

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI CRIMINOLOGIA

RASSEGNA ITALIANA DI CRIMINOLOGIA

Italian Journal of Criminology

*Studi e Ricerche di Criminologia Clinica
Psicologia e Psichiatria forense
Sociologia della devianza, Politica criminale*

Rivista trimestrale anno 52° (XVII nuova serie) n. 2/2023
Direzione scientifica *Roberto Catanesi*

2°


Pensa
MULTIMEDIA

Rassegna Italiana di Criminologia
è indicizzata sul database
SCOPUS

RASSEGNA ITALIANA DI CRIMINOLOGIA

ANNO XVII N.2 2023



SEGRETERIA

EDITOR IN CHIEF — Roberto Catanesi

EDITOR EMERITUS — Tullio Bandini

EDITORIAL ASSISTANT — Antonia Valerio

Sez. di Criminologia e Psichiatria forense
D.I.M. - Università degli Studi "Aldo Moro" Bari
Tel 080/5478282 - mail: segreteria.criminologia@uniba.it

EDITORIAL BOARD

Marcelo Aebi (Losanna, CH)
Mauro Bacci (Perugia)
Cristiano Barbieri (Pavia)
Antonello Bellomo (Bari)
Alessandro Bertolino (Bari)
Marta Bertolino (Milano)
Jutta Birkhoff (Varese)
Stefano Caneppele (Losanna, CH)
Felice Carabellese (Bari)
Vincenzo Caretti (Roma)
Adolfo Ceretti (Milano)
Cristina Colombo (Milano)
Anna Coluccia (Siena)
Roberto Cornelli (Milano)
Antonietta Curci (Bari)
Laura De Fazio (Modena)
Giovanni Di Girolamo (Brescia)

Andrea Di Nicola (Trento)
Alan Robert Felthous (St Louis, USA)
Stefano Ferracuti (Roma)
Fabio Ferretti (Siena)
Anna Maria Giannini (Roma)
Ignazio Grattagliano (Bari)
Jens Hoffman (Witten, D)
J. Henk Kamphuis (Amsterdam, NL)
Henry Gerard Kennedy (IRL)
Liliana Lorettu (Sassari)
Gabriele Mandarelli (Bari)
Pierpaolo Martucci (Trieste)
Isabella Merzagora (Milano)
Lorenzo Natali (Milano)
Daniela Pajardi (Urbino)
Mark Palermo (Milwaukee, USA)
Marco Pelissero (Torino)

Luisa Ravagnani (Brescia)
Pietrantonio Ricci (Catanzaro)
Gabriele Rocca (Genova)
Carlo Alberto Romano (Brescia)
Ilaria Rossetto (Milano)
Ugo Sabatello (Roma)
Ernesto Ugo Savona (Milano)
Luigi Solivetti (Roma)
Guido Travaini (Milano)
Monia Vagni (Urbino)
Geert Varvaeke (KU Leuven, B)
Alfredo Verde (Genova)
Carolina Villacampa (Lleida, S)
Enrico Zanalda (Torino)
Georgia Zara (Torino)

ELENCO REVISORI

Salvatore Aleo (Catania)
Giulia Berlusconi (Milano)
Elisabetta Bertol (Firenze)
Oriana Binik (Genova)
Cristina Cabras (Cagliari)
Fabrizio Caccavale (Napoli)
Francesco Calderoni (Milano)
Giovanni Battista Camerini (Bologna)
Rosalinda Cassibba (Bari)
Paolo Cattorini (Varese)
Silvio Ciappi (Siena)
Roberto Cicioni (Perugia)
Rosagemma Ciliberti (Genova)
Carlo Cipolli (Bologna)
Massimo Clerici (Milano)
Paolo De Pasquali (Cosenza)
Corrado De Rosa (Napoli)
Francesco De Stefano (Genova)
Nunzio Di Nunno (Lecce)
Giancarlo Di Vella (Torino)
Luigi Ferrannini (Genova)
Giovanni Fiandaca (Palermo)
Ugo Fornari (Torino)
Giovanni Fossa (Genova)

Adolfo Francia (Varese)
Natale Fusaro (Roma)
Roberto Gagliano Candela (Bari)
Ivan Galliani (Modena)
Giorgio Gallino (Torino)
Uberto Gatti (Genova)
Francesco Gianfrotta (Torino)
Maria Chiara Giorda (Torino)
Paolo Guglielmo Giulini (Milano)
Fiorella Giusberti (Bologna)
Barbara Gualco (Firenze)
Luca Guglielminetti (Torino)
Marco Lagazzi (Genova)
Valeria La Via (Milano)
Roberto Maniglio (Lecce)
Adelmo Manna (Foggia)
Maurizio Marasco (Roma)
Marco Marchetti (Campobasso)
Mauro Mauri (Pisa)
Massimo Montisci (Padova)
Vito Mormando (Bari)
GianCarlo Nivoli (Sassari)
Rolando Paterniti (Firenze)
Paolo Peloso (Genova)

Susanna Pietralunga (Modena)
Pietro Pietrini (Lucca)
Michele Riccardi (Trento)
Pietrantonio Ricci (Catanzaro)
Gianfranco Rivellini (Mantova)
Paolo Roma (Roma)
Amedeo Santosuosso (Pavia)
Giuseppe Sartori (Padova)
Tiziana Sartori (Parma)
Gilda Scardaccione (Chieti)
Fabrizio Schifano (UK)
Adriano Schimmenti (Enna)
Ignazio Senatore (Napoli)
Enrique Sepulveda (CHL)
Roberto Sgalla (Roma)
Barbara Spinelli (Bologna)
Giovanni Battista Camerini (Genova)
Simona Traverso (Siena)
Alfonso Troisi (Roma)
Barbara Vettori (Milano)
Vittorio Volterra (Bologna)
Salvatore Zizolfi (Como)

ABBONAMENTI CARTACEI

Enti: Italia € 80,00 - Estero € 120,00

Privati: Italia € 70,00 - Estero € 110,00

Soci SIC: Italia € 55,00 - Estero € 85,00

Singolo fascicolo € 25,00

Per i fascicoli arretrati sono validi i prezzi dell'anno corrente

Le richieste d'abbonamento vanno indirizzate a:

abbonamenti@edipresssrl.it

Il singolo fascicolo cartaceo può essere acquistato nella sezione

e-commerce del sito www.pensamultimedia.it

ed è consultabile in rete all'indirizzo web

<https://ojs.pensamultimedia.it/index.php/ric>

Le richieste per inserzioni pubblicitarie vanno indirizzate a

Pensa MultiMedia Editore s.r.l.

Via A.M. Caprioli, n. 8 - 73100 Lecce - Tel. 0832 230435

e-mail: info@pensamultimedia.it - www.pensamultimedia.it

Stampa e grafica di copertina

Gioffreda per Pensa MultiMedia

Impaginazione ed editing Pensa MultiMedia

© Copyright Pensa MultiMedia Editore s.r.l.

Pensa MultiMedia s.r.l.

C.C.I.A. 241468

Iscritta al Registro degli Operatori di Comunicazione al n. 11735

Registrazione presso il Tribunale di Milano n. 522

Finito di stampare nel mese di giugno 2023

EDITOR

Pensa MultiMedia Editore s.r.l.

73100 Lecce – Via A.M. Caprioli, 8

Tel. 0832-230435

info@pensamultimedia.it – www.pensamultimedia.it

SUMMARY SOMMARIO

Editoriale

- 83** Quale futuro per il trattamento criminologico?
Carlo Alberto Romano, Laura De Fazio, Ignazio Grattagliano

Articoli Generali

- 86** *Offender rehabilitation and reintegration through European normative lenses*
Luisa Ravagnani, Ioan Durnescu

-
- 96** *Prison community, relationships and resilience. Experiences and reflections from the "Envisioning the Future" programme in the Padua prison*
Comunità carceraria, relazioni e resilienza. Esperienze e riflessioni a partire dall'applicazione del programma "Prefigurare il Futuro" nel carcere di Padova
Alessandro Maculan, Francesca Vianello, Giulia Perasso, Patrizio Paoletti, Tania Di Giuseppe

-
- 105** *The women's treatment in criminal enforcement*
Il trattamento delle donne in esecuzione penale
Sarah Grieco

-
- 114** *Side effects. Ethnographic reflections on prescribed drug use in prison*
Effetti collaterali. Riflessioni etnografiche sugli usi del farmaco in carcere
Luca Sterchele

-
- 122** *Empowerment in prison medical service: health education and experiential workshops to meet real care needs of inmate patient. The experience of Mantova prison*
L'empowerment in medicina penitenziaria: educazione alla salute e laboratori esperienziali per soddisfare i reali bisogni di cura del paziente detenuto. L'esperienza nella casa circondariale di Mantova
Laura Mannarini, Metella Romana Pasquini Peruzzi, Chiara Sgarbi

SUMMARY SOMMARIO

- 132** *Care, imprisonment and rehabilitation. The treatment of the inmates suffering for mental illnesses*
Cura, custodia e riabilitazione. Il trattamento del detenuto con problematiche psichiche
Luigi Ferrannini, Gianfranco Nuvoli
-

- 141** *Places of care in italian forensic psychiatry: therapeutic aspects and critical issues in an evolving system*
I luoghi della cura in psichiatria forense in Italia: aspetti terapeutici e criticità in un sistema in evoluzione
Luca Castelletti, Jacopo Santambrogio, Franco Scarpa, Antonino Giancontieri, Alessandro Santarone, Gian Maria Galeazzi, Laura De Fazio
-

Lettera

- 153** *Smart prison and digital innovations in prison and probation service of Finland*
Pia Puolakka

Quale futuro per il trattamento criminologico?

Carlo Alberto Romano | Laura De Fazio | Ignazio Grattagliano

Il trattamento è un concetto molto ampio, come del resto l'etimologia del vocabolo dimostra, der. da *tractus*, part. pass. di *trahere*, trarre, tirare, trascinare portare con sé, tirarsi dietro, attribuire, addossare, riferire allontanare, distogliere, portare lontano, estrarre, tirare fuori e altro.

L'aggettivazione *criminologico* dà conto, ictu oculi, del target cui l'eterogenea azione del trattare è rivolta, declinata in una gamma di interventi compresi fra il buffetto paternale, accompagnato dall'esortazione "a non farlo più" e il "Trattamento Ludovico".

Trattamento Ludovico era il nome della cura destinata ad Alex, il criminale protagonista della geniale narrazione letteraria e cinematografica, pervenutaci grazie alla coppia Burgess / Kubrick, basata sulla prolungata somministrazione di farmaci e visioni di violenza, capace di produrre in Alex una sensazione di malessere crescente di fronte a ogni scena violenta, assistita o praticata, fino a diventare un deterrente assoluto.

Con sottile ironia, il nome assegnato al trattamento è lo stesso del musicista preferito da Alex, che attinge all'ascolto della sua musica per esprimere al meglio le proprie condotte aggressive. Non può però sfuggire la particolare combinazione del fatto che il "Fidelio", l'unica opera teatrale del genio di Bonn, si svolga proprio in una prigione e che il sentimento di Leonore per Florestan porti la donna a scendere (in una scena di rara efficacia narrativa) verso il basso, per constatare l'inumanità del trattamento riservato ai detenuti.

Una certezza quindi l'abbiamo, il trattamento criminologico si rivolge ai criminali, cui va affiancandosi un'altra: il luogo elettivo ove svolgere trattamento criminologico parrebbe essere il carcere.

Ma il carcere può accogliere, *rebus sic stantibus*, una proposta concretamente riformatrice del trattamento che è, almeno teoricamente, chiamato a erogare?

In altre parole, esiste un futuro per il trattamento criminologico in carcere?

Il carcere è un concetto di per sé costantemente alla ricerca di *nuova forma*.

Probabilmente, dando voce a una eco foucaultiana, potremmo dire che la riforma del carcere sia contemporanea al carcere stesso.

Non si può infatti negare come la prigione, fin da quando ha iniziato e esistere, abbia reso, onestamente, visibili i propri difetti, evocando, fin da subito, peraltro, la necessità di correggerli; purtroppo, assai più degli opportuni correttivi, hanno irreversibilmente configurato l'idea del carcere, proprio i difetti.

Era ben chiaro, questo, anche a molti sommi della letteratura; Miguel de Cervantes certo non amava il "carcere, ove ogni disagio domina, ed ove ha propria sede ogni sorte di malinconioso rumore".

Ma anche Victor Hugo fa descrivere a Jean Valjean la prigione come il luogo dove "...ero un ceppo, sono diventato tizzone".

Non da meno il giovane Dostojewsky, che anela alla necessità di una resurrezione per poter fuoriuscire dalla mortifera esperienza della *Casa dei Morti*, definì "sottoscala dell'umanità" la prigione in cui venne rinchiuso.

Il vissuto carcerario promana anche dalle incisive parole di Settembrini: "O voi che fate le leggi, e che giudicate gli uomini, rispondetemi e dite: «Prima che costoro fossero caduti nel delitto, che avete fatto voi per essi? Avete voi educata la loro fanciullezza, e consigliata la loro gioventù? Avete sollevata la loro miseria? Li avete educati col lavoro? Avete voi insegnati ad essi i doveri del loro stato? Avete loro spiegato le leggi? Voi che vi chiamate lucerne del mondo, avete voi illuminati questi che camminavano nelle tenebre dell'ignoranza?»"

Anche Oscar Wilde, è *tranchant*, e d'altronde, sa di cosa parla, quando afferma: "Il sistema carcerario è completamente e assolutamente errato. Darei qualsiasi cosa per poterlo mutare una volta uscito di qui".

Apprendiamo tuttavia, da una improbabile risposta di

Bukowski a Wilde, peraltro due che hanno condiviso il piacere di non rinunciare al piacere, costi quel che costi, quale sia il pensiero dominante di chi è stato dentro, una volta fuori: "...dopo che ne uscii, non ci tornai più. Non lo guardai mai da fuori. È come una donna perfida. Non serve a niente ricominciare. Non la vuoi nemmeno rivedere".

Infatti, passando al XX° secolo, la valutazione non migliora granché: "Noi crediamo di aver abolito la tortura, e i nostri reclusori sono essi stessi un sistema di tortura; noi ci vantiamo di aver cancellato la pena di morte dal codice penale comune, e la pena di morte che ammaniscono a goccia a goccia le nostre galere è meno pietosa di quella che era data per mano dal carnefice". (Discorso pronunciato da Filippo Turati il 18 marzo 1904 alla Camera dei Deputati).

Anche Gramsci ha idee chiare sul carcere: "Credevo che due capolavori concentrassero l'esperienza millenaria degli uomini nel campo dell'organizzazione di massa. Il manuale del caporale e il catechismo cattolico. Mi sono persuaso che occorre aggiungere, sebbene in un campo molto più ristretto e di carattere eccezionale, il regolamento carcerario che racchiude dei veri tesori di introspezione psicologica".

E dopo la guerra, nel 1973, Bobbio scriveva, "il carcere modello non esiste e non può esistere: perché i due fini della reclusione, l'intimidazione e l'emenda sono incompatibili. Un carcere tanto più adempie alla sua funzione deterrente quanto più è duro. Ma quanto più è duro, tanto meno è atto a correggere, a trasformare un delinquente in un buon cittadino."

Insomma una realtà molto lontana dall'aver raggiunto un livello minimo di ragionevole utilità, conclusione cui, del resto, era giunto già Beccaria, quando asseriva che "...il fine dunque non è altro che d'impedire al reo di far nuovi danni ai suoi concittadini e di rimuovere gli altri dal farne uguali".

Lubriacatura risocializzativa della seconda metà del secolo scorso ci aveva illuso e per qualche tempo, salvo voci dissonanti poi rivelatesi profetiche, abbiamo creduto di aver trovato un punto di equilibrio, complice una normativa oggettivamente illuminata e opportunamente declinata.

Così non fu.

Riterremmo del tutto inutile e financo irrispettoso descrivere gli elementi che oggi, ancora oggi, connotano il carcere in termini di indiscutibile negatività. Alcune osservazioni, almeno sulla situazione italiana, sono però imprescindibili. Le proponiamo utilizzando i dati SPACE (UNIL - Consiglio d'Europa, *Series UNILCRIM 2021/1*) più recenti, pubblicati nell'anno in corso e riferiti al 2020.

1. Prison Population Rates (inmates per 100,000 inhabitants)
Italy 101,3; EU Median 103,2; EU Average 124,0.
2. Prison Density (number of inmates per 100 detention places)
Average 86,6; Median 90,3; Italy 120,3. (segue Turchia, dato peggiore: 127,4)

3. Percentage of detainees not serving a final sentence in the p.p.
Median 22% ; Average 26% ; Italy 31%.
4. Percentage of foreign inmates in the p.p.
Median 15,4; Average 24,0; Italy 32,5.
5. Percentage of inmates aged 65 or over in the p.p.
Median 2,5 %; Average 2,7; Italy 4,1.

Sempre SPACE ci dice che il numero di detenuti per ogni operatore penitenziario in Italia è di 1,5 contro gli 0,9 della Svezia (dato migliore) e i 4,8 della Turchia (dato peggiore). Parrebbe confortante, se non fosse che ogni 100 operatori penitenziari, in Italia 89,36 appartengono al corpo di Polizia penitenziaria, 2,17 sono educatori e 8,46 ad altre categorie. La media UE, sul punto è: 68 operatori in divisa, 3,5 educatori e 28,5 altri. Una situazione quindi, la nostra, estremamente sbilanciata.

In questo contesto, certo non tranquillizzante, ogni detenuto costa allo Stato 154 € al giorno (www.forzearmate.eu) di cui 6,37 sono destinati al mantenimento e 0,35 al trattamento rieducativo

A mero titolo comparativo il costo medio di uno studente per lo Stato italiano è di 5.278 € per la scuola dell'infanzia, 5.704 per la primaria, 6.348 per la secondaria di primo grado e 6.693 per la secondaria superiore (www.tecnicadellascuola.it). Dividendo per 200 i dati ripartiti su base annua otteniamo un costo giornaliero di 26,39 per infanzia, 28,52 per primaria, 31,74 per secondaria primo grado e 33,46 per studente di scuole superiori.

Se pensiamo che Antigone afferma che in Italia il numero medio di detenuti per educatore sia di 68, ma con oscillazioni anche molto evidenti (a Taranto uno ogni 205 detenuti) dobbiamo giungere alla conclusione che in Italia il trattamento criminologico, con questi numeri, quindi ripeto *rebus sic stantibus*, non ha futuro. Punto.

Dovremmo probabilmente chiudere qui, questa breve nota, lasciando in tutti, noi per primi, un senso di sconcertante sgomento.

Non lo faremo, invece, perché riteniamo si possa, soprattutto si debba, guardare al futuro cercando soluzioni percorribili anche ai problemi più grossi; alcune proposte risolutive, così come alcune inconfutabili visioni inerenti la improcrastinabilità degli interventi sulla situazione carceraria, erano contenute nel documento conclusivo degli Stati generali dell'esecuzione penale. Vi erano, oggettivamente, spunti più che adeguati per tentare di guardare al futuro. Sappiamo tutti, purtroppo, quanto di quel documento sia stato sperperato.

E allora, se abbiamo ancora bisogno di un supporto concettuale, perché evidente è la ritrosia ad imboccare in concreto strade riformatrici, una fonte sempre confortante è la voce del compianto Card. Carlo Maria Martini, il quale nel 1999, sottolineo 1999, affermava che "Una società è davvero matura quando sa assumersi le proprie responsabilità di fronte al male e ne condivide la colpa e

l'espiazione". Aggiungeva, il Cardinale, che "tre sono tre le condizioni che rendono possibile la rieducazione del colpevole:

- 1) *Aiutare il colpevole a riconoscere la realtà del mondo umano dalla quale si era allontanato negandola con l'infrazione della legge.*
- 2) *Insegnare ad appagare i bisogni fondamentali, a partire dai quali è avvenuta la devianza.*
- 3) *Educare alla responsabilità*".

Mi pare che francamente ci sia poco da aggiungere; questo è un programma chiaro, una proposta condivisibile, un progetto percorribile. Questo è il senso profondo del trattamento e quindi il futuro del trattamento.

E allora, se la virata verso il paradigma riparativo avviene fondamentale e, in questa prospettiva, la recente *ri-forma* promossa dalla Ministra Cartabia ci ha fatto ben sperare, serve anche che la comunità modifichi la propria concezione di castigo, orientandosi verso una cultura della pena inclusiva e solidale.

Per accogliere questo insegnamento occorre però modificare radicalmente il modo di intendere la pena, abbandonando le ammuffite logiche che da Pellico in poi hanno dato forma all'idea collettiva del carcere come si pensa debba essere; penso a una cultura della pena nella quale l'idea riparativa costituisca l'elemento propulsivo, senza esserne peraltro l'esclusivo interprete. Pensiamo a un concetto di pena che scardini la inamovibilità di alcune dinamiche, soprattutto relazionali, interne al carcere. Im-

maginiamo un trattamento che non si esprima più in carcere, o perlomeno solo in carcere, ma che possa declinarsi nella e con la comunità. ecco perché l'esecuzione penale esterna diventerà centrale in questo movimento, così come l'imprescindibile lavoro nelle scuole e il fondamentale rapporto gli enti locali, già invocato da Zappa, con lungimirante ma poco ascoltata riflessione, quasi quaranta anni orsono.

Pensiamo pertanto a un senso della pena dove la risocializzazione non significhi revisione delle condizioni presenti ab origine, bensì un nuovo arsenale di opportunità offerte alla persona in esecuzione penale per provare, insieme alla persona stessa e senza dogmatismi valutativi, a ridefinire il suo perimetro identitario, relazionale, professionale e sociale, dimostratosi inidoneo; tale arsenale dovrebbe essere costituito da una gamma di azioni e relazioni nelle quali la comunità stessa possa interpretare nuovi ruoli gestionali, rispondendo al contempo alle istanze di "sicurezza" che la comunità stessa tende a chiedere con sempre maggior forza, a causa principalmente di una percezione tendenzialmente distorta delle dimensioni e forme del tema criminalità, ma questo è un discorso diverso, che merita attenzione e valutazione specifiche.

Una nuova cultura della pena può generare un nuovo trattamento, pertinente, efficace e credibile proprio perché generato e gestito dal territorio che ne ha necessità. A noi criminologi spetta il compito di farci trovare pronti.

L'alternativa è lo Spielberg.

Offender rehabilitation and reintegration through european normative lenses

Luisa Ravagnani | Ioan Durnescu



Double blind peer review

How to cite this article: Ravagnani L. & Durnescu I. (2023). Offender rehabilitation and reintegration through european normative lenses. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XVII, 2, 86-95. <https://doi.org/10.7347/RIC-022023-p86>

Corresponding Author: Luisa Ravagnani
email luisa.ravagnani@unibs.it

Copyright: © 2023 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Pensa Multimedia and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. *Rassegna Italiana di Criminologia* is the official journal of Italian Society of Criminology.

© The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors

Received: 18.03.2023
Accepted: 31.05.2023
Published: 30.06.2023

Pensa MultiMedia
ISSN 1121-1717 (print)
ISSN 2240-8053 (on line)
[doi10.7347/RIC-022023-p86](https://doi.org/10.7347/RIC-022023-p86)

Abstract

Rehabilitation and reintegration are underlying challenges for all European prison systems. For this reason, the supranational legislation concerning the promotion and implementation of these principles is composed of numerous ad hoc instruments, closely related to human rights legislation. This contribution, with the aim of answering an essential question such as: “why some offender stops?” takes into consideration the main factors that, at a global level, are recognized as obstacles to the achievement of the pursued objective as well as the elements that, instead, can act as a positive push factors. A summary of the most widespread positions in the academic and practical field on the mentioned concepts is also offered, in order to facilitate the understanding of the state of the art at European level.

Keywords: reintegration, rehabilitation, desistance, prison, probation.

Offender rehabilitation and reintegration through european normative lenses

Introduction

The purpose of the criminal sentences has become, almost everywhere in Europe (at least in the last decades and with different paths – Ravagnani, Romano, 2019), the rehabilitation of the offenders. But the term rehabilitation and the contents it should have are not easily describable or, better, summarize with contents generally recognized.

In the Italian landscape, for example, the idea of rehabilitation, well expressed by art. 27 c. 3 of the Italian Constitution, can be linked only to one of the two different types of intra-mural treatments, provided in the Penitentiary Law. Accordingly, to article 1, in fact, it is possible to learn that the rehabilitation purpose constitute a fundamental element only for the so called “re-educative treatment” but not for the “penitentiary treatment” (that represent the collection of rules that organize the life inside the facilities and care about fundamental principle such as dignity and the respect of Human Rights for all the incarcerated persons).

Rehabilitation is of course a concept that has still not found its definitive formulation and represents one of the principal grounds for discussion among practitioners and academics all around Europe and beyond. McNeill (2012, p. 7) underlying the controversial nature of the rehabilitation concept describe it is a “remarkably elastic and hotly contested”.

Trying to find common denominators to the varied readings and practices implemented in the different States in terms of what works for the purpose of rehabilitation can help developing a clearer idea of the consequences of the different theories.

In a historical era in which the collective desire for revenge seems to prevail over the idea of rehabilitation of the offender, through an increasingly strong demand for severe and exemplary penalties, not justified by crime statistics, finding reading tools that are applicable at least to the entire European context can offer an efficient strategy to focus the attention on the positive outcomes of inclusive approaches.

For these reason, after a brief description of the state of the art of the concepts of reintegration and rehabilitation at a supranational level, the Authors will offer a rehabilitation reading of the two main Council of Europe recommendations dealing with prison and probation work: Rec.(2006)2 – European Prison Rules -revised and Rec(2010)1 – European Probation Rules. References will be also made to the UN Nelson Mandela Rules.

Rehabilitation and reintegration of involuntary clients: the state of the art

These two concepts have faced a quite difficult life in finding general consensus around what do they actually means and what works when dealing with involuntary clients as those who have been reached by a criminal sanction.

With the need to enlighten a well-recognized starting point, it seems useful to briefly mention the definitions that Robinson (2007) offers of this two central terms:

- **Rehabilitation** – ‘a wide variety of interventions aimed at promoting desistance ...’ – behavioural dimension (more like a therapeutic process) – (Robinson, 2007) Interventions aiming at reducing reoffending or promoting desistance
- **Reintegration** – ‘a process that follows a period of formal punishment whereby the ex-offender resumes life as a member of community’ (Robinson, 2007) – symbolic and a practical dimension – help with employment, housing, drug addiction, family reunion etc.

The long path towards effective models of rehabilitation passes through different theories about the origin of the criminal behaviour itself – the criminogenesis – to offer differentiated approaches.

One of the most method, firstly applied in Canada for the risk and then around the world, dated back to 1980 but its first formalization in the Canadian prison environment belong to 1990 thanks to Andrews et al. (1990)

The proposed risk/need/responsivity (RNR) model, was originally based on three different principles, that have been integrated during the years by others, but the core ones remain the follows:

- The **principle of risk** demands that intensity of the services should match the risk level of the case. In this respect, Andrews and Bonta (1994) suggest that interventions should target moderate and higher risk cases.
- The **need principle** suggests that criminogenic needs should be targeted predominantly. When describing them, Andrews and Bonta (2010) use the expression of Central Eight. Four of them are the most important ones – The Big Four – and the next ones are The Moderate Four.
- The **principle of responsivity** states that interventions with offenders should employ behavioural, social learning and cognitive behavioural strategies. However, in the 2010 edition of their book, Andrews and Bonta

add the **principle of special responsivity** that suggests that the style and the mode of the intervention should be adapted to the setting of the service and to relevant characteristics of the offender, such as: their strengths, motivations, preferences, personality, age, gender, ethnicity and so on.

According to Andrews and Bonta (2010), non-adherence to one or more of these principles generated an increase in recidivism that can be summarised as follows:

- adherence to one principle small decrease ($r=.02$)
- adherence to two principles larger decrease ($r=.18$)
- adherence to three principles even larger decrease ($r=.26$)

While “programs that incorporate all of these principles into their therapeutic framework are associated with the strongest reductions in recidivism, with an average reduction of 26 to 30%”. (Dowden and Andrews, 2004, 204).

Andrew et al. (2006), years later the first formulation of their RNR model, well aware about how much the four mentioned criminogenic needs are potentially changeable in regards of lifetime exogenous and endogenous circumstances or intervention, added other eight criminogenic needs, shared in two categories, according to their potential power to influence recidivism.

The following table offers a brief description of these additional criminogenic needs.

The Big Four	History of antisocial behaviour – this includes early involvement in the offending behaviour, early age of onset, history of probation or parole violations etc.
	Antisocial personality pattern – being impulsive, adventurous, pleasure-seeking, restless, aggressive, callous disregard for others etc.
	Antisocial cognition – includes attitudes, values, beliefs, rationalizations and personal identity that are favourable to crime. Cognitive-emotional states associated with crime are: anger, resentful and defiant.
	Antisocial associates – if the person is surrounded by the so-called ‘social support for crime’.
The Moderate Four	Family/marital circumstance – important to assess the key parenting variables if juvenile (caring, monitoring, supervising, disciplinary practices, the importance of the parent’s opinion) or the quality of the marital relationship if adult (mutual caring, respect and interest).
	School/Work – stress on the quality of the relationship with the school or work place; The risk is in low level of performance and involvement, low level of satisfaction and reward.
	Leisure/Recreation – stress on low level of involvement in alternative ways of spending time apart from crime.
	Substance abuse – problems with alcohol and other drugs.

Source: Andrew et al. (2010), self-made elaboration.
 Table 1: The central eight criminogenic needs

Despite its irrefutable relevance that is still confirmed by its application around the world, the RNR model is not exempt from criticism, mainly attributable to its – sometimes - generic formulation and, therefore, to its possible application not declined according to the specificities of the offender in question. This is, for example the case of Polaschek (2012) that highlights how the responsivity principle “despite its centrality to the model, [...] is the least developed of the three core principles. [...] It is theoretically unsophisticated: a *catch-all category*.” The oversimplification (Robinson & Crow, 2009) of such a pivotal principle – the *responsivity one* - can determine, and sometimes have already determined, the paradoxical sacrifice of the most important part of the principle itself (the individualization of the proposed approach, accor-

ding to the specificities of the offender) in favor of a generalized recourse to “social learning and cognitive behavioural strategies” (Bonta & Andrews, 2010). In this regards, art 13 of the Italian Penitentiary Law, is very clear about the need of a individualized approach for the proposed strategies towards rehabilitation but, in practice, the prison system seems to have many problems in finding the necessary human and financial resources for an effective implementation of such a strategic principle.

Among a quite large and comprehensive literature that take into consideration this thorny issue, McNeill (2012) offers an interesting point of view about rehabilitation by proposing a quadripartition of the concept, based on the possible facets attributable to its meaning. He speaks about the need to take into consideration 1) *Psychological*

rehabilitation – promotion of positive individual-level change in the offender; 2) *Legal or judicial rehabilitation* – when, how and to what extent a criminal record and the stigma that it represents can be set aside, sealed or surpassed. In this sense, Maruna (2011) clearly expresses how much the stigma deriving from the conviction can affect the offender's efforts towards rehabilitation and desistance; 3) *Moral rehabilitation* – is something more than the personal changing of the offender that works for desistance, it includes the need of the society to be repaired for the damage suffered by the crime; 4) *Social rehabilitation* – not only the citizen's formal social status and the availability of the personal and social means to do so, according to Van Zyl Smit & Snacken (2009) view but also the "informal social recognition and acceptance of the former offender" (McNeill, 2012).

If there is consensus on this quadripartition – and we agree with it – it is easily comprehensible how much weight does it assume thinking about rehabilitation strategies based on knowledge coming from different disciplines, that can count on interdisciplinary approaches formulated in multiagency teams.

Rehabilitation and Desistance - Why some offenders stop?

The question is probably one of those that has found the large space in criminological debates – strictly linked to the idea of what works in rehabilitation – and, thanks to the numerous theories that have followed one another over time, has now reached a level of depth that allows us to identify some of the variables that most affect the path of desistance. But, finding a general agreement on what desistance really means remains a difficult task as well as the unequivocal definition of the link between rehabilitation and desistance.

In fact, in the relevant literature at least two different readings of desistance are possible: for someone, desistance is the permanent cessation of offending, for others, it is possible to talk about desistance even if some criminal conducts still occur; what is generally shared is that measuring desistance is a serious task to reach.

Overcoming these differences, it is anyway possible to extrapolate from the available theories the most important steps towards desistance and try to summarize them as follows:

- Desistance as an age factor - 'Maturation reform' – age curve (Goring, 1919, Glueck and Glueck, 1937; Sampson and Laub, 1992). The age seems to be an element that positively impacts the criminal behavior, pushing the offenders towards desistance but age itself can't be considered *per se* because it involves many other aspects strictly linked to life experiences, biological and social changes that can't be ignored.
- Desistance as a decision (Cusson and Pinsonneault, 1986; Liebrich, 1993 etc.). Experiences like fear or

shock during a criminal act or being tired of prison and what does it mean or changing in the scale of values in the offender's mind can exercise a significant impact on possible decisions towards desistance

- Desistance as a consequence of the bonds with the society and its goals (bond theory Sampson and Laub, 1993) – the more someone feels to be linked to his/her society, is emotionally attached to the societal goals and is fully committed in achieving them, persuaded to have means and possibilities for successfully reaching them in a legal manner and with legal means, the less will be interested in criminal behaviour. In this theory, a pivotal role is played by formal and informal agencies involved in the creation of the social bond (schools, family, peers groups for young people, marriage, child rearing, employment for adults)
- Desistance linked to the creation of an individual Prosocial identity (Maruna, 2001). This approach comes from the empirical evidences that ex-offenders who desist are those who were able to find a clear sense of purpose and meaning of their lives, also explaining the time spent in prison and doing criminal act as a redemption time towards desistance, that can now be used in a good way to help people not doing the same mistakes in life. Another shadow of the same perspective is offered by the cognitive transformation approach (Giordano et al., 2002) that bases desistance on four steps: 1) general cognitive openness to change; 2) hooks for change 3) desire for a "replacement self" 4) a different reading of criminal behaviour. On the same line is the idea that a period of "reflection and reassessment" is pivotal to start the initial process of desistance, although not sufficient *per se* (Farral 2002)
- Desistance based on the link between individual agency and social structures (Farral and Bowling, 1999). In this regard, Giordano et al (2002) argue that "the actor creatively and selectively draws upon elements of the environment in order to affect significant life changes".
- Desistance as a consequence of Probation. Even if practitioners and people that work in the field of the enforcement of the sentences are constantly striving to proclaim the beneficial effects of probation in terms of removal from the crime, especially when compared to the time spent in prison. Academics can count only few studies that corroborate the proclaimed findings. The most relevant findings that worth to be mentioned for the purpose of this paper are of course the one that enlighten the different elements that can positively influence desistance during the probation time: individual motivation, social and personal context, the kind of probation supervision and the meaning that life assumes for probationers (Farral, 2002; Farral and Claverly 2006)

According to McNeill et al (2012), desistance also presents implications for the criminal justice system because

it is a long and complex process (often a zig zag process), as well as an individual and subjective one: it would be a mistake to imagine a standard desistance path that can be followed by all the ex-offenders. Hope is of course an important ingredient that must create the stable starting level for the relationship between the offender, the prison and probation staff and all the other significant ones, but further and qualified efforts are needed.

