

Il lavoro con tossicodipendenti detenuti

Promuovere percorsi di cura alternativi alla detenzione

Elisa Martino, Laura Rondello, Luana Oddi, Orietta Venturi,
Raffaella Campalastri

ABSTRACT

In questo scritto viene affrontato il lavoro dell'équipe del Servizio Dipendenze Patologiche in ambito detentivo, in collaborazione con il personale sanitario addetto all'assistenza primaria. Inizialmente, richiamando il lavoro di certificazione di alcol/tossicodipendenza, effettuato da un medico all'interno di una valutazione multidisciplinare. Secondariamente, approfondendo alcune variabili per la definizione dell'idoneità di un percorso terapeutico a rispondere ai bisogni di cura della persona (variabili motivazionali, sanitarie, diagnostiche, di progetto, legali, socio-cognitive). Infine vengono esposte alcune criticità, richiamando la disomogeneità dei criteri, delle procedure di certificazione e di valutazione di idoneità ai percorsi di cura alternativi alla detenzione nei vari territori regionali, rispetto alle quali auspichiamo che questo lavoro possa rappresentare un punto di partenza per aprire un dibattito e ulteriori occasioni di confronto.

45

Introduzione

Una persona tossico- o alcoldipendente ristretta in carcere ha diritto ad un trattamento individualizzato e può usare la carcerazione come occasione per avviare un percorso di cura orientato alla riabilitazione (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2011).

Per garantire questo diritto e assicurare la continuità assistenziale con i programmi territoriali, già in essere o potenzialmente attivabili, nell'Istituzione carceraria interagiscono due sistemi complementari:

1. da un lato, i sanitari addetti all'assistenza primaria intervengono nell'immediatezza con farmaci sintomatici e/o sostitutivi, proponendo tempestivamente i controlli tossicologici urinari ed ematochimici, effettuando un'anamnesi preliminare e verificando la sussistenza di patologie correlate alle condotte d'abuso;
2. dall'altro, l'équipe multidisciplinare afferente al Servizio Dipendenze Patologiche (costituita da professionisti dell'area medico-infermieristica, psicologica, sociale ed educativa), garantisce interventi specialistici di secondo livello sulle problematiche di abuso e dipendenza da

Rif.
Elisa Martino
Psicologa Psicoterapeuta
Dirigente psicologo, presso U.O. Dipendenze Patologiche di Ravenna,
AUSL della Romagna
0545.903155
elisa.martino@auslromagna.it

sostanze legali e illegali e da altri comportamenti addizionali, sempre in stretta collaborazione con il personale delle Cure Primarie (Programma Regionale Dipendenze Patologiche, Regione ER, 2017-2019) e valuta l'attualità della condizione di dipendenza (ovvero la presenza di tale condizione nella fase di vita attuale, o piuttosto in remissione precoce o protratta), nonché l'idoneità delle misure alternative alla detenzione, per le persone che possono e intendono usufruirne (Protocollo di intesa fra la Regione ER e il Tribunale di Sorveglianza di Bologna, 2010).

1. Report 2019 sulla salute nelle carceri in Regione Emilia Romagna

L'abuso-dipendenza da sostanze rappresenta uno dei problemi di salute più rilevanti tra la popolazione detenuta nelle carceri dell'Emilia Romagna. Come riferito nel Report, inerente ai dati riportati Ministero della Giustizia e relativi all'anno precedente (2018), i detenuti transitati per almeno un giorno nell'anno presso l'area sanitaria degli Istituti Penitenziari sono stati 8.207, con una rilevante differenza tra istituti. Il Report precisa che il dato delle "persone detenute per almeno un giorno" si riferisce alle singole "teste"; chi nel corso dell'anno è entrato, uscito e rientrato nello stesso istituto, è contato solo una volta; chi è entrato in differenti istituti è contato due volte. Tra di essi, 2.892 persone hanno presentato un problema di abuso-dipendenza, con frequenti situazioni di poli assunzione (Tab. 1).

