avere un ruolo sempre più marginale. Non dimentichiamo che lo psicologo carcerario opera in un contesto in cui si trova a misurarsi con dei detrattori e dei concorrenti. Quelli, cioè, che ritengono che la psicologia in carcere non serva o sia di ostacolo al buon funzionamento del sistema penitenziario, e quelli che tentano di appropriarsi di competenze e ruoli che invece sono propri dello psicologo. Se il quadro di riferimento è questo e le richieste che ci arrivano sono queste, allora risulta un compito davvero irrinunciabile quello di creare un sistema di verifica del trattamento, e magari la psicologia penitenziaria potrà essere un apripista in questo campo per le altre aree della psicologia

IL SERT IN CARCERE

L'aumento esponenziale dei reati connessi a vario titolo alla droga e agli stati di dipendenza ha, negli ultimi anni, ampliato la popolazione carceraria di pazienti detenuti tossicodipendenti, alcool-dipendenti, affetti da Hiv e con casi di doppia diagnosi. In alcuni istituti questi pazienti (di cui molti sono stranieri) hanno superato di misura la metà dei detenuti.

Questa situazione coinvolge profondamente i SerT sul cui territorio ricadono gli istituti di reclusione. Il recente passaggio della sanità penitenziaria nel SSN, infatti, ha stabilito il transito di tutto il personale sanitario che prima svolgeva l'attività nel Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, nella Asl di competenza territoriale (al momento in cui scriviamo restano esclusi i colleghi dei servizi nuovi giunti ed osservazione e trattamento). Di conseguenza gli psicologi che in precedenza lavoravano nel Servizio Tossicodipendenti del carcere sono ora psicologi SerT con una situazione contrattuale di tipo Sumai. Questa nuova appartenenza acquisita ha, da una parte, "tirato fuori dal carcere" gli psicologi, mettendoli in contatto con una struttura più ampia del carcere stesso, ramificata sul territorio, con maggiori possibilità organizzative e una competenza nel settore delle tossicodipendenze sia di tipo istituzionale che realmente operativa; dall'altra ha messo in grado gli operatori di fornire agli utenti un servizio più articolato e sinergico, meglio organizzato all'interno e maggiormente corrispondente al dettato di legge:

Decreto Legislativo 22 giugno 1999 n° 230 (Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'art. 5 della legge 30 novembre 1998 n° 419): I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci e appropriate (Art. 1.1).

Il Servizio sanitario Nazionale assicura, in particolare, ai detenuti e agli internati:

livelli di prestazione analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi;

azioni di protezione, di informazione e di educazione ai fini dello sviluppo della responsabilità individuale e collettiva in materia di salute;

informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto dell'ingresso in carcere, durante il periodo di detenzione e all'atto della dimissione in libertà;

interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale (Art. 1.2).

E anche:

D.P.R. 9 ottobre 1990 n° 309:

Chi si trova in stato di custodia cautelare o di espiazione di pena per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza o sia ritenuto dall'autorità sanitaria abitualmente dedito all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope o che comunque abbia problemi di tossicodipendenza ha diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria all'interno degli istituti carcerari a scopo di riabilitazione (Art. 96.1).

Tra i vari compiti istituzionali del SerT ricordiamo l'analisi delle condizioni cliniche, socio-sanitarie e psicologiche del tossicodipendente anche nei rapporti con la famiglia; i controlli clinici e di laboratorio necessari per accertare lo stato di tossicodipendenza; l'elaborazione, attuazione e verifica di un programma terapeutico e socio-riabilitativo; la progettazione ed esecuzione in forma diretta o indiretta di interventi di informazione e prevenzione (Dal DPR 9 ottobre 1990 n° 309 Art. 113).

Tali compiti, tipici del SerT “territoriale” vengono espletati all’interno del contesto penitenziario tenendo presenti delle caratterizzazioni particolari: le limitazioni legate alle stesse necessità di sicurezza e vigilanza, una struttura già consolidata e talvolta rigida verso i nuovi cambiamenti, un ruolo “di confine” ancora da scoprire in tutte le sue complessità, la possibilità di strumentalizzazione dei possibili benefici di legge (per l’invio in comunità). Gli psicologi in tutto questo hanno delle competenze di facilitatori e posseggono delle potenzialità che in fasi di transizione e di adattamento come questa possono risultare particolarmente funzionali.

Nello specifico, lo psicologo del SerT in carcere: Valuta lo stato di salute psichica del paziente tossicodipendente all’ingresso, con una serie di colloqui in cui si accoglie e si prende in carico la persona, iniziando un percorso, in collaborazione con gli altri operatori, di continuità terapeutica.