During the desistance path, the entitled professionals must be aware to implement a vision based not only on risk and needs assessment but also on strengths and opportunities, to help the offender thinking to have the right tools for a cognitive behavioural change.

Moreover, abandoning the idea of working *for* the offender while promoting the one of working *with* the offender is more respectful of the self-determination principle and moves far away from the idea that rehabilitation is only a strategy to change the offender for implementing the public safety and good (utilitarian concept of rehabilitation, Foucault 1975/1977). In addition, practicing new identities for offenders through both human capital and social capital and opportunities become a strong element that can positively influence desistance together with the already mentioned need to reduce – better, to avoid – stigmatization towards people with criminal records.

Who works?

The other important question, when dealing with, the possibility to pursue rehabilitation is, of course, around what really works, how and above all, implemented by whom.

The impossibility that the one size approach gives positive outcome has already been discussed but, probably, what has not been presented with the necessary deepening concerns the role of professionals working in rehabilitation.

If it is obvious that the offender and the ex-offender play a pivotal role in this process (their persuasion and sincere commitment to the cause are among the most important predictors of success), anyway it worth to underline that specific skills and positive approaches from the side of the practitioners (prison or probation officers) can make the difference in terms of reducing re-offending (Ugwudike et al., 2014)

Rex (1999) talk about the involvement of experienced, knowledgeable, reasonable and also to display ‘expert qualities’, engaged, empathic and respectful professionals, able to use pro-social modelling and reinforcement, problem solving, role clarification and empathy (Trotter, 1996) as well as structuring skills such as problem solving, modeling, cognitive restructuring (Raynor et al., 2010)

Dowden and Bonta (2004) talk about five particular skills: effective use of authority, anticriminal modelling and reinforcement, problem solving, use of community resources and the quality of the interpersonal relationship.

A part for these significative qualities that can improve the progress of the entire rehabilitation process, a certain number of factors are considered to be as well relevant or, at least to be taken into due consideration. Each of them would need a more extensive and appropriate discussion (also because no unique interpretation is offered in the relevant literature), but for the purpose of this article it is possible only to briefly mention them.

- 1) **Employment** – Lipsey (1995), The relevance of a meaningful employment is taken into consideration by Authors such as Sampson and Laub, (1993) that agree on the fact that not any kind of job can exercise the same impact on the offender. Distinctions need to be done according to personal expectation, skills, school degree and social context. Moreover, job stability and age can play a specific role (over 26, Uggen, 2000).
- 2) **Family** – as natural system for advice, financial support, housing and employment (La Vigne et al., 2006), visits in prison (Derksen et al., 2009)
- 3) **Friends and peers** – pro-social contacts (Shapland and Bottoms, 2011)
- 4) **Good communities** – existence of a social service within two miles reduces re-offending (Hipp et al., 2010)
- 5) **Status degradation and stigma** – the existence of the criminal record – two models – **human rights**/spent conviction – 65% of employers would not knowing (Petersilia, 2005)
- 6) **Restorative justice** – it seems that mediation can decrease the frequency of reconvictions within two years – deceleration (Shapland et al., 2011)
- 7) Institutional treatment - **Education** (Proctor, 1994), **Work and Vocational training** (Seiter and Kadela, 2003)
- 8) **Pre-post release interventions** (Simpson and Brown, 1999; Fretz et al., 2005)
- 9) **Mentors** – alongside other interventions (Clancy et al., 2006; Brown and Ross, 2010)
- 10) **Half – way houses** (scaled transition) – Seiter and Kadela (2003)
- 11) Probation officers working in **large probation agencies** and supervising large caseloads tend to use punitive supervisory strategies
- 12) Probation Officers with **greater levels of satisfaction and commitment** – more positive attitudes and behaviors – more rehabilitation strategies, more effective

The rehabilitation according to relevant European Recommendation

As it has been said, in the plethora of available theories and varied experiences implemented in the European countries and around the world, finding a virtual lighthouse that can help following the right direction can make sense. Above all because a constructive dialogue

among States on positive experiences that could be experimented beyond borders is something not very easy to reach and maintain and because the generally spread request for stronger punishment risk to lower the spotlight on the global need to always aim towards the rehabilitation and reintegration of the offenders. For this purpose, in the following paragraphs the two EU Recommendation on prison and probation will be read, following their own structure, through the lenses of rehabilitation. In order to facilitate a fast reading of these recommendations and their relevant rules, we opted for a more schematic presentation of them. A brief commentary upon them can be found in the concluding section of the paper.

Recommendation Rec (2006)2-rev of the Committee of Ministers to member States on the European Prison Rules

Rehabilitation is a concept that intrinsically orients the instrument since its very first part. In fact, the preamble:

- Reiterates that no one shall be deprived of their liberty except as a *measure of last resort* and in accordance with a procedure prescribed by law;
- Stress “that the enforcement of custodial sentences and the treatment of prisoners necessitate taking account of the requirements of safety, security and discipline, while also ensuring prison conditions which do not infringe human dignity and which offer meaningful occupational activities and treatment programmes to inmates, *thus preparing them for their reintegration into society*”

In the *principles* section, the rehabilitation is clearly described also through Human Rights references:

- All persons deprived of their liberty shall be **treated with respect for their human rights**.
- Life in prison shall approximate as **closely as possible the positive** aspects of life in the community
- All detention shall be managed so as to **facilitate the reintegration into free society** of persons who have been deprived of their liberty.
- **Co-operation with outside social services** and, as far as possible, the involvement of **civil society** in prison life shall be encouraged.
- Prison staff carry out an important public service and their **recruitment, training and conditions of work** shall enable them to maintain high standards in their care of prisoners.

Considering the General Rules, elements of rehabilitation are clearly present in the following steps:

Admission

- the information collected under Rules 15.1.g and 15.1.h as well as any other available information about

the *social situation of the prisoner* shall be evaluated in order to deal with the *immediate personal and welfare* needs of the prisoner;

- Information shall be collected for each prisoner relating in particular to:
 - a. the judicial process;
 - b. *individual sentence plans, the strategy for preparation for their release and release date;*
 - c. *behaviour and conduct, including risk to self or others*
 - ...
- Prisoners shall be allocated, as far as possible, to prisons *close to their homes or places of social rehabilitation*.

Outside world

- Prisoners shall be allowed to communicate as often as possible – by letter, telephone or other forms of communication – with their **families, other persons and representatives of outside organisations**, and to receive visits from these persons.
- Prison authorities shall assist prisoners in **maintaining adequate contact with the outside world** and provide them with the appropriate welfare support to do so.
- Whenever circumstances allow, the prisoner should be authorised to **leave prison either under escort or alone** in order to visit a sick relative, attend a funeral or for other humanitarian reasons.

Regime

- The regime provided for all prisoners shall offer a **balanced programme of activities**.
- This regime shall also provide for the **welfare needs of prisoners**.

Work

- Prison work shall be approached as a **positive element** of the prison regime and shall never be used as a punishment.
- As far as possible, the work provided shall be such as **will maintain or increase prisoners’ ability to earn a living after release**.
- Work that encompasses **vocational training** shall be provided for prisoners able to benefit from it and especially for young prisoners.

Education.

- Every prison shall seek to provide all prisoners with **access to educational programmes** which are as comprehensive as possible, and which meet their individual needs while taking into account their aspirations.
- As far as practicable, the education of prisoners shall:
 - a. **be integrated with the educational and vocational training system of the country** so that after their release they may continue their education and vocational training without difficulty; and
 - b. take place **under the auspices of external educational institutions**.

Staff

- The duties of staff go beyond those required of mere guards and shall take account of the need **to facilitate the reintegration of prisoners** into society after their sentence has been completed through a programme of positive care and assistance
- As far as possible, the staff shall include a **sufficient number of specialists such as psychiatrists, psychologists, social and welfare workers, teachers and vocational, physical education and sports instructors.**
- Wherever possible, suitable part-time and **voluntary workers** shall be encouraged to contribute to activities with prisoners.

Special provisions for: women, children, foreign prisoners, untried prisoners and so on – positive measures.

Release rules

In this specific set of rules that take care about the offender's return into society, the central role of rehabilitation is visible from the following direct requirements:

- Steps must be taken to ensure that on release prisoners are provided, as necessary, with **appropriate documents and identification papers, and assisted in finding suitable accommodation and work.**
- Sentenced prisoners shall be assisted in good time prior to release by procedures and special programmes enabling them to make the **transition from life in prison** to a law-abiding life in the community. (these rules don't mention a maximum length for the sentence to be included in the proposed approach, so it is plausible to consider that it is applicable also for life sentences that can potentially enjoy of parole).
- In the case of those prisoners with longer sentences in particular, steps shall be taken to ensure a **gradual return to life in free society.**

This aim may be achieved by a **pre-release programme** in prison or by partial or **conditional release under supervision combined with effective social support.**

Prison authorities shall work closely with **services and agencies that supervise and assist** released prisoners to enable all sentenced prisoners to re-establish themselves in the community, in particular with regard to family life and employment.

Representatives of such social services or agencies shall be afforded all **necessary access** to the prison and to prisoners to allow them to assist with preparations for release and the planning of after-care programmes.

An analogous attention to the rehabilitation purpose is obviously inferable also from the Nelson Mandela Rules. Taking into consideration the tool specifically created for the UNDOC (Suntinger W, Meissner P., 2017, Figure 1) with the aim to analyse possible deviations from the rules, it is clearly visible how the assessment of the compliance of a prison system with the standards themselves is based on fundamental concepts such as dignity, human rights and careful consideration of personal spe-

cificities. Those elements are generally considered to be pivotal in each fruitful rehabilitation path

Recommendation CM/Rec(2010)1 of the Committee of Ministers to member states on the Council of Europe Probation Rules

Talking about probation, the alternative sanction that present itself as potentially abler to reach good outcomes in terms of rehabilitation rather than the prison system, the preamble does not leave any doubts about the purposes of the instrument: "contribute to a fair criminal justice process, as well as to public safety by preventing and reducing the occurrence of offences".

But this statement reminds immediately to the idea of desistance and only in a second moment to the one of rehabilitation, giving no clarification about which kinds of the mentioned rehabilitation definitions is the principal object of the Recommendation itself.

The Basic principles help to define the roles of probation agencies through the aims they pursue:

- **reduce reoffending by establishing positive relationships** with offenders in order to supervise (including control where necessary), **guide and assist them** and to promote their successful social inclusion. Probation thus contributes to community safety and the fair administration of justice.
- respect the **human rights** of offenders. All their interventions shall have due regard to the dignity, health, safety and well-being of offenders.
- take full account of the **individual characteristics, circumstances and needs** of offenders in order to ensure that each case is dealt with justly and fairly....
- seek the offenders' **informed consent and co-operation** regarding interventions that affect them.
- work in partnership with other public or private organisations and local communities to promote the social inclusion of offenders. **Co-ordinated and complementary inter-agency and inter-disciplinary work** is necessary to meet the often-complex needs of offenders and to enhance community safety.

The Probation work should be organized in a way that facilitate:

- the **preparation of a pre-sentence reports** on individual alleged offenders in order to assist, where applicable, the judicial authorities in deciding whether to prosecute or what would be the appropriate sanctions or measures.
- The participation of the offenders in the **preparation of the report**, and their opinion, where available, shall be reflected in the report and its contents shall be communicated to them and/or to their legal representative. Moreover, in order to ensure compliance, supervision shall take **full account of the diversity** and of the distinct needs of individual offenders.

IV. Checklist for assessing compliance with the Nelson Mandela Rules

1. Basic principles of treatment

Expected outcome 1.1: Prisoners are treated with respect for their inherent dignity as human beings.			☺ ☹ ☹		
Indicators	Rule	Achievement			
1.1.1 Prison management/staff show awareness of the importance of positive prisoner-staff relations based on respect and fairness.	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yes Partly No
Comments:					
1.1.2 All prison staff have undergone training in communication skills and attitudes supporting respect for human dignity.	76(1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yes Partly No
Comments:					

Expected outcome 1.5: Allocation and treatment are based on an individual assessment of each prisoner's risks and needs (classification).			☺ ☹ ☹		
Indicators	Rule	Achievement			
1.5.1 Every sentenced prisoner is classified as soon as possible to assess the risks that prisoner may pose and to design a suitable treatment programme.	93(1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yes Partly No
Comments:					
1.5.2 Individual assessments carried out to classify prisoners take into account factors related to their offences and personal backgrounds.	93(1), 94	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yes Partly No
Comments:					
1.5.3 Individual assessments form the basis for a prisoner's allocation to a certain prison regime with the least restrictive environment necessary.	3, 36, 89(1-2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yes Partly No
Comments:					

Source: Suntinger W, Meissner P (2017)

Figure 1 – Checklist for assessing compliance with the Nelson Mandela Rules

- Supervision shall not be seen as a purely controlling task, but also as a means of **advising, assisting and motivating offenders**. It shall be combined, where relevant, with other interventions which may be delivered by probation or other agencies, such as **training, skills development, employment opportunities and treatment**.
- Where appropriate, and in accordance with national law, probation agencies, directly or through other par-

- tner agencies, shall also offer **support, advice and information to offenders' families**.
- When electronic monitoring is used as part of probation supervision, it shall be combined with interventions designed to bring about **rehabilitation and to support desistance**.
- Where probation agencies are responsible for supervising offenders after release they **shall work in co-operation** with the prison authorities, the offenders, their

family and the community in order to prepare their release and reintegration into society. They shall establish contacts with the competent services in prison in order to support their social and occupational integration after release.

The process of supervision, shared in three phases, asks for a clear consideration of the offender's specificity and participation, both elements that are both part of a constructive and positive rehabilitation plan. The three parts are:

Assessment

- When required before and during supervision, an assessment of offenders shall be made **involving a systematic and thorough consideration of the individual case, including risks, positive factors and needs**, the interventions required to address these needs and the offenders' responsiveness to these interventions.

Planning

- The work plan shall be **negotiated and, as far as possible, agreed** with the offender.

Interventions

- Interventions shall aim at rehabilitation and desistance and shall therefore be **constructive and proportionate** to the sanction or measure imposed.

Moreover, the reference to a **variety of methods** based on an interdisciplinary approach and sound knowledge derived from relevant **research, asked to all probation agencies**, is strongly in line with the most recent and valuable theories about "what works" in Rehabilitation (McNeill, 2012).

Conclusions

Rehabilitation and reintegration represent the most challenging outcomes of all the prison and probation paths because they both requires the simultaneous presence of a quite significant number of endogenous and exogenous factors, attributable both to the involved stakeholder and to the community as a whole.

What is of course clear and generally accepted, also thanks to the relevant supranational rules (such as the European Probation Rules or the Mandela Rules), is that rehabilitation and reintegration are dynamic concepts which presuppose the co-participation of different stakeholders to reach positive outcomes and good models of standardised risk/need assessment practices.

Rehabilitation and reintegration are not reachable targets without a high level of respect of Human Rights rules during the whole process: a mutual respect of fundamental rights is pivotal for the implementation of a trustful relationship among prisoners/probationers and involved professionals.

The capacity to assess different situation, in order to

plan suitable interventions and to evaluate the outcomes are also considered unavoidable to reach stable level of social inclusion.

In addition, the ability to provide for individualized approaches, linked to the specificity of each situation, in prison and in probation, makes a positive difference.

To reach good and stable outcomes, anyway, it cannot be forgotten that periodical training are expensive but necessary tools. Professionals must be granted with all the necessary training, related to the most important topics, as well as to the new challenges.

Another important role is played by families, communities and other formal and informal agencies that should be involved in the rehabilitation and reintegration paths, whenever possible, after the evaluation and balancing of all the pros and cons.

Finally, rehabilitation, reintegration and security should be placed on equal footing and professionals of both the fields should be ready to collaborate to reach a good level of success.

If it is clear that rehabilitation and reintegration still represent the most important challenge of each penal system - in this regard supranational rules offer of course a consistent framework for each country - the biggest part of the job has still to be completed by persuaded offenders and inclusive communities.

References

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (1994). *The psychology of criminal conduct*. Anderson Publishing Co.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis Matthew Bender
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52 Google Scholar.
- Brown, M., & Ross, S. (2010). Mentoring, Social Capital and Desistance: A Study of Women Released from Prison. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 43(1), 31–50. <https://doi.org/10.1375/acri.43.1.31>
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2010). Viewing offender assessment and rehabilitation through the lens of the risk-need-responsivity model. In F. McNeil, P. Raynor, & C. Trotter (Eds.), *Offender supervision: New directions in theory, research and practice* (pp. 19-40). New York, NY: Willan.
- Clancy, A., Hudson, K., Maguire, M., Peake, R., Raynor, P., & Vanstone, M., et al. (2006). *Getting Out and Staying Out: Results of the Prisoner Resettlement Pathfinders*. Bristol, UK: Policy Press
- Cusson, M. & P. Pinsonneault (1986). The Decision to Give Up Crime. In D.B. Cornish & R.V. Clarke (eds.), *The Reasoning Criminal* (pp. 72-82). New York: Springer-Verlag.
- Derkzen D., Gobeil R., & Gileno J. (2009). *Visitation and post-release outcome among federally-sentenced offenders*. Correctional Service of Canada.
- Dowden C., & Andrews D.A. (2004). The importance of staff practice in delivering effective correctional treatment: a meta-analytic review of core correctional practice. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, Apr, 48(2), 203-14. doi: 10.1177/0306624X03257765. PMID: 15070467.

- Farrall, S., & Bowling, B. (1999). Structuration, Human Development And Desistance From Crime. *The British Journal of Criminology*, 39(2), 253-268. <http://www.jstor.org/stable/23637972>
- Farral, S. (2002). *Rethinking what works with offenders*. William Publishing. Cullompton: Devon.
- Giordano, P.C., Cernkovich, S. A., Rudolph, J.L. (2002). Gender, Crime, and Desistance: Toward a Theory of Cognitive Transformation. *American Journal of Sociology*, 107, 4, 990-1064.
- Glueck, S., & Glueck, E. (1937). *Later criminal careers*. Commonwealth Fund.
- Hipp, J.R., Petersilia, J. & Turner, S. (2010). Parolee Recidivism In California: The Effect Of Neighborhood Context And Social Service Agency Characteristics. *Criminology*, 48, 947-979. <https://doi.org/10.1111/J.1745-9125.2010.00209.X>
- La Vigne N.G., Cowan J., & Brazzell D. (2006). *Mapping prisoner reentry: An action research guidebook* <http://www.urban.org/publications/411383.html>
- Leibrich J. (1993). *Straight to the point: angles on giving up crime*. University of Otago Press: Otago.
- Lipsey, M. W. (1995). What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In J. McGuire (Ed.), *What works: Reducing reoffending: Guidelines from research and practice* (pp. 63-78). John Wiley & Sons.
- Maruna, S. (2011). Judicial Rehabilitation and the 'Clean Bill of Health' in Criminal Justice. *European Journal of Probation*, 3, 117- 97.
- McNeill, F. (2012). Four forms of 'offender' rehabilitation: Towards an interdisciplinary perspective. *Legal and Criminological Psychology*, 17(1).
- McNeill, F., Farrall, S., Lightowler, C. & Maruna, S. (2012). *How and why people stop offending: discovering desistance*. Other. Institute for Research and Innovation in Social Services. <https://www.iriss.org.uk/sites/default/files/iriss-insight-15.pdf>
- Petersilia J. (2005). Hard Time: Ex-Offenders Returning Home After Prison. *Corrections Today*, 67, 2 Dated: April, pp. 66-71, 155.
- Proctor, J. L. (1994). Evaluating a modified version of the Federal Prison System's inmate classification model. *Criminal Justice and Behavior*, 21, 256-272.
- Raynor P., Ugwu-dike P. & Vanstone M. (2010). Skills and strategies in probation supervision: The Jersey study. In McNeill F., Raynor P. & Trotter C. (eds.), *Offender Supervision: New Directions in Theory, Research and Practice* (pp. 113-129). Abingdon: Willan,
- Ravagnani, L., & Romano, C.A. (2019). P4HR: I diritti umani entrano nel trattamento penitenziario. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3, 217-223.
- Rec(2006)2 – European Prison Rules - revised
Rec(2010)1 – European probation Rules
- Rex S. (1999). Desistance from offending: Experiences of probation. *Howard Journal of Criminal Justice*, 36(4), 366-383.
- Sampson, R. J. & Laub, J. H. (1993). *Crime in the making: pathways and turning points through life*. Cambridge, Mass. [u.a.] : Harvard Univ. Press.
- Sampson, R. J., & Laub, J. H. (1992). Crime and deviance in the life course. *Annual Review of Sociology*, 18, 63–84. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.000431>
- Seiter, R. P., & Kadela, K. R. (2003). Prisoner Reentry: What Works, What Does Not, and What Is Promising. *Crime & Delinquency*, 49(3), 360–388. <https://doi.org/10.1177/0011128703049003002>
- Shadd Maruna Making Good: How Ex-Convicts Reform and Rebuild their Lives Washington, DC: American Psychological Association, 2001
- Shapland J., Robinson G., & Sorsby A. (2011) *Restorative Justice in Practice: Evaluating What Works for Victims and Offenders*. London: Routledge.
- Shapland, J., & Bottoms, A. (2011). Reflections on social values, offending and desistance among young adult recidivists. *Punishment & Society*, 13(3), 256–282. <https://doi.org/10.1177/1462474511404334>
- Simpson, D. D. & Brown, B. S. (Eds.) (1999). 'Treatment process and outcome studies from DATOS' *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2).
- Trotter, C. (1996). The Impact of Different Supervision Practices in Community Corrections: Cause for Optimism. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 29(1), 1–19. <https://doi.org/10.1177/000486589602900103>
- Suntinger W., & Meissner P. (2017). *Assessing compliance with the Nelson Mandela Rules*. New York: UNODC.
- Van Zyl Smit D. & Snacken S. (2009). *Principles Of European Prison Law And Policy: Penology And Human Rights*. Oxford. Oxford University Press
- Wootton, B. (1959). Social Science and Social Pathology. London: Allen & Unwin. *Social Work (1939-1970)*, 16, 4 (OCTOBER), 122-126 <https://www.jstor.org/stable/43760468>
- Farrall, S. & Calverley, A. (2006). *Understanding desistance from crime*. Crime and Justice Series. Open University Press: London
- Giordano, P.C., Cernkovich, S.A. & Rudolph, J.L. (2002). Gender, crime and desistance: Toward a theory of cognitive transformation'. *American Journal of Sociology*, 107, 990-1064.

Prison community, relationships and resilience. Experiences and reflections from the “Envisioning the Future” programme in the Padua prison

Comunità carceraria, relazioni e resilienza. Esperienze e riflessioni a partire dall’applicazione del programma “Prefigurare il Futuro” nel carcere di Padova*

Alessandro Maculan | Francesca Vianello | Giulia Perasso
Patrizio Paoletti | Tania Di Giuseppe

OPEN ACCESS

Double blind peer review

How to cite this article: A. Maculan et alii (2023). Prison community, relationships and resilience. Experiences and reflections from the “Envisioning the Future” programme in the Padua prison. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XVII, 2, 96-104.
<https://doi.org/10.7347/RIC-022023-p96>

Corresponding Author: Alessandro Maculan
email alessandro.maculan@unipd.it

Copyright: © 2023 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Pensa Multimedia and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. *Rassegna Italiana di Criminologia* is the official journal of Italian Society of Criminology.

© The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors

Received: 18.03.2023

Accepted: 31.05.2023

Published: 30.06.2023

Pensa MultiMedia

ISSN 1121-1717 (print)

ISSN 2240-8053 (on line)

[doi10.7347/RIC-022023-p96](https://doi.org/10.7347/RIC-022023-p96)

Abstract

When reflecting sociologically on the prison community, one usually refers to the community of prisoners. Thinking of this community in a broader way – i.e., involving all those who act in the prison field with different roles and statuses – has the potential to question the widespread representation of prison as a place inhabited by opposed social groups and instead shed light on contextual aspects that affect all social actors, structuring their forms of adaptation and common response models. The opportunity of a neuro-psycho-pedagogical training project called “Envisioning the Future” – conceived by the Patrizio Paoletti Foundation and realised with the University of Padua – addressed to the prison community in the broad sense gave the opportunity to explore this perspective. Starting from this formative experience and from a qualitative research carried out through semi-structured interviews to the prisoners that took part in the course, in this contribution we would like to reflect on the concept of prison community, in particular with regard to: (i) the exploration of relationships within the prison and the possibility for the prisoner to experience the other members of the prison community as a source of support, useful for coping with the challenges inherent to the prison experience; (ii) the possibility for the prison community to benefit in the future and in other prison contexts from formative experiences that follow this perspective.

Keywords: prison, prison community, relationship, resilience, education.

Riassunto

Quando si riflette sociologicamente sulla comunità carceraria ci si riferisce tradizionalmente alla comunità dei detenuti. Pensare a questa comunità in maniera più ampia – ovvero coinvolgendo tutti coloro che attraversano il campo penitenziario con differenti ruoli e status – porta dentro di sé la potenzialità di mettere in discussione la diffusa rappresentazione del carcere come luogo abitato da gruppi sociali profondamente contrapposti gettando luce, invece, sugli aspetti di contesto che ricadono su tutti gli attori sociali, strutturandone forme di adattamento e modelli di risposta comuni. L’occasione di un progetto di formazione neuro-psicopedagogica chiamato “Prefigurare il futuro” – ideato dalla Fondazione Patrizio Paoletti e realizzato con l’Università degli Studi di Padova – rivolto alla comunità carceraria intesa in senso ampio ha dato la possibilità di esplorare questa prospettiva. A partire da quest’esperienza formativa e da una ricerca qualitativa svolta attraverso la somministrazione di interviste semi-strutturate alla popolazione detenuta che ha partecipato al corso, in questo contributo desideriamo riflettere attorno al concetto di comunità carceraria, in particolare modo riguardo: (i) l’esplorazione delle relazioni all’interno del carcere e la possibilità per il detenuto di vivere gli altri membri della comunità carceraria come una fonte di supporto, utile per far fronte alle sfide insite all’esperienza detentiva; (ii) la possibilità per la comunità carceraria di fruire in futuro e in altri contesti penitenziari di percorsi che accolgano questa prospettiva.

Parole chiave: Carcere, Comunità carceraria, Relazioni, Resilienza, Formazione.

Credit author statement

Il presente articolo è frutto di una riflessione comune svolta dagli autori e dalle autrici riguardo il tema trattato. In maniera specifica, il capitolo 1 è da attribuire a Maculan e Perasso; il paragrafo 2.1 a Paoletti e Perasso; il 2.2 a Maculan; il capitolo 3 a Maculan; il paragrafo 4.1 a Maculan e Di Giuseppe; il paragrafo 4.2 a Maculan; il capitolo 5 a Vianello.

Alessandro Maculan, University of Padua | **Francesca Vianello**, University of Padua | **Giulia Perasso**, Fondazione Patrizio Paoletti, Research Institute for Neuroscientifico, Education, and Didactics (RINED) | **Patrizio Paoletti**, Fondazione Patrizio Paoletti | **Tania Di Giuseppe**, Fondazione Patrizio Paoletti, Research Institute for Neuroscience, Education, and Didactics (RINED)

Prison community, relationships and resilience. Experiences and reflections from the “Envisioning the Future” programme in the Padua prison

Introduzione

Il carcere è uno spazio profondamente complesso, attraversato da una pluralità di attori sociali portatori di ruoli, status ed interessi molto diversi (Buffa, 2011). Come è stato evidenziato dai *prison studies* classici (cfr. Clemmer, 1940; Sykes, 1958; Goffman, 1978), ma anche da contributi più recenti (cfr. Kalica e Santorso, 2018; Gariglio, 2017; Sterchele, 2021; Torrente, 2016; Vianello, 2018), le differenti posizioni occupate in particolar modo dalla popolazione detenuta e dallo staff all'interno del campo penitenziario (Maculan, 2023) pongono gli attori sociali in un complesso stato di contrapposizione che può assumere equilibri e contorni molto diversi all'interno del vasto “arcipelago penitenziario” italiano (Sbraccia e Vianello, 2016). Non stupisce, dunque, che Clemmer (1940), nel volume *The Prison Community*, ragionando attorno al concetto di “comunità carceraria”, pensasse alle persone private della libertà come ad una comunità a sé stante. Questa concettualizzazione – al di là del fatto che possa considerarsi ancora attuale data la vasta eterogeneità che caratterizza la popolazione detenuta e i cambiamenti che negli ultimi decenni sono avvenuti a seguito dell'emergere di un sistema premiale (cfr. Sbraccia e Vianello, 2016; Ronco, 2016) – sembra persistere ancora, in particolar modo nel linguaggio comune penitenziario, che spesso ad essa si riferisce come a qualcosa di ovvio e autoevidente. Risulta sicuramente più difficile, invece, ragionare attorno all'idea di una comunità carceraria intesa in senso molto più ampio, che comprende al suo interno tutti coloro che nel campo penitenziario si muovono, seppur con status e ruoli differenti. Questa ipotesi, che per certi versi potrebbe apparire azzardata, può risultare, invece, particolarmente proficua nel momento in cui si prenda seriamente in considerazione il fatto che “la fragilità dell'ambiente [penitenziario], la scarsità delle risorse e il sentimento di precarietà e insicurezza non ricadono solo sulla comunità detenuta, ma su tutti gli attori che vivono il penitenziario, strutturandone forme di adatta-

mento e modelli di risposta comuni” (Vianello, 2018: 74; vedi anche Buffa, 2011).

È stato proprio a partire da questa prospettiva che nella primavera 2021, presso la Casa di reclusione di Padova, è stato avviato il progetto “Prefigurare il Futuro” (PF) – ideato dalla Fondazione Patrizio Paoletti (FPP) e realizzato con l'Università degli Studi di Padova – il cui fine era quello di promuovere la resilienza sia individuale che di comunità, ovvero dar forza a quel “processo il cui fine è quello di riconoscere e utilizzare le risorse necessarie per sostenere il benessere” (Southwick *et al.*, 2014: 4; Binik *et al.*, 2021). PF presenta un percorso tematico focalizzato sul benessere e la resilienza combinando nozioni neuropsicopedagogiche con esercizi pratici di consapevolezza (body scan, tecniche di rilassamento, meditazione, pratica del silenzio, e prefigurazione del futuro). Precedenti applicazioni del programma PF hanno portato esiti positivi, in termine di benessere bio-psicosociale, alle comunità vittime del terremoto di Marche e Umbria del 2016-2017 (Di Giuseppe *et al.*, 2023) e agli educatori del circuito penale minorile (Paoletti *et al.*, 2022; Maculan *et al.*, 2022). Secondo Ungar e Jeffries (2021), la resilienza va intesa – seguendo un approccio multisistemico – come la capacità dei sistemi bio-psicosociali e socio-ecologici di supportare condizioni interne ed esterne per il benessere, migliorando la qualità della vita delle popolazioni, in particolare quando colpite da svantaggio o condizioni che minacciano lo sviluppo personale (Smeeth *et al.*, 2021; Ungar, 2021). Così intesa, la resilienza è il processo mediante il quale gli individui navigano verso le risorse di cui hanno bisogno per raggiungere una condizione di benessere, nonché la loro capacità di negoziare risorse da fornire in modi contestualmente e culturalmente significativi. Questi processi di navigazione e negoziazione spiegano perché qualità individuali come determinazione, ottimismo e autoregolazione possono produrre risultati positivi solo se le ecologie sociali e fisiche offrono opportunità alle persone di sviluppare e applicare i propri punti di forza (Ungar, 2011). Il mondo penitenziario rappresenta un contesto sociale nel quale risulta cruciale promuovere simili processi così come, al contempo, appare necessario esplorare quali siano le condizioni individuali, relazionali e ambientali che possono sostenere la loro realizzazione.

L'intenzione alla base di PF è stata quella di costruire un corso di formazione che non si rivolgesse alternativamente ai detenuti oppure allo staff, ma che immaginasse come beneficiari tutti coloro che all'interno di quel contesto vivono e lavorano: tutti coloro, cioè, che, seppur in maniera differente, sottostanno a specifici condizionamenti strutturali e alle logiche di funzionamento formali e informali tipiche del mondo carcerario (cfr. Buffa, 2011;

* Si desidera ringraziare la fondazione Mediolanum onlus (co-finanziatrice del progetto); il direttore della Casa di reclusione di Padova, dott. Claudio Mazzeo, e tutti gli operatori ed operatrici dell'istituto di pena il cui lavoro ha contribuito in maniera importante alla realizzazione di PF, in particolare: Anna Maria Morandin, Lorena Orazi, Maria Grazia Grassi, Edoardo De Santis, Amedeo Salentini, Alessandro Pinto; il coordinatore del progetto della FPP, Luca Cerrao. Desideriamo inoltre ringraziare le persone reclusi, i volontari, gli assistenti sociali e gli studenti dell'Università degli Studi di Padova che hanno deciso di partecipare al progetto.

Liebling e Maruna, 2006). L'idea di un percorso formativo che miri ad individuare la comunità carceraria nel complesso come potenziale beneficiaria di intervento rappresenta una prospettiva di azione innovativa, poiché pone sullo stesso piano i partecipanti, considerando la capacità di gestione delle avversità e dello stress una qualità che dovrebbe essere promossa e potenziata in tutta la comunità. Nel contesto italiano, PF è tra le poche esperienze psicopedagogiche sottese al miglioramento del benessere dei detenuti ed è l'unica a presentare un focus neuro-psicopedagogico specifico sulla resilienza. Il corso ha portato pratiche di meditazione in carcere, seguendo un ampio filone della letteratura che sostiene i benefici di questo tipo di intervento sul benessere bio-psicosociale e sulla regolazione emotiva (Samuelson *et al.*, 2007; Sumter *et al.*, 2009).

A partire da quest'esperienza formativa e da una ricerca qualitativa svolta attraverso la somministrazione di interviste semi-strutturate alla popolazione detenuta che ha partecipato al corso, in questo contributo desideriamo riflettere attorno alla comunità carceraria in senso ampio, in particolar modo riguardo: (i) l'esplorazione delle relazioni all'interno del carcere e la possibilità per il detenuto di vivere gli altri membri della comunità carceraria come una fonte di supporto, utile per far fronte alle sfide insite all'esperienza detentiva; (ii) la possibilità per la comunità carceraria di fruire in futuro e in altri contesti penitenziari di percorsi che accolgano questa prospettiva.