2. Equipe dipendenze in carcere

Ai fini di valutare la certificabilità e l'eventuale idoneità di un percorso di cura, l'équipe Dipendenze Patologiche segue tre passaggi complementari e interconnessi:

- la certificazione di tossicodipendenza che può anche essere utilizzata dalla persona detenuta in allegato alle istanze proposte all'Autorità giudiziaria;
- la definizione dell'idoneità di un programma di cura ai fini del recupero della persona;
- la definizione della tipologia di trattamento ambulatoriale o comunitario idoneo, da valutare in collaborazione con il servizio territoriale o la struttura comunitaria di destinazione.

Questi passaggi descrivono sfere d'azione distinguibili solo per ragioni espositive, che nella realtà si svolgono in continuità e in parziale sovrapposizione.

3. Certificazione dello stato di tossicodipendenza

Qualora vengano soddisfatti i criteri per la diagnosi di alcol/tossicodipendenza il medico dell'équipe redige un certificato di dipendenza patologica secondo le linee guida regionali (DGR 771/2010); tale certificato, a pena di inammissibilità dell'istanza, deve specificare la procedura con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze psicoattive, gli elementi di valutazione indicati nel DM 186/90 e il manuale in riferimento al quale è stata effettuata la certificazione (ICD 10).

È inoltre fondamentale un approfondimento delle caratteristiche psico-sociali, ovvero una valutazione multidisciplinare, fondamentale in tutti i casi ma soprattutto, per fare alcuni esempi, per le persone alla prima carcerazione o che da tempo hanno interrotto i trattamenti territoriali; per ragazzi giovani o da poco maggiorenni; per forme di dipendenza da sostanze diverse dagli oppiacei e di "dipendenza senza sostanze". In questa prospettiva è importante approfondire eventuali precedenti percorsi di cura, le ragioni degli abbandoni, nonché le reti di relazioni, pregresse e attivabili.

Gruppi diagnosi dipendenza patologica	Numero diagnosi	% sul totale dei detenuti con diagnosi di dipendenza	% sul totale dei detenuti con almeno un giorno di detenzione
Cocaina	893	40,6	10,9
Oppioidi	838	38,1	10,2
Alcol	439	20,0	5,3
Cannabinoidi	424	19,3	5,2
Sostanze multiple	264	12,0	3,2
Sedativi e ipnotici	21	1,0	0,3
Altri stimolanti	6	0,3	0,1
Tabacco	4	0,2	0,05
Allucinogeni	3	0,1	0,04
Totale diagnosi sostanze psicoattive	2.892		

Tab. 1, Fonte: Report 2019 sulla salute in carcere in Emilia Romagna/RER, p. 23.

La certificazione di dipendenza in ambito penale non assume solo una valenza clinica ma rappresenta un documento che rende accessibili o meno trattamenti riabilitativi extramurari. Inoltre, essa non si connota solo come atto legato all'attualità e alla pregnanza della condizione clinica, ma può essere utilizzata anche in contesti diversi e da équipe differenti da quella valutante, come precedente anamnestico (assumendo quindi potenziali connotazioni di tipo stigmatizzante) o per richiedere benefici di legge anche in fasi successive del percorso penale (assumendo quindi peculiare valore progettuale).