Formula una diagnosi psicologica che, all’interno del carcere, vuol dire soprattutto il comprendere la dinamica intrapsichica evidenziando quei passaggi evolutivi che hanno condotto la persona ad intraprendere un percorso di devianza ed emarginazione.

Definisce il trattamento terapeutico psicologico previa condivisione del paziente, con obiettivi precisi, strategie personalizzate e utilizzando – in un’ottica di rete – anche risorse esterne al carcere.

Effettua colloqui di sostegno e psicoterapeutici individuali o di gruppo e colloqui valutativi per inserimento comunitario.

Redige le relazioni psicologiche inerenti le misure alternative al regime di detenzione.

Collabora con il personale dell’Istituto per interventi in equipe.

Tutto questo finalizzato ad un recupero del paziente e ad un suo reinserimento e sociale, attraverso un trattamento rieducativo che, come recita il DPR 230 sopra citato: “E’ diretto, inoltre, a promuovere un processo di modificazione delle condizioni e degli atteggiamenti personali, nonché delle relazioni familiari e sociali che sono di ostacolo a una costruttiva partecipazione sociale”.

La presa in carico del paziente viene fatta da parte dello psicologo in un’ottica di globalità, che concili le strategie più tipicamente cliniche con quelle preventive, tenendo presente sia le necessità del paziente nel periodo di reclusione sia, con uno sguardo al futuro, dei possibili percorsi preparatori all’uscita. Il “turn over” dei detenuti tossicodipendenti all’interno delle carceri obbliga ad adattare il trattamento psicologico a dei criteri di efficacia sostenibile, essendo davvero difficoltoso un approccio clinico classico.

L’ingresso dei SerT all’interno delle mura, nella cornice del più generale ingresso della sanità pubblica, rappresenta un nuovo e importante capitolo di un cambiamento ideale, ancora prima che sanitario. E’ la scommessa di poter contribuire al recupero di persone che fino a ieri erano marchiate di uno stigma indelebile. E’ la speranza di un trattamento affidato non solo al volto punitivo della società, ma alla capacità della società stessa di mostrare anche una volontà di aiuto e di cura dell’uomo. Di questo cambiamento ideale, ben più significativo di un semplice provvedimento di opportunità amministrativa, gli psicologi fanno parte integrante, utilizzando le competenze loro proprie non per mettere in crisi un modello superato, ma per integrare i precedenti approcci con un atteggiamento di sempre maggiore equiparazione del paziente/cittadino in stato di libertà con il paziente/cittadino in stato di reclusione.

Problemi e proposte.

L'esperienza che dal '75, anno della Legge sull'Ordinamento Penitenziario, si è andata maturando in campo psicologico all'interno degli istituti penitenziari, mostra una certa ambivalenza. Da un punto di vista più ideale, è cambiata significativamente la visione sociale del reo e della pena. Potremmo dire che il confine tra carcere e società civile si è andato assottigliando, rendendo più sensibile l'attenzione verso i problemi, le necessità e i diritti del cittadino in stato di reclusione. Quindi sul piano culturale il lavoro effettuato in questo settore ha portato sicuramente delle conseguenze significative e diffuse. Ma bisogna riconoscere che da un punto di vista più operativo i risultati non sono confortanti. Realisticamente bisogna ammettere che molte aspettative relative alla rieducazione e al reinserimento del reo sono andate deluse. La percentuale di recidive è alta e soprattutto nel campo delle dipendenze il lavoro di disintossicazione e recupero non offre risultati all'altezza delle aspettative. La questione, ben conosciuta da parte degli operatori nel settore, è forte e sentita già per i tossicodipendenti in stato di libertà. Per quanto riguarda quelli reclusi questo problema è ancor più complesso. Di fatto bisogna riconoscere che un tossicodipendente trova proprio nella sostanza sia il problema che l'impedimento alla sua soluzione. Nel senso che uscire dalla droga vuol dire impegnarsi con un atto libero in un percorso estremamente faticoso. Se pensiamo che le sostanze stupefacenti agiscono proprio limitando la libertà di scelta e riducendo la disponibilità ad un impegno costante e mirato di qualsiasi tipo, è facile comprendere la sensazione di impotenza che molti operatori hanno. Considerando poi tutti gli ostacoli ulteriori (stigma sociale, assenza della famiglia, situazioni aggravanti di tipo psichiatrico, l'ambiente carcerario, ecc.) è evidente come gli psicologi del SerT all'interno degli istituti si trovino ad affrontare un compito che già in partenza appare frustrante e improduttivo.