Prefigurare il futuro in carcere

Descrizione del progetto

PF è un programma di incremento della consapevolezza e della resilienza individuale e collettiva ideato dall'equipe di neuroscienziati, psicologi, pedagogisti e formatori della FPP, i cui *outcome* quantitativi sono stati oggetto di precedenti pubblicazioni e convegni scientifici (Di Giuseppe *et al.*, 2022a; Di Giuseppe *et al.*, 2022b). PF si è strutturato in 9 incontri, condotti da formatori esperti nel metodo della Pedagogia del Terzo Millennio (PTM) (Paoletti, 2008), realizzati con cadenza settimanale e riadattati per la realtà penitenziaria con sessioni della durata media di 80 minuti ciascuno. I 9 incontri approfondiscono il programma *Le 10 chiavi della resilienza* (Paoletti *et al.*, 2022b) un sunto su alcuni importanti studi interdisciplinari in materia di resilienza, benessere e relativi correlati neurali (Korb, 2015; Tabibnia & Radecki, 2018; Paoletti, 2018; Tabibnia, 2020) che approfondiscono come risollevarsi da incertezza e stress, allenandosi nel quotidiano attraverso esercitazioni specifiche. Nell'ambito del programma, ci si è riferiti alla resilienza come alla capacità di fortificare le proprie capacità e ottimizzare le proprie risorse, che può essere individuata a livello della persona, di un gruppo e di una comunità (Grotberg, 1995). In una simile prospettiva la resilienza può diventare una risorsa efficace per affrontare le emergenze, specialmente quando si nutre della capacità di essere focalizzati sull'altro e i suoi bisogni tra-

mite empatia, compassione e tolleranza (Jordan, 2004; Slavich *et al.*, 2021). Al contrario, la resilienza esclusivamente "autocentrata" può rafforzare l'esperienza di separazione e alienazione sociale, ostacolando lo sviluppo di un senso di responsabilità verso l'altro (Mahdiani, & Ungar, 2021; Paoletti *et al.*, 2022c).

Il programma *Le 10 chiavi della resilienza*¹, organizzato secondo il Modello Sferico della Coscienza (Paoletti, Ben Soussan, 2019) e i principi della PTM (Paoletti, 2008), accompagna il partecipante ad approfondire il principio dell'auto-osservazione inteso come capacità di intercettare le risposte automatiche e reattive con un'attitudine non giudicante e attivare una riflessione attiva su possibili altre risposte alla sollecitazione, intenzionali e proattive. Il primo blocco richiama l'idea pedagogica dell'osservazione e dell'auto-osservazione, alla base delle chiavi/sessioni (1-2-3) (Paoletti, Selvaggio, 2011a). Questo blocco includeva l'allenamento alla scelta e il potenziamento della volontà attraverso esercizi di body-scan, rilassamento, visualizzazioni guidate, pratica dell'ascolto del proprio respiro e la pratica della focalizzazione dell'attenzione su obiettivi a breve, medio e lungo termine. Il secondo blocco (chiavi/sessioni 4-5-6) fa riferimento all'idea pedagogica di "mediazione" e lavora sul riconoscimento e gestione delle emozioni sia positive che negative per permettere un percorso di auto-motivazione e ricerca del significato e dei propri obiettivi, attraverso lo studio di esempi di resilienza e una riflessione sui propri valori (Paoletti e Selvaggio, 2011b). Il terzo blocco (chiavi/sessioni 7-8), connesso al principio pedagogico della "traslazione" (Paoletti e Selvaggio, 2012), sottolinea l'importanza dell'autodeterminazione e del valore della connessione con l'altro e con la comunità di appartenenza, valorizzando ogni esperienza come occasione di apprendimento e crescita (*ivi*). Il quarto blocco (chiavi/sessioni 9-10) si riferisce all'idea pedagogica della "normalizzazione" e guida il soggetto a risignificare l'esperienza attraverso una narrazione proattiva del proprio quotidiano e della propria storia utilizzando tecniche psico-corporee che migliorano la qualità del sonno e del benessere attraverso la pratica del silenzio e della prefigurazione (Paoletti e Selvaggio, 2013).

Implementazione del progetto

PF si è svolto presso la Casa di reclusione di Padova, con alcune limitazioni dettate dalle misure di sicurezza necessarie per far fronte al rischio pandemico che hanno portato a presentare parte dell'intervento formativo da remoto. Sono stati individuati due gruppi di partecipanti.

- 1 Le 10 chiavi della resilienza: (1) Riparti da ciò che puoi controllare e prendi piccole decisioni; (2) Individua un obiettivo raggiungibile, entusiasmante, misurabile; (3) Più volte al giorno prendi consapevolezza della tua postura; (4) Lasciati ispirare da storie; (5) Chiediti cosa è davvero importante; (6) Coltiva la gratitudine; (7) Vivi l'altro come una risorsa, coltiva e espandi la tua rete sociale; (8) Coltiva la curiosità; (9) Pratica qualche minuto di silenzio; (10) Accogli e trasforma: prima di andare a dormire genera oggi il tuo domani.

Un primo gruppo (G1), composto dalla popolazione reclusa² e dallo staff penitenziario, ha seguito gli incontri congiuntamente presso l'auditorium dell'istituto di pena dove venivano proiettate le video-lezioni e svolti gli incontri con i formatori della FPP che erano presenti da remoto. Un secondo gruppo (G2), composto da altro staff penitenziario, volontari penitenziari e altre persone interessate al programma³, seguiva il corso totalmente da casa, condividendo con il G1 gli incontri con i formatori della FPP. In totale hanno partecipato, seppur con frequenza diversa, 81 persone: 51 nel G1, 30 nel G2. Per quanto riguarda la composizione: il G1 era composto per il 77% da persone reclusi e per il restante 23% da educatori penitenziari, operatori di polizia penitenziaria e psicologi; il G2 principalmente da altre persone interessate al programma PF (86%), i volontari penitenziari rappresentavano l'8% e staff penitenziario il 6%.

La limitata adesione degli operatori penitenziari, soprattutto in rapporto alla popolazione detenuta, ci spinge ad avanzare alcune riflessioni. Innanzitutto, è necessario sottolineare che le mansioni che lo staff penitenziario è chiamato a svolgere, unito al cronico sottodimensionamento del personale (Maculan, 2019), rende sicuramente difficoltosa la partecipazione a iniziative formative durante il proprio turno lavorativo. Questa evidenza strutturale deve tuttavia integrarsi con una certa poca abitudine da parte dello staff penitenziario ad accogliere percorsi formativi volti al benessere individuale e di comunità nei luoghi di lavoro⁴. Spesso, e soprattutto fra la polizia penitenziaria, questi temi vengono affrontati seguendo un approccio verticistico attraverso la formazione di coloro che si trovano nei ruoli apicali della gerarchia, oppure individuando modalità prettamente individuali per far fronte a fattori di stress o comunque senza mai inserire l'operato di questi professionisti all'interno di un sistema complesso di relazioni tra gruppi sociali molto differenti fra loro che devono inevitabilmente confrontarsi. Quest'ultima possibilità probabilmente trova delle resistenze alla realizzazione anche a causa dell'*habitus* professionale dello staff in divisa, che tende a rifiutare ogni manifestazione pubblica di debolezza o richiesta di aiuto esterno (Maculan, 2022), considerate contrarie alla rappresentazione stereotipica del poliziotto penitenziario forte e con il completo controllo della situazione (Vianello, 2018).

- 2 L'invito a partecipare a PF è stato rivolto a tutti i detenuti in possesso delle competenze linguistiche minime necessarie per poter frequentare il corso. Del reclutamento dei partecipanti si è occupato il personale dell'area trattamentale dell'istituto.
- 3 Tra questi hanno seguito il corso PF persone che, pur non operando nel contesto penitenziario, erano interessate a partecipare: studenti universitari, insegnanti e assistenti sociali, nell'ottica della valorizzazione della presenza della comunità civica alle attività trattamentali penitenziarie (cfr. Pietralunga *et al.*, 2007).
- 4 I nostri referenti istituzionali ci avevano più volte avvisato che probabilmente questo tipo di percorso formativo avrebbe potuto trovare, soprattutto fra il personale in divisa, un'accoglienza tiepida.

Infine, va sottolineato che nel contesto penitenziario le persone reclusi sono solitamente immaginate come le (ovvie) beneficiarie degli interventi rieducativi – che siano essi di tipo lavorativo, formativo, scolastico, culturale, religioso, sportivo etc... (cfr. Pizzera e Romano, 2011; Romano *et al.*, 2020) – che vengono loro proposti, organizzati e realizzati dal personale penitenziario con il contributo di figure esterne⁵ (cfr. Pietralunga *et al.*, 2007). Non vi è quindi abitudine, da parte degli operatori, a pensarsi destinatari di percorsi condivisi di sensibilizzazione e formazione quali quello offerto dal percorso in oggetto.

Metodologia della ricerca

Una volta concluso il percorso PF, una ricerca condotta attraverso la somministrazione di interviste semi-strutturate ha inteso indagarne gli effetti su coloro che hanno preso parte al programma⁶. Di concerto con i nostri interlocutori istituzionali si è deciso di coinvolgere in questo studio solamente la popolazione reclusa perché, come abbiamo visto, la presenza contenuta del personale penitenziario al corso PF avrebbe esposto i singoli operatori al rischio di essere riconoscibili. L'invito a prendere parte a questa indagine è stato rivolto a tutte le persone detenute. Tra queste, su un totale di 36 persone, 26 hanno deciso di partecipare: 18 persone di nazionalità italiana⁷ (69%), 8 stranieri⁸ (31%). L'età dei partecipanti era variabile: da un minimo di 25 anni a un massimo di 64 anni.

Tutte le interviste sono state condotte nelle aule a disposizione per i colloqui presenti nelle sezioni detentive dell'istituto. Prima di cominciare, a ciascun partecipante è stato consegnato il modulo del consenso informato con la descrizione dei fini della ricerca e l'illustrazione delle ragioni dell'audio-registrazione dell'intervista. Il modulo inoltre offriva le necessarie garanzie di riservatezza e di anonimato, sottolineava che la partecipazione era libera, spiegava che un rifiuto non avrebbe comportato alcuna conseguenza negativa. Le interviste hanno avuto una durata variabile: da un minimo di 30 minuti ad un massimo di quasi 3 ore.

La traccia d'intervista è stata definita individuando alcune domande stimolo che avevano il fine di incoraggiare

- 5 Va ricordato, come sottolineato nel rapporto annuale sulle condizioni di detenzione dell'Associazione Antigone (2022), che la diffusione delle attività trattamentali negli istituti di pena italiani è molto disomogenea. Da un lato vi sono carceri dove l'offerta lavorativa, scolastica, sportiva etc... è molto ampia; dall'altro, in molti istituti, essa è decisamente contenuta se non addirittura quasi del tutto assente.
- 6 Lo studio ha ricevuto il parere positivo del comitato etico del dipartimento FISPPA dell'Università degli Studi di Padova in data 15/06/2021 (cod. fascicolo 2020-III/13.41.4).
- 7 12 provenivano da regioni del Nord Italia e 6 da regioni del Sud Italia e dalle isole.
- 8 4 erano di origine nordafricana, 2 centrafricana, 1 mediorientale, 1 latino-americana.

i partecipanti a raccontare la propria esperienza detentiva, lasciando loro libertà nella costruzione della propria narrazione ed accompagnandoli nell'esplorare i temi che erano stati individuati come rilevanti ai fini dello studio poiché connessi alle 10 chiavi della resilienza: il racconto della propria esperienza detentiva; le relazioni interpersonali in carcere; le problematiche e le difficoltà quotidiane; l'esperienza di partecipazione a PF.

Risultati della ricerca

Le relazioni con gli altri detenuti

Un primo aspetto emerso dalle interviste riguarda la complessità delle relazioni all'interno della comunità dei detenuti:

Ma tu lo sai il livello di ruggine che c'è qui? Tu prendi cinquanta persone, le metti coattivamente in 100 metri. [...] Ognuno ha la propria sub-cultura, la propria vita, esperienze. Qui è tanto se non ci scanniamo. E ogni tanto succede. Supremazia del territorio, arroganza, stupidità. La solidarietà capita, è vero, ma è una merce molto rara. Detto questo non sto dicendo che quello sia un girone infermale, è un estratto di vita umana. Con le proprie miserie e virtù. [...] Però è proprio questo miscelare che ti impedisce di vivere l'altro come una risorsa. Lo vivi sempre come un possibile pericolo.
(Intervista, *Lucio*⁹)

L'estratto parla delle difficoltà legate alla convivenza fra persone reclusi. Esse sono connesse all'eterogeneità insita in questo gruppo sociale (diverse origini, abitudini, fedi, età, esperienze pregresse, universi valoriali etc...), esacerbata dalla forzata promiscuità all'interno di spazi ristretti, caratterizzati da deprivazioni che alimentano sofferenze e conflitti (Sykes, 1958; Crewe, 2011), così come dalla forte competizione che si genera nel tentativo di garantirsi alcune delle (scarse) risorse che l'istituzione mette a disposizione (cfr. Ronco, 2016). I racconti dei partecipanti ci parlano di un contesto sociale che può alimentare profonda diffidenza (cfr. Faccio e Costa, 2013) fra le persone reclusi:

Tanti di noi sono ostinati, hanno paura di relazionarsi con gli altri perché dicono "io sono giudicato da quello".
(Intervista, *Mario*)

Ci sono tante persone in carcere che hanno bisogno ma nel momento che cerchi di aiutare una persona si sentono umiliati. Tante persone non lo accettano perché forse vedono la giovane età e non lo accetta. In pochi lo accettano, qualcuno si sente umiliato.
(Intervista, *Mohammed*)

Il timore di essere giudicati deboli spinge spesso diversi detenuti a celare le proprie fragilità per evitare che queste vengano utilizzate e sfruttate dagli altri per trarre una qualche forma di guadagno (cfr. Sykes, 1958). Il secondo estratto, in particolare, racconta del senso di umiliazione che si può provare nel dimostrarsi bisognosi d'aiuto. Come se l'espressione di questa necessità contribuisse a far crollare la diffusa rappresentazione di uomini coraggiosi e resistenti (Crewe *et al.*, 2014) tipica di una cultura penitenziaria che vede spesso nell'ostentazione della forza, dell'autonomia e dell'autocontrollo un modo per far fronte alla severità e alla durezza del contesto carcerario (Clemmer, 1940; Sykes, 1958; Vianello, 2018). L'esperienza detentiva può, dunque, limitare la possibilità che le persone reclusi vedano negli altri ristretti degli individui ai quali potersi affidare, specialmente nei momenti di difficoltà. Ciò contribuisce ad amplificare lo stato di vulnerabilità personale che i detenuti soffrono, uno stato che potrebbe, invece, trovare delle forme di sollievo nella valorizzazione di relazioni di reciprocità e sostegno (Jordan, 2004).

Il tema delle relazioni interpersonali in carcere – affrontato dal corso PF con particolare riferimento alla possibilità di essere gli uni delle risorse per gli altri – è andato, dunque, al cuore di una delle questioni più salienti per la comunità carceraria. L'intervento, infatti, ha considerato il gruppo come un catalizzatore di cambiamento positivo (Imel, 1999; Guarino e Serantoni, 2008), evidenziando come nelle condivisioni e nelle pratiche sia possibile ricevere dall'altro supporto ed essere fonte di supporto, in una forma di coinvolgimento e sostegno reciproco (Jordan, 2004). Si prenda in considerazione il prossimo estratto:

Da soli non si vince, bisogna essere una squadra per vincere. Oggi me ne rendo conto. Fuori non cercavo nessuno, lottavo da solo. Oggi cerco aiuto, persone amiche, cerco di parlare quando ho un problema. Bisogna avere la mano dell'altro e assieme ci si alza in tante cose, è quella la forza di ognuno. [...] Abbiamo bisogno l'uno dell'altro, da soli non si va da nessuna parte.
(Intervista, *Mario*)

L'invito alla partecipazione e l'adesione al progetto PF che aveva come focus la costruzione di interazioni sociali positive tra tutti i membri della comunità, ha dato spazio a momenti di riflessione e confronto sulle proprie esperienze detentive ed è stato vissuto da molti detenuti come un'opportunità preziosa per corroborare il senso di comunità e cominciare a mettere in discussione la diffusa diffidenza reciproca. Ha permesso una maggiore conoscenza e socializzazione fra detenuti che spesso faticano ad incontrarsi poiché ospitati in sezioni detentive differenti e quindi con limitate possibilità di vedersi, aprendo spazi di condivisione e ascolto di esperienze simili:

Questo corso mi ha dato tanto per la vita quotidiana. Ho imparato anche a conoscere un po' di gente. Sono riuscito anche a socializzare, per parlare, sfogarsi. Loro hanno parlato anche loro del problema. Abbiamo avuto modo di confrontarci un po' [...]. Quando uno dei ra-

9 I nomi degli intervistati sono fittizi.

gazzi che parlava io lo ascoltavo sempre. Mi dava coraggio per affrontare mio problema, per combattere, per andare avanti.
(Intervista, *Kevin*)

L'esperienza dell'incarcerazione può impattare a lungo termine sul concetto del sé degli individui e indurre vissuti di auto-stigmatizzazione, vergogna e imbarazzo anche una volta reinseriti nel tessuto sociale (cfr. Liebling e Maruna, 2006; Chui & Cheng, 2013). A fronte delle possibili esperienze di rifiuto e discriminazione che i detenuti possono incontrare (Le Bel, 2012), PF ha cercato di coinvolgere la comunità carceraria anche al fine di contrastare pregiudizi e stigmatizzazioni nei confronti delle persone recluse.

Quando sono venuto là (PF) mi sono sentito bene perché non si parlava di niente di personale ma di noi come delle persone.
(Intervista, *Célio*)

Al netto, quindi, dei fattori che sembrano da un certo punto di vista precludere la possibilità che all'interno del contesto penitenziario l'"altro" possa essere vissuto come una risorsa, quello che sembra emergere in modo trasversale fra gli intervistati è comunque la necessità di creare e mantenere dei legami, quantomeno con alcuni detenuti. Ciò può realizzarsi soprattutto fra coloro che condividono spazi e tempi all'interno delle stesse sezioni detentive. Fra persone che si sentono maggiormente compatibili e simili, generando forme di empatia e di supporto reciproco.

Ci prendiamo un caffè in compagnia, due chiacchiere, cerchiamo di passarla il meglio possibile diciamo tra le persone con cui andiamo d'accordo, qui dentro non possiamo piacerci tutti.
(Intervista, *Jacopo*)

Questo tipo di relazioni possono rivelarsi una risorsa molto importante nel contesto penitenziario per gestire la complessità, la pesantezza e le sofferenze che esso può creare. In carcere, il poter fare affidamento ad una rete sociale aiuta a far fronte a quel forte senso di incertezza e abbandono tipico dell'esperienza detentiva (Crewe, 2011) che è stato espresso dagli intervistati. Allo stesso tempo, però, questa necessità deve fare i conti con la strutturale precarietà di questi legami: continuamente esposti a repentine rotture a causa dei possibili trasferimenti dei detenuti presso altre sezioni o istituti, oppure a seguito di una scarcerazione (Lafferty *et al.*, 2016; Kalica e Santorso, 2018).

Le relazioni con lo staff

Per quanto riguarda le relazioni fra detenuti e staff penitenziario la questione assume contorni differenti. Innanzitutto, con riferimento agli educatori, i racconti degli intervistati ci parlano primariamente di come questi ultimi rappresentino una risorsa per poter ottenere dei benefici penitenziari:

...con gli educatori... mi hanno sempre chiamato ogni tanto, sì, so che hanno tanto lavoro; quindi, non è che ti chiamano spesso, però quando serve mi hanno chiamato, adesso so che mi chiudono la sintesi prossimamente e sembra che sia tutto a posto. Sotto quell'aspetto lì mi trovo bene...
(Intervista, *Tiziano*)

La declinazione utilitaristica dell'educatore ha chiaramente origine nell'ordinamento penitenziario e nel modo attraverso il quale è stata immaginata la valutazione del percorso trattamentale dei detenuti basata sull'osservazione scientifica della personalità (art. 13, lg. n. 354/1975) che dovrebbe costituire la base per il trattamento individualizzato del detenuto. La scarsa presenza, tuttavia, negli istituti di pena di queste figure professionali – che in alcune carceri raggiunge picchi particolarmente drammatici (Maculan, 2019) – limita enormemente la possibilità che questi ultimi possano assumere davvero i contorni di una risorsa per i detenuti (cfr. Torrente, 2014) in grado di supportarli in un percorso di reinserimento che renda quindi l'esperienza detentiva meno gravosa. Come è stato sottolineato da molti intervistati, la possibilità di incontrare con frequenza i propri educatori (così come gli altri professionisti del trattamento: psicologi, psicoterapeuti etc...) è vissuta come un'opportunità preziosa capace di trasformare, potenzialmente, il tempo della detenzione da qualcosa di vuoto dove a prevalere è la percezione passivizzante e regressiva della propria impotenza (Mosconi, 1996) ad un qualcosa che può essere riempito non solo di attività e pratiche, ma anche di nuovi significati.

Per quanto riguarda il mio educatore ho un buon rapporto. Lo stimo, è una persona che ritengo onesta e preparata. L'ho visto 4-5 volte da quando sono qui, quindi lo vivo come una risorsa.
(Intervista, *Giulio*)

Con riferimento al personale di polizia penitenziaria la relazione di supporto è sicuramente più complessa come sottolineato nel prossimo estratto:

(L'agente) è una risorsa perché ti configuri con lui, se tu vuoi parlare con qualcuno il primo è l'agente, quindi, irrimediabilmente è una risorsa. Risorsa umana non lo so... vivere come una risorsa quello che mi chiude, non è molto semplice. Però l'amministrazione, gli agenti, sono sicuramente una risorsa concreta. Anche perché loro hanno in mano le chiavi di questo mondo. Non ce le ho io, neppure tu ma loro [...] Quindi vivere come risorsa un operatore di polizia penitenziaria non lo ritengo possibile. Non è un gesto d'arroganza, ci sono cose inopportune da non dover fare. Io non accetterei mai un caffè da una guardia e mai glielo offrirei, pur rispettando. Non si fa.
(Intervista, *Lucio*)

L'estratto mette chiaramente in evidenza un primo aspetto: per qualsiasi necessità, in prima battuta, i detenuti possono interfacciarsi sempre e solamente con queste fi-

gure professionali le quali, eventualmente e solo in un secondo momento, si rivolgeranno ad altri professionisti penitenziari per assecondare le richieste ricevute (cfr. Maculan e Santorso, 2018). Similmente a quanto accade con gli educatori, anche con il personale in divisa esiste, dunque, un rapporto di “dipendenza strutturale” che innanzitutto costruisce il poliziotto penitenziario come una risorsa, il primo operatore – e a volte l’unico – a cui potersi rivolgere in vista di un qualsiasi tipo di necessità: da quella più banale a quella maggiormente urgente. Un diverso aspetto importante che riguarda la relazione con il personale di polizia penitenziaria concerne il ruolo che queste figure occupano all’interno del campo penitenziario: quello della gestione dell’ordine e della sicurezza degli istituti di pena (lg. 395/1990), rispetto alle quali la popolazione detenuta è interpretata come la principale minaccia. Ciò configura la popolazione ristretta e il personale addetto alla sicurezza come attori fortemente contrapposti (Clemmer, 1940; Sykes, 1958; Goffman, 1978; Vianello, 2018), in virtù sia delle reciproche rappresentazioni spesso stigmatizzanti (cfr. Russo *et al.*, 2008; Maculan, 2022), sia delle forti asimmetrie di potere esistenti (Gariglio, 2017; Torrente, 2016), chiaramente espresse nella frase “*hanno in mano le chiavi di questo mondo*”. La sua scelta di escludere la possibilità di vivere un momento di convivialità assieme (prendere un caffè) è esemplificativa di un modo di sentire diffuso fra la popolazione reclusa che dipinge questi due mondi come difficilmente conciliabili poiché, anche laddove si presentino momenti di cordialità (magari anche accettando un caffè offerto da un agente) questi si inseriscono sempre all’interno di un *frame* dell’alterità, intesa non nei termini di “altro come risorsa” ma “altro da sé”.

Risulta, però, interessante sottolineare che dati quantitativi inerenti ad uno studio sul medesimo progetto formativo (cfr. Perasso, 2021) abbiano confermato un cambiamento nella visione delle fonti di supporto sociale per i detenuti: se prima del percorso PF lo staff penitenziario non veniva in alcun modo menzionato come possibile fonte di sostegno, dopo il percorso è stato invece indicato da alcuni partecipanti come un punto di riferimento utile per far fronte a cambiamenti e difficoltà. Questo ci fa ipotizzare che esperienze formative del genere possano contribuire ad avviare quel complesso processo di messa in discussione delle rappresentazioni rigide ed oppostive tipiche del contesto penitenziario. Un processo, tuttavia, che andrebbe sostenuto e rafforzato da un più ampio percorso di cambiamento complessivo che passa anche per una diversa organizzazione del mondo carcerario e della cultura professionale della stessa polizia penitenziaria.

Conclusioni

Far fronte alle sfide della quotidianità detentiva richiede l’individuazione, il potenziamento e la promozione di risorse personali e sociali. In particolare, la valorizzazione

dell’interconnessione tra le persone nei gruppi e nelle comunità – a cui richiamava la chiave di PF “*Considera l’altro come una risorsa ed espandi la tua rete sociale*” – presuppone la promozione di un nuovo punto di vista sulle relazioni. Un punto di vista in grado di considerare aspetti che riguardano la condivisione di strumenti utili per fronteggiare le difficoltà, l’utilizzo dell’esperienza e della diversità dell’altro per promuovere interazioni reciproche positive, ma anche valori umani come il rispetto, la condivisione e l’empatia. Una formazione come quella di PF, sulle strategie di superamento delle avversità che consideri tutti gli attori della comunità può contribuire a mettere in discussione le tipiche dinamiche penitenziarie basate sulla stigmatizzazione e la rigidità dei ruoli, per creare nuovi percorsi a partire dalle risorse che l’ambiente mette a disposizione agli individui (Paoletti, 2018). Si tratta sicuramente di una sfida complessa, alla quale la comunità carceraria spesso non è abituata. Una sfida che va affrontata con piena consapevolezza della difficoltà cui si va incontro quando si interviene in una struttura fortemente rigida e asimmetrica, in cui forme di pregiudizio e sospetto sostengono spesso dinamiche relazionali fortemente problematiche. Ciononostante, percorsi formativi simili possono aprire nuove prospettive basate su processi di negoziazione reciproca tra individuo e contesto, con l’intento di valorizzare le risorse, nell’ottica di superare di volta in volta complessità e incertezze.

La ricerca qualitativa presentata in questo articolo ci ha parlato di come questo primo tentativo di immaginare la comunità carceraria come beneficiaria di interventi formativi volti ad implementare la resilienza individuale e di comunità abbia cominciato a porre in questione diverse rigidità tipiche delle relazioni penitenziarie. Come abbiamo potuto osservare, in un contesto complesso come quello penitenziario è possibile ripensare e problematizzare diverse dinamiche relazionali, anche laddove esse si rivelano maggiormente problematiche (soprattutto quelle che coinvolgono detenuti e staff).

Consideriamo utile, quindi, promuovere in futuro e in altri contesti penitenziari percorsi che accolgano questa prospettiva tenendo ben presente che nel vasto “arcipelago penitenziario” italiano (Sbraccia e Vianello, 2016) ciascun contesto carcerario possiede caratteristiche proprie. Questo ci porta a sottolineare anche i limiti di questo studio. In primis essi sono connessi alle peculiarità della Casa di reclusione di Padova – un istituto considerato a vocazione trattamentale visti i numerosi operatori esterni che vi facevano accesso e le diverse attività che venivano realizzate – che la differenziavano dalla maggior parte delle carceri italiane, tendenzialmente più “chiuse”¹⁰. Per questo motivo i risultati di questo lavoro solamente in parte possono essere generalizzati ad altri istituti. In secondo luogo, le

10 Per un approfondimento sulle categorie informali relative alle carceri “a vocazione trattamentale” o “aperti” e quelli “punitivi” e “chiusi”, si veda Torrente (2018).

persone che sono state intervistate risentono della selezione effettuata in fase di reclutamento dei partecipanti al corso PF e quindi non comprendono le persone recluse che non parlavano la lingua italiana. In generale possiamo dire che i partecipanti al corso PF (e di conseguenza coloro che hanno deciso di partecipare alla ricerca) rappresentavano un sottogruppo delle persone recluse particolarmente interessate a prendere parte ad iniziative simili.

In conclusione, ulteriori percorsi di ricerca su questo tema potrebbero dare particolare attenzione al versante degli operatori, esplorando chi, queste figure professionali, percepiscono come una risorsa utile per fronteggiare un contesto lavorativo complesso e problematico quale quello carcerario (cfr. Buffa, 2011; Maculan et al., 2016). Verificando, inoltre, se e in che maniera l' "altro come risorsa" possa essere individuato anche al di fuori del proprio gruppo professionale, senza escludere la possibilità che questo ruolo possa essere ricoperto anche dalla popolazione reclusa.

Riferimenti bibliografici

- Associazione Antigone (2022). *Il carcere visto da dentro. XVIII rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione*. (<https://www.rapportoantigone.it/diciottesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/>).
- Binik O., Caprioglio M., Frigerio V., Impagliazzo L., Donadini A., & Catanoso G. (2021). Covid-19 Emergency: reorienting prevention programs through research data. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 15(4), 329-343.
- Buffa, P. (2011). La profezia penitenziaria: se il carcere diventa un laboratorio sociale. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3(3), 49-64.
- Chui, W. H., & Cheng, K. K. Y. (2013). Effects of volunteering experiences and motivations on attitudes toward prisoners: Evidence from Hong Kong. *Asian Journal of Criminology*, 8(2), 103-114.
- Clemmer, D. (1940). *The Prison Community*. Boston: The Christopher Publishing House.
- Crewe, B. (2011). Depth, weight, tightness: Revisiting the pains of imprisonment. *Punishment & Society*, 13(5), 509-529.
- Crewe, B., Warr, J., Bennett, P., & Smith, A. (2014). The emotional geography of prison life. *Theoretical Criminology*, 18(1), 56-74.
- Di Giuseppe, T., Perasso, G., Mazzeo, C., Maculan, A., Vianello, F., & Paoletti, P. (2022a). Envisioning the Future: A neuropsychopedagogical intervention on resilience predictors among inmates during the pandemic. *Ricerche Di Psicologia - Open Access*.
- Di Giuseppe, T., Perasso, G., Maculan, A., Vianello, F., & Paoletti, P. (2022b). Envisioning the Future: ten keys to enhance resilience predictors among inmates. In *The Paris Conference on Education 2022: Official Conference Proceedings* (Vol. 10, pp. 2758-0962).
- Di Giuseppe, T., Serantoni, G., Paoletti, P., & Perasso, G. (2023). Un sondaggio a quattro anni da Prefigurare il Futuro, un intervento neuropsicopedagogico postsisma. *Orientamenti Pedagogici*. (In press).
- Faccio, E., & Costa, N. (2013). The presentation of self in everyday prison life: Reading interactions in prison from a dramaturgic point of view. *Global Crime*, 14(4), 386-403.
- Gariglio, L. (2017). *Doing Coercion in Male Custodial Settings: An Ethnography of Italian Prison Officers Using Force*. Routledge.
- Goffman, E. (1978). *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Torino: Einaudi.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit* (Vol. 8). The Hague, Netherlands: Bernard van Leer foundation.
- Guarino, A., & Serantoni, G. (2008). Modelli di educazione alla salute. *Rapporti ISTISAN*, 8(1), 29-42.
- Kalica, E. e Santorso S. (2018). *Farsi la galera. Spazi e culture del penitenziario*. Verona: Ombrecorte.
- Korb, A. (2015). *The upward spiral: Using neuroscience to reverse the course of depression, one small change at a time*. New Harbinger Publications.
- Imel, S. (1999). Using groups in adult learning: Theory and practice. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 19(1), 54-61.
- Jordan, J.V. (2004). Relational resilience. In J. V. Jordan, M. Walker, & L. M. Hartling (Eds.), *The complexity of connection: Writings from the Stone Center's Jean Baker Miller Training Institute* (pp. 28-46). Guilford Press.
- LeBel, T. P. (2012). Invisible stripes? Formerly incarcerated persons' perceptions of stigma. *Deviant Behavior*, 33(2), 89-107.
- Lafferty, L., Treloar, C., Butler, T., Guthrie, J., & Chambers, G. M. (2016). Unlocking dimensions of social capital in the prison setting. *Health & Justice*, 4(1), 1-12.
- Liebling, A., & Maruna, S. (Eds.). (2006). *The effects of imprisonment*. Routledge.
- Maculan, A. (2019). Non solo detenuti: chi lavora nelle nostre carceri? In Associazione Antigone (Eds.), *Il carcere secondo la Costituzione. XV rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione*, Antigone, 223-32.
- Maculan, A. (2022). *La galera incorporata. Etnografia della polizia penitenziaria*. Rimini: Maggioli.
- Maculan, A. (2023). Bourdieu in carcere. Appunti per una sociologia del campo penitenziario. *Sociologia del Diritto* (1).
- Maculan, A., Vianello, F., & Ronconi, L. (2016). La polizia penitenziaria: Condizioni lavorative e salute organizzativa negli istituti penitenziari del Veneto. *Rassegna italiana di Criminologia*, 1, 18-31.
- Maculan, A. & S. Santorso (2018). Quotidianità detentiva: Cella, Sezione e Soggettività Recluse. In Kalica E., Santorso S. (eds.), *Farsi la Galera. Spazi e Culture del Penitenziario*. Verona: Ombre Corte
- Maculan A., Di Giuseppe T., Vianello F., & Vivaldi S. (2022). Narrazioni e risorse. Gli operatori del sistema penale minorile al tempo del covid-19. *Autonomie locali e servizi sociali*, 2, 349-365.
- Mahdiani, H., & Ungar, M. (2021). The Dark Side of Resilience. *Adversity and Resilience Science*, 2(3), 147-155.
- Mosconi, G. (1996). Tempo sociale e tempo del carcere, *Sociologia del Diritto*, 2, 89-105.
- Paoletti, P. (2008). *Crescere nell'eccellenza*. Roma: Armando.
- Paoletti, P., & Selvaggio, A. (2011a). *Osservazione*. Quaderni di Pedagogia per il terzo Millennio. Perugia: Edizioni 3P.
- Paoletti, P., & Selvaggio, A. (2011b). *Mediazione*. Quaderni di Pedagogia per il Terzo Millennio. Perugia: Edizioni 3P.
- Paoletti, P., & Selvaggio, A. (2012). *Traslazione*. Quaderni di Pedagogia per il Terzo Millennio. Perugia: Edizioni 3P.
- Paoletti, P., & Selvaggio, A. (2013). *Normalizzazione*. Quaderni di Pedagogia per il Terzo Millennio. Perugia: Edizioni 3P.
- Paoletti, P. (2018). *OMM The One Minute Meditation*. Tenero,

- CH: Medidea.
- Paoletti, P., & Ben Soussan, T. D. (2019). The sphere model of consciousness: from geometrical to neuro-psycho-educational perspectives. *Logica Universalis*, 13(3), 395-415.
- Paoletti, P., Di Giuseppe, T., Lillo, C., Serantoni, G., Perasso, G., Maculan, A., & Vianello, F. (2022a). La resilienza nel circuito penale minorile in tempi di pandemia: un'esperienza di studio e formazione basata sul modello sferico della coscienza su un gruppo di educatori. *Narrare i Gruppi*, 1-21.
- Paoletti, P., Di Giuseppe, T., Lillo, C., Anella, S., & Santinelli, A. (2022b). Le Dieci Chiavi della Resilienza. <https://fondazionepatriziopaoletti.org/10-chiavi-resilienza/>
- Paoletti, P., Di Giuseppe, T., Lillo, C., Dotan Ben-Soussan, T., Bozkurt, A., Tabibnia, G., Kelmendi, K., Warthe, G.W., Leshem, R., Bigo, V., Ireri, A., Mwangi, C., Bhattacharya, N., & Perasso, G. (2022). What can we learn from the Covid-19 pandemic? Resilience for the future and neuropsychopedagogical insights. *Frontiers in Psychology*, 10.3389/fpsyg.2022.993991
- Perasso, G. (2021). La gestione delle emozioni e il supporto sociale: uno studio pilota di funzionamento psicologico per affrontare le avversità, relazione al convegno "Pratiche di resilienza: esperienze nel circuito penale", 15 dicembre 2021, Padova.
- Pietralunga, S., Rossi, C., & Sgarbi, C. (2007). Il reinserimento sociale del detenuto e la partecipazione della comunità civica: modelli di intervento. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2(2), 129-155.
- Pizzera, G., & Romano, C. A. (2011). Il lavoro come strumento fondamentale del trattamento penitenziario ed il ruolo della cooperazione sociale. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3(3), 23-29.
- Romano, C. A., Pietralunga, S., Ravagnani, L., Dassisti, L., Prina, F., & Grattagliano, I. (2020). Il diritto allo studio universitario in carcere e l'emergenza Covid-19. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 4(4), 305-318.
- Ronco, D. (2016). La competizione tra i reclusi. L'impatto della scarsità di risorse e della logica del beneficio sulla comunità carceraria. *Etnografia e ricerca qualitativa*, 9(2), 211-226.
- Russo, G., Cosentino, N., Quaglini, S., Delia, D., & D'Arrigo, P. (2008). Caratteristiche e atteggiamenti di 201 operatori penitenziari a trent'anni dalla riforma. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1(1), 127-145.
- Samuelson, M., Carmody, J., Kabat-Zinn, J., & Bratt, M. A. (2007). Mindfulness-based stress reduction in Massachusetts correctional facilities. *The Prison Journal*, 87(2), 254-268.
- Sbraccia, A., e Vianello, F. (2016). Introduzione. Carcere, ricerca sociologica, etnografia. *Etnografia e ricerca qualitativa*, 9(2), 183-210.
- Slavich, G. M., Roos, L. G., & Zaki, J. (2021). Social belonging, compassion, and kindness: Key ingredients for fostering resilience, recovery, and growth from the COVID-19 pandemic. *Anxiety, Stress, & Coping*, 35(1), 1-8.
- Smeeth, D., Beck, S., Karam, E. G., & Pluess, M. (2021). The role of epigenetics in psychological resilience. *The Lancet Psychiatry*, 8(7), 620-629.
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 2533.
- Sterchele, L. (2021). *Il carcere invisibile. Etnografia dei saperi medici e psichiatrici nell'arcipelago penitenziario*. Milano: Meltemi.
- Sumter, M. T., Monk-Turner, E., & Turner, C. (2009). The benefits of meditation practice in the correctional setting. *Journal of Correctional Health Care*, 15(1), 47-57.
- Sykes, G. M. (1958). *The Society of Captives. A Study of a Maximum-Security Prison*, Princeton: Princeton University Press
- Tabibnia, G. (2020). An affective neuroscience model of boosting resilience in adults. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 115, 321-350.
- Tabibnia, G., & Radecki, D. (2018). Resilience training that can change the brain. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 70(1), 59.
- Torrente, G. (2014). Il ruolo dell'educatore penitenziario nel processo di criminalizzazione. Osservazioni da una ricerca sul campo. *Studi sulla questione criminale*, 9(1-2), 137-156.
- Torrente, G. (2016). «Mi raccomando, non fategli del male». La violenza del carcere nelle pratiche decisionali degli operatori. *Etnografia e ricerca qualitativa*, 9(2), 267-284.
- Torrente, G. (2018). *Le regole della galera. Pratiche penitenziarie, educatori e processi di criminalizzazione*. L'Harmattan.
- Ungar, M., Jefferies, P. (2021). Becoming More Rugged and Better Resourced: The R2 Resilience Program's© Psychosocial Approach to Thriving. *Frontiers in Psychology*, 12.
- Ungar, M. (Ed.). (2021). *Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in contexts of change*. Oxford University Press, USA.
- Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 1.
- Vianello, F. (2018). Norme, codici e condotte: la cultura del penitenziario. Gli attori sociali di fronte alla criticità dell'ambiente carcerario. *Sociologia del diritto*, 3: 67-85.