4. Definizione idoneità di un trattamento territoriale a rispondere ai bisogni di cura della persona

L'idoneità del programma terapeutico scaturisce da una valutazione multidisciplinare che parte dall'osservazione clinica e personologica del paziente; essa deve essere indicata nella relazione che integra la certificazione, da consegnare alla persona detenuta o al rappresentante legale, nella quale è importante argomentare:

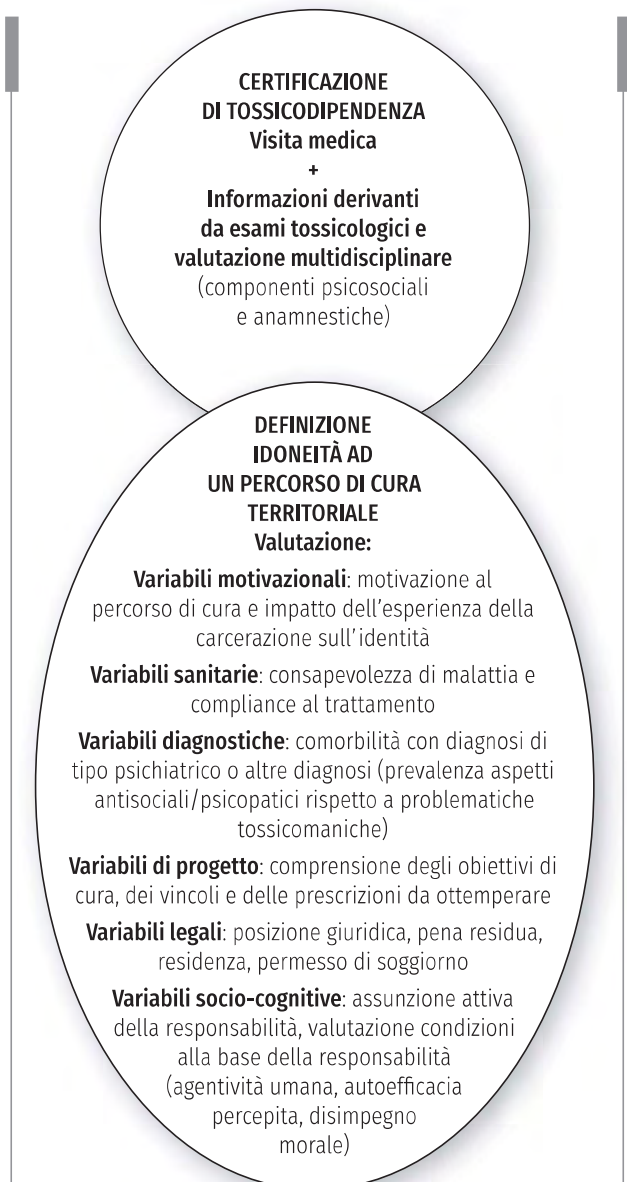
- i dati clinico-diagnostici in ingresso,
- gli obiettivi intermedi e finali,
- i tempi necessari per il loro conseguimento,
- gli strumenti clinici utilizzati,
- gli strumenti e i tempi di valutazione.

a. Variabili motivazionali

Il lavoro dell'équipe per impostare un trattamento di recupero deve muovere da una valutazione dei fattori relativi alla motivazione (comprendendo, quando accessibile, anche il sistema relazionale/famigliare), per favorire il passaggio da stadi del cambiamento di tipo pre-contemplativo e contemplativo verso stadi successivi, e potenziare gli elementi indicativi della volontà di curare la dipendenza patologica sottesa alla richiesta del beneficio. In questa prospettiva l'operatore deve verificare ed eventualmente ridefinire la corrispondenza delle aspettative espresse dalla persona con le opportunità realistiche offerte dal programma, con i passaggi formali necessari all'équipe per impostare un progetto comunitario o territoriale, con i vincoli di budget ai quali gli operatori della AUSL devono sottostare per realizzare un inserimento comunitario e infine con i tempi giudiziari e i termini di legge imposti dall'Autorità giudiziaria. Tra le variabili motivazionali una particolare attenzione andrebbe data alla valutazione dell'impatto dell'esperienza detentiva sulla strutturazione dell'identità, che può essere particolarmente pregnante se si tratta della prima carcerazione, soprattutto in soggetti fragili e nella popolazione più giovane, in quanto può caratterizzarsi come "trampolino di lancio" verso la delinquenza come abitudine di vita, assumendo i connotati di un "punto di svolta" (Bruner, 1990).