In un quadro simile, però, è possibile individuare alcune strategie interessanti. Innanzitutto utilizzare costruttivamente il contesto, sfruttando il controllo e la vigilanza degli istituti per lavorare efficacemente con i pazienti e in sinergia con i medici sulla gestione dell'astinenza da sostanze. Poi agire sulla famiglia del detenuto, attraverso un sostegno e una ristrutturazione del tessuto sociale primario (magari in collaborazione con i servizi sociali) per una ri-accoglienza più consapevole e orientata, al termine della detenzione, del paziente. Sarebbe utile, a questo proposito, destinare delle risorse proprio a questo lavoro di integrazione con i nuclei familiari, soprattutto dei pazienti più giovani. Altra, e fondamentale, linea da seguire è quella della prevenzione, lavorando sia sui pazienti stessi affinché non adottino comportamenti aggravanti la loro situazione, sia sui loro figli, promuovendo l'acquisizione di un migliore ruolo genitoriale, teso ad un percorso educativo alternativo, critico e socialmente integrato.

GLI ISTITUTI PENITENZIARI

La prigione, o carcere, o penitenziario, è il luogo dove vengono trattenuti individui privati della libertà personale in quanto riconosciuti colpevoli (o anche solo accusati - si parla in questo caso di "carcerazione preventiva") di reati per i quali è prevista la pena della detenzione.

Adulti

Le carceri, possono essere suddivise in alcune categorie: le case di reclusione, con detenuti condannati in via definitiva, le case circondariali, per i detenuti in attesa di giudizio, gli istituti di massima sicurezza. Le case mandamentali, con detenuti a bassa pericolosità ormai sono in disuso e dismesse. Possiamo anche considerare gli OPG (Ospedali psichiatrici giudiziari) e gli Istituti a custodia attenuata, circuiti destinati ad accogliere i detenuti tossicodipendenti più motivati ad effettuare un lavoro di riabilitazione.

Minori

Il carcere minorile, è una casa di reclusione tipicamente destinata alla restrizione di individui minorenni.

Attualmente, in Italia, possono essere detenuti presso carceri minorili esclusivamente minori fra i 14 ed i 18 anni, sottoposti al medesimo ordinamento penitenziario degli adulti ma con pene diminuite; tuttavia, possono esservi rinchiusi anche i minori degli anni 14 non imputabili se vengono ritenuti socialmente pericolosi dopo aver commesso un crimine di particolare gravità. Nello sconto della pena, i giovani possono essere trattenuti presso carceri minorili sino al compimento del ventesimo anno di età.

GLI ISTITUI PENITENZIATI DEL LAZIO

Case circondariali

Cassino
Civitavecchia
Frosinone
Latina
Rieti
Roma Rebibbia 3^
Roma Rebibbia femminile
Roma Rebibbia nuovo complesso
Roma Regina Coeli
Velletri
Viterbo

Case di reclusione

Civitavecchia
Paliano
Roma Rebibbia

ITER SANITARIO NEL CARCERE

A parte differenze tra Istituto e Istituto, legate a caratteristiche ambientali, esigenze particolari, presenza o no di operatori, in genere l'iter sanitario del paziente detenuto segue un percorso abbastanza consolidato:

Fase di accoglienza

Visita medica, psicologica e analisi per valutare le condizioni all'ingresso, evidenziare le eventuali criticità, individuare particolari necessità. Compilazione della cartella clinica.

Fase di controllo

Si confermano o modificano le ipotesi cliniche. Si valuta l'impatto dei primi giorni di reclusione.

Fase di trattamento individualizzato

In base a quanto emerso nelle fasi precedenti si pianifica (quando possibile) in una logica di equipe e di continuità terapeutica, un trattamento mirato alle necessità del paziente.

Fase di controllo

Si verifica la corrispondenza tra obiettivi ricercati e risultati raggiunti, per porre in essere eventuali correzioni al piano terapeutico.

Per quanto riguarda la parte psicologica, nella fase di accoglienza sono coinvolti il Servizio Nuovi Giunti (c.d. "Presidio"), che effettua un primo colloquio con tutti i detenuti mirato soprattutto alla valutazione del rischio di auto ed etero lesionismo, e gli psicologi del SerT, che effettuano una presa in carico dei detenuti tossicodipendenti e alcolisti.

Nelle fasi successive i pazienti detenuti tossicodipendenti continuano ad essere seguiti dal SerT.

Gli psicologi dell'Osservazione e Trattamento curano invece, insieme agli altri componenti dell'equipe di Osservazione (educatore, rappresentante della polizia penitenziaria, delegato del Direttore, ecc.) l'osservazione scientifica della personalità dei condannati, compilando le note di osservazione e la relazione di sintesi, per giungere poi ad un programma di trattamento rieducativo finalizzato a modificare gli atteggiamenti e gli orientamenti devianti del detenuto.