The women's treatment in criminal enforcement

Il trattamento delle donne in esecuzione penale

Sarah Grieco



Double blind peer review

How to cite this article: S. Grieco (2023). The women's treatment in criminal enforcement. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XVII, 2, 105-113. <https://doi.org/10.7347/RIC-022023-p105>

Corresponding Author: Sarah Grieco
email sarahgrieco@unicas.it

Copyright: © 2023 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Pensa Multimedia and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. *Rassegna Italiana di Criminologia* is the official journal of Italian Society of Criminology.

© The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors

Received: 18.03.2023

Accepted: 31.05.2023

Published: 30.06.2023

Pensa MultiMedia
ISSN 1121-1717 (print)
ISSN 2240-8053 (on line)
[doi10.7347/RIC-022023-p105](https://doi.org/10.7347/RIC-022023-p105)

Abstract

This contribution is an opportunity to reflect on the women's condition while in prison, with the aim of highlighting the issues around the gender and detention combination. Infantilization and marginalisation of detained women are topics that didn't receive enough attention by academia so far. Once again, the legislator focused more on the role of the mother prisoner than the woman as a person, considering only motherhood as the unique female dimension to be taken into account in the elaboration of prison treatment. The working table "*Donne e carcere*" sponsored by the "*Stati Generali dell'Esecuzione Penale*" transposed the theme outside motherhood, addressing the relationship with prison life, professional training, physical and psychiatric health, overcoming the concept of treatment as "cure" or "correction", with a decisive shift from the medical-therapeutic angle to the empowerment. Despite those and international indications, the wide range of interests and specific needs that characterize the female universe, even in the prison microcosm, relayed in the background of a differentiated punitive system, often influenced by the perception of the stereotypical women role in society, that projects the women and gender's issues even in the justice and punishment model.

Keywords: Detention, women, discrimination, rights, punishment.

Riassunto

Il presente contributo rappresenta un'occasione per riflettere sulla condizione femminile all'interno del carcere, con l'obiettivo di far emergere le problematiche che si generano attorno al binomio genere e detenzione. L'infantilizzazione e l'emarginazione delle donne detenute sono questioni che hanno avuto scarso riscontro nel mondo accademico. Anche il legislatore ha rivolto l'attenzione, ancora una volta, più al ruolo della detenuta madre, che alle esigenze della donna in quanto tale; come se la maternità fosse l'unica dimensione femminile degna di essere presa in considerazione nell'elaborazione del trattamento penitenziario. Il Tavolo "*Donne e carcere*" degli "*Stati Generali dell'Esecuzione Penale*" avevano approcciato al tema anche al di fuori della maternità, affrontando il rapporto con la vita carceraria, la formazione professionale, la salute fisica e psichiatrica e, soprattutto, con il superamento della concezione di trattamento come "cura" o "correzione"; con una decisa traslazione dal terreno medico-terapeutico a quello della responsabilizzazione. A dispetto di quelle indicazioni, così come di quelle internazionali, l'ampia sfera di interessi e bisogni specifici che caratterizzano l'universo femminile, anche nel microcosmo carcerario, è rimasta sullo sfondo di un sistema punitivo differenziato, spesso influenzato da una percezione "stereotipata" del ruolo delle donne nella società, che proietta la questione femminile e di genere anche all'interno del modello di giustizia e di pena.

Parole chiave: Detenzione, donne, discriminazione, diritti, pena.

The women's treatment in criminal enforcement

Quell'esiguità numerica alla radice della discriminazione

La reclusione femminile rappresenta una dicotomia stretta tra la “logica dell'eguaglianza, ritagliata su una norma maschile assunta acriticamente e la severità della giustizia maschile, insensibile alle circostanze in cui le donne commettono reati” (Morini, 2015).

Quello delle donne detenute è un fenomeno che, nel nostro Paese, mantiene costante il suo *trend* nel tempo, attestandosi su una percentuale inferiore alla media europea (Filocamo, 2022). Secondo i dati diffusi dal Ministero della Giustizia, al 31 luglio 2022, erano 2.307 su un totale di 55mila detenuti, le donne presenti negli istituti penitenziari italiani; pari al 4,1% della popolazione detenuta totale. In passato, l'esiguità della presenza femminile era attribuita al diverso ruolo rivestito dalla donna nella società, che non veniva posta nelle condizioni di delinquere, in quanto relegata al ruolo di madre e moglie; congettura smentita dalla pressoché costanza dei dati nonostante i mutamenti sociali. Il permanere di questo contenuto dato numerico è stato definito come pressoché inspiegabile. (Palmisano, 2018; Lingardi, 2015). Delle donne recluse, solo 576 sono ospitate all'interno delle quattro carceri esclusivamente femminili presenti in Italia. Appena un quarto del totale¹. Per i restanti tre quarti sono distribuite nelle 46 sezioni femminili presenti all'interno delle carceri maschili.

Questi dati sono, anche se solo in parte, alla base delle criticità della detenzione al femminile. Gli scarsi numeri delle donne detenute si traducono in minore attenzione da parte delle istituzioni competenti.

È di tutta evidenza, infatti, come istituti penitenziari pensati ed abitati in larga parte da uomini, conducono ad evidenti disparità in termini di servizi (basti pensare all'accesso alle cure mediche, quali ginecologia e ostetricia, e agli esami preventivi), di spazi, di attività trattamentali, di risorse.

Proprio perché le donne costituiscono una esigua minoranza nell'ambito penitenziario – spesso frutto di una criminalità organizzata legata a reati espressione più di marginalità che di allarme sociale – per evitare situazioni di promiscuità, ad esse è negato l'accesso alle strutture comuni (Ciuffoletti, 2014).

La marginalità del fenomeno della delittuosità femminile ha una ricaduta anche sulla quantità e qualità delle risorse destinate: i corsi di istruzione e di addestramento professionale, le attività ricreative, sportive, culturali non sono avviati o vengono sospesi perché non si raggiunge un numero di iscritte sufficiente (Ciuffoletti, 2020). I corsi di formazione, in particolare, laddove esistenti, non si traducono in acquisizione di competenze spendibili all'esterno, in quanto l'offerta formativa specializzante non pare orientata all'*empowerment* o, comunque, rispondente alle specificità della criminalità femminile, quanto piuttosto a riprodurre la separazione di genere e il confinamento del femminile nei ruoli di cura; dando, così, forma a nuove stereotipie (Zuffa, 2020).

La marginalità si registra, oltre nelle attività di studio e orientamento professionale, anche in quelle di lavoro. La partecipazione alle attività lavorative che si svolgono in carcere, di fatto, è riservata alle sole detenute con una reclusione più lunga (Giacobbe, 2014).

La riduzione della qualità di vita detentiva e di aumento della criticità delle condizioni personali delle detenute, oltre che le difficoltà di reinserimento sociale, sono determinate anche dall'alto *turnover* e dalla lontananza rispetto alla comunità di riferimento delle recluse. La scarsità di istituti e sezioni femminili, spesso, confina le detenute in luoghi lontani dal nucleo socio-familiare, con un'evidente violazione di quel principio di “territorialità” sancito dagli articoli 14 e 42 dell'Ordinamento Penitenziario D.lgs. 123/2018, lett. e), rafforzato dall'ultima riforma penitenziaria (Fiorentin, 2019). Il fenomeno dei trasferimenti incentiva anche il ben noto sovraffollamento penitenziario che, pur essendo fenomeno che si manifesta in maniera drammatica anche per la popolazione detenuta maschile, diviene endemico e strutturale per quella femminile².

A ciò si aggiunge che l'“universo femminile”, forte nella sua identità – che la detenzione non cancella ma che, anzi, spesso rafforza – è caratterizzato da profili di specialità tali da dover sollecitare, di per sé, il legislatore a risposte calibrate sulle connotazioni quali-quantitative dei temi da disciplinare (Colamussi, 2020).

Oltre alle questioni strutturali, gestionali e organizzative, infatti, vi è un “ambito emozionale” non contemplato

1 In particolare le due case circondariali di Roma Rebibbia e Pozzuoli ospitano, rispettivamente, 325 e 153 detenute, mentre nelle Case di Reclusione di Venezia “Giudecca” e Trani le ristrette sono 72 e 41.

2 Tre dei quattro istituti femminili risultano significativamente sovraffollati. Nello specifico, a fine marzo 2022, Trani registra un tasso di sovraffollamento del 140,6%, Pozzuoli del 139% e Rebibbia femminile del 123,5%. Dati Antigone, XVIII Rapporto “Il carcere visto da dentro”, www.antigone.it.

da un'organizzazione penitenziaria e da regole comportamentali, frutto di un'elaborazione che intende la differenza femminile come uno scostamento dallo *standard* maschile (Casciaro, 2018). Tale condizione emotiva non dovrebbe mai essere scissa in due identità diverse ma considerata unitariamente, fin dall'arresto, per giungere al reinserimento *post* pena.

Il diverso ruolo sociale rivestito dalla donna, le sue peculiarità psico-fisiche – spesso accompagnate da forme di disagio e sofferenza complesse (a Rebibbia Femminile sono il 70% detenute in terapia psichiatrica. Dati Antigone, 2020), dovute al senso di colpa e al distacco dai familiari, in particolar modo dai figli – sono tratti distintivi non marginali.

In alcuni casi, sono proprio tali peculiarità a condurre a positivi atteggiamenti di resistenza a quel “*processo di prigionizzazione*” (Clemmer, 1941) che genera la spersonalizzazione della reclusione (Zuffa, Ronconi, 2015). Alla condizione di alienazione della propria personalità, a cui la detenzione sembra condurre, la detenuta risponde ricreando, all'interno dell'istituto, il proprio mondo affettivo.

Le politiche penitenziarie in tema di detenzione femminile, oggi, in Italia si attestano su due pilastri: la separazione per sesso e l'uguaglianza formale di trattamento, che cede solo di fronte alla condizione della donna madre detenuta (Ciuffoletti, 2014). Il minore entra nel diritto penitenziario attraverso la mediazione del principio di diritto, coniato a livello internazionale, del “*best interest of the child*” e diventa l'oggetto del modello protezionistico, portato avanti attraverso il susseguirsi delle politiche penitenziarie. Anche tale diritto, tuttavia, sembra essere sacrificato sull'altare di un carcere che non riesce a garantire spazi, tempi e modi adeguati a coltivare relazioni affettive “*significative*”, ivi incluse quelle con i figli (Grieco, 2023); condizione che rende lecito parlare di una “*maternità ininterrotta*” per la maggioranza delle detenute (Campelli, 1992).

Il tema delle necessità di una regolamentazione specifica dell'esecuzione penale per le donne detenute, che vada oltre il diritto alla maternità, è stato affrontato dall'Amministrazione Penitenziaria italiana nel 2008, con la diffusione di uno schema di Regolamento interno (Circolare n. GDAP -0308268 del 17.09.2008) predisposto per le sezioni femminili. Alle differenti necessità sanitarie (Artt. 16, 23 e 25), a momenti di compresenza con i detenuti di sesso maschile, alla necessità di offrire pari opportunità di reinserimento sociale (art. 30 e 33), si affianca l'attenzione anche verso la dimensione affettiva (artt. 19 e 20) e il diverso rapporto con le esigenze della propria fisicità (artt. 9, 10, 16 e 24) (Palmesano, 2018).

La condizione di “emarginate fra gli emarginati”, durante la permanenza delle donne in carcere, ha spinto la riforma dell'ordinamento penitenziario del 2018 a prevedere che le recluse, ospitate all'interno delle sezioni di istituti maschili, debbano rappresentare “*un numero tale da non compromettere l'attività trattamentale*”. Una disposizione, quest'ultima, che appare piuttosto una presa d'atto

di una situazione esistente, più che una norma realmente precettiva (Bruni, 2018).

Tale previsione risulta, infatti, ancora di lontana attuazione. Solo per citare uno degli esempi più significativi, la Casa di Reclusione di Paliano, che si trova in provincia di Frosinone che, attualmente (dati al 30 settembre 2022), annovera quattro detenute, fino allo scorso anno ne ospitava solo una sola.

L'attualità restituisce un quadro drammatico del fenomeno della detenzione al femminile con risvolti, a volte, purtroppo irrimediabili³.

La detenzione femminile nelle carte internazionali

Che la detenzione femminile, per non tramutarsi in una doppia pena, richiedesse un approccio radicalmente differente (Zuffa, 2019), è stata una condizione a lungo ignorata anche da norme e principi internazionali.

Le norme internazionali, di fatto, per anni non hanno fatto cenno, se non residualmente, alle esigenze delle donne ristrette. Emblematiche sono le *Regole Minime per il trattamento dei detenuti delle Nazioni Unite* del 1955 che – pur rappresentando, ancora oggi, il corpo normativo più esaustivo in materia di trattamento penitenziario – si soffermano rapidamente sulla differenza di genere e sulle peculiarità trattamentali durante la detenzione, prevedendo che le donne siano ristrette in luoghi diversi dagli uomini e sottoposte al controllo di personale femminile.

Occorre attendere l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite del 21 dicembre 2010 per colmare la lacuna. Le *Regole delle Nazioni Unite per il trattamento delle donne detenute e le misure non detentive per le donne autrici di reati*, note come “*Regole di Bangkok*” (Risoluzione 1010/16 del 22 luglio 2010), obbligano gli Stati membri all'adozione di provvedimenti normativi che assicurino il ricorso alle misure alternative alla detenzione e che stabiliscano programmi di trattamento in grado di tenere conto della differenza di genere.

In particolare, all'art. 1, viene fissato un principio di individualizzazione del trattamento che va oltre la mera separazione degli istituti e delle sezioni, già indicato dalle *Regole Penitenziarie Europee* del 2006 (regola 18.8 b) e dalle *Regole Minime per il trattamento dei detenuti delle Nazioni Unite* (regola 8). Un modello che tenga conto delle “*esigenze peculiari delle donne detenute per l'attuazione delle presenti regole*”, precisando che “*le misure adottate per soddisfare tali necessità non devono essere considerate discriminatorie*”. L'attenzione alle specificità delle esigenze delle donne rispetto agli uomini non è discriminatoria, in quanto “*il concetto di eguaglianza significa ben più che trattare tutte le persone allo stesso modo. Il trattamento uguale di persone in situazioni diseguali contribuirà a perpetuare l'ingiustizia e non a eradicarla*”. Le *Regole* mettono in luce le necessità delle donne detenute in materia di salute gine-

3 Dal 1° gennaio 2022 sono stati tre i suicidi di giovani detenute negli istituti penitenziari italiani.

cologica, psicologica, psichiatrica e rappresentano il primo testo internazionale che si occupa di bambini rinchiusi in carcere con le loro madri richiedendo, per essi, un'assistenza sanitaria adeguata. Si preoccupano delle cure prenatali, dell'allattamento al seno, del complesso periodo della separazione del minore dalla madre, fissando tempi e modi, nel supremo interesse dello stesso.

Sul fronte europeo, le *European Prison Rules*, adottate nel 2006 e aggiornate nel 2020, appaiono molto più puntuali di quelle internazionali nel sancire i diritti delle donne private della libertà personale.

Oltre a fissare i principi fondamentali e a stabilire la separazione di istituti e sezioni, prevedono disposizioni speciali per le necessità igieniche delle donne (art. 19, comma 7). L'attività lavorativa viene presidiata dal principio di non discriminazione di natura sessuale (art.26, comma 4). Sull'aspetto lavorativo, in particolare, in molte carceri europee, si osserva una frattura tra la formazione professionale per le donne e le richieste del mercato del lavoro; ciò è dovuto ad una formazione professionale eccessivamente "femminilizzata", con lo sviluppo delle capacità e delle abilità tradizionalmente attribuite alle donne nell'ambito del ruolo culturale e sociale femminile. Queste attività, scarsamente retribuite, non ricevono un riscontro positivo sul mercato del lavoro, favorendo la perpetrazione delle disuguaglianze sociali, oltre a minare l'integrazione sociale e professionale. Le istituzioni carcerarie dovrebbero essere incoraggiate a fornire programmi di formazione professionale di qualità elevata, che siano adatti alle esigenze del mercato del lavoro, oltre ad opportunità di lavoro diversificate e libere dagli stereotipi di genere.

Una speciale sezione dedicata alle donne rimarca "i bisogni fisici, professionali, sociali e psicologici delle donne detenute al momento di prendere decisioni" (art. 34, comma 1). Le detenute, di regola, possono partorire fuori dal carcere ma, se un bambino nasce all'interno, "l'autorità deve fornire l'assistenza e le infrastrutture necessarie" (art. 34, comma 3). Si sottolinea che i minori in tenera età restano in istituto unicamente se nel loro interesse, con l'adozione di misure speciali quali asili nido e un alloggio speciale, volto a tutelare il loro benessere (art. 36). Si pone in evidenza la necessità di personale e operatori penitenziari che abbiano una formazione specializzata.

Nel luglio del 2020, il Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa ha adottato una nuova versione delle *Regole penitenziarie europee*, in cui la questione femminile è stata posta ben in evidenza. Le "specific gender-sensitive policies" devono essere in grado, da un lato, di proteggere le donne dal rischio di abusi fisici, mentali o sessuali; dall'altro, di intercettare i bisogni specifici delle detenute (fisici, psicologici e sociali), informandole adeguatamente sui loro diritti e sui luoghi dove poterli esercitare. In particolare, si sottolinea come le decisioni devono essere prese anche considerando le loro "caregiving responsibilities".

Il crescente interesse dell'Unione Europea nel ricordare la "natura specifica" delle carceri femminili e nell'insistere sulla necessità di particolari disposizioni, in termini di sicurezza e reinserimento sociale, è sottolineato anche dal

Parlamento Europeo, con la Risoluzione del 13 marzo 2008 "Sulla particolare situazione delle donne detenute e l'impatto dell'incarcerazione dei genitori sulla vita sociale e familiare (2007/2116(INI)". La risoluzione, "considerando che l'incarcerazione delle donne rimanda alla loro posizione nella società in generale, in cui le donne si trovano imprigionate in un sistema concepito e diretto essenzialmente dagli uomini per gli uomini", ricorda la «specificità» delle prigioni femminili ed insiste sull'introduzione di strutture di sicurezza e di reinserimento concepite per le donne. In particolare, si invitano gli Stati membri "a integrare la dimensione della parità tra uomini e donne nella rispettiva politica penitenziaria e nei rispettivi centri di detenzione nonché a tenere maggiormente presenti le specificità femminili e il passato spesso traumatizzante delle donne detenute".

Nel gennaio 2018, infine, il Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura ha elaborato un quadro degli standard e delle regole che tutti i Paesi aderenti al Consiglio d'Europa dovrebbero seguire. Nonostante la scelta del modello della rigida separazione tra donne e uomini, per evitare sopraffazioni sessuali e violenze, si incoraggiano esperimenti di convivenza da svolgersi, tuttavia, all'interno di specifici programmi ben individualizzati. Nella direzione della condivisione anche le attività formative ed educative, nell'ottica di far assomigliare il più possibile il mondo "dentro" a quello esterno.

Gli spunti dal rapporto degli Stati Generali e la tutela delle detenute dopo l'ultima riforma penitenziaria

Avviati nell'aprile del 2015, i lavori condotti dai diciotto tavoli tematici degli "Stati Generali dell'Esecuzione della Pena" – con il contributo di oltre duecento tra esperti, magistrati, operatori del settore, studiosi e uomini di cultura – hanno rappresentato la base della proposta formulata dalla Commissione per la riforma dell'ordinamento penitenziario, nominata con il decreto ministeriale 19 luglio 2017, e solo in minima parte recepita negli schemi di decreto legislativo n.121, 123 e 124 del 2 ottobre 2018.

L'impegno che, allora, venne definito come "rivoluzione normale", era quello di dare finalmente attuazione ai principi racchiusi nella legge n.354 del 1975, realizzando, per ciascun detenuto, condizioni detentive dignitose, individualizzate e in linea con i dettami costituzionali, in grado di restituire alla società un cittadino capace di esserne reintegrato.

L'idea, attorno alla quale ruotava il complesso di proposte, si ispirava all'impianto originario della legge sull'ordinamento penitenziario italiano. Questa vede non già il condannato ad essere assoggettato all'esecuzione penale – sistema che, attualmente, privilegia la soluzione detentiva carceraria e considera le misure ad essa alternative quale soluzione meramente eventuale – ma le pene adattate alle esigenze del suo recupero sociale; ciò in linea con l'idea del carcere quale misura di *extrema ratio*, cui ricorrere quando ogni altra soluzione esecutiva si palesi inadeguata a fronteggiare il caso concreto.

Tale prospettiva di modello detentivo, volto alla responsabilizzazione del detenuto e ad una osservazione della persona reclusa realmente efficace, comportava anche l'allocazione dei detenuti in istituti e sezioni distinti per gruppi omogenei, individuati in base alla specificità delle esigenze. Nella sfera femminile, tali principi non potevano che trovare una ricaduta sulla creazione di un modello in grado di definire un'“uguaglianza sostanziale” uomo-donna, all'interno del carcere.

In particolare, la detenzione femminile è stata oggetto di un apposito tavolo tematico, il terzo, intitolato “*Donne e Carcere*”. La questione femminile, lungi dalla prospettiva nella sola dimensione materna, ha attraversato il rapporto con la vita carceraria, la formazione professionale, la salute fisica e psichiatrica e, soprattutto, con il superamento della concezione di trattamento come “cura o “correzione”. Sotto quest'ultimo aspetto si è assistito ad una decisa traslazione del tema dal terreno medico-terapeutico (*Care Model*) a quello della responsabilizzazione (*Justice Model*) (Pitch, 1994).

Sull'aspetto della formazione si è sottolineata la necessità di un sistema di acquisizione di competenze differenziate, affiancato all'innalzamento del livello professionale degli operatori, in grado di favorire percorsi di recupero e reinserimento coerenti con le specificità e i particolari bisogni dell'autrice di reato, legati alle sue caratteristiche mentali e fisiche.

Anche le problematiche in termini di salute sono state affrontate nella loro peculiarità, con la necessità di una immediata presa in carico da parte del Servizio sanitario nazionale, soprattutto per quelle donne che, durante la detenzione, sono riuscite a completare il percorso di cura. L'esigenza è quella di scongiurare il pericolo che “[u]na volta fuori dal carcere non solo si riprendono le vecchie abitudini di vita, ma è più difficile curarsi e pensare a se stesse: sulle donne sembrano ricadere tutte le responsabilità familiari, sarebbe necessaria una immediata presa in carico”.

Tra le proposte volte a ridurre la carcerazione delle donne, è incluso un maggior ricorso alle misure alternative e ad altri strumenti di incentivazione all'affettività, quali: l'implementazione dell'istituto dei permessi per partecipare ad eventi rilevanti della vita familiare delle donne detenute; una maggiore applicazione dell'art. 21 bis e ter O.P per l'assistenza dei figli all'esterno; la previsione di luoghi per l'affettività e mezzi di comunicazione differenti, soprattutto in caso di lontananza dalla famiglia; condizione, quest'ultima, molto frequente nella detenzione femminile, come già evidenziato.

Il diritto all'affettività è stato oggetto di specifico approfondimento con il Tavolo 6, “*Mondo degli affetti e territorializzazione della pena*”. Il gruppo di esperti ha posto l'accento sulla rilevanza del diritto all'affettività quale diritto umano fondamentale e sulla necessità, quanto mai cogente, di pervenire ad una sua positivizzazione, mediante la modifica della disciplina dei permessi premio e delle visite, dei rapporti tra genitori detenuti e minori; nonché con l'introduzione, nell'ordinamento penitenziario, dell'art. 30 *quinquies*, dedicato ai cd. permessi di affettività.

Le considerazioni complessive sulla particolarità della detenzione al femminile sono state recepite dalla legge 103/2017, contenente la delega al governo per la riforma dell'ordinamento penitenziario, che ha attribuito la giusta rilevanza ai rapporti dei detenuti con la famiglia, che il legislatore del '75 aveva individuato espressamente come uno degli elementi del trattamento penitenziario. In particolare, il par. 85, lett. n) riconosceva il diritto all'affettività delle persone detenute; la lett. s) si dedicava alla tutela del rapporto madri-figli minori, mediante la revisione delle norme vigenti in materia di misure alternative alla detenzione, al fine di assicurare la tutela del rapporto tra detenute e figli minori. Infine, la lett. t) del medesimo paragrafo, imponeva il rispetto degli specifici bisogni e diritti delle donne reclusi.

È questione oramai nota lo sfortunato epilogo del percorso riformatore suggerito dagli *Stati Generali* e dalla successiva *Commissione Giostra* e di tutte le modifiche “chiuse nel cassetto” sul potenziamento degli strumenti intra ed extramurari di collegamento con i familiari. Ciò non solo in ambito di ostatività, misure alternative e permessi – riforme di cui si è persa traccia – ma anche con riguardo alla vita detentiva.

Nonostante i criteri direttivi della legge delega con la nuova formulazione dell'art. 1 – che ha riaffermato in maniera più incisiva, rispetto al passato, la titolarità dei diritti fondamentali, in capo ad ogni persona privata della libertà personale, secondo l'insegnamento della Corte costituzionale, nonché il principio rieducativo delle pene, da attuarsi con il criterio di individualizzazione, in rapporto alle specifiche esigenze – non si è andati al di là delle affermazioni dei principi portanti. Il Governo, infatti, ha deciso di non esercitare la delega in relazione ai permessi (di necessità e familiari); al mantenimento delle relazioni familiari, anche attraverso collegamenti audiovisivi; alla tutela del rapporto tra detenute e figli minori, mediante la revisione delle norme vigenti in materia di misure alternative alla detenzione.

Le donne in esecuzione penale esterna

Un'ampia quota delle donne sconta una pena inferiore a tre anni. Per la popolazione femminile, pertanto, percorsi alternativi al carcere sarebbero ampiamente praticabili e, in parte, lo sono⁴.

Delle donne in esecuzione penale esterna, la maggioranza è rappresentata da madri di figli minori. Di queste solo il 19% del totale è di origine straniera, proveniente soprattutto dai paesi europei; ciò nonostante le non cittadine italiane in carcere costituiscono oltre il 30% e provengono prevalentemente da Romania e Nigeria.

4 Al 15.03.2022 erano 13.642 le donne in esecuzione penale esterna; l'11,7% del totale. *XVIII Rapporto sulle condizioni di detenzione, Donne e Bambini*, www.rapportoantigone.it

Da alcune ricerche empiriche svolte, a più riprese, in questi anni (Giacobbe, 2014; Policek, 1992) – seppur nei limiti consentiti dalle indagini circoscritte del fenomeno – emerge un “profilo femminile” di detenute in esecuzione penale esterna alquanto definito, che risulta invariato nel tempo.

Dall’analisi delle donne alle quali sono state concesse le cd. misure di comunità, si nota che quasi tutte sono alla prima detenzione e con una condanna a pene relativamente brevi. Per la quasi totalità si tratta di madri, la maggior parte con una relazione stabile ed in contatto con la propria famiglia. La maggioranza delle intervistate è domiciliata, abitualmente, nella stessa città in cui si trova il carcere presso cui è stata reclusa. A fianco alla presenza di un domicilio stabile e sicuro, perché le ristrette siano sempre controllabili, viene ad assumere un ruolo centrale la rilevanza attribuita al ruolo domestico femminile: l’essere, appunto, madre o figlia, con un ruolo assistenziale.

Emerge, così, nei parametri valutativi di cui si avvalgono i Tribunali di Sorveglianza, l’importanza conferita alla presenza di una rete sociale forte attorno alla detenuta richiedente; rete intesa come trama dei legami, esistenti o recuperati, significativi per la persona.

Anche in questo campo si aderisce ad un modello stereotipato di donna che è stata socializzata a interiorizzare la propria condizione come definita e delimitata dalla sfera familiare.

Anche per le detenute madri, in tutti gli interventi legislativi volti a disincentivare l’ingresso in carcere delle donne con figli, requisito fondamentale, oltre ai presupposti formali, diventa la possibilità sia di un reinserimento sociale che di un effettivo esercizio delle cure parentali in un domicilio idoneo (Cassazione Penale, Sezione I, n. 47092/2018; Sezione I, n. 38731/2013). La possibilità di sviluppare il fondamentale rapporto madre-figlio, in una “condizione favorevole” per quest’ultimo, viene inteso come ripristino della convivenza attraverso l’espiazione della pena nella propria abitazione, o in altro luogo di privata dimora, ovvero in luogo di cura, assistenza o accoglienza. L’attuale panorama legislativo e giurisdizionale di riferimento, pertanto, se da una parte consente un ampio ventaglio di strumenti per accedere alle misure alternative, in via preferenziale, alle donne madri, dall’altra pone condizioni stringenti che limitano l’applicazione di tali misure ad una tipologia ben definita di detenute; un prototipo femminile che esclude, in ultima analisi, quelle appartenenti alle minoranze rom e sinti, a prescindere dalla cittadinanza italiana, e coloro che si trovano nelle condizioni di migranti, senza reti di contatti esterni e con un riferimento abitativo stabile.

L’affermazione di tali parametri rimette in seria discussione l’effettività della normativa in questione: una percentuale significativa della popolazione detenuta femminile appartiene, infatti, alle suindicate minoranze o si trova in stato di irregolarità nel territorio italiano.

Se a questo quadro si aggiunge l’endemica carenza di strutture dedicate ad ospitare la particolare categoria delle donne condannate con figli, quali ICAM e case famiglie

protette, si avrà la misura della scarsa incidenza delle misure alternative specifiche nel panorama italiano delle donne straniere con bambini.