Parallelamente, questo può rappresentare un passaggio di responsabilizzazione, implicando l'obbligo per la persona di confrontarsi con gli effetti penali delle proprie azioni, se accompagnata a rielaborare in senso evolutivo tale esperienza attraverso un supporto individualizzato, realizzato da un operatore psicosociale competente.

In generale, sono maggiormente vulnerabili alla costruzione di un'identità di adattamento all'istituzione totale i dis-



NOTA: i due ovali non coincidono perché esistono le situazioni in cui, pur essendo presenti i criteri per la certificazione di tossicodipendenza, sono assenti, nella fase attuale, quelli per la definizione dell'idoneità di un percorso di cura territoriale o comunitario.

Fig. 1, Criteri per certificazione e idoneità percorso di cura: uno schema di sintesi.

dattati sociali e le persone con maggiori vulnerabilità di tipo tossicomano o psichiatrico, non incastonati all'interno di traiettorie di vita devianti, che in carcere tendono a sperimentare un'idea di appartenenza e un senso di sicurezza spesso assenti in altri contesti, con il correlato rischio di recidiva.

Queste persone andrebbero repentinamente individuate e supportate sul piano motivazionale verso un percorso alternativo idoneo.

b. Variabili sanitarie

Il lavoro sulla consapevolezza di malattia e sulla *compliance* al percorso di cura in ambito detentivo è fondamentale per impostare o ridefinire una terapia medica e un intervento psicosociale, affiancando a un trattamento farmacologico per la gestione degli stati astinenziali e del *craving* la riflessione sulla situazione attuale e sulla progettualità futura.

c. Variabili diagnostiche

Al fine della valutazione dell'idoneità di un trattamento di cura alternativo alla detenzione è importante valutare le eventuali comorbilità di tipo psichiatrico, in particolare gli aspetti antisociali che potrebbero richiedere interventi di tipo custodialistico, anziché primariamente terapeutico.

A questo proposito assume rilevanza la variabile della strumentalità, intesa come abilità di attivare risorse retoriche e relazionali per perseguire l'obiettivo di favorire l'uscita dall'esperienza intramuraria.

Dal punto di vista metodologico, la competenza strumentale esercitata da parte di una persona ristretta indica la presenza di risorse cognitive e relazionali; paradossalmente, essa può rappresentare, un posizionamento della persona detenuta sul quale lavorare per l'elaborazione del progetto alternativo, e non un criterio di esclusione. Dall'altro lato, il pieno adattamento della persona all'istituzione totale può rappresentare un indicatore prognostico negativo per il reinserimento sociale.

In modo differente, l'abilità manipolatoria, che indica l'uso del sotterfugio per influenzare o controllare gli altri e l'intenzione di servirsi di qualcosa o qualcuno "disumanizzando" l'interlocutore, con la volontà di "usarlo come oggetto" per il raggiungimento dei propri obiettivi (Baron-Cohen, 2012), può diventare un criterio per la valutazione di non idoneità per un percorso di cura alternativo: basti pensare alle condizioni psicopatologiche quali la variante definita "psicopatia" del disturbo antisociale di personalità (DSM-5, 2014, pp. 887-888). La pregnanza e la delicatezza di tali valutazioni pone come ineludibili una specifica valutazione clinica, il confronto in équipe e la condivisione di criteri scientifici concordati e condivisi.

d. Variabili di progetto

Nel caso di certificazione di dipendenza è importante che l'operatore dell'équipe psicosociale lavori con la persona detenuta per favorire la comprensione:

- **degli obiettivi e delle opportunità del percorso di cura**
- **delle prescrizioni, dei controlli e dei vincoli da ottemperare**, chiarendo gli obblighi normativi che il Servizio Dipendenze Patologiche deve adempiere nel relazionare all'Autorità giudiziaria tramite l'UIEPE, periodicamente per un monitoraggio del percorso, immediatamente in caso di violazione delle prescrizioni (es. positività ai controlli tossicologici): in quest'ultimo caso, la persona andrebbe prima informata della positività per darle la possibilità di assumere un ruolo attivo, producendo successivi tossicologici negativi, da comunicare anch'essi all'Autorità giudiziaria. La chiarezza dei vincoli e delle prescrizioni da rispettare, esplicita e concreta, e l'anticipazione di strategie socio-cognitive e relazionali da attivare per corrispondere a tali vincoli progettuali, rappresentano interventi essenziali per l'impostazione di un programma alternativo. Inoltre, è fondamentale la competenza e la comprensibilità dei criteri restituiti, nonché la coerenza dei parametri adottati e delle posizioni assunte tra i vari membri dell'équipe Dipendenze Patologiche.

e. Variabili legali

Tra di esse, la posizione giuridica (in attesa di giudizio o con pena definitiva) e la durata della pena assumono una posizione pregnante nella definizione di un progetto di cura. In questa sede riteniamo utile richiamare la peculiarità della condizione dei detenuti stranieri, soprattutto se irregolari, in quanto persone per le quali la mancanza di permesso di soggiorno, nella maggioranza dei casi, preclude il soddisfacimento di alcuni parametri indispensabili per la concessione della misura dell'"affidamento terapeutico" ma che, in quanto certificabili, potrebbero accedervi se avessero supporti differenti. A questo proposito occorre effettuare una valutazione sull'impatto che la condizione dell'eventuale irregolarità sul territorio, in connessione con le risorse complessive del soggetto, potrebbe avere nella valutazione prognostica del progetto. Inoltre, per tali persone alla sofferenza dell'esperienza carceraria spesso si sovrappongono altre forme di svantaggio. Per fare solo alcuni esempi: le barriere culturali e linguistiche; il percorso migratorio, con il rischio di aver vissuto esperienze traumatiche che l'operatore può non riconoscere, comprendere e trattare in modo efficace; la distanza dai nuclei famigliari che rimangono nei Paesi di origine, spesso accompagnata dall'impossibilità di comunicare con loro e dalla preoccupazione per le condizioni geo-politiche in cui vivono.

f. Variabili sociocognitive

L'**assunzione della responsabilità** in senso psicosociale ed ecologico, di competenza dell'équipe trattamentale, non deve essere confusa con l'accertamento della responsabilità penale, di competenza dell'Autorità giudiziaria.

La responsabilità nello specifico:

- in senso psicosociale, descrive un meccanismo di regolazione psicologica e interpersonale e indica l'insieme di "capacità, competenze, attitudini relazionali del soggetto a rendere conto, ad assumersi l'obbligo – considerato come bisogno evolutivo, diritto e dovere – di rispondere degli effetti sociali e giuridici delle proprie azioni" (De Leo, 1996). Tale costrutto, configurandosi in una cornice di etica delle conseguenze delle azioni piuttosto che delle intenzioni che le ispirano, implica la sospensione del giudizio basato sulle categorie di "bene" e "male" a favore della riflessione sugli effetti, siano essi di tipo giuridico/normativo, relazionale/interpersonale e simbolico o medico/sanitario;
- in senso ecologico, essa non viene intesa come mera caratteristica della persona ma richiama un processo circolare ed interattivo, che include anche le persone deputate a sanzionare o a prendersi cura del problema, contribuendo a cronicizzarlo o a modificarlo in senso evolutivo;
- in senso metodologico, rappresenta uno strumento per promuovere il cambiamento, non necessariamente una premessa ma indubbiamente l'esito auspicabile di un percorso di lavoro.

Dal punto di vista psicologico i processi cognitivi che rendono possibile apprendere, praticare o eludere la responsabilità possono essere ricondotti ai concetti di agentività umana, autoefficacia percepita e strategie di disimpegno morale (Bandura, 1986).