Altro ostacolo all’ottenimento di misure premiali è rappresentato dalla valutazione della recidiva. Al Tribunale di sorveglianza, non vincolato alla relazione di sintesi scaturita dall’osservazione per le detenute che hanno già scontato una parte della pena in carcere (Cassazione Penale, Sezione I, n. 3604/2021), è affidato il compito di elaborare un giudizio prognostico volto alla possibile reiterazione del reato una volta fuori dal circuito carcerario. Viene accertato che la richiedente abbia rielaborato e revisionato criticamente il proprio vissuto, recuperato una dimensione legale e iniziato (non necessariamente concluso) un percorso di rieducazione. Le prescrizioni e le cautele connaturate alle misure alternative dovrebbero servire a fronteggiare la pericolosità sociale e a garantire la sicurezza della società. Oltre alla recidività, si analizza la natura del reato, l’entità della pena, le caratteristiche della personalità, la condotta in istituto tramite la valutazione della partecipazione al trattamento, le caratteristiche del nucleo di origine e delle possibilità oggettive di reinserimento. Si tratta di condizioni che mal si adattano ad una certa tipologia di reati – come quelli connessi all’uso di sostanze stupefacenti o quelli contro il patrimonio – che tipicamente presentano un alto tasso di recidiva e che rappresentano la percentuale più consistente per la popolazione detenuta femminile italiana. Pochissime sono, infatti, le donne tossicodipendenti e straniere in misura alternativa atteso che, per entrambe, sussistono minori garanzie in termini di recidiva; soprattutto se le richiedenti sono donne al primo ingresso.

Inoltre, la scarsa conoscenza delle donne coinvolte e della loro specifica situazione familiare, da parte dei giudici di cognizione, oltre che degli stessi magistrati di sorveglianza, rende i requisiti richiesti di ulteriore ostacolo alla concessione di misure alternative e conduce, con riguardo specifico al pericolo di recidiva, ad un sostanziale appiattimento nella valutazione rispetto ai precedenti penali della condannata (Cassazione Penale, Sezione I, n. 16945/2020). Tale tendenza si registra anche con riguardo all’applicazione delle misure custodiali che, per le straniere, giunge a tassi del 40%.

L’esecuzione in forma domiciliare della detenzione determina, di fatto, l’esclusione dei soggetti meno attrezzati, anche per la carenza di un’adeguata rete di strutture ricettive distribuite su tutto il territorio nazionale.

Anche gli istituti a protezione della maternità, come la detenzione domiciliare speciale, sono stati collocati dal legislatore “*nell’alveo delle tradizionali misure alternative [...] caratterizzate da valutazioni concernenti una raggiunta, anche se parziale, affidabilità esterna del condannato che si ritiene di poter gradualmente reinserire nella vita sociale, senza apprezzabili rischi di ricadute recidivanti*” (Canevelli, 2001). Si tratta di una condizione restrittiva molto rilevante, perché l’esperienza insegna che le principali destinatarie della nuova misura alternativa sono, nuovamente, donne nomadi, con pene elevate per la reiterazione

nel tempo di piccoli reati contro il patrimonio e con numerosi bambini al seguito: donne rispetto alle quali è molto difficile accordare una prognosi di recidiva positiva (Cardinale, 2020).

La valutazione rigorosa del Tribunale di Sorveglianza ha, fino ad ora, limitato l'ambito di applicazione dell'istituto, subordinando, di fatto, l'interesse superiore del minore a (ritenute) esigenze di tutela della collettività dal pericolo di recidiva.

Sul punto, tuttavia, si segnala una recente lettura meno rigorosa del criterio di pericolosità. La Corte - oltre a dare preminenza all'interesse del minore nel bilanciamento rispetto alla sicurezza sociale - ha sottolineato la necessità di una verifica concreta dell'effettivo pericolo di reiterazione del reato che vada ben oltre il "*dato anamnastico costituito dai precedenti penali*" e che evidenzi la concreta inadeguatezza della misura a contenere il rischio di recidiva (Cassazione Penale, Sezione I, n. 16945 / 2020).

In conclusione. Considerando che la concessione di tutte le misure di comunità si fonda, oggi, su ragioni di "affidabilità situazionale" nei termini sopraindicati, si intuisce come le prime ad esserne escluse siano proprio le detenute straniere, anche se madri, sulle quali grava la mancanza ordinaria di una rete d'appoggio esterna o l'inidoneità del luogo indicato a contenere il rischio di recidiva. "*La estrema povertà di reti sociali significative - in quanto prevalentemente immigrati clandestini o irregolari, senza residenza, lavoro, famiglia ed altro - li rendono "situazionalmente" inaffidabili. La loro pericolosità non viene presunta da alcuna valutazione personologica [...], ma da soli elementi oggettivi connessi alla loro situazione di esclusi*" (Ronco, 2017).

Nonostante i rilevanti costi complessivi del ricorso al carcere, rispetto all'applicazione di sanzioni non detentive, le misure alternative continuano ad essere percepite, dall'opinione pubblica, prevalentemente come un modo per "raggirare" la pena detentiva. Eppure, gli elevati tassi di recidiva si verificano nei casi di esecuzione della pena tradizionale non mediata da strumenti alternativi di reinserimento sociale, tanto da mettere in discussione la stessa efficienza specialpreventiva della reclusione tradizionale (Leonardi, 2007).

Certamente - dietro la spinta propulsiva della Corte europea dei diritti dell'uomo, ma anche sulla base della constatazione concreta di un sistema ormai al collasso - è in atto, in questi anni, un forte ripensamento del sistema sanzionatorio, attraverso interventi legislativi che operano su più fronti: da una razionalizzazione del sistema carcerario, al fine di migliorarne l'efficienza e l'efficacia, ad una mitigazione del sovraffollamento carcerario; fino all'ideazione di un ventaglio di soluzioni differenti dall'applicazione della pena detentiva (Palazzo, 2017), come le nuove pene sostitutive introdotte dalla cd. Riforma Cartabia per i "liberi sospesi" (Bortolato, 2023).

Sarebbe auspicabile, però, che si ricorresse alle misure alternative non solo in un'ottica deflattiva quanto, piuttosto, per il loro contenuto risocializzante.

D'altronde, la riforma realizzata con la legge n. 67 del

2014 - che oltre delegare il governo del riordino del sistema delle sanzioni, ha introdotto l'istituto della messa alla prova per gli adulti ex articolo 168-bis - consente il recupero della originaria funzione pienamente rieducativa, assegnata dall'ordinamento penitenziario alla misura dell'affidamento in prova al servizio sociale, fiore all'occhiello della riforma del '75 (Bricola, 1976).

Anche le misure di giustizia riparativa sembrano mirare all'ambiziosa finalità di determinare un cambio di passo rispetto al "*populismo penale imperante*" (Anastasia, Anselmi, Falcinelli, 2015) degli ultimi anni, rappresentando, con tutta evidenza, la parte più innovativa del nuovo assetto processuale (Capasso, 2022).

Quali prospettive?

Se il trattamento rieducativo si esplica attraverso gli elementi previsti dalla normativa penitenziaria, per le donne ristrette, questo, sembra essere quasi totalmente assente.

Un "*tempo della pena*" destrutturato e vuoto, che si svolge in un "*non luogo*" (Lorenzetti, 2022) che "*amplifica la prigionia del corpo*" (Giordano, 1992), rischia di azzerare le diverse funzioni strumentali che alla pena le sono attribuite dalla carta costituzionale oltre che da quelle sovranazionali; riducendone così la sua funzione alla sola retribuzione per la colpa commessa. Eppure, l'unico obiettivo della punizione, testualmente indicato dal dettato costituzionale nel quadro dell'espiazione, resta la rieducazione o forse, sarebbe meglio dire, la risocializzazione.

Dottrina e giurisprudenza costituzionale, negli anni, hanno valorizzato i plurali contenuti della risposta statale al crimine, riconducendoli nei termini di repressione, punizione, difesa sociale e, più recentemente, di riparazione. La risocializzazione (o rieducazione) resta, tuttavia, il solo obiettivo attuativo di quel principio personalista che rappresenta l'asse portante della Carta costituzionale e va, dunque, posta su di un diverso piano assiologico rispetto alle altre finalità della pena.

Nella detenzione vissuta dalle donne - connotata da una scarsità di risorse umane, strumentali e finanziarie ancora maggiore di quella maschile - tale finalità assume, rispetto alla Costituzione, una tensione tale da tradirne i suoi dettami.

"*Non pericolose, ma eternamente pericolanti*" (Pitch, 1992), le donne in carcere sembrano far parte di un microcosmo invisibile, che ne rende invisibili i problemi.

Il mancato trattamento, così come la mancata coltivazione delle relazioni socio-affettive, se da un lato incide negativamente sul benessere psico-fisico della donna, durante il periodo di detenzione, dall'altro, rappresenta un fattore potenzialmente in grado di aumentarne l'esclusione sociale e il conseguente rischio di recidiva (Mastrobuni, D. Terlizze, 2014); con buona pace della difesa sociale.

Si assiste ad un rapporto di pericolosa "circolarità" per cui la detenzione genera e, al tempo stesso, è prodotto di

quella vulnerabilità che rende le cosiddette fasce deboli – come chi manifesti dipendenze da stupefacenti e alcol, cittadine straniere, persone fragili – gli “ospiti” statisticamente prevalenti degli istituti penitenziari italiani. “*Nel carcere contemporaneo sarebbe dunque ristretta quella umanità in eccesso, che non trova una collocazione sociale e si autopercepisce deviante*”, posta così in una “zona di attesa” dove venire “*neutralizzata*”, senza che il tempo della pena sortisca effetto alcuno (Mirabella, 2018).

I riflessi favorevoli che il pieno riconoscimento dei diritti delle detenute – e più in generale, dell’intera popolazione carceraria – e la messa in atto degli elementi del trattamento (inclusa affettività e sessualità) avrebbero su ordine, disciplina e sicurezza, dentro e fuori le mura del carcere, non sono stati, nel dibattito, adeguatamente presi in considerazione; soprattutto in un’opinione pubblica travolta da un supposto e non verificato bisogno di maggiore sicurezza da parte dei cittadini, che conduce a sempre nuovi reati e sempre maggiori sanzioni.

Le direttrici da cui potersi muovere, nel futuro prossimo, sono già state tracciate dal lavoro svolto dagli Stati Generali dell’Esecuzione Penale che ha avuto il pregio di contemplare le specificità femminili, tenendo incessantemente aperto il dialogo con il quadro costituzionale.

La vera sfida, tuttavia, non è quella dell’“inclusione”. Nello sforzo di “includere” qualcosa in altro, si finisce per connotare come *minus* ciò che si ingloba (Gianformaggio, 2005).

Appare, piuttosto, essenziale porre al centro il principio cardine dell’individualizzazione della pena per far sì che la risposta al reato – in ogni sua fase e modalità attuativa – acquisti una stabile consapevolezza delle dinamiche di genere, nel tracciato del preciso orientamento teleologico della Costituzione.

Se il carcere serve a rieducare alla società e ad una socialità duale per sua natura, allora è proprio nel carattere duale che deve ancorarsi il trattamento; senza, necessariamente, percorrere la via della separatezza interna anche quando non si ravvede alcun senso nella suddivisione fra persone detenute in base al sesso, come nelle attività ludiche o “di intrattenimento”⁵.

A ben guardare, quella che l’amministrazione penitenziaria definisce “*discriminazione involontaria*” (Palmisano, 2015) delle donne in carcere, rappresenta un vero paradosso. I numeri ridotti delle presenze, abbinati alla commissione di reati non particolarmente gravi (con pene, spesso, al di sotto dei tre anni), da un lato, dovrebbero condurre ad una vasta decarcerizzazione, accompagnata da una decisa depenalizzazione (a partire dai reati connessi alle droghe, che ancora oggi determinano una carcerazione del 35%)⁶; dall’altro, dovrebbero facilitare la sperimenta-

zione di nuove e diverse forme di trattamento interno, oltre ad un approccio meno rigoroso e, soprattutto, “ste-reotipato” della concessione di benefici penitenziari e di strumenti di esternalizzazione della pena.

Riferimenti bibliografici

- Anastasia, A., Anselmi, M., & Falcinelli, D. (2015). *Populismo penale. Una prospettiva italiana*. Padova: Cedam.
- Bortolato, M. (2023). Percorsi alternativi alla pena detentiva nel giudizio di sorveglianza. I “liberi sospesi” e gli effetti della Riforma Cartabia. *SP Sistema Penale*, febbraio.
- Bricola, F. (1976). L’affidamento in prova al servizio sociale: «fiore all’occhiello» della riforma penitenziaria. In *Questione Criminale*. Bologna: Il Mulino.
- Bruni, D. (2018). Donne detenute e genitorialità “fuori delle mura”. *Giurisprudenza penale*, novembre.
- Campelli, E. (1992). Le storie interrotte: i figli. In Campelli E., Faccioli F., Giordano V., & Pitch T., *Donne in carcere. Ricerca sulla detenzione femminile in Italia* (p. 122). Milano: Feltrinelli.
- Canevelli, P. (2001). Misure alternative al carcere a tutela delle detenute madri. *Diritto penale e processo*, p. 807 e ss.
- Capasso, F. (2022). *Una nuova forma di politica criminale. La giustizia riparativa nella riforma Cartabia*. Unicost.
- Cardinale, N. (2020). Detenzione domiciliare speciale e interesse superiore del minore. *SP Sistema penale*.
- Casciaro, I. (2018). Esecuzione e carcere: uno sguardo alle problematiche femminili. In Pajardi D., Adorno R., Leonardo C.M., & Romano C.A., *Donne e carcere*. Milano: Giuffrè.
- Ciuffoletti, S. (2014). Le politiche legislative sulla detenzione femminile in Italia. Tra effettività e propaganda. *Studi sulla questione criminale*, IX, 3, 57.
- Ciuffoletti, S. (2020). The female brain. La prospettiva biologicamente orientata nella tutela dei diritti delle donne detenute. In Botrugno C. & Caputo G., *Vulnerabilità, carcere e nuove tecnologie. Prospettive di ricerca sul diritto alla salute*. Phasar, p. 129 e ss.
- Clemmer, D. (1941). *The Prison Community*. Boston: The Christopher Publishing House, p. 41.
- Colamussi, M. (2020). La tutela delle detenute prima e dopo l’ultima riforma penitenziaria. *Processo Penale e Giustizia*, 2, 503-524.
- Faccioli, F., Giordano, G., & Pitch, T. (1992). *Donne in carcere. Ricerca sulla detenzione femminile in Italia*. Milano: Feltrinelli.
- Fiorentin, F. (2019). La riforma penitenziaria (dd.lgs. n. 121, 123, 124/2018). *Il Penalista*, Giuffrè, p. 71.
- Filocamo, G. (2022, luglio). Il carcere in Europa: pubblicato il rapporto SPACE I 2021. *SP Sistema Penale*.
- Giacobbe, T. (2014). Le donne in esecuzione penale. Analisi di una marginalità in Sicilia. *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 3, 125.
- Gianformaggio, L. (2005). *Eguaglianza, donne e diritto*. Bologna: Il Mulino.
- Giordano, V. (1992). Tempo e corpo recluso: i ritmi della salute e della malattia. In Campelli E., Faccioli F., Giordano G., & Pitch T., *Donne in carcere. Ricerca sulla detenzione femminile in Italia* (p. 61). Milano: Feltrinelli.
- Grieco, S. (2023). *La relazione materna oltre le sbarre: scenari attuali e prospettive possibili*. GenIus.
- Leonardi, F. (2007). Le misure alternative alla detenzione tra reinserimento sociale e abbattimento della recidiva. *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 2, 6726.

5 È da ricordare come di recente, il CPT abbia considerato il superamento della tradizionale separatezza degli spazi (CPT/Inf(2018)5 - Raccomandazione del CPT sul trattamento delle donne detenute)

6 Dati del XIII Libro Bianco sulle Droghe, *La sfida democratica*, giugno 2022.

- Lingardi V. (2015, agosto). "Giustizia: donne e carcere, quel 5% che rende invisibili". *Il Sole 24Ore*.
- Lorenzetti, A. (2021). Genere e detenzione. Le aporie costituzionali di fronte a una "doppia reclusione". *Rivista di BioDiritto*, 1, 162.
- Mastrobuoni, G., Terlizze, D. (2014, novembre). *Rehabilitating rehabilitation: prison condition and recidivism*, in [www.eief.it, Papers](http://www.eief.it/Papers).
- Miravalle, M. (2018). La popolazione detenuta femminile. In Mantovani G., *Donne ristrette* (p. 41 e ss.). Ledizioni.
- Morini, C. (2015, febbraio). *Libri: «Recluse», di Susanna Ronconi e Grazia Zuffa. Vite sessuate dietro le sbarre, Il Manifesto*.
- Palazzo, F. (2017), Crisi del carcere e culture di riforma, *Diritto penale Contemporaneo*, 4.
- Palmisano, R. (2015). *Scheda sulla detenzione femminile*, in Palmisano_2015 (antoniocasella.eu)
- Palmisano, R. (2018, dicembre). Principi trattamentali e detenzione femminile. *Giustizia insieme*.
- Pitch, T. (1987). *Diritto e rovescio: Studi sulle donne e il controllo sociale*. Napoli: Edizioni scientifiche italiane.
- Pitch, T. (1989). *Responsabilità limitate: Attori, conflitti, giustizia penale*. Milano: Feltrinelli.
- Pitch, T. (1992). Dove si vive, come si vive. In Campelli E., Faccioli F., Giordano G., & Pitch T., *Donne in carcere. Ricerca sulla detenzione femminile in Italia* (p. 61). Milano: Feltrinelli.
- Policek, N. (1992). Donne detenute e legge Gozzini. Una ricerca nell'area veneta. *Dei delitti e delle pene*, 1, 153 e ss.
- Ronco, D. (2017, maggio). *In alternativa. Numeri, tipologie e funzioni delle misure alternative, Torna il Carcere XIII rapporto Antigone*, www.antigone.it
- Zuffa, G. (2015). Ripensare il carcere, dall'ottica della differenza femminile. *Questione giustizia*, n.2.
- Zuffa, G. & Ronconi, S. (2015). *Recluse. Lo sguardo della differenza femminile sul carcere*. Ediesse.
- Zuffa, G., & Ronconi, S. (2020). *La prigionia delle donne. Idee e pratiche per i diritti*. Futura.

Rapporti

- Donne e Criminalità. Analisi dei reati commessi dalle donne della detenzione femminile negli Istituti Penitenziari*, (2020, giugno), Ministero Dell'interno, Dipartimento Della Pubblica Sicurezza, www.interno.gov.it.
- La Calda esteta delle carceri* (2022, luglio), Antigone, <https://www.antigone.it/28> luglio: «La calda estate delle carceri», presentazione online del Rapporto di metà anno di Antigone
- Il carcere visto da dentro* (2022), XVIII Rapporto Antigone, <https://www.antigone.it> Il carcere visto da dentro - XVIII rapporto sulle condizioni di detenzione a cura di Associazione Antigone (rapportoantigone.it)
- Donne e Bambini* (2022), XVIII Rapporto Antigone, <https://www.antigone.it> Donne e bambini - XVIII rapporto

- sulle condizioni di detenzione (rapportoantigone.it)
- XIII Libro Bianco sulle Droghe* (2022, giugno), <https://www.fuoriluogo.it/mappamondo/la-sfida-democratica-le-pillole-dal-libro-bianco-2022>
- Lo Studio Globale delle Nazioni Unite sui Bambini Privati della Libertà nel contesto italiano: Incontro di follow-up con rilevanti autorità garanti indipendenti in Italia, Relazione finale* (2021), <https://repository.gchumanrights.org/>
- Relazione al parlamento del Garante nazionale delle persone private della libertà personale* (2020), https://www.garante-nazionaleprivatiliberta.it/gnpl/it/pub_rel_par.page
- Space I – Statistique Penales Annuelles du Conseil de l'Europe* (2021), <https://www.coe.int/fr/web/portal/-/council-of-europe-s-annual-penal-statistics-covid-19-pandemic-helped-reduce-europe-s-prison-population>
- Stati generali dell'Esecuzione Penale, Tavolo 3 - Donne e carcere* (2017), http://www.giustizia.it/sgep_tavolo3_relazione.pdf
- Stati generali dell'Esecuzione Penale, Tavolo 6 – Mondo degli affetti e della territorializzazione della pena* (2017), http://www.giustizia.it/sgep_tavolo6_relazione.pdf

Circolari amministrative

- Circolare n. GDAP -0308268 del 17.09.2008 in www.ristretti.it
- Circolare n. GDAP -0308268 del 17.09.2008 in www.ristretti.it

Atti internazionali

- Raccomandazione del CPT sul trattamento delle donne detenute* (2018), Il Comitato europeo per la Prevenzione della Tortura e delle Pene o Trattamenti Inumani o degradanti (CPT), <http://rm.coe.int/16806cd374>
- Sulla particolare situazione delle donne detenute e l'impatto dell'incarcerazione dei genitori sulla vita sociale e familiare* (2007/2116(INI), Risoluzione EU http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-6-2008-0102_IT.html

Giurisprudenza

- Cassazione Penale, Sezione I, sentenza n. 3604 del 1° dicembre 2021.
- Cassazione Penale, Sezione I, sentenza n. 16945 del 25 maggio 2020.
- Cassazione Penale, Sezione I, sentenza n. 47092 del 19 luglio 2018.
- Cassazione Penale, Sezione I, sentenza n. 38731 del 7 marzo 2013.
- Cassazione Penale, Sezione I, sentenza n. 16945 del 25 maggio 2020.

Side effects.
Ethnographic reflections on prescribed drug use in prisonEffetti collaterali.
Riflessioni etnografiche sugli usi del farmaco in carcere

Luca Sterchele



Double blind peer review

How to cite this article: L. Sterchele (2023). Side effects. Ethnographic reflections on prescribed drug use in prison. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XVII, 2, 114-121.
<https://doi.org/10.7347/RIC-022023-p114>

Corresponding Author: Luca Sterchele
email luca.sterchele@unipd.it

Copyright: © 2023 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Pensa Multimedia and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. *Rassegna Italiana di Criminologia* is the official journal of Italian Society of Criminology.

© The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors

Received: 18.03.2023

Accepted: 31.05.2023

Published: 30.06.2023

Pensa MultiMedia
ISSN 1121-1717 (print)
ISSN 2240-8053 (on line)
[doi10.7347/RIC-022023-p114](https://doi.org/10.7347/RIC-022023-p114)

Abstract

The issue of psychopharmacological consumption in Italian penal institutions has emerged in recent years as a particularly relevant topic. This article is based on the results of an ethnographic research conducted in three predominantly male prisons in a northern Italian region: the research made use of approximately 6 months of participant observation in the three institutions and 20 discursive interviews with healthcare workers in prison. The text aims to offer some considerations on the different uses and meanings that psychotropic drugs come to assume within the prison context. In particular, the article focuses on psychopharmacological consumption as a survival strategy with respect to an often empty and painful everyday life in prison. In this sense, psychopharmacological consumption can be seen as the reverse of treatment: the prescription and consumption of prescribed drugs are seen by prison staff and patients as a way of coping with an otherwise difficult experience. If in many cases the resort to psychotropic drugs is configured as a purely situational solution to the vicissitudes affecting prisoners, while in other cases it is configured as a primary adaptation strategy to an environment experienced as hostile. It is in these terms that this choice refers back to Goffman's observations on the strategies of withdrawal from the situation as attempts to evade the mechanisms that characterise the ordinary functioning of the prison.

Keywords: Prison, Foreigners, Treatment, Mental Health, Psychotropic Drugs.

Riassunto

La questione del consumo psicofarmacologico negli istituti di pena italiani è emersa negli ultimi anni come un tema particolarmente rilevante. Il presente articolo muove dai risultati di una ricerca etnografica condotta presso tre istituti penitenziari a prevalenza maschile di una Regione del nord Italia: la ricerca si è avvalsa di un'osservazione partecipante di circa 6 mesi presso i tre istituti e di 20 interviste discorsive con operatori dei comparti sanitari operanti presso gli istituti della regione. Il testo mira ad offrire alcune considerazioni circa i diversi usi e significati che gli psicofarmaci vengono ad assumere all'interno del contesto carcerario. In particolare, l'articolo si concentra sul consumo psicofarmacologico come strategia di ripiego rispetto ad una quotidianità penitenziaria spesso vuota e dolorosa. In questo senso, il consumo psicofarmacologico può essere visto come il rovescio del trattamento: la prescrizione, la somministrazione e il consumo di psicofarmaci sono visti da operatori e pazienti reclusi come un modo di far fronte a un'esperienza altrimenti difficile da sostenere. Se in molti casi il ricorso allo psicofarmaco si configura come soluzione prettamente situazionale a delle vicissitudini che investono l'utenza in carcere, in altri casi esso diviene vera e propria strategia di adattamento primaria ad un ambiente vissuto come ostile. È in questi termini che tale scelta rinvia alle osservazioni di Goffman circa le strategie del ritiro dalla situazione come tentativi di sottrazione rispetto ai meccanismi che caratterizzano l'ordinario funzionamento del penitenziario.

Parole chiave: Carcere, Etnografia, Trattamento, Salute mentale, Psicofarmaci.

Side effects. Ethnographic reflections on prescribed drug use in prison

Introduzione

Nel suo ultimo rapporto annuale, l'Associazione Antigone riporta che il consumo di psicofarmaci all'interno degli istituti penitenziari italiani coinvolge più del 40% della popolazione reclusa (Miravalle, 2022). Per chi fosse avvezzo al mondo carcerario, questo dato non rappresenta certo una fonte di stupore. La centralità dello psicofarmaco nell'esperienza detentiva di molti reclusi (e, invero, di molte reclusi) è cosa nota non soltanto ad operatori e operatrici che svolgono la loro attività professionale all'interno degli istituti, avendo ormai scavalcato le mura di cinta dell'istituzione per diffondersi nel dibattito pubblico e politico, anche e soprattutto a seguito degli episodi di rivolta che hanno interessato molti penitenziari del nostro paese nel 2020 (Ronco et al, 2022; Gentile e Sterchele, 2020). È proprio a seguito di questi eventi – e della narrazione mediatica e istituzionale che si è poi fatta degli stessi – che è riemersa con vigore l'importanza di elaborare delle riflessioni approfondite in merito alla rilevanza che l'oggetto psicofarmacologico ricopre nell'ambito dell'esecuzione penale inframuraria.

Pur a fronte di questo riconoscimento, che potrebbe implicitamente suggerire l'utilità di un'analisi come quella che si vuole esporre in questo articolo, resta da sciogliersi una domanda che legittimamente potrebbe sorgere al lettore: perché trattare la complessità degli usi psicofarmacologici in carcere all'interno di un numero monografico dedicato al "trattamento" penitenziario? La risposta a questo interrogativo emergerà, auspicabilmente, dalle pagine che seguono; tuttavia, credo possa essere utile fornire un inquadramento preliminare che renda esplicito il legame che sussiste tra un'analisi delle varie sfaccettature che caratterizzano il farmaco e i suoi usi penitenziari con la più ampia cornice all'interno della quale questa si viene qui ad inserire. Per risolvere la questione in poche parole, potremmo dire che in molti casi il consumo psicofarmacologico rappresenta il rovescio del trattamento, configurandosi come strumento che facilita delle strategie di adattamento individuale ad un contesto di vita spesso vuoto e permeato da una noia costante e profonda (Sterchele, 2021; Sbraccia, 2018). In questo senso, operatori della salute e pazienti vanno talvolta a significare il farmaco come elemento di ripiego nei confronti di una quotidianità segnata dall'ozio forzato, vedendo nell'assunzione di sostanze ipnoinducenti e psicoattive una possibilità di colmare quel "vuoto trattamentale" che in diversi casi caratterizza l'esperienza detentiva di molti reclusi (Vianello e Grezzani, 2021). Per quanto la prescrizione e l'assunzione di psicofarmaci rappresentino in alcuni casi delle risposte a dei quadri sintomatologici precisi e ben rico-

nosciuti, la portata del fenomeno lascia quindi intravedere degli "usi" del farmaco che sono irriducibili ad un inquadramento che li vedrebbe come semplici risposte a dei sintomi psicopatologici (Sterchele, 2021; Mjaland, 2014). Spesso infatti, come si vedrà, il farmaco viene ad assumere – agli occhi sia di chi lo prescrive che di chi lo assume – dei significati situazionali che prendono pregnanza soltanto all'interno della cornice materiale e simbolica all'interno della quale sono fatti circolare, ossia quella penitenziaria.

Metodologia

I dati che verranno presentati nel presente articolo derivano da una ricerca condotta dall'autore tra la fine del 2017 e i primi mesi del 2019. Obiettivo primario dell'indagine era quello di comprendere l'articolarsi del lavoro quotidiano di medici, psichiatri e altri operatori sanitari in servizio presso alcuni istituti penitenziari a prevalenza maschile di una regione del nord Italia, prestando particolare attenzione alle narrazioni e alle pratiche che questi mettevano in atto nei confronti della popolazione detenuta o di altre aree dello staff.

La ricerca ha fatto uso di metodi qualitativi, con riferimento primario all'etnografia sociale (Dal Lago, De Biasi, 2002). Le tecniche di ricerca utilizzate sono state prevalentemente due: l'osservazione partecipante e le interviste discorsive.

L'accesso al campo penitenziario è stato reso possibile da una formale autorizzazione del Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP) per svolgere attività di ricerca, la quale è stata poi recepita e condivisa dalle rispettive Ausl.

La ricerca si è concentrata prioritariamente su tre Case Circondariali site in una regione del nord Italia, scelte per la presenza al loro interno di altrettante sezioni psichiatriche. L'osservazione partecipante, tuttavia, si è raramente svolta all'interno delle sezioni medicalizzate, concentrandosi prevalentemente negli spazi delle infermerie o in altri luoghi dedicati alle équipe medico-psichiatriche (dentro e fuori dal carcere)¹. Questa ha avuto una durata totale di circa 6 mesi, concentrati nel periodo tra la fine del 2018 e l'inizio del 2019. In questo periodo, mi sono recato alternatamente nei tre istituti per due o tre volte la settimana, concentrando l'attività di *fieldwork* prevalentemente nella

1 Per un approfondimento in merito alle limitazioni che caratterizzano la ricerca etnografica in carcere si vedano Sbraccia e Vianello (2016); Ferreccio e Vianello (2015); Degenhardt e Vianello (2010).

fascia mattutina (in cui vi era una maggiore disponibilità e presenza dello staff dell'area sanitaria).

Le interviste discorsive hanno coinvolto un totale di 20 operatori sanitari, prevalentemente psichiatri e medici di medicina generale, ma anche psicologi e infermieri. La durata di ciascuna intervista varia tra una e due ore. Soltanto 12 di queste interviste sono state audio-registrate e trascritte verbatim: si tratta di quelle che sono state condotte nello studio dei professionisti all'esterno del complesso penitenziario. Le 8 interviste che si sono tenute in carcere, invece, sono state trascritte soltanto in parte, in quanto non era stata autorizzata l'introduzione in istituto di strumenti di audio-registrazione. A queste si aggiungono poi numerose interviste etnografiche di carattere più estemporaneo, tenutesi nel corso dell'attività di osservazione. Tutte le interviste sono state condotte durante i turni di lavoro dei partecipanti, i quali sono stati informati in merito agli obiettivi della ricerca e hanno acconsentito a prendervi parte.

Tutti e tre i penitenziari erano caratterizzati dalla presenza di una popolazione prevalentemente maschile, per quanto in ciascuno di essi fossero presenti sezioni più piccole dedicate alle donne detenute. Per garantire la privacy e l'anonimato dei partecipanti, i loro nomi e quelli degli istituti penitenziari in cui si è svolta la ricerca sono stati tutti sostituiti con nomi di fantasia, presi a prestito dall'opera "Le città invisibili" di Italo Calvino.

Al fine di fornire al lettore alcune indicazioni aggiuntive rispetto all'interpretazione dei dati che verranno presentati in seguito, può essere utile fornire alcune informazioni di massima relative a ciascuno dei tre istituti presi in considerazione. Il carcere di Zobeide registrava circa 900 detenuti al momento della ricerca, mentre Ipazia e Maurilia ne ospitavano rispettivamente 500 e 400. Tutti e tre gli istituti, situati in aree urbane, erano piuttosto sovraffollati (si va da un tasso del 120% per Maurilia e Ipazia fino al 180% di Zobeide) e si caratterizzavano per un'alta percentuale di detenuti stranieri (vicina al 60%) e una presenza di reclusi con diagnosi di tossicodipendenza vicina alla media nazionale (tra il 30 e il 35%). Nel periodo in cui si è svolta la ricerca, i tre penitenziari adottavano un regime di «celle aperte», salvo la presenza, ancora una volta trasversale ai tre, di una o più sezioni «chiuse» utilizzate a fini disciplinari sulla base di valutazioni di carattere premiale-sanzionatorio (Sterchele, 2021).

Presentazione e discussione dei risultati

Come anticipato in introduzione, la questione del consumo psicofarmacologico all'interno degli istituti di pena è ormai entrata con vigore nel dibattito pubblico sul carcere, così come nella discussione accademica di impronta socio-giuridica e criminologica. Le analisi avanzate negli ultimi anni a livello nazionale, tuttavia, tendono a risolvere la complessità che caratterizza il fenomeno su due chiavi esplicative che andrebbero indagate ulteriormente: da un lato, seguendo un'ipotesi di limpida linearità clinica

tra sintomatologia e intervento terapeutico, l'elevato consumo di psicofarmaci è interpretato come indicatore della diffusione di disturbi psicopatologici tra la popolazione reclusa, questione questa emersa con particolare forza a seguito della recente chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (Iannucci e Brandi, 2018; cfr. Sterchele, 2021). Dall'altra, adottando una prospettiva più propriamente critica, alcuni autori hanno riproposto con rinnovata forza delle letture che vedono nella "contenzione chimica" un elemento caratterizzante delle forme di governo penitenziario (Verde, 2011), rispetto alle quali le istanze di sedazione del detenuto altrimenti irrequieto e riottoso si configurerebbero come prassi diffuse volte ad assicurare l'equilibrio quotidiano nelle sezioni.

Entrambe le letture introducono e mettono in luce degli elementi non trascurabili in un tentativo di comprensione del fenomeno, il quale però non sembra essere riducibile a delle consequenzialità così limpide. Da questo punto di vista, l'osservazione partecipante ha permesso di riscontrare un aspetto che rimane parzialmente escluso dalle ipotesi di cui sopra, avente a che fare con la direzionalità di processi di prescrizione e somministrazione farmacologica che non sempre vengono avviati su iniziativa degli operatori della salute. È spesso il paziente stesso, infatti, a chiedere di aver prescritto un determinato farmaco, anche scavalcando il momento di presentazione e discussione dei sintomi. È a questo proposito che molti operatori denunciano la diffusione di un marcato "appetito" farmacologico tra la popolazione reclusa.

Ma guarda questa della terapia farmacologica è una...è un tema che abbiamo affrontato negli anni anche con i colleghi, anche qua a livello regionale, perché come sai, l'appetito per il farmaco dentro è...fortissimo.
(*Responsabile di programma ASL, Casa Circondariale di Ipazia, 2017*)

L'inversione che si viene ad evidenziare guardando alle richieste dei reclusi in merito alla distribuzione farmacologica finisce per mettere parzialmente in discussione un'ipotesi che vede nell'uso diffuso del farmaco l'indicatore di una strategia lineare di governo biochimico della popolazione reclusa. Per quanto l'ipotesi che vede nel farmaco un oggetto importante nella prassi governamentale dell'istituzione non sia da escludersi a priori, le richieste di somministrazione mosse dall'utenza stessa intorbidiscono un quadro che è spesso descritto come eccessivamente limpido. Per approfondire la questione, risulta utile fare riferimento alle motivazioni che sono addotte dai pazienti a suffragio della richiesta di farmaci. A questo riguardo, le ricostruzioni di senso messe in campo dagli operatori appaiono tra loro piuttosto eterogenee, producendosi in una maggiore o minore combinazione di variabili che interessano il paziente recluso. In diversi casi, le strategie di riduzione della complessità diffuse nell'ambiente penitenziario (Torrente, 2014) giocano anche in questo campo un ruolo rilevante nell'attribuzione di un'identità monodimensionale al paziente "richiestivo".

Mi reco in ambulatorio da Laerte, medico di medicina generale, il quale mi dice che l'attività ambulatoriale da questa parte dell'istituto è rivolta alle sezioni 5 e 6, riservate alla reclusione. Mi dice: "qua abbiamo solo quelli del quinto e del sesto, della reclusione...è più tranquilla qua, in genere hai solo patologie croniche. È di là che c'è più casino invece, di là sono tossici! Vengono giù sempre per chiedere 'dammi gocce' che vogliono avere farmaci, qua di solito non succede, è di là che rompono sempre le scatole che vogliono più farmaci".
(*Diario Etnografico, Casa Circondariale di Maurilia, 2019*)

Il composito insieme di variabili che storicamente viene a differenziare la popolazione reclusa nelle Case Circondariali da quella presente nelle Case di Reclusione è qui ridotto ad una stigmatizzante linearità: nelle prime, come sostiene il medico citato in nota, la presenza di una quota significativa di detenuti con problemi di dipendenza determina una richiesta maggiore di psicofarmaci, che si ritiene motivata da una propensione tossicofila che vede nell'abuso di sostanze prescritte un succedaneo efficace al consumo di sostanze praticato abitualmente all'esterno.

Altri operatori della salute, considerando più ampiamente un insieme di variabili che tengono conto delle storie personali dei pazienti, del loro quadro clinico e della loro condizione di vita all'interno dell'istituto, tentano di ricostruire spiegazioni più articolate. È su questo versante che emerge la centralità dello psicofarmaco come strategia di adattamento messa in atto dal paziente nei confronti di una quotidianità che per molti è segnata da una situazione di "vuoto trattamentale".

È per farsi passare il tempo, un poco sì è di questo tipo...e d'altronde ritengo che al di là di quella che può essere una patologia psichiatrica franca, quest'idea di riuscire per esempio a dormire, no, di non svegliarsi durante la notte e cominciare a pensare, l'angoscia, credo che possa essere per loro un po' – un po' di sollievo ecco, anche in carcere...sicuramente il carcere deve far comprendere alle persone che hanno sbagliato ma insomma non può essere poi – non possiamo dire "beh, l'hai voluta e allora adesso soffri" (ride), perché sembra una cosa insomma che...
(*Psichiatra, Casa Circondariale di Zora, 2018*)

Ecco quindi che la differenziazione tra l'utenza presa in carico nelle Case Circondariali e quella delle Case di Reclusione assume sfumature più significative, non sussumibili nell'ipotesi della "marcata tossicofilia". Le due tipologie di istituto non si distinguono soltanto per le caratteristiche sociali della popolazione che vi è reclusa, ma differiscono significativamente anche in riferimento all'offerta trattamentale messa in campo dall'organizzazione stessa. Come risaputo, la proposta di attività lavorative, scolastiche o anche banalmente "ricreative" e culturali avanzata dagli istituti penitenziari si concentra in particolar modo su quei reclusi che hanno attribuita una condanna definitiva, laddove nelle Case Circondariali

una fetta consistente della popolazione detenuta risulta essere in attesa di giudizio (Associazione Antigone, 2022). Ne deriva che un numero consistente di reclusi è spesso escluso da qualsivoglia attività – per quanto in misura variabile da un carcere all'altro – vedendosi condannato a trascorrere una quotidianità segnata dall'ozio forzato, aggravatasi ulteriormente nella fase pandemica esplosa poco tempo dopo la conclusione di questa ricerca (Grattagliano *et al*, 2020; Ravagnani *et al*, 2020). È proprio in questi vuoti che il consumo psicofarmacologico si inserisce come strategia di sopravvivenza nei confronti della prospettiva di giornate (ma anche settimane o mesi) nelle quali l'inattività determina o contribuisce significativamente all'insorgere o aggravarsi di vissuti di malessere.

Se quindi la richiesta di "qualche goccia in più" si configura come un tentativo di sedazione circoscritto, adottato "al bisogno" nel momento in cui le vicissitudini dell'esperienza detentiva si fanno particolarmente problematiche, quella del ritiro farmacologico finisce talvolta per costituirsi come forma di adattamento primaria al contesto istituzionale, in linea con le strategie del ritiro già evidenziate a suo tempo da Goffman (1968).

Allora, alcuni cercano se c'è una marcata tossicofilia, ma anche qui è problematico, perché devi tenere conto del contesto: da un lato va riconosciuto che qui dentro il farmaco è merce di scambio², e dall'altro c'è chi il carcere se lo vuole dormire, vivendolo come periodo di totale sospensione. Quindi anche lì non hai indicatori affidabili in molti casi...".
(*Intervista Etnografica, Casa Circondariale di Maurilia, 2019*)

Le richieste di farmaci avanzate dalla popolazione detenuta vengono qui a delinearsi come istanze orientate ad un tentativo strutturale di sottrazione rispetto al tempo vuoto della pena, lasciando intravedere una progettualità specifica che vede nella sedazione prolungata una valida alternativa al mancato inserimento in un'offerta trattamentale selettiva (e quindi, per alcuni, esclusiva) o, in taluni casi, poco appetibile. Di converso, il coinvolgimento dell'utenza in progettualità di impronta lavorativa, educativa o ricreativo/culturale appare un elemento chiave nel consentire l'espletarsi di un vissuto detentivo maggiormente attivo (Romano *et al*, 2020; Pietralunga *et al*, 2020), sia che queste si configurino in un'ottica formativa o come valido impiego, sia che rappresentino un semplice "intrattenimento" (Sbraccia, 2018) che consente di trascorrere parti della giornata al di fuori degli spazi ristretti della cella o della sezione.

2 La rilevanza del farmaco all'interno dei mercati informali inframurari rappresenta un ulteriore elemento significativo rispetto alle significazioni, alle pratiche e agli usi eterogenei che di questi vengono fatti all'interno del perimetro delle mura. La questione tuttavia non può essere approfondita in questa sede. Per approfondimenti a riguardo si rimanda ai lavori di Mjaland (2014; 2016).

Un detenuto chiede alla dottoressa che gli venga prescritta una pastiglia in più di Stilnox al bisogno, la sera. Lei gli dice che “al bisogno però diventa tutte le sere poi”, al che lui ribatte: “eeh è una pastiglia di merda quella, lo Stilnox...”. La dottoressa quindi gli chiede “ma allora perché la prendi?”; lui dice “eh, perché è quella che mi calma”. Poi continua: “quando parlo con lo psicologo o con lo psichiatra non le prendo le pastiglie, perché ti sfoghi...”. Lei infatti gli dice “cerca di prenderne meno di queste pastiglie che ti fanno male...”. Lui ribatte infatti: “dottoressa, io quando trovo qualcuno con cui parlare, che mi capisce, io non prendo questo...ma quiii, qui è un casino”. Continua poi a parlare con la dottoressa raccontandole dei suoi problemi: gli hanno detto che non può vedere la figlia, ma “io gli ho detto ma come? E mi hanno detto ‘ha deciso il giudice’...va bene, se ha deciso il giudice ci dev’essere un foglio scritto no, così io faccio ricorso, invece niente...”. Continua: “anche il lavoro ti aiuta, vai di qua, vai di là...adesso almeno vado a scuola”. Ancora: “tutte queste cose vengono la sera, di giorno ci son le celle aperte e parli con questo, parli con quello...ma la sera, appena mi chiudono la cella, mamma mia, io sudo freddo”. La dottoressa gli consiglia di fare una domandina, ma lui dice di farne sempre molte, non ricevendo mai risposta: “quello che ti fa male di più è quello, quando non c’è risposta”. Dice poi che anche Sandro (lo psicologo) non lo ascolta sul serio: quando era andato a parlare con lui, dopo mezz’ora che raccontava le sue cose, Sandro gli ha chiesto “ma perché mi stai raccontando queste cose?”. La dottoressa lo segna comunque dallo psicologo, ma lui fa una faccia come per dire “non serve a niente”, poi se ne va.

(Diario Etnografico, Casa Circondariale di Ipazia, 2019)

Il lavoro e la scuola emergono nella nota come opportunità apprezzabili di investimento del tempo, se non altro, come si diceva, per l’elemento di intrattenimento che offrono a fronte di una sofferenza in questo caso legata ad una separazione dagli affetti, ulteriormente acuita dall’inattività forzata (Lisi *et al.*, 2020; Grattagliano *et al.*, 2016). Anche l’interazione con lo staff è qui valorizzata come elemento importante nell’esperienza complessiva, sia nella formale veste di un servizio incaricato di rispondere alle esigenze di salute del paziente, sia nel costituirsi informalmente come sponda efficace nel consentire una decompressione delle preoccupazioni e delle difficoltà esperite dallo stesso “Cherchi (2016)”. La possibilità di rivolgersi all’operatore per “sfogarsi”, tuttavia, è spesso inibita da una scarsa responsività degli stessi rispetto a richieste di colloquio che sono talvolta percepite come “eccedenti” rispetto alla propria area di intervento (Sterchele, 2021). A questo proposito, la differenziazione riscontrata internamente allo staff socio-sanitario operante negli istituti di pena considerati è significativa e dipendente da più fattori: in primo luogo, dall’interpretazione che ogni operatore assume rispetto al proprio ruolo, abbracciando una visione più o meno estensiva di quelli che possono essere i propri ambiti di intervento in riferimento a dei concetti, altrettanto elastici, di “salute” e di “diritto” alla stessa (cfr.

Cherchi, 2016); in secondo luogo, dalle possibilità materiali in termini di tempo e risorse delle quali lo staff dispone per prendere in carico richieste che si situano in quest’area “grigia” (cfr. Torrente 2016; 2018); infine, dal grado di condivisione e interiorizzazione delle cornici simboliche disponibili nel contesto sociale del penitenziario, che operando una riduzione della complessità portano ad una tipizzazione semplicistica della popolazione reclusa, finendo per relegare alcuni utenti ai quali sono attribuite determinate caratteristiche nelle categorie dei pazienti “strumentali” e portando conseguentemente all’adozione di un’indifferenza istituzionalizzata nei loro confronti (Sterchele, 2021; Ronco, 2018; Cherchi, 2017).

La relazione medico-paziente come contrattazione quotidiana

Nel periodo di svolgimento della ricerca, tra i servizi sanitari operanti negli istituti penitenziari della regione presa in considerazione era in atto un tentativo di coordinamento volto a ridefinire in chiave restrittiva i criteri di prescrizione psicofarmacologica in carcere, in modo da poter ridurre la quantità di psicofarmaci erogati alla popolazione detenuta per far fronte a dinamiche rilevate di “abuso” di alcune sostanze prescritte (su un tentativo simile, si vedano Princivalli e Sbraccia, 2021).

Per quanto queste linee guida fossero state generalmente recepite e condivise da una parte consistente dei professionisti della salute che hanno preso parte alla ricerca, le problematiche connesse alla gestione delle richieste da parte dell’utenza reclusa hanno continuato a porre delle difficoltà rilevanti nel lavoro quotidiano di medici e altri operatori sanitari, tanto da caratterizzare come particolarmente difficoltoso il rapporto con una fascia significativa della popolazione detenuta.

E poi dopo c’è il rapporto con i detenuti stessi che è un rapporto diciamo fatto di una conflittualità quotidiana...dove la conflittualità nel nostro istituto, che è un istituto diciamo relativamente piccolo, dove - è una casa circondariale, quindi non è un carcere di massima sicurezza, quindi non troviamo gli ergastolani, ma troviamo tutti dei reati legati praticamente o all’uso o allo spaccio di sostanze stupefacenti, oppure diciamo delle condotte di un certo tipo da parte di questa tipologia di pazienti, quindi lesioni nei confronti dei familiari, aggressività, quindi tutti reati un po’ legati all’uso delle sostanze... quindi la conflittualità con queste persone qua è legata proprio alla richiesta continua che loro fanno di sostanze: non solo della sostanza che sostituisce diciamo la droga che loro assumevano, ma più in generale tutto il mondo dei farmaci, gli psicofarmaci e le benzodiazepine, perché cercano continuamente di prendere roba o per stare un pochino diciamo più tranquilli, oppure per...no? Per sballare un po’...e quindi questo significa che loro ricorrono molto all’infermeria, chiedono molto all’infermeria, chiedono molto al mondo sanitario, sempre diciamo mediati da tutto il mondo degli agenti, perché sono gli agenti che li devono far scendere no? E c’è

quindi tutta questa trattazione (ride), questo trattare: ‘ti dò così’, ‘te lo dò solo per cinque giorni’, ‘te lo dò per venti giorni poi diminuio’, ‘fa il bravo’, eee capito, proprio un continuo ridiscutere del loro patto della salute per ciò che riguarda i farmaci...

(Caposala, *Casa Circondariale di Zora*, 2018)

Data la pluralità degli usi e dei significati associati al consumo di psicofarmaci, la somministrazione degli stessi è al centro di una fitta trama di relazioni e negoziazioni che si triangolano tra i tre gruppi principali che vivono il carcere: la popolazione detenuta, l’amministrazione penitenziaria e l’area sanitaria. La contrattazione sulla distribuzione farmacologica sembra infatti emergere come nodo di interesse problematico, anche e soprattutto alla luce della riforma del 2008 (per un’analisi complessiva degli effetti di questa si vedano: Cherchi, 2016; Ronco, 2014). Per far fronte al rischio intravisto per il quale i farmaci prescritti sarebbero potuti esser conservati dall’utente e conseguentemente sottoposti a degli “usi impropri”, la decisione presa a livello regionale verteva in primo luogo sullo stabilire una preferenza generalizzata per l’adozione di farmaci “in gocce”, unita ad una drastica restrizione nella prescrizione off-label di alcuni farmaci ritenuti essere appunto “da abuso” (il Rivotril su tutti).

La caposala mi riferisce dell’uso preferenziale, in genere, di farmaci in gocce, quindi non conservabili. In riferimento a questa scelta, mi mostra una scatola di Zyprexa Velotab, un antipsicotico che viene somministrato attraverso delle pellicole che si sciolgono immediatamente a contatto con la lingua, rendendone in tal modo impossibile lo scambio. Sembra elogiare molto questo farmaco, proprio per le virtù indicate, “per quanto non sia facile farcelo passare, perché costa un po’ di più del suo equivalente in pastiglie, e la prescrizione di questo richiederebbe alcuni elementi ulteriori”. Il suo commento sullo Zyprexa è comunque decisamente positivo: “ah questo costa di più ma si scioglie subito a contatto con la lingua, è fantastico...con questo sei sicuro che non li possono nascondere e scambiare”.

(*Diario Etnografico, Casa Circondariale di Zora*, 2018)

Al fine di serrare le fila, garantendo una miglior tenuta delle linee guida previste ed evitare che la contrattazione sulla somministrazione psicofarmacologica finisca per riempire il lavoro quotidiano di molti operatori dei reparti sanitari, un’ulteriore restrizione dei canali di accesso alla prescrizione è stata introdotta in alcuni istituti penitenziari ad oggetto della ricerca. Questa ha a che fare con una ridefinizione dell’alveo degli operatori con “potere di prescrizione”³, limitando questa possibilità ai soli psichiatri. La maggior parte delle richieste di farmaci in carcere, infatti, si dirigeva prioritariamente ai medici di medicina generale, anche in virtù della loro presenza costante a

fronte di una talvolta esigua presenza settimanale degli specialisti di area psichiatrica. Il ruolo preponderante del medico nelle dinamiche di prescrizione finiva però per rendere spesso ineffettivo un tentativo di coordinamento sulla somministrazione, determinando differenziazioni significative tra un professionista e l’altro derivanti a loro volta da culture professionali tra loro eterogenee (Scivoletto, 2018).

Chiedo al medico di medicina generale se possa prescrivere direttamente le terapie psichiatriche: “potremmo, ma ora abbiamo deciso che i medici dicano che non possono, perché se no non se ne poteva più, avevi sempre troppa gente che veniva giù solo per chiedere farmaci... così abbiamo ridotto del 50% il numero di visite”.

(*Diario Etnografico, Casa Circondariale di Maurilia*, 2019)

La scelta, a suo modo drastica, di serrare i canali di prescrizione limitandoli alle sole figure degli psichiatri determina a sua volta un carico di lavoro significativo per questi ultimi, tale da costringerli talvolta a dedicare la maggior parte del tempo in istituto per la liquidazione delle numerose richieste. Per quanto utile nel ridurre le domande di colloquio e quindi il carico di lavoro dei medici, infatti, il meccanismo adottato si dimostra spesso inefficace nel garantire un’effettiva valutazione approfondita in merito all’opportunità o meno di procedere con la prescrizione, favorendo di contro una gestione più protocollare e burocratizzata delle richieste. Qualora gli incarichi degli specialisti in psichiatria prevedano un monte ore adeguato, invece, il lavoro in istituto ritorna a concentrarsi sulle dinamiche di negoziazione sulla prescrizione farmacologica sopra descritte. Se la dimensione del conflitto rimane presente, caratterizzando una parte non trascurabile degli incontri psichiatra-paziente, l’adozione di un approccio tollerante e comprensivo nei confronti della situazione di vita dell’utente consente di avvicinarsi alla realizzazione di una certa alleanza terapeutica anche sul piano farmacologico.

Allora, io devo dire che con i pazienti che chiamerei più «pazienti psichiatrici», nel senso che mmmh pazienti che presentano appunto disturbi deliranti, depressioni, cose così, allora l’alleanza terapeutica si riesce a trovare...con gli altri pazienti che hanno un uso un pochino più strumentale dei farmaci, cheee agiscono in maniera molto – che hanno degli agiti auto-aggressivi – aggressivi in genere ma soprattutto auto-aggressivi a scopo strumentale, no?, ‘non mi dai, mi taglio, mi coso’, tutto quel, ‘non fai quello che ti chiedo allora io alzo il tiro e mi faccio del male’, eccetera eccetera, l’alleanza la si ottiene solo al prezzo di non essere rigidi e di non essere – di non porsi in maniera simmetrica con loro e quindi naturalmente cedendo sul lato farmacologico...perché questa è la cosa cheee bisogna dare, allora hai un pochino...devo dire che i pazienti – i detenuti richiedono colloqui, ci sono detenuti che se tu andassi tutti i giorni loro verrebbero tutti i giorni, ma credo proprio perché manca – hanno bisogno un po’ di compagnia, quello che soffrono tutti un

3 La nominazione deriva dalle parole di uno psicologo, partecipante alla ricerca.

po', la solitudine, la noia...e se pensiamo che solitudine e noia sono spesso anche due cose che nei disturbi di personalità, nei disturbi - che compaiono proprio come sintomo, il carcere (ride) il carcere è una cosa che esaspera molto questo tipo di...

(*Psichiatra, Casa Circondariale di Zora, 2018*)

Ad assumere centralità in questa negoziazione è quindi la dimensione dell'“accordo”, inteso come bilanciamento consapevole tra richiesta di somministrazione e risposta terapeutica. Anche in questo caso, ad esser particolarmente sottolineata è la parziale sovrapposizione e indiscernibilità tra sintomi psicopatologici e situazioni di disagio determinate da un contesto di noia e solitudine (Sterchele, 2022). È proprio rispetto a questo aspetto che le attività degli operatori socio-sanitari si vengono ad intrecciare pienamente con le articolazioni – o, in molti casi, con i vuoti – dell'offerta trattamentale.

Conclusioni

Nel corso dell'articolo si è tentato di offrire alcuni spunti analitici volti a fare luce sul fenomeno del consumo psicofarmacologico tra la popolazione reclusa. Essendo questo un aspetto riconosciuto come centrale nell'esperienza detentiva o professionale di detenuti e operatori, si è posta con forza l'urgenza di una riflessione che andasse a viscerare la complessità del farmaco in carcere al di là dei suoi formali usi “da bugiardinio”. L'immagine dello psicofarmaco che emerge dall'analisi è infatti quella di una sostanza investita da usi e significazioni eterogenei da parte di staff e reclusi: oltre ad essere un utile strumento in chiave terapeutica, lo psicofarmaco viene ad assumere sia un valore di scambio all'interno delle economie informali inframurarie, sia un valore d'uso che eccede le previsioni cliniche più tradizionali.

A fronte di richieste orientate ad un consumo di questo tipo, gli operatori dei comparti sanitari assumono posizioni tra loro differenziate, sintetizzabili nelle tipologie già evidenziate da Sbraccia (2018) dei medici di “manica larga” e di “manica stretta”. Se i secondi tendono a restringere il più possibile i canali di prescrizione adottando un riferimento particolarmente “rigido” nei confronti di indicazioni cliniche ben predefinite, i primi muovono la valutazione specialistica su un piano prettamente situazionale, prendendo in considerazione e valorizzando la peculiarità del vissuto che caratterizza l'utenza. Lo psichiatra citato in una nota riportata nel testo, ad esempio, rivendica la legittimità di un uso farmacologico volto a “dare un po' di sollievo” rispetto ad una condizione detentiva logorante, per quanto in assenza di quadri patologici ben definiti. A giocare un ruolo in questa negoziazione tra utenza e personale sanitario vi è anche lo staff dell'area della sorveglianza, il quale svolge una funzione di “filtro” significativa (per quanto spesso problematica) nel gestire le richieste di visita avanzate dai detenuti in sezione, potendo contare su una presenza ed un'osservazione più costante della quo-

tidianità in sezione.

Il consumo psicofarmacologico viene quindi a configurarsi come strategia che consente la messa in atto sia di pratiche ricreative – vedendo così una sorta di continuità rispetto ad un uso di sostanze illegali che potrebbe essere praticato all'esterno – che di tentativi di intervento sintomatologico nei confronti di vissuti di malessere scatenati o intensificati dalle variabili situazionali che investono l'utenza detenuta. È in particolare su quest'ultimo aspetto che si è concentrata la trattazione qui esposta, in quanto è su questo versante che si viene a produrre in modo più evidente il legame che lega il consumo psicofarmacologico e l'offerta trattamentale: la consistente richiesta di aver prescritti e somministrati farmaci diversi si presenta spesso come rimedio provvisorio ad un vissuto detentivo caratterizzato da una situazione di “vuoto trattamentale”, lasciando intravedere come il consumo psicofarmacologico massiccio possa in alcuni casi essere letto come il rovescio di un'offerta trattamentale selettiva e talvolta poco appetibile. La richiesta delle gocce per dormire o per calmarsi diventa così emblema di un'assunzione psicofarmacologica che si costituisce come forma di adeguamento ad un contesto segnato dalla noia e da pressanti preoccupazioni, venendo talvolta a sedimentarsi come strategia di adattamento primaria alla vita istituzionale sul modello del ritiro descritto da Goffman (1968).

Riferimenti bibliografici

- Associazione Antigone (a cura di) “Il carcere visto da dentro. XVIII Rapporto sulle condizioni di detenzione”. Consultabile al link: <https://www.rapportoantigone.it/diciottesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/> (ultimo accesso: 15/02/2023).
- Gentile, M., & Sterchele, L. (2020). Il caso Modena. In Associazione Antigone (eds.), *Il carcere al tempo del Coronavirus. XVI Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione*. Roma: Antigone.
- Sterchele, L. (2021). *Il carcere invisibile. Etnografia dei saperi medici e psichiatrici nell'arcipelago carcerario*. Milano: Meltemi.
- Sterchele, L. (2022). “Ma uno si deve proprio tagliare?” Ricorsività del dolore e usi simbolici del corpo nelle pratiche di auto-scarificazione in carcere. *Etnografia e Ricerca Qualitativa*, 3, 429-450.
- Cherchi, C. (2016). Curare il carcere. Note sul passaggio di competenze in materia di sanità penitenziaria. *Antigone. Semestrale di critica del sistema penale e penitenziario*, 1/2, 219-232.
- Cherchi, C. (2017). L'Ippocrate incarcerato. Riflessioni su carcere e salute. *Studi sulla questione criminale*, XII, 3, 79-100.
- Dal Lago, A., & De Biasi, R. (2002). Introduzione. In Dal Lago, A., & De Biasi, R. (eds.), *Un certo sguardo. Introduzione all'etnografia sociale*. Roma-Bari: Laterza.
- Degenhardt, T., & Vianello, F. (2010). Convict Criminology: provocazioni da oltreoceano. La ricerca etnografica in carcere. *Studi sulla Questione Criminale*, 5 (1), 9-23.
- Ferreccio, V., & Vianello, F. (2015). La ricerca in carcere in Argentina e in Italia. Strategie del penitenziario e pratiche di

- resistenza. *Etnografia e Ricerca Qualitativa*, 2, 321-342.
- Goffman, E. (1968). *Asylums. Le istituzioni totali: la condizione sociale dei malati di mente e altri internati*. Torino: Einaudi.
- Grattagliano, I., Pietralunga, S., Taurino, A., Cassibba, R., Laccalandra, G., Pasceri, M., Preti, E., & Catanese, R. (2016). Be fathers in prison. Reflections on parenting and state detention and a review of literature. *Rassegna Italiana Di Criminologia*, X, 6-17.
- Grattagliano, I., Petruzzelli N., Pirè V., Vernaglione S., Dassisti L., Ravagnani L., & Romano C. A. (2020). Double penalty and double right? Prison at the time of the Covid-19. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XIV, 278-288.
- Iannucci, M., & Brandi, G. (2018). Il reo folle e le modifiche dell'ordinamento penitenziario. *Diritto Penale Contemporaneo*, 2, 89-131.
- Miravalle, M. (2022). Pazze galere. Esiste una "questione psichiatrica" nel sistema dell'esecuzione penale? In Associazione Antigone (eds.), *Il carcere visto da dentro. XVIII Rapporto sulle condizioni di detenzione*. Consultabile al link: <https://www.rapportoantigone.it/diciottesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/salute-mentale/> (ultimo accesso: 15/02/2023).
- Lisi, A., Grattagliano, I., Berlingiero, I., & Catanese, R. (2016). "Cuore oltre le sbarre": studio pilota sulla paternità in carcere". *Rassegna Italiana Di Criminologia*, X, 303-311.
- Mjåland, K. (2014). 'A culture of sharing': Drug exchange in a Norwegian prison. *Punishment & Society*, 16(3), 336-352.
- Mjåland, K. (2016). Exploring prison drug use in the context of prison-based drug rehabilitation. *Drugs: Education, prevention and policy*, 23(2), 154-162.
- Pietralunga, S., Grattagliano I., Lalla, & Bologna M. (2020). Minori e attività sportive. Ricerca-intervento per la prevenzione primaria della devianza minorile: il contributo della criminologia. *Rassegna Italiana Di Criminologia*, XIV, 120-132.
- Principivalli, C., & Sbraccia, A. (2021). La manica stretta. Ipotesi di regolazione della somministrazione di psicofarmaci in carcere. In Associazione Antigone (eds.), *Oltre il virus. XVII Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione*. Consultabile al link: <https://www.rapportoantigone.it/diciassettesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/la-manica-stretta-ipotesi-di-regolazione-della-somministrazione-di-psicofarmaci-in-carcere/> (ultimo accesso: 15/02/2023).
- Ravagnani L., Romano C. A., Dassisti L., & Grattagliano I. (2020). Pandemic in prison. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XIV, 269-277.
- Ronco, D. (2014). La salute negata. Processi di esclusione nelle carceri italiane. *Studi sulla questione criminale*, 9(3), 107-125.
- Ronco, D. (2018). *Cura sotto controllo: il diritto alla salute in carcere*. Roma: Carocci.
- Ronco, D., Sbraccia, A., & Verdolini, V. (2022). Violenze e rivolte nei penitenziari della pandemia. *Studi sulla questione criminale*, 18(1), 99-123.
- Romano C. A., Pietralunga S., Ravagnani L., Dassisti L., Prina F., & Grattagliano I. (2020). Pandemic and right to university study in prison. *Rassegna Italiana Di Criminologia*, XIV, 305-318.
- Sbraccia, A., & Vianello, F. (2016). Introduzione. Carcere, ricerca sociologica, etnografia. *Etnografia e Ricerca Qualitativa*, 2, 183-210.
- Sbraccia, A. (2018b). Contenere il malessere? Salute e socialità in carcere. In Kalica, E., & Santorso, S. (eds.), *Farsi la galera. Spazi e culture del penitenziario*. Verona: Ombre Corte.
- Scivoletto, C. (2018). *Guarire dal male. Cultura giuridica e sanità in carcere*. Milano: Franco Angeli.
- Torrente, G. (2014). Il ruolo dell'educatore penitenziario nel processo di criminalizzazione. Osservazioni da una ricerca sul campo. *Studi sulla questione criminale*, 1-2, 137-156.
- Torrente, G. (2018). *Le regole della galera. Pratiche penitenziarie, educatori e processi di criminalizzazione*. Torino: L'Harmattan Italia.
- Verde, S. (2011). *Il carcere manicomio: le carceri in Italia tra violenza, pietà, affari e camicie di forza*. Roma: Sensibili alle foglie.
- Vianello, F., & Grezzani, L. (2021). La 'revisione critica delle condotte antiggiuridiche': prima riflessione sugli aspetti pragmatici e simbolici di un artefatto normativo. *Studi sulla Questione Criminale*, 3, 7-33.

Empowerment in prison medical service: health education and experiential workshops to meet real care needs of inmate patient. The experience of Mantova prison

L'empowerment in medicina penitenziaria: educazione alla salute e laboratori esperienziali per soddisfare i reali bisogni di cura del paziente detenuto. L'esperienza nella casa circondariale di Mantova

Laura Mannarini | Metella Romana Pasquini Peruzzi | Chiara Sgarbi

OPEN ACCESS

Double blind peer review

How to cite this article: L. Mannarini et alii (2023). Empowerment in prison medical service: health education and experiential workshops to meet real care needs of inmate patient. The experience of Mantova prison. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XVII, 2, 122-131. <https://doi.org/10.7347/RIC-022023-p122>

Corresponding Author: Laura Mannarini
email laura.mannarini@hotmail.com

Copyright: © 2023 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Pensa Multimedia and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. *Rassegna Italiana di Criminologia* is the official journal of Italian Society of Criminology.

© The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors

Received: 18.03.2023
Accepted: 31.05.2023
Published: 30.06.2023

Pensa MultiMedia
ISSN 1121-1717 (print)
ISSN 2240-8053 (on line)
[doi:10.7347/RIC-022023-p122](https://doi.org/10.7347/RIC-022023-p122)

Abstract

Inmates health protection, in addition to individual response to symptoms and needs, could be reached improving the ability to take care of yourself, the promotion of adequate lifestyles and an easy access to diagnostic-therapeutic pathways- rehabilitation. These aims can be achieved through primary prevention actions based on the concept of "Empowerment", a strategy which through health education and promotion of positive health behaviors provides people with the tools to make better decisions for their well-being, thus reducing cultural and social inequalities. In the prison system, this methodology is mainly developed through experiential laboratories, aimed at experimenting cognitive models that settle down and find their application in everyday life of both individuals and groups. Starting from these assumptions, some ludic-therapeutic activities aimed at subgroups of the population have been proposed within the prison of Mantova, as a starting point for paths of autonomy, mutual aid and inclusion. Therefore, some of the experiential workshops will be described, in terms of health promotion and education, aimed at inmates of the male and female sections, conducted by the prison medical Equipe.

Keywords: health, prison, empowerment, information therapy, creativity.

Riassunto

La tutela della salute delle persone recluse appare realizzabile, oltre che con interventi individuali di risposta a sintomi e bisogni, attraverso un miglioramento della capacità di prendersi cura di sé, la promozione di stili di vita adeguati e un agevole accesso a percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi. Tali obiettivi possono essere ottenuti attraverso azioni di prevenzione primaria basate sul concetto di "Empowerment", una strategia che con l'educazione sanitaria e la promozione dei comportamenti favorevoli alla salute fornisce alle persone gli strumenti per prendere decisioni migliori per il proprio benessere, riducendo così le disuguaglianze culturali e sociali. Nel contesto penitenziario, tale metodologia si sviluppa principalmente mediante laboratori esperienziali volti a sperimentare modalità cognitive che si sedimentino e trovino la loro applicazione nella realtà quotidiana del singolo e del gruppo. Partendo da questi presupposti, all'interno della Casa Circondariale di Mantova sono state proposte alcune attività ludico-terapeutiche rivolte a sottogruppi della popolazione, quale punto di partenza per percorsi di autonomia, mutuo aiuto e inclusione. Saranno, quindi, descritti i diversi laboratori esperienziali, in tema di promozione e educazione alla salute, rivolti ai detenuti delle sezioni maschili e femminili, condotti dall'Equipe di medicina penitenziaria operante nella struttura.

Parole chiave: salute, carcere, empowerment, terapia informativa, creatività.

Empowerment in prison medical service: health education and experiential workshops to meet real care needs of inmate patient. The experience of Mantova prison

Introduzione. La tutela della salute in carcere

Nella maggior parte degli studi che indagano le condizioni di vita della popolazione detenuta emerge una particolare attenzione rispetto alle caratteristiche e criticità dell'assistenza sanitaria fornita negli istituti penitenziari (Voller et al., 2016; Bolcato et al., 2021; Reimer et al., 2021). Secondo quanto riportato da diversi documenti e dalle norme e convenzioni nazionali e internazionali (ONU, 1990; Committee of Ministers of CoE, 2006; WHO, 2007), tutti i detenuti, donne e uomini, dovrebbero avere pari accesso ai servizi sanitari, i quali dovrebbero essere della stessa qualità e avere gli stessi standard di quelli forniti alla popolazione generale (De Vita & D'Andria, 2019; Gainotti & Petrini, 2019; Rivellini et al., 2019). Si parla, in tal senso, di equivalenza delle cure (WHO, 2007), intesa quale offerta dello stesso trattamento e delle stesse prestazioni mediche e psico-sociali del sistema sanitario nazionale al soggetto detenuto, in quanto individuo, titolare del fondamentale diritto alla salute sancito dalla Costituzione (art. 32), nel rispetto dei principi di giustizia e uguaglianza (Gainotti & Petrini, 2019).