L'**agentività umana** si riferisce alla capacità dell'individuo di agire sia sul proprio mondo interno che sull'ambiente che lo circonda, trasformandoli entrambi. "La persona, quindi, agisce partendo sia dalle sue precondizioni (ossia la sua storia, le sue esperienze passate, le sue caratteristiche individuali), sia dalle sue anticipazioni sul futuro, in un contesto relazionale e all'interno di interazione sociali" (Patrizi, 2014). Il concetto di agentività umana richiama i prerequisiti psicologici alla base dell'apprendimento della responsabilità: 1) capacità di simbolizzazione; 2) capacità di anticipazione; 3) capacità di apprendimento per imitazione; 4) capacità di autoriflessione; 5) capacità di autoregolazione (Bandura, 1996).

L'**autoefficacia percepita** è la convinzione in merito alle proprie capacità di raggiungere un certo obiettivo. Tale competenza può essere valutata in riferimento al successo della persona nel padroneggiare specifici eventi e situazioni e

alla coerenza tra le risorse interne ed esterne, e le richieste dell'ambiente.

Le **strategie di disimpegno morale**, indicano le narrazioni utilizzate dall'individuo per disattivare i regolatori della propria condotta: tali retoriche rendono praticabile il comportamento deviante, separando la violazione della norma dalla preoccupazione della punizione, la percezione del danno provocato all'altro dal senso di colpa e di vergogna, preservando in questo modo l'autostima dell'autore e facilitando il rischio di recidiva. Sono 8 i meccanismi di disimpegno morale: 1) giustificazione morale; 2) confronto vantaggioso; 3) etichettamento eufemistico; 4) distorsione delle conseguenze; 5) de-umanizzazione della vittima; 6) attribuzione di colpa alla vittima; 7) spostamento/dislocazione della responsabilità; 8) diffusione della responsabilità (Bandura, 2017).

Basse aspettative su volontà, controllo ed autoefficacia sono alla base dell'instaurarsi del fenomeno dell'**impotenza appresa** (Seligman, 1996), ovvero della sensazione di non poter ricevere aiuto, del senso di incurabilità e immutabilità, che potrebbe pregiudicare ulteriormente la motivazione al cambiamento.

Sul piano socio-cognitivo, per definire l'idoneità di un percorso alternativo a rispondere ai bisogni di cura di una persona, occorre che attraverso l'intervento sia:

- a) verificato e potenziato il livello di responsabilità, che permetta un posizionamento attivo della persona rispetto agli effetti delle proprie azioni,
- b) avviata una ridefinizione delle strategie di disimpegno morale, eventualmente utilizzate per giustificare tali effetti, anche in relazione al danno prodotto,
- c) promosso il senso di autoefficacia rispetto al proprio percorso di cura e al reinserimento sociale, anche attraverso l'anticipazione e la chiarezza su obiettivi e prescrizioni del percorso,
- d) individuato un contesto ambulatoriale o comunitario idoneo e risorse efficaci per rendere praticabile e potenziare la responsabilità.

In caso di verifica negativa di tali indicatori, l'assenza nella fase attuale di livelli di responsabilità idonei per affrontare un programma alternativo alla detenzione non rappresenta un criterio di esclusione; piuttosto il raggiungimento di tali livelli, anche attraverso percorsi di supporto specialistico in ambito intramurario, costituisce un importante obiettivo terapeutico.