In una tale prospettiva, la tutela della salute delle persone recluse appare realizzabile, oltre che con interventi individuali di risposta a sintomi e bisogni, attraverso un miglioramento della capacità di prendersi cura di sé, la promozione di stili di vita adeguati e un agevole accesso a percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi (De Valck, Bensing, Bruynooghe & Batenburg, 2001; Rosa & Tafari, 2021).

Nelle strutture penitenziarie è noto come siano prevalentemente presenti soggetti appartenenti alle fasce più marginalizzate della società, caratterizzate da scarsa istruzione, standard di salute precari e forte frequenza di condizioni morbose croniche non curate (Fazel & Ballaigoen, 2011; Wolff et al., 2011), situazione questa che trova conferma anche nei documenti emanati dagli organismi internazionali di tutela della salute (WHO, 2003, 2007).

Secondo quanto riferito dalla Dichiarazione di Mosca sulla salute in carcere (WHO, 2003), i principali disturbi riscontrabili nelle strutture penitenziarie sono di natura psichica, infettiva e gastroenterica, con un numero maggiore di patologie croniche rispetto alla popolazione non detenuta, aggravate anche da cattiva alimentazione, limitata attività fisica e abitudini comportamentali da *addiction*, come il consumo eccessivo di tabacco e alcol (CNB, 2013; Voller et al., 2016; Carabellese et al., 2020). In un simile contesto, la presenza di molte malattie non trasmissibili, come il diabete e le cardiopatie, potrebbe essere

quantitativamente ridotta grazie ad interventi specifici rivolti alla prevenzione e gestione dei principali fattori di rischio connessi a questi ambienti. Quanto alle malattie trasmissibili, la popolazione detenuta è esposta in maniera più ampia al contagio da malattie infettive legate a uso iniettivo di sostanze stupefacenti e a pratiche sessuali a rischio, con una particolare attenzione rivolta all'HCV (Epatite C). Infine, l'istituzionalizzazione, caratterizzata dall'assenza di libertà e da ritmi quotidiani rigidi e talvolta innaturali, determina nel soggetto uno stato di insicurezza e di perdita d'identità tale da produrre evidenti conseguenze sulla salute fisica e psichica, con importanti livelli di stress, ansia, depressione e perdita di sonno e appetito (CNB, 2013; Di Fiandra & Voller, 2015; Gainotti & Petrini, 2019).

Le iniziative in questo contesto, seppur nel rispetto del principio di uniformità delle cure tra soggetti liberi e non, devono adattarsi alle specificità della popolazione e delle condizioni di vita quotidiane degli istituti penitenziari, presupponendo un'adeguata programmazione degli interventi e un approccio globale al bisogno di salute espresso, rendendo la struttura carcere un luogo sicuro sia dal punto di vista della protezione dal rischio di violenza sia sul piano igienico-sanitario (CNB, 2013; Gainotti & Petrini, 2019). Partendo da tali presupposti, i percorsi d'azione della medicina penitenziaria devono essere sviluppati in un'ottica di promozione della salute e di stili di vita corretti, implementando le competenze dei pazienti in detenzione e le iniziative di informazione e counselling, in una prospettiva di azione integrata rispetto alle esigenze trattamentali di reinserimento sociale (WHO, 2007, 2014; Gainotti & Petrini, 2019).

La riorganizzazione della Medicina Penitenziaria

In Italia, con il DPCM del 1 aprile 2008¹ è stato disposto il trasferimento delle funzioni in materia di sanità penitenziaria dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con il conseguente passaggio alle Regioni della gestione dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature e dei beni strumentali. Con tale riforma si è ulteriormente

1 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 01 aprile 2008, Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria, GU n. 126 del 30-05-2008.

rinforzata la necessità di acquisire e organizzare le conoscenze epidemiologiche sulla popolazione detenuta, mediante una sistematica rilevazione dei dati sulla prevalenza ed incidenza degli stati patologici, con osservazione delle condizioni e/o fattori di rischio che ne favoriscono l'insorgenza (CNB, 2013).

La Sanità Penitenziaria aspirerebbe, infatti, a strutturare un Servizio che vada oltre il concetto di Medicina d'Attesa (*on demand*) e che svolga invece un'azione di prevenzione, diagnosi e cura anche su persone con bisogni non espressi, cosiddetta Medicina d'Iniziativa, sull'esempio americano di medicina proattiva del cosiddetto Chronic Care Model (CCM) (Wagner, 1998), oltre che su persone che si rivolgono al servizio per altri motivi, cosiddetta Medicina d'Opportunità.

In tale ottica, l'obiettivo principale è quello di garantire la tempestività degli interventi e la continuità assistenziale, con l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni volte a comprendere sia la cura, come previsto nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)², sia la prevenzione sui tre livelli di intervento individuati dall'OMS, ossia primaria (educazione sanitaria e promozione della salute) per ridurre l'incidenza di nuovi casi, secondaria (diagnosi precoce) per ridurre la prevalenza dei casi, terziaria (gestione di deficit/disabilità) per ridurre la letalità (Bagnall et al., 2016; Rivellini et al., 2019).

I processi partecipativi, il coinvolgimento della comunità e il rafforzamento del suo ruolo negli interventi da mettere in atto sono termini che ricorrono sempre più spesso nei documenti di programmazione delle politiche sanitarie³. L'attenzione a questi concetti viene generalmente ricondotta a una maggiore e più consapevole adesione dei singoli pazienti, in particolare delle fasce sociali più vulnerabili, ai programmi proposti, con ricadute importanti sulla salute e sul contrasto delle disuguaglianze sociali (Cavicchi, 2006; Garista, 2014). È necessario, pertanto, un rafforzamento delle competenze degli individui e delle risorse delle comunità nella realizzazione delle iniziative, in un'ottica di sostenibilità sociale ed economica delle politiche messe in atto.

Questo percorso di decentramento e regionalizzazione della sanità penitenziaria ha inevitabilmente prodotto conseguenze per la popolazione detenuta, rendendo fortemente necessario incentivare e favorire il coordinamento dei diversi livelli istituzionali coinvolti, quello sanitario e quello della giustizia, con la condivisione di obiettivi tra le esigenze di cura, trattamento e sicurezza.

Nuovi modelli di assistenza e educazione alla salute nel sistema penitenziario: il metodo Empowerment.

Le azioni di prevenzione primaria valorizzano il concetto di Empowerment (WHO, 1986; Rappaport, 1987; Wallerstein & Bernstein, 1988; Nutbeam, 1998; Capra, Coppo, Dettoni, Marino & Suglia, 2018), intendendo con tale termine una strategia che, attraverso l'educazione sanitaria e la promozione dei comportamenti favorevoli alla salute, fornisce alle persone gli strumenti per prendere decisioni migliori per il proprio benessere, riducendo così le disuguaglianze culturali e sociali (WHO, 1993, 2007, 2014; Lopez, 2004; Iavarone & Iavarone, 2004; Capra et al., 2018). Si tratta, quindi, di una sorta di "terapia informativa" che punta a ridurre l'asimmetria di conoscenze tra il sanitario e il paziente, un processo che consente alle persone di acquisire un maggiore controllo rispetto alle decisioni e alle azioni che riguardano la propria salute (Guadagnoli & Ward, 1998; Palumbo, 2016). Secondo questo approccio, sono i pazienti stessi ad essere direttamente coinvolti nei percorsi sanitari di cura e assistenza, in maniera attiva e co-produttiva, superando il modello bio-medico, in cui al centro vi era esclusivamente il personale sanitario chiamato a trattare la malattia, a favore di un modello bio-psico sociale, incentrato sulla persona e sulla collaborazione tra gli attori della relazione sanitaria (Mead & Bower, 2000; McLaughlin, 2004; Needham, 2012; Palumbo, 2016).

A fronte di un maggior grado di libertà e autodeterminazione nei comportamenti, i soggetti aumentano il controllo sulla propria salute, capacità questa che tende a crescere quando il contesto sociale prossimo agli stessi li aiuta e sostiene concretamente in questa direzione (Maton, 2008; Garista, 2014). Pertanto, le relazioni sociali e la comunità rappresentano un alleato chiave per cambiare i comportamenti individuali in direzione della promozione della salute, secondo un concetto di Community Empowerment (Popay, 2010).

I progetti basati su forme di Empowerment per la loro realizzazione valorizzano alcune metodologie, in particolare devono essere sostenuti da un servizio sanitario a "Bassa Soglia", con una équipe medico-infermieristica di medicina penitenziaria che attui routinariamente azioni di medicina di iniziativa e di opportunità con valorizzazione del counselling motivazionale breve, secondo un approccio comunicativo relazionale, disincentivando l'abuso farmacologico e promuovendo la terapia informativa (educazione terapeutica) (Kolb, 1985; Kolb & Kolb, 2013; Weinehall et al., 2014).

Per servizio a "Bassa Soglia" si intende un servizio di facile accesso, ispirato ai principi della sanità pubblica e della riduzione del danno, dove l'obiettivo primario è quello di alleviare i sintomi nonché di migliorare la qualità della vita dei pazienti. Il servizio è centrato sui bisogni individuali degli utenti, a favore di un ambiente idoneo dove è possibile confrontarsi e mettersi in discussione, utilizzando dinamiche informali e libere da patti

- 2 Contenuti nell'Allegato A DPCM 1 aprile 2008. Linee di indirizzo per gli interventi del SSN a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale.
- 3 Ministero della Salute Decreto 23 maggio 2022, n. 77, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, GU n.144 del 22-06-2022.

terapeutici. Il lavoro delle équipes è diretto a promuovere l'autonomia e la partecipazione delle persone direttamente interessate, attraverso lo sviluppo di un rapporto quanto più possibile orizzontale, paritario e non invasivo (Palumbo, 2016). L'obiettivo principale è quello di offrire una risposta concreta a bisogni primari, il cui soddisfacimento è importante per la salute fisica e mentale, agganciando i soggetti che non afferiscono abitualmente ai servizi territoriali. In questo percorso gli operatori ricorrono al Counseling motivazionale breve, un modello agile, flessibile e facilmente adattabile alla medicina di famiglia, dove il tempo dedicato al singolo è limitato, ma i contatti sono ripetuti e spesso informali. Pertanto, occorre motivare le persone sia nella scelta iniziale al cambiamento, sia nelle fasi successive di mantenimento. Le azioni promosse devono andare al di là della semplice informazione/educazione/promozione, mentre le abitudini di vita devono essere scelte consapevolmente (Palumbo, 2013).

Nello specifico del contesto detentivo, per Medicina di Iniziativa e di Opportunità si intende un modello assistenziale di gestione delle patologie croniche che non aspetti il sintomo e la richiesta del paziente (medicina d'attesa) ma agisca con azioni di prevenzione primaria (educazione) e secondaria (diagnosi precoce), con interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio. In questo modo, il sanitario interviene in maniera attiva sul paziente che accede al servizio per altra motivazione (Opportunità) o che non accede spontaneamente al servizio (Iniziativa).

Per pazienti in stato di detenzione si sceglie, come azione caratterizzante questo metodo, la proposta di laboratori esperienziali per produrre esperienza "cognitiva" che si sedimenti e trovi il suo sviluppo e la sua applicazione nella realtà quotidiana del singolo e del gruppo, ripercorrendo le tappe dell'apprendimento individuate da Kolb (1985). Si parte da un'esperienza concreta che rappresenta la fase attiva del processo in cui si "compie l'azione", cui segue la fase passiva del processo, in cui attraverso la riflessione, le osservazioni e le rielaborazioni che originano dagli schemi concettuali che i partecipanti possiedono, si delinea una visione condivisa di quanto sperimentato. La formulazione dei concetti e la generalizzazione è la fase in cui quanto appreso viene riportato su un piano diverso da quello dell'esperienza che l'ha prodotto; è lo step in cui avviene l'acquisizione di senso e di significato, in cui i partecipanti collocano il loro apprendimento all'interno del proprio set cognitivo già preesistente. La verifica viene fatta poi sul campo, per cui i concetti sedimentati vengono applicati in nuove situazioni concrete proposte nella realtà detentiva.

L'esperienza nella Casa Circondariale di Mantova

Partendo da questi presupposti, l'équipe di Medicina Penitenziaria ASST Mantova ha sviluppato, a partire dal

2019, il Progetto Empowerment⁴, al fine di educare i pazienti ristretti alla promozione della salute, in particolare all'attività motoria, ai comportamenti e stili di vita adeguati nel campo delle abitudini alimentari e dell'igiene orale, alla prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale, attivando anche interventi di gestione dei comportamenti aggressivi per la prevenzione di maltrattamenti/abusi, con un approccio trans-culturale e multidisciplinare, auspicando il superamento dell'approccio esclusivamente farmacologico⁵.

Considerati i numerosi interventi sanitari, sia internistici che psico-sociali, richiesti nel contesto penitenziario, l'équipe di medicina penitenziaria si è interrogata sulla relazione di cura nei riguardi dei pazienti ristretti, per evidenziare i processi sociali che si manifestano rispetto allo stato di detenzione, assimilato spesso dal paziente ad uno stato di malattia, e individuare gli strumenti operativi necessari a identificare i reali bisogni di cura, spesso non espressi.

La ricerca-azione si è svolta sui pazienti della Casa Circondariale di Mantova (sezioni maschile e femminile), cui è stata proposta, come "terapia di sostegno", una terapia informativa e occupazionale, sviluppata attraverso incontri settimanali individuali e/o di gruppo con sperimentazione di giochi didattici e laboratori esperienziali sul tema della salute e della promozione dei corretti stili di vita, condotti da medici e infermieri di medicina penitenziaria affiancati da operatori esterni esperti in specifici settori della salute. Nel medesimo periodo, inoltre, con cadenza bimensile sono stati organizzati laboratori con esperti sul tema dell'Ascolto e della Medicina Narrativa per raccontare il tema della salute in carcere.

Tutti i pazienti detenuti sono stati, quindi, invitati a partecipare a questo percorso di educazione al benessere, esortati dagli operatori a ragionare sul concetto di salute, sulle modalità di promozione della stessa e sulla prevenzione secondaria. In questo modo si è inteso modificare la coscienza che il soggetto ha della propria situazione, attraverso l'evocazione di momenti particolari della sua vita, attirando l'attenzione sulla detenzione come fase di passaggio, cercando di dare senso e significato a quello che sta accadendo. La narrazione permette, infatti, al paziente e al professionista di ricostruire ed organizzare l'esperienza soggettiva della condizione di detenzione che è la narrazione di un'esperienza non favorente la salute, entro una struttura temporale e di significato che si basa su condizionamenti sociali e culturali. L'obiettivo primario è individuare i reali bisogni di cura dei soggetti ristretti, gestire

4 Attività rientrante all'interno delle azioni del Progetto Milone 3.0 (capofila Coop Hike), finanziato da Regione Lombardia all'interno dell' "Avviso per nuove misure per la realizzazione di interventi di accompagnamento sociale a favore delle persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria e loro famiglie".

5 Esperienza costruita sul modello di un'analoga progettualità sviluppata nel 2017 all'interno dell'Istituto Penale Minorile di Milano Beccaria.

l'aspettativa di salute del paziente "affetto da detenzione" e quindi migliorare l'accompagnamento durante l'esperienza detentiva per demedicalizzare la presa in carico, affinando il raccordo tra le cure intramurarie e le cure territoriali. L'adeguamento del servizio di medicina penitenziaria ai reali bisogni di cura agevola il paziente nel dare senso al trauma della carcerazione e comprendere o meglio chiarire la propria condizione detentiva.

Attraverso la sopra descritta progettualità, è stata stimolata la creatività dei partecipanti, coinvolti nei laboratori esperienziali per apprendere e divulgare i comportamenti individuali responsabili (movimento, cibo sano, evitare alcolici etc.) e prevenire l'insorgenza di malattie croniche come obesità e diabete. Così, per superare possibili dubbi ed essere tempestivi nel rivolgersi al proprio medico per un consulto in caso di sospetta malattia o per avere consigli su come prevenire l'insorgenza della stessa, operatori e pazienti hanno manipolato pasta modellabile, hanno costruito e dipinto oggetti in cartone o legno per creare una campagna di sensibilizzazione, attraverso videoclip che raccontano come il paziente possa avere maggiore controllo di sé, favorendo il benessere personale e del gruppo, sviluppando concetti di solidarietà, ascolto e rispetto reciproco.

Alcuni esempi di laboratori esperienziali realizzati nella Casa Circondariale di Mantova

- KNOW YOUR CUPCAKES

Nel settembre 2019, all'interno della sezione femminile, è stato organizzato un counselling di gruppo con il con-

sulente ginecologo del Servizio di Medicina Penitenziaria ASST Mantova, a cui sono seguite attività didattiche interattive proposte dall'equipe medico-infermieristica di medicina penitenziaria: il gioco "La piramide della Salute" per la promozione dei corretti stili di vita ed un laboratorio esperienziale per spiegare l'autopalpazione del seno. Al fine di accompagnare le pazienti alla conoscenza del proprio corpo e al controllo dei segni allarmanti per la possibile insorgenza di un tumore al seno, le stesse sono state guidate in un laboratorio esperienziale, utilizzando come spunto la campagna di sensibilizzazione "KNOW YOUR LEMONS", di Corinne Beaumont, una giovane designer americana che dal 2003 cerca di aiutare le donne nella prevenzione del tumore al seno attraverso una piattaforma web tradotta ormai in più di 20 lingue⁶. L'obiettivo è quello di proporre un'immagine facile, immediata e giocosa per spiegare alle donne i segni di allarme per il tumore al seno, per superare possibili paure ed essere tempestive nel rivolgersi al proprio medico per un consulto in caso di sospetta malattia. Le detenute hanno lavorato una pasta modellabile per creare una nuova versione della succitata campagna, suggerendo il titolo "KNOW YOUR CUPCAKES".

Per ottenere 12 Cupcakes rappresentativi sono serviti più incontri e più "esperimenti", questo ha favorito il lavoro di gruppo, la creatività e la memorizzazione da parte delle pazienti coinvolte dei 12 segni di allarme. Tale sistema appare utilizzabile anche in altri campi, tenuto conto inoltre della idoneità del prodotto finale a favorire gli interventi di "peer to peer education" che rappresentano una fondamentale metodologia per una più efficace attività di prevenzione⁷.



Foto. 1 Campagna di Promozione del Tumore al seno – Know your Cupcakes

6 Progetto consultabile al seguente link: <https://www.knowyourlemons.org/mission>

7 Iniziativa presentata al XX Congresso Nazionale SIMSpE *Agorà Penitenziaria 2019*, Milano il 3 e 4 Ottobre 2019: KNOW YOUR CUP

- LOOK AT YOUR FRIED EGGS

Nel gennaio del 2020 è stato organizzato un counselling di gruppo all'interno della sezione cosiddetta protetti⁸ per riconoscere i fattori di rischio per l'insorgenza del melanoma cutaneo, stimolando il ricorso all'auto-esame della cute come prevenzione secondaria. Attraverso un laboratorio esperienziale intitolato "LOOK AT YOUR FRIED EGGS" è stata illustrata l'auto-ispezione della pelle, ricorrendo all'utilizzo di pasta modellabile per creare un'immagine didattica (prendendo spunto da "Know Your Lemons") e favorire il lavoro di gruppo, la creatività e la memorizzazione da parte dei pazienti coinvolti dei 5 segni di allarme. Partendo dalla raccomandazione del National Council on Skin Cancer Prevention di "non friggere" la pelle per prevenire l'insorgenza del tumore cutaneo con

lo slogan *Don't fry day*, è stata stimolata l'associazione tra uovo fritto e neo⁹. Con la pasta modellabile sono stati così realizzati diversi modelli di nei rappresentati come uova, sviluppando una campagna di sensibilizzazione, dai pazienti in favore dei pazienti, per apprendere e divulgare i segni di allarme di un neo cutaneo. L'autocontrollo deve avvenire con il metodo ABCDE che evidenzia 5 segni di allarme: Asimmetria (le due metà della lesione non coincidono), Bordi (irregolari), Colore (variabile con sfumature di rosso, nero, marrone o blu), Dimensione (più di 6 mm di diametro) ed Evoluzione (la lesione cambia aspetto, in dimensione, forma, colore, spessore o inizia a sanguinare). Gli stessi sono stati rappresentati come differenti tipologie di uova fritte.

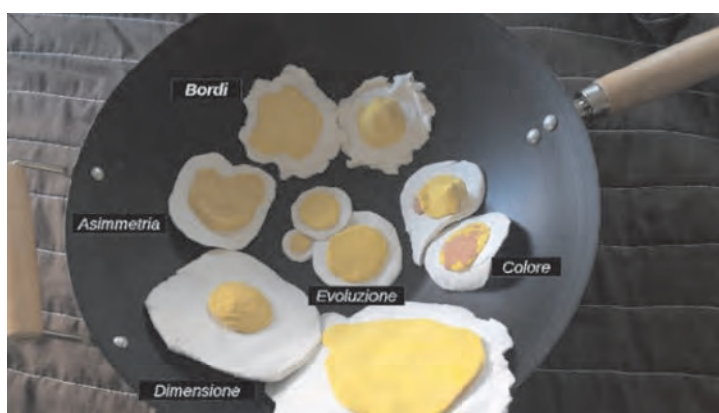


Foto 2 Campagna di promozione del Melanoma Cutaneo - Look at your Fried Eggs

- PREVENZIONE DI STILI DI VITA SANI E MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

I laboratori nel 2022 si sono concentrati sulla promozione degli stili di vita sani e la prevenzione di malattie croniche (Tabella 1), valorizzando la narrazione come strumento per acquisire, comprendere ed integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nel percorso di presa in carico della persona detenuta (Tabella 2); il fine è la co-costruzione di un percorso di prevenzione-diagnosi-cura personalizzato e condiviso.

Con le immagini tratte dai laboratori esperienziali (foto scattate, scelte e montate dagli stessi partecipanti) sono stati realizzati dei video, attraverso i quali descrivere in un tempo massimo di circa 2 minuti un messaggio a

favore della salute, secondo l'elaborazione personale dei partecipanti all'attività.

Gli operatori, in questo modo stimolano i pazienti a riflettere sul concetto di salute, del singolo e del gruppo, aumentando la percezione soggettiva di salute, primo obiettivo del percorso.

Per esemplificare il metodo, considerando il laboratorio sulle malattie sessualmente trasmissibili, si procede con l'analisi del video che tratta la prevenzione di tali patologie elaborato dalla popolazione femminile; l'argomento viene trattato con discrezione, incentrando il racconto sull'importanza del comportamento consapevole e attento verso la propria salute e verso quella degli altri, come strumento per evitare questa categoria di malattie. La prima sequenza mostra i disegni delle malattie più comuni come HCV, HIV, Papilloma Virus etc., tutti realizzati con gesso colorato su cartoncino nero come se si stesse usando un microscopio per osservare i principali patogeni; a seguire viene mostrato un mazzo di rose di carta e un foulard

CAKES Laboratorio esperienziale per spiegare l'autopalpazione del seno: manipolare pasta modellabile per creare un'immagine didattica (prendendo spunto da "Know Your Lemons") e favorire il lavoro di gruppo, la creatività e la memorizzazione da parte delle pazienti coinvolte dei 12 segni di allarme. Prevenzione Ginecologica 11/09/2019 Pazienti Sez. Femminile – Peer to peer education.

8 Sezione presente fino al 2022 nella C.C. di Mantova e destinata ad accogliere i detenuti autori di reati di riprovazione sociale.

9 L'immagine finale è stata presentata al webinar "Alla ricerca del benessere nel contesto penitenziario" all'interno del Master in Psicologia Penitenziaria dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, 12 giugno 2021.

rosso piegato a forma di cuore con la scritta “*quando pensi al futuro, RESPONSABILITA*”. Nelle sequenze finali una manciata di caramelle è contenuta in un retino per farfalle, la parola chiave diventa qui **PROTEGGERE**, quindi **AVVOLGERE** il nostro “amore” o, in un senso più ampio, “quello che noi amiamo”, “quello che conta nella nostra

vita”, con il rispetto. Il primo titolo “WRAP YOUR LOVE “ è stato poi trasformato in “Proteggi il tuo amore”.

Analogamente si è proceduto per gli altri percorsi tematici.

PERCORSO TEMATICO	Incontri	Conduttori	Prodotto Multimediale
Counselling di gruppo su: Malattie Sessualmente Trasmesse Menopausa e Osteoporosi	11/05, 15/06; popolazione detenuta femminile	Specialista Ginecologo	VIDEO: <i>Proteggi il tuo amore, Don't Break the Eggs</i>
Counselling di gruppo su: Sani Stili di vita la buona alimentazione	26/08, 19/09; popolazione detenuta femminile e maschile	Specialista in Scienza della nutrizione	VIDEO: <i>La buona alimentazione è questione di stile, Pane in cerca di Ricetta</i>
Laboratori esperienziali sul tema della buona alimentazione e il movimento; prevenzione delle MST, prevenzione dell'osteoporosi.	Da maggio a settembre incontri di gruppo a cadenza settimanale; popolazione detenuta femminile e maschile	Medico di Medicina Penitenziaria	VIDEO: <i>La buona alimentazione è questione di stile, Pane in cerca di Ricetta; Proteggi il tuo amore; Don'T Break the Eggs</i>

Tabella 1 Percorsi tematici volti alla valorizzazione del concetto di Empowerment anno 2022

PERCORSO TEMATICO	Incontri	Conduttori	Realizzazione Prodotto Multimediale
L'ascolto - di noi stessi e degli altri - come cura, focus sul tema: cosa significa ascoltare, comunicazione assertiva, superamento dei bisogni comunicativi complessi	13/06, 18/07, 17/10, 04/11, 05/11; popolazione detenuta femminile e maschile	Medico Specialista in Neuropsichiatria – esperienza lavorativa nel carcere minorile di Milano	VIDEO: <i>Storie di Salute in scatola, SELF CARE</i>
Titolo del percorso «Per RINASCERE con FORZA attraverso la CURA, di noi stessi e degli altri»	Da ottobre incontri di gruppo a cadenza settimanale; popolazione detenuta maschile	Operatori di Biodanza in presenza del Personale Medico di Medicina Penitenziaria	FOTOFILM: <i>COMMUNITY EMPOWERMENT (utilizzando le esperienze raccolte nel corso di biodanza da agosto a dicembre del 2021)</i>
Laboratori esperienziali sul tema dell'ascolto	Dal mese di maggio al mese di settembre incontri di gruppo a cadenza settimanale per un totale di 10; popolazione detenuta femminile e maschile	Medico di Medicina Penitenziaria	VIDEO: <i>Health Sweet Health, SELF CARE, Storie di Salute in scatola</i> FOTOFILM: <i>COMMUNITY EMPOWERMENT (utilizzando le esperienze raccolte nel corso di biodanza da agosto a dicembre del 2021)</i>

Tabella 2 Percorsi tematici di Medicina Narrativa 2022

- “Percorsi di Empowerment sul territorio: Seminare Benessere - ROCK FLOWERS TOUR”.

Tutto il materiale realizzato dalle persone detenute nei diversi laboratori, in collaborazione con l'equipe medica di medicina penitenziaria e la supervisione periodica di esperti esterni in settori della salute, è stato proposto in contesti urbani e/o extraurbani della provincia di Mantova all'interno di un percorso “itinerante” chiamato “ROCK FLOWER TOUR”¹⁰.

Attraverso questa progettualità, sono stati proposti counselling di gruppo in determinati contesti urbani e/o extraurbani della provincia di Mantova, condotti dal personale medico-infermieristico di medicina penitenziaria, utilizzando prodotti multimediali realizzati da pazienti ristretti c/o la Casa Circondariale di Mantova (Immagini e

Video didattici) per favorire la “peer-to-peer education” con la partecipazione anche di un paziente in stato di detenzione per illustrarne la mission e gli obiettivi. Gli incontri terminavano con la proposta di screening gratuiti per il diabete e per l'epatite C (fingerstick su sangue capillare). A seconda delle esigenze sono stati coinvolti anche mediatori linguistici (urdu, punjabi, arabo e francese) e specialisti del benessere (ginecologo, nutrizionista, operatori biodanza e disciplina bionaturale). Il nome dell'iniziativa “ROCK FLOWER” testimonia come situazioni di vita caratterizzate da determinanti sociali e sanitari sfavorevoli possano comunque essere occasioni di salute, “*Imparare a fiorire dove siamo ...*”¹¹.



Foto 3 Locandina Rock Flowers Tour

Conclusioni

La realizzazione di una politica di promozione della salute è un processo sociale che non comprende solo azioni volte a rafforzare le abilità e le capacità individuali, ma include anche percorsi atti a modificare le condizioni socio-ambientali e culturali che impattano sulla salute del singolo e della comunità; per un “Empowerment di comunità” è necessario un coordinamento inter-istituzionale per la realizzazione di azioni condivise volte al miglioramento dello stato di salute e della qualità della vita.

La promozione della salute nel contesto detentivo ha una valenza più ampia di quella sottesa all'educazione alla salute nella popolazione generale. Ha, anche, la necessità di definire un background idoneo alla cultura di salute penitenziaria, quindi tenendo in considerazione la modulazione dell'ambiente fisico e sociale degli istituti detentivi e i legami con le istituzioni (Aziende Socio-sanitarie Territoriali e Agenzie per la Tutela della Salute, il Comune, la Regione, il Provveditorato Regionale e così via).

Il carcere è caratterizzato da eterogeneità per età, genere, gruppo sociale, repertori linguistici e culturali, stili di vita nonché una pluralità di abilità individuali, con utenti accomunati da una fragilità di base, ossia la privazione della libertà. La Medicina Penitenziaria, secondo la Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità (legge in Italia del 2009) dovrebbe, pertanto, rimuovere le barriere tra il paziente e il Sistema Socio-Sanitario, creare opportunità, favorire nella popolazione detenuta l'autonomia, la partecipazione e l'inclusione.

10 Eventi organizzati da ASST Mantova, Direzione Casa Circondariale di Mantova e Lions Clubs International. In collaborazione con Prefettura di Mantova, Comune di Mantova, Progetto Strade Blu, Associazione Abramo, CSA, Cooperativa Olinda, Cooperativa Alce Nero, Cooperativa Hike, Cooperativa Emergency Transport Pobic, AGAPE Onlus C.A.S.A. San Simone, ASPEF Mantova Dormitorio, Cooperativa di Bessimo Onlus – Comunità San Giorgio, CPIA Mantova, Discipline BioNaturali – Sistema Rolando Toro Biodanza. Per ASST Mantova hanno partecipato: Medicina Penitenziaria, Malattie Infettive, SERD – Servizio Dipendenze, Diabetologia, Promozione della Salute, Sistema Polimodulare REM

11 L'iniziativa è visualizzabile al seguente link: <https://www.asst-mantova.it/web/guest/rock-flower-tour>

La progettazione di percorsi di salute si sostanzia in una proposta di attività sanitarie educative e formative volte alla sensibilizzazione in tema di azioni su misura per ciascuno, adattate allo specifico contesto ambientale. L'Empowerment di comunità accompagna, pertanto, il passaggio dal modello medico-assistenziale al modello sociale di presa in carico delle persone "socialmente fragili".

All'interno della Casa Circondariale di Mantova sono state proposte alcune attività ludico-terapeutiche rivolte a sottogruppi della popolazione, quale punto di partenza per percorsi di autonomia, mutuo aiuto e inclusione. I laboratori hanno visto coinvolti sia i ristretti sia gli operatori sanitari di Medicina Penitenziaria, a sottolineare il passaggio dal modello medico-assistenziale al modello sociale di presa in carico della salute in pazienti con fragilità. La partecipazione attiva della comunità nell'elaborazione dei programmi che hanno un impatto sulla salute è, infatti, una delle strategie raccomandate da oltre vent'anni dalla Carta di Ottawa (WHO, 1986); i processi partecipativi sono percorsi di grande complessità, ma anche una grande opportunità per condividere obiettivi di salute.

I livelli partecipativi presentano uno sviluppo di crescita progressivo: si inizia con l'essere parte del processo per dare l'opportunità al singolo di riconoscersi e di essere legittimato nei propri problemi e nelle proprie potenzialità, per progredire poi con l'opportunità di intervenire nel processo decisionale, dando la possibilità di influenzare le scelte anche a coloro che abitualmente non sono inclusi nell'elaborazione dei programmi di salute. Riscontrata una correlazione tra isolamento sociale e cattiva salute, occorre stimolare la volontà di cambiamento del singolo con l'apertura cognitiva al concetto di solidarietà. È, quindi, essenziale lavorare sui meccanismi alla base del buon funzionamento del sistema: più informazioni, ossia esempio positivo; più servizi, ossia più accessibilità; miglioramento dell'autostima, e quindi supporto affettivo e rispetto reciproco.

Nella pratica quotidiana in carcere è necessario aprire uno spazio di partecipazione che possa favorire l'incontro, per superare pregiudizi e creare le condizioni che permettano di costruire rapporti di fiducia, di sviluppare reti e integrazione tra i diversi attori istituzionali e della società civile. Allo stesso tempo devono essere individuati gli ostacoli all'avvio, allo sviluppo e al mantenimento della partecipazione, come l'asimmetria informativa, la disorganizzazione, le scarse dotazioni, i vincoli normativi e professionali, fattori in grado di creare conflitti difficilmente gestibili con conseguente demotivazione e crollo della partecipazione.

Il disegno progettuale della Medicina Penitenziaria prevede l'accompagnamento dei partecipanti in questo percorso, documentando i passaggi di acquisizione di competenze relazionali e comunicative, la progressiva autostima e l'autocontrollo, unitamente alla strutturazione di strategie per il mantenimento della partecipazione e della motivazione, con sviluppo di skills individuali e di gruppo per la gestione dei conflitti interni. Questo tipo di approccio, oltre ad offrire effetti diretti sul piano sani-

tario del benessere e della tutela della salute, offre inevitabilmente ricadute e conseguenze anche dal punto di vista trattamentale, in un'ottica di risocializzazione dei detenuti, implementando competenze e condotte positive intese a livello globale della persona. L'integrazione delle aree trattamentali (area sanitaria, area giuridico-pedagogica, area sicurezza, direzione penitenziaria) nella ideazione e nello svolgimento di questi percorsi è rappresentativo di uno stato di benessere globale dell'Istituto penitenziario.

Riferimenti bibliografici

- Bagnall, A.M., Kinsella, K., Trigwell, J., South, J., Sheridan, K., & Harden, A. (2016). *National Institute for Health and Care Excellence Primary Research Report 1: Community engagement - approaches to improve health: map of current practice based on a case study approach*. Leeds: Centre for Health promotion research, Leeds Beckett University. Retrieved January 20, 2023 from <https://eprints.leedsbeckett.ac.uk/id/eprint/2344/2/NICE%20CE%20Primary%20Research%20Report%201%20FINAL%20feb2016.pdf>
- Bolcato, M., Fiore, V., Casella, F., Babudieri, S., Lucania, L., & Di Mizio, G. (2021). Health in Prison: Does Penitentiary Medicine in Italy Exist? *Healthcare*, 9, 1511, 1-9.
- Capra, P., Coppo, A., Dettoni, L., Marino, M., & Suglia, A. (2018). La governance della comunità. In P. Capra, A. Coppo, L. Dettoni, R. Di Monaco, M. Marino, S. Pilutti et al. (Eds.), *Coinvolgimento della comunità per il contrasto alle disuguaglianze di salute* (pp. 28-58). Torino: Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - ASLTO3 - Regione Piemonte (DoRS). Retrieved January 20, 2023 from https://www.disuguaglianzedisalute.it/wp-content/uploads/2018/06/policybrief_def.pdf
- Carabellese, F., Petroni, G., Ferracuti, S., Ferorelli, D., Solarino, B., Vernaglione, S. et al. (2020). Tutela della salute in carcere, durante la pandemia Covid-19. *O*, 49 (4), 300-304.
- Cavicchi, I. (2006). *Malati e governatori. Un libro rosso per il diritto alla salute*. Roma: Dedalo.
- Comitato Nazionale per la Bioetica (2013). La salute dentro le mura. Presidenza del Consiglio dei Ministri 11 ottobre 2013. Retrieved January 30, 2023 from https://www.sanitapenitenziaria.org/wp-content/uploads/2021/05/CNB_11-10-2013_La-salute-dentro-le-mura-.pdf
- Committee of Ministers of the Council of Europe (2006). *Recommendation No. R (2006) 2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules. Adopted 11 January 2006*. Strasbourg: Council of Europe.
- De Valck, C., Bensing, J., Bruynooghe, R., & Batenburg, V. (2001). Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine. *Patient Education and Counseling*, 45 (2), 119-126.
- De Vita, T., & D'Andria, A. (2019). Salute, Life Skills e Carcere. *Giornale Italiano di Educazione alla Salute, Sport e Didattica Inclusiva*, 3(1), 99-103.
- Di Fiandra, T., & Voller, F. (Eds.) (2015). *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*. Firenze: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. Retrieved 30 January, 2023 from https://www.ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2015/carcere_2015_definitivo.pdf
- Fazel S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *Lancet*, 377 (9769), 956-965.
- Gainotti, S., & Petrini, C. (2019). Principio di equivalenza

- delle cure e il diritto alla salute in ambito carcerario. In M. Mancinelli, M. Chiarotti, & S. Libianchi (Eds.), *Rapporti Istituzionali 19/22 - Salute nella polis carceraria: Evoluzione della medicina penitenziaria e nuovi modelli operativi* (pp. 135-144). Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- Garista, P. (2014). "Salutogenesi" come diritto di "apprendere e creare la salute". *Lifelong Lifewide Learning*, 10(23), 81-91.
- Guadagnoli, E., & Ward, P. (1998). Patient participation in decision making. *Social Science and Medicine*, 47(3), 329-339.
- Iavarone, M.L., & Iavarone, T. (2004). *Pedagogia del benessere*. Milano: Franco Angeli.
- Kolb, A.Y. & Kolb, D.A. (2013). *Learning Style Inventory Version 3.2*. Boston: Hay Resources Direct.
- Kolb, D.A. (1985). *Learning Style Inventory, Revised Edition*. Boston, MA: McBer & Company.
- Kolb, D.A. (1999). *Learning Style Inventory, version 3*. Boston: The Hay Group.
- Lopez, A.G. (2004). *Empowerment e pedagogia della salute*. Bari: Progedit.
- Maton, K. I. (2008). Empowering community settings: Agents of individual development, community betterment, and positive social change. *American journal of community psychology*, 41, 4-21.
- McLaughlin, H. (2004). Partnerships: panacea or pretence?. *Journal of Interprofessional Care*, 18(2), 103-113.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51 (7), 1087-1110.
- Ministero della Salute, Ministero della Giustizia (2008). Allegato A DPCM 1 aprile 2008. Linee di indirizzo per gli interventi del SSN a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale. Retrieved 30 January, 2023 from https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/carica-Articolo?art.versione=1&art.idGruppo=0&art.flagTipoArticolo=0&art.codiceRedazionale=011G0181&art.idArticolo=3&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=2011-08-20&art.progressivo=0
- Needham, C. (2012). *Co-production: an emerging evidence base for adult social care transformation*. London: Social Care Institute for Excellence,
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13 (4), 349-364.
- Palumbo, R. (2013). La promozione della salute negli istituti di reclusione: dalla cura della malattia all'empowerment del paziente. In *Organizing in turbulent times: the challenges ahead* (pp. 1-11). Padova: CLEUP.
- Palumbo, R. (2016). La co-produzione della salute negli istituti di pena. L'applicazione di nuovi approcci di assistenza nel sistema sanitario penitenziario. *Impresa progetto*, 3, 1-31.
- Popay J (2010). Community empowerment and health improvement: the English experience. In A. Morgan, M. Davies, & E. Ziglio (Eds.), *Health assets in a global context: theory, methods, action* (pp. 183-195). New York: Springer.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-148.
- Reimer, S., Pearce, N., Marek, A., Heslin, K., & Moreno, A.P. (2021). The Impact of Incarceration on Health and Health Care Utilization: A System Perspective. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 32 (3), 1403-1414.
- Rivellini, G., Pessina, R., Pagano, A.M., Giordano, S., Santoriello, C., Rossetto, I., et al. (2019). La sanità penitenziaria nella realtà italiana. *Rivista di Psichiatria*, 83-134.
- Rosa, R., & Maietta, M.C. (2022). Biodanza SRT: sfide educative in carcere. *Formazione e insegnamento*, 20(1), 175-188.
- United Nations (1990). *Basic principles for the treatment of prisoners. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 45/111 of 14 December 1990*. New York: United Nations. Retrieved January 20, 2023 from <http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r111.htm>.
- Voller, F., Silvestri, C., Martino, G., Fantin, E., Bazzera, G., Ferraris, F., et al. (2016). Health Condition of Inmates in Italy. *BMC Public Health*, 16(1), 1162.
- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 2-4.
- Wallerstein, N. & Bernstein, E. (1988). Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly*, 15 (4), 379-394.
- Weinehall, L., Johansson, H., Sorensen, J., Jerden, L., May, J., & Jenkins, P. (2014). Counseling on lifestyle habits in the United States and Sweden: a report comparing primary care health professionals' perspectives on lifestyle counseling in terms of scope, importance and competence. *BMC Family Practice*, 15, 83.
- Wolff, H., Sebo, P., Haller, D.M., Eytan, A., Niveau, G., Bertrand, D., et al. (2011). Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification. *BMC Public Health*, 19 (11), 245
- World Health Organization (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986. Retrieved January 30, 2023 from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- World Health Organization Regional Office for Europe (2003). *Declaration on Prison Health as a Part of Public Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization Regional Office for Europe (2007). *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization Regional Office for Europe (2014). *Prisons and health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Care, imprisonment and rehabilitation. The treatment of the inmates suffering for mental illnesses

Cura, custodia e riabilitazione. Il trattamento del detenuto con problematiche psichiche

Luigi Ferrannini | Gianfranco Nuvoli

OPEN ACCESS

Double blind peer review

How to cite this article: L. Ferrannini & G. Nuvoli (2023). Care, imprisonment and rehabilitation. The treatment of the inmates suffering for mental illnesses. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XVII, 2, 132-140.
<https://doi.org/10.7347/RIC-022023-p132>

Corresponding Author: Luigi Ferrannini
email luigi.ferrannini@gmail.com

Copyright: © 2023 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Pensa Multimedia and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. *Rassegna Italiana di Criminologia* is the official journal of Italian Society of Criminology.

© The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors

Received: 18.03.2023

Accepted: 31.05.2023

Published: 30.06.2023

Pensa MultiMedia
ISSN 1121-1717 (print)
ISSN 2240-8053 (on line)
[doi10.7347/RIC-022023-p132](https://doi.org/10.7347/RIC-022023-p132)

Abstract

Detection of people with severe mental illness has become more frequent in the last few decades, along with the amount of elder inmates. Authors discuss some reasons behind this International trend and issues about management of mental patients in prison. Last, authors propose ethic approaches for an adequate treatment of inmates suffering for mental illnesses

Keywords: violent behavior, psychopathology of the offender, elderly offender, relationship between treatment and punishment.

Riassunto

Il rilevamento di persone con gravi malattie mentali è diventato più frequente negli ultimi decenni, insieme alla quantità di detenuti anziani. Gli autori discutono alcune ragioni alla base di questa tendenza internazionale e le questioni relative alla gestione dei pazienti mentali in carcere. Infine, gli autori propongono approcci etici per un trattamento adeguato dei detenuti affetti da malattie mentali.

Parole chiave: comportamenti violenti, psicopatologia del reo, anziano autore di reato, rapporto tra cura e pena.

Care, imprisonment and rehabilitation. The treatment of the inmates suffering for mental illnesses

“In realtà, una società merita la qualifica di “civile” se sviluppa gli anticorpi contro la cultura dello scarto; se riconosce il valore intangibile della vita umana; se la solidarietà è fattivamente praticata e salvaguardata come fondamento della convivenza”.
Papa Francesco

Introduzione

Il rapporto tra lo stato di detenzione e la salute mentale della persona ristretta ha da sempre attirato l'attenzione di criminologi, medici, sanitari, politici per le evidenti implicazioni. L'attenzione alla problematica non nasce adesso, anche se è certamente cresciuta la riflessione sulle implicazioni giuridiche, deontologiche, sanitarie e criminologiche (Greco e Maniglio, 2007; Comitato Nazionale di Bioetica, 2013)

La maggiore attenzione al problema osservata negli ultimi decenni può essere messa in relazione a diversi fattori, di cui il principale sembra essere rappresentato dal progressivo aumento del numero di persone, sofferenti per problematiche psicopatologiche, private della libertà. Il fenomeno è di tale evidenza e proporzioni da imporsi immediatamente all'attenzione di politici e addetti ai lavori: si tratta di un incremento osservabile diffusamente nel mondo, certamente non limitato all'Italia, che probabilmente rappresenta l'esito dell'interazione di complessa multifattorialità. In carcere si trovano abitualmente diverse categorie di pazienti, con esigenze di cura analoghe alle persone non sottoposte a restrizioni. A ciò si deve aggiungere la privazione della libertà come specifico elemento afflittivo, in grado di scatenare reazioni psicopatologicamente connotate (Comitato Nazionale di Bioetica, 2019).

Caratteristiche cliniche ed epidemiologiche della psicopatologia carceraria

I quadri sindromici osservabili nella popolazione detenuta non hanno, di per sé caratteristiche fenomenologiche differenziali rispetto alla popolazione generale e coprono l'intero spettro delle condizioni di sofferenza mentale descritte nella moderna nosografia psichiatrica. Si osserva tuttavia come i tassi di incidenza e prevalenza dei vari disturbi psichiatrici nella popolazione detenuta presentino valori abnormemente alti, se confrontati con la popolazione generale, indicando, come intuibile, che la perdita della libertà rappresenti importante fattore autonomo

etiologicamente connotato, ma anche che la popolazione detenuta nel suo complesso presenti una peculiare fragilità psichica. (Voller e Di Fiandra, 2015).

Sulla fragilità o predisposizione psicopatologica della popolazione detenuta ed i suoi complessi legami con il compimento dei reati si ritornerà più avanti, osservando come le sindromi psichiatriche più frequentemente riscontrabili tra i detenuti siano rappresentate dai disturbi dell'umore e di personalità, dalle manifestazioni della psicopatologia reattiva, della politossicodipendenza, del basso livello intellettuale (Catanesi, Carabellese, Guarino, 2007).

In maniera particolare, negli ultimi anni si è osservato una drammatica crescita percentuale della popolazione ristretta affetta da disturbi psicotici, che impone riflessioni importanti, non tanto e non solo sugli aspetti giudiziari e criminologici, ma anche sull'accessibilità ed efficacia dei percorsi di cura psichiatrici.

Infatti, per complesse ragioni che verranno discusse di seguito, la maggiore probabilità che un paziente psichiatrico vada incontro a periodi di carcerazione appare come trend omogeneo a livello mondiale.

L'aumento dei comportamenti violenti nelle società del benessere: quali cause?

Diversi fattori sono stati considerati per spiegare il fenomeno, tra cui la possibilità che la maggiore attenzione e l'aumento della capacità diagnostica nei vari ambiti sanitari possa rappresentare un fattore confondente, che potrebbe provocare non un reale aumento dei casi psichiatrici, ma semplicemente una maggiore capacità di intercettarli.

Escludendo quindi il possibile significato confondente del miglioramento delle capacità diagnostiche nel campo dei disturbi psicopatologici, i fattori importanti richiamati sono sostanzialmente tre (Swanson, Holzer, Ganju, Jono, 1990; Swanson, 2014; Appelbaum, 2006; Volavka e Swanson, 2010; Fazel, Smith, Chang, Geddes, 2018):

- 1) Aumento della diffusione nell'uso delle sostanze stupefacenti, che nel mondo occidentale ha mostrato negli ultimi decenni significative modificazioni. In tutto il mondo occidentale è in netto abbassamento l'età di inizio nell'uso di sostanze, sono privilegiate le sostanze stimolanti (quindi più facilmente in relazione con estroffessione di comportamenti aggressivi), sono regolarmente introdotte nuove sostanze non tabellate perché ancora sconosciute, sono utilizzate abbondan-

temente sostanze non illecite immesse in commercio per finalità diverse dall'uso umano, ma assunte in quanto idonee a provocare effetti psicotropi ben conosciuti dagli utilizzatori.

- 2) Un caso a parte riguarda l'uso di cannabis, che ha mostrato nei più recenti sequestri operati dalle Forze dell'Ordine un significativo incremento della percentuale di cannabidiolo contenuto, che ne fa una sostanza d'abuso sostanzialmente diversa da quella introdotta, sempre illegalmente, negli anni '60. La relazione tra utilizzo di cannabis e l'insorgenza di disturbi psicotici (non sempre regredibili con l'interruzione dell'abuso) appare fenomeno epidemiologicamente inoppugnabile, che riguarda probabilmente una particolare coorte di soggetti predisposti tra i giovani utilizzatori.
- 3) Fenomeni di deistituzionalizzazione, con scarsa adeguatezza dei programmi e delle possibilità di trattamento di pazienti gravi, riduzione delle risorse in ambito sanitario, con minore capacità di intercettare i casi problematici e difficoltà ad erogare i complessi interventi di cura che costituiscono "di per sé" anche fattore preventivo per i comportamenti gravi direttamente legati alla patologia mentale.

La presenza di pazienti psichiatrici in carcere, soprattutto quando responsabili di gravi reati contro la persona, ciclicamente riporta all'attenzione giornalistica e della popolazione generale il dibattito sulla pericolosità della patologia mentale (Nivoli, Loretto, Milia, Nivoli, Nivoli, 2010; Volavka, 2013; Latalova, Kamaradova, Prasko, 2014).

A tal proposito si può osservare che, se appare evidente come i pazienti psichiatrici, nel loro complesso, siano assai più frequentemente vittime piuttosto che autori di comportamenti-reato, appare utile chiedersi, senza alcun preconcetto ideologico, cosa ci sia di vero nell'attribuzione di pericolosità ai pazienti affetti da grave patologia mentale (Donan, Doyle, Violone, 2000; Fazel, Grann, Carlstrom, Lichtestain, Langstrom, 2009; Pulaj et al, 2008; Filov, 2019; Elbogen e Johnson, 2009).

Si osserva ancora come sia escludibile una relazione di causalità diretta tra comportamenti reati e patologia mentale, per cui la malattia psichica può essere riconosciuta come fattore di rischio che si somma insieme ad altri per generare l'evento reato.

Si può osservare, infatti, che i fattori di rischio riconosciuti per la genesi di manifestazioni aggressive nei soggetti affetti da patologia psichiatrica siano sostanzialmente sovrapponibili a quelli più genericamente conosciuti in ambito criminologici (personalità antisociale, genere maschile, giovane età, basso livello socioculturale ed intellettuale, precedenti comportamenti violenti, abuso di sostanze), mentre un'analisi più approfondita delle principali sindromi psichiatriche può consentire di individuare fasi di maggiore rischio da valutare, sempre, nel singolo caso (Veltri et al., 2019). La mancata offerta di adeguati percorsi di cura, il rifiuto o l'interruzione degli stessi ri-

sultano elementi riconosciuti di rischio per lo scompenso psicopatologico ed indirettamente di possibile comportamento rilevante ai fini criminologici.

Manca di solito una adeguata valutazione dei fenomeni extraclinici, culturali, economici e personologici, dalla cui interazione con i vari fattori di rischio (tra cui una malattia psichiatrica) possono generarsi anche situazioni particolari.

I comportamenti violenti e la psichiatria: dentro o fuori?

Gli psichiatri discutono da tempo sul ruolo di prevenzione e trattamento criminologico affidata al loro operato, di solito rifuggendo tali incombenze. La posizione dei professionisti della salute mentale può grossolanamente identificare due concezioni diverse: una posizione definibile come "purista", che limita il compito del professionista esclusivamente alla cura e che non accetta interferenze o distorsioni di sorta (considerando apertamente antiterapeutico, quindi scientificamente e deontologicamente scorretta, l'acquisizione di compiti estranei alla cura del paziente) e una seconda posizione, che potremmo definire "pragmatica", che ritiene i comportamenti-reato facenti parte della fenomenologia del disturbo psichiatrico, quindi come tali da contrastare nel primario interesse della persona sofferente la cui interazione con la società, di per sé difficile, va salvaguardata nel modo migliore e più completo possibile, anche prevenendo comportamenti a danni di altre persone e/o enti e istituzioni.

Ma, nell'ipotesi di privilegiare questa seconda posizione, dobbiamo chiederci se esistono davvero e quali sono gli strumenti clinici che il professionista nel campo della salute mentale può impiegare per tutelare pazienti e società e delle prove di efficacia in questo senso?

Volendo approfondire si può suddividere la patologia psichiatrica in tre grandi gruppi: 1) disturbi tipo psicotico o sindrome bipolare per i quali la cura è, se efficace, prevenzione di comportamenti alterati e quindi, sempre indirettamente, di atti-reato; 2) disturbi psichiatrici che richiedono fondamentalmente interventi psicoterapici (quindi che presuppongono libertà di scelta ed autodeterminazione per l'avvio dei trattamenti e condizioni di setting compatibili con i presupposti e lo svolgimento degli incontri); 3) disturbi psichiatrici per i quali non esistono attualmente evidenze di efficaci trattamenti clinici (es. personalità antisociale). Particolare rilievo hanno ricevuto i Disturbi di Personalità sui quali l'attenzione dei clinici ha portato a riflessioni importanti (Volavka, Czibor, Citrome, Van Dom, 2014; Fazel, Zettreqvist, Larsson, 2014; Garrido, 2002; Harris, Rice, Cormier, 1994).

Tralasciando il vivace dibattito corrente sulla natura e classificazione di questi peculiari quadri morbosi, si osserva che rappresentano la diagnosi più frequentemente riscontrata in ambito penitenziario e che, proprio per questo, vengono chiesti interventi efficaci ai sanitari per prevenirne i peculiari comportamenti e le connesse conseguenze.

A tale proposito, facendo riferimento alle Linee Guida internazionali, si osserva che il trattamento di tali disturbi preveda prolungati interventi psicoterapici, inapplicabili in contesto carcerario, supportati da spontanea richiesta e da una forte motivazione. Non potendo utilizzare il principale intervento clinico di provata efficacia, spesso si ricorre al trattamento psicofarmacologico sul qual è doveroso ricordare che non esistono protocolli validati ma “buone pratiche”, quando possibili, e che in Italia nessun farmaco sia registrato ed abbia prove di efficacia nello specifico trattamento dei Disturbi di Personalità. Terapia sintomatica, quindi, molto “artigianale”, esperienziale, sganciata da protocolli validati.

Se per i disturbi del cluster A e C e per il Disturbo Borderline, anche se empiricamente, la prassi prescrittiva può trovare qualche sostegno nell’analogia sintomatologica con altri quadri sindromici, per la personalità antisociale il trattamento è tassativamente psicoterapico e richiede consapevolezza e motivazione spesso carenti nelle persone affette da questo profilo personologico (Lagrotteria et al., 2019).

Se la prevenzione delle condizioni psicopatologiche acute (anche per il possibile significato criminogenetico) deve essere l’obiettivo principale dei trattamenti di cura, l’evidenza dell’insufficienza degli stessi e l’aumento della popolazione carceraria sofferente per disturbi mentali non può non far riflettere sulle condizioni di cura e, prima ancora, di vita, di questi soggetti all’interno degli istituti di pena (Romano e Ravagnani, 2010; Ravagnani e Romano, 2019).

La relazione con il paziente ristretto può essere soggetta alle distorsioni collegate ai vantaggi giudiziari o esistenziali all’interno dell’istituto (es. migliore collocazione, cambio di camera, ecc.) tuttavia l’utilizzo strumentale delle risorse sanitarie, in realtà, non è specificatamente ascrivibile alla situazione carceraria, essendo un rischio conosciuto e ben presente in altri settori clinici (es. riconoscimento dell’invalidità Civile, inidoneità al lavoro, premi assicurativi, ecc.), ma trova in ambito intramurario particolare frequenza e delicatezza.

A ciò spesso conseguono atteggiamenti di eccessiva distanza, diffidenza e ipercritica nei confronti del paziente detenuto che, oltre ad essere deontologicamente scorretti, non consentono di valutare con la dovuta serenità istanze e richieste.

Da ciò consegue che nell’utilizzo o nell’erogazione di trattamenti sanitari va sempre e solo tenuto in considerazione il beneficio del singolo e non dell’istituzione; analogamente interventi sanitari irresponsabilmente oblativi e/o riparativi sono da vietare. L’attività psicologica e psichiatrica deve cercare di evitare questi due erronei ed opposti comportamenti clinici, attraverso la professionalità di operatori formati e procedure cliniche con spazi di riflessione e discussione indispensabili alla valutazione critica e condivisa nei gruppi di lavoro delle decisioni della pratica clinica (Bruni, 2013; Clerici et al, 2006; Poneti, 2018).

Per quanto riguarda il rischio di suicidio non è mai ec-

cessivo il richiamo al fatto che la prevenzione dei comportamenti anticonservativi (purtroppo ancora così frequenti e diffusi) rappresenti il compito primario dell’attività in ambito psichiatrico sulle persone in condizioni di restrizione della libertà.

Abuso di sostanze, isolamento in cella, abuso/misuso di farmaci, pregressi atti anticonservativi sono fattori riconosciuti di rischio; la maggiore conoscenza della problematica chiaramente accresciuta negli ultimi anni, tuttavia, non ha ancora consentito di ottenere soddisfacenti risultati in campo preventivo, nonostante l’ampiezza degli sforzi compiuti. Appare opportuno ribadire che la prevenzione suicidaria si realizzi con un complesso di interventi di cui, la parte sanitaria, rappresenta solo una parte, spesso neanche così fondamentale e decisiva, nel realizzarne l’efficacia. Non appare condivisibile affrontare tale problematica come se fosse confinata all’intervento sanitario, richiamando la necessità di interventi complessivi sulla condizione generale della popolazione detenuta.

Un problema nel problema: il paradosso dei detenuti anziani

Lanziano detenuto tra cura e pena: aspetti terapeutici e trattamentali

Il significativo incremento avvenuto negli ultimi anni dei reati messi in atto dalla popolazione anziana, con la conseguente attivazione degli iter giudiziari, spesso con la carcerazione del reo, ha comportato una delicata e complessa questione inerente il problema se cura e pena possono essere obiettivi perseguiti sinergicamente oppure vanno fortemente distinti nelle modalità di selezione delle persone e nelle pratiche riabilitative ed assistenziali utilizzate. Questo può avvenire solo dopo aver individuato gli obiettivi prioritari, cioè quali interventi e per quali risultati attesi, perché non si può curare e punire allo stesso tempo e con gli stessi interventi, ma il raggiungimento di obiettivi così differenti tra loro (la punizione vs il supporto al cambiamento ed alla promozione della salute) vanno messi in campo in modo sinergico: la pena riguarda gli aspetti ambientali e gestionali anche in termini di libertà personale ed autodeterminazione, mentre la cura prevede una iniziale valutazione sulla persona (struttura di personalità, eventuali patologie pregresse, disponibilità ed adesione ai trattamenti riabilitativi), non identificabile con quella effettuata a livello peritale nel corso del processo, tendenzialmente centrata sul reato (tipologia, modalità, caratteristiche del contesto e della vittima se si tratta di reato contro la persona, giustificazioni addotte dal reo) e parte fondamentale della valutazione giudiziaria e quindi dal livello/tipologia della pena.

Questa complessità dimostra come i due obiettivi non possono essere perseguiti parallelamente, ma deve sempre prevalere quello terapeutico-riabilitativo per un cambiamento dei vissuti e dei comportamenti del reo, al fine di consentire un nuovo equilibrio psico-comportamentale e la riduzione del rischio di recidiva.

In questo scenario si pongono necessariamente alcune domande alle quali non vi sono risposte facili né scontate: tra i due obbiettivi è possibile costruire una sinergia o sono sempre in contrapposizione? L'obbiettivo prioritario dell'intervento socio-sanitario-riabilitativo come si intreccia con quello giudiziario, nel senso che è possibile curare e punire allo stesso tempo? E questo "doppio obbiettivo" si declina per tutto l'arco temporale dell'intervento oppure ha tempistiche differenti?

Quesiti non facili, che non hanno risposte scontate e generalizzate, ma vanno collegate alla storia della singola persona, dal reato all'adesione al trattamento riabilitativo psico-sociale.

La complessità dei problemi in campo richiede - come già evidenziato in precedenza - una riflessione approfondita al fenomeno dell'aumento delle pene detentive applicate alle persone anziane

Detenuti presenti al 31 dicembre distinti per classi di età'
Anni 2005 - 2021

Anno	Da 18 a 20 anni	Da 21 a 24 anni	Da 25 a 29 anni	Da 30 a 34 anni	Da 35 a 39 anni	Da 40 a 44 anni	Da 45 a 49 anni	Da 50 a 59 anni	Da 60 a 69 anni	70 e oltre	Non rilevato	Totale
2005	1.370	4.920	9.482	11.205	10.506	8.017	5.671	6.154	1.786	350	62	59.523
2006	1.168	3.249	5.969	6.815	6.564	5.264	3.922	4.297	1.397	291	69	39.005
2007	1.584	4.550	8.052	8.567	7.981	6.366	4.589	5.065	1.557	308	74	48.693
2008	1.537	5.434	9.517	10.165	9.553	7.973	5.524	6.126	1.857	380	61	58.127
2009	1.494	5.817	10.445	11.477	10.599	8.907	6.355	6.986	2.203	463	45	64.791
2010	1.302	5.788	10.580	11.981	10.977	9.573	7.011	7.713	2.489	517	30	67.961
2011	1.158	5.525	9.945	11.506	10.837	9.516	7.035	8.116	2.668	571	20	66.897
2012	1.058	4.984	9.300	10.842	10.691	9.557	7.431	8.367	2.849	587	35	65.701
2013	910	4.371	8.578	10.200	9.970	9.157	7.319	8.472	2.943	597	19	62.536
2014	710	3.390	6.872	8.194	8.473	7.884	6.558	7.995	2.946	594	7	53.623
2015	721	3.106	6.621	7.677	8.113	7.618	6.585	8.009	3.057	642	15	52.164
2016	851	3.267	6.989	7.979	8.292	7.844	6.914	8.492	3.287	715	23	54.653
2017	866	3.409	7.224	8.267	8.652	8.094	7.310	9.298	3.700	776	12	57.608
2018	925	3.550	7.283	8.469	8.855	8.255	7.639	9.962	3.824	881	12	59.655
2019	871	3.506	7.110	8.615	8.702	8.511	7.729	10.504	4.230	986	5	60.769
2020	584	2.993	5.920	7.493	7.757	7.492	6.984	9.504	3.779	851	7	53.364
2021	523	2.739	5.799	7.494	7.779	7.558	7.085	9.991	4.165	993	8	54.134

Fonte: Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio del Capo del Dipartimento - Sezione Statistica

Fonte: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ufficio del Capo del Dipartimento – Sezione Statistica – 2021
FIGURA 1

Le cause, infatti, sono molteplici:

- a) l'invecchiamento demografico; b) i cambiamenti nella dimensione psicologica e sociale degli anziani in una società frammentata e spesso stigmatizzante; c) una inappropriata risposta alle modificazioni sociali; d) le patologie psicogeriatriche hanno sempre più frequentemente un esordio precoce; e) il rischio per gli anziani di un isolamento psicosociale (la cd "cultura dello scarto", come l'ha definita Papa Francesco); f) la ca-

renza di alternative al carcere, a fronte di reati penalmente perseguibili.

Occorre peraltro interrogarsi sulla tipologia dei reati: i più frequenti sono i reati per difesa, per conflitti e rabbia accumulata, per abbandono, per legami affettivi forti, ma ritroviamo anche detenuti con lunghe carriere criminali, per reati di stampo mafioso, per reati particolarmente efferati, per reati finanziari/amministrativi. (Figura 2)

Tipologia di reato	Classe di età			Totale
	70-74	75-79	80 ed oltre	
ASSOCIAZIONE DI STAMPO MAFIOSO (416BIS)	115	52	25	192
LEGGE DROGA	111	20	7	138
LEGGE ARMI	106	46	21	173
ORDINE PUBBLICO	37	7	5	49
CONTRO IL PATRIMONIO	182	61	25	268
PROSTITUZIONE	2	3	-	5
CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	26	8	5	39
INCOLUMITA' PUBBLICA	25	3	9	37
FEDE PUBBLICA	54	20	6	80
MORALITA' PUBBLICA	2	1	2	5
CONTRO LA FAMIGLIA	11	6	3	20
CONTRO LA PERSONA	223	122	50	395
CONTRO LA PERSONALITA' DELLO STATO	4	-	1	5
CONTRO L'AMMINISTRAZIONE DELLA GIUSTIZIA	36	16	12	64
ECONOMIA PUBBLICA	33	7	6	46
CONTRAVVENZIONI	29	13	6	48
LEGGE STRANIERI	1	2	-	3
CONTRO IL SENTIM.TO E LA PIETA' DEI DEFUNTI	34	10	9	53
ALTRI REATI	32	7	1	40

Fonte: Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – giugno 2017

FIGURA 2

Questi dati rendono conto della complessità delle problematiche in campo: a) le frequenti comorbilità; b) la difficoltà nella scelta dell'approccio terapeutico psico-comportamentale; c) il nodo del rapporto tra assistenza e controllo; d) la strutturazione di servizi socio-sanitari-riabilitativi in grado di lavorare su questa duplicità che spesso diventa contrapposizione; e) la scelta dei luoghi di cura (carcere, casa, strutture riabilitative per autori di reato o per problematiche psicologico-psichiatriche); f) gli obiettivi dei trattamenti sanitari o riabilitativi rispetto ai comportamenti reato; g) la declinazione tra la presa in carico e chi la coordina (sistema sanitario o giudiziario).

Senza dimenticare il possibile (e sempre più frequente)

scenario del fine vita e del morire in carcere, per patologie organiche o per la messa in atto di comportamenti autolesivi.

Di fatto ci troviamo di fronte a problematiche che possono avere una doppia interpretazione, non sempre convergente ma che anzi apre spesso a scelte di intervento contrapposte.

La pena infatti si declina come obiettivo trattamentale in relazione al reato commesso in funzione del recupero sociale che richiede un intervento personalizzato: cura dei possibili disturbi psichiatrici presenti da tempo o con esordio nella terza età (disturbi dell'umore, disturbi di personalità, disturbi psicotici, disturbi cognitivi che possono

evolvere verso un quadro di demenza). Intervento personalizzato vuol dire costruire una relazione di fiducia, empatica, supportiva, di ascolto ma anche accogliere e gestire vissuti, emozioni, sentimenti, paure: solitudine, abbandono, circonvallazione, una vita senza futuro.

Ma il carcere può essere la risposta giusta?

Quando non sia obbligatoria per il nostro ordinamento giuridico, non dobbiamo sottovalutare che la “punizione” induce sentimenti e reazioni differenti, a seconda della storia biopsicosociale del soggetto: senso di vergogna, bisogno di vendetta che innesca recidive di comportamenti reato, isolamento sociale, vissuti di paura (per il dentro ma anche per il fuori) che attaccano la speranza di nuove prospettive, terminato il periodo della pena.

In questo senso, anche nuove forme di pena, attraverso il superamento della reclusione penitenziaria come le cd Misure di Sicurezza, possono rappresentare un nuovo equilibrio tra cura e pena: MdS ai domiciliari, in residenzialità territoriale, in forme di Co-Housing, in strutture di accoglienza per anziani (RSA ma non solo: comunità alloggio, alloggi protetti, assistenza domiciliare integrato, ...).

Tuttavia, una corretta presa in carico deve sempre basarsi sulla dimensione multidisciplinare, su di una attenta osservazione diagnostica e sulla ricostruzione della storia del paziente e dei suoi eventi di vita (ad es. traumi precoci, abbandono, istituzionalizzazione, ...), sulla costruzione di un trattamento terapeutico-riabilitativo personalizzato (“medicina personalizzata”), con una specificità di interventi per progetti particolari ed il necessario raccordo con servizi ed operatori territoriali e, se necessario, anche ospedalieri.

Questo approccio richiede vari strumenti/tecniche di intervento: colloquio psichiatrico, colloquio psicologico, raccolta anamnestica, valutazione psicometrica, esami clinici, osservazione ed analisi del comportamento, elaborazione e discussione in équipe delle varie osservazioni compiute, informazione al paziente ed ai suoi famigliari e suo consenso, scelta del trattamento terapeutico integrato, monitoraggio dei risultati.

E gli operatori?

Anche su questo aspetto si aprono problemi la cui gestione è complessa ed a volte apre contrapposizioni negative. Alcuni problemi restano ancora aperti: a) tra operatori sanitari e penitenziari: come si intrecciano le differenze di ruolo e di competenze? b) quale “alleanza terapeutica”? c) quale formazione? d) quali vissuti ed emozioni? e) si può parlare di lavoro d’équipe? f) quale rapporto c’è tra sicurezza e qualità del lavoro?

Lo stesso Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, nella sua relazione al Parlamento nel giugno 2021, a fronte anche del periodo pandemico, sottolinea la complessità delle problematiche: “Non è possibile considerare le criticità del mondo detentivo senza considerare le difficoltà che oggi affrontano coloro che sono in più diretto contatto con le persone ristrette. A tutti

gli operatori penitenziari va il riconoscimento del Garante Nazionale, ma in particolare a coloro che direttamente hanno garantito la continuità della presenza istituzionale nel periodo delle chiusure esterne, della difficoltà vissuta dalle persone ristrette, private necessariamente del supporto della presenza delle persone care e del contributo vitale di