Osservazioni conclusive

In riferimento alle argomentazioni sovraespresse e ai dati presentati nel paragrafo 1 possono essere proposte alcune riflessioni inerenti alle criticità tra gli interventi effettuati

nei differenti Istituti Penitenziari regionali e nei corrispondenti servizi territoriali. Esporre tali problematiche pone noi operatori nella condizione di avviare una riflessione per la programmazione di percorsi comuni e strumenti di lavoro condivisi, per lavorare in modo maggiormente appropriato ed efficace con i detenuti, nell'interesse dei diritti degli stessi ma anche della sicurezza sociale. Citiamo solo alcuni esempi di tali criticità (che rappresentano obiettivi di lavoro):

- le procedure di valutazione inerenti alla certificazione di dipendenza risultano essere differenti in base ai criteri adottati dalle istituzioni presenti nei territori nei quali le persone impattano con l'esperienza della carcerazione;
- i percorsi trattamentali extra-murari possono essere attivati facendo riferimento a criteri di idoneità dissimili tra zone differenti, analizzando variabili motivazionali, sanitarie, sociopsicologiche diverse;
- spesso non è chiaro, né agli operatori, né conseguenzialmente agli stessi detenuti, che un programma alternativo, oltre che rappresentare un'opportunità di scontare la detenzione in ambiente esterno al carcere, è un percorso di cura per le problematiche tossicomane. Se la valutazione è impropria e la persona è scarcerata senza necessità di percorso di cura (ma deve recarsi al SerDP con cadenza regolare per ottemperare le prescrizioni) o, ancor peggio, se non ritenuta idonea ad accedere a tali benefici, seppure con diagnosi di dipendenza, la stessa (e la rete dei familiari) andranno incontro ad esperienze di frustrazione e fallimento; tali esperienze, nel primo caso inaspriranno le dinamiche con l'équipe curante che ha il mandato istituzionale di far rispettare le prescrizioni, nel secondo relegheranno le persone istituzionalizzate in percorsi che, oltre a non curare in modo appropriato la dipendenza, aumenteranno il rischio di ricaduta nell'uso di sostanze e di recidiva in azioni devianti in uscita dal carcere, a discapito non solo del percorso di reinserimento personale ma anche della sicurezza sociale;
- infine, l'ormai noto fenomeno del sovraffollamento delle carceri, spesso dimenticato dall'opinione pubblica e rievocato prevalentemente in occasione di fenomeni straordinari (quali ad es. l'attuale emergenza per pandemia Coronavirus, con il rischio che le carceri diventino focolai esplosivi sia sul piano della salute che su quello della sicurezza interna), potrebbe essere sgravato adottando procedure chiare, condivise ed efficaci, di certificazione di dipendenza e di predisposizione di idonei percorsi di cura alternativi alla detenzione.

Bibliografia

- AA.VV., *Report 2019 sulla salute in carcere in Emilia-Romagna. Dati 2018*. Regione Emilia Romagna, Servizio Assistenza Regionale, 2019
- American Psychiatric Association, *DSM-5*, Raffaello Cortina Editore, 2014
- Bandura A., (a cura di). *Il senso di autoefficacia*. Erickson, Trento, 1996
- Bandura A., (a cura di). *Disimpegno morale*. Erickson, Trento, 2017
- Baron-Cohen S., *La scienza del male*. Raffaello Cortina, 2012
- Bruner J., (a cura di). *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*. Bollati Boringhieri, Torino, 1990
- De Leo G., *Psicologia della responsabilità*. Laterza, Roma-Bari, 1986
- Patrizi P., (a cura di). *Psicologia della devianza e della criminalità*. Carocci, Roma, 2014
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dip. Politiche Antidroga. *Carcere & droga. Linee di indirizzo per l'incremento e la fruizione dei percorsi alternativi al carcere per persone tossicodipendenti e alcolodipendenti sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale*. Roma, Novembre, 2011
- RER, *Regione E-R Protocollo d'intesa fra la Regione Emilia-Romagna e il Tribunale di Sorveglianza di Bologna in merito alle procedure di collaborazione nell'esecuzione penale esterna e nell'applicazione delle misure di sicurezza nei confronti di tossicodipendenti e alcolodipendenti*. Tribunale di Sorveglianza di Bologna e Regione E-R, 2010
- Seligman M.E., *Imparare l'ottimismo*. Giunti, 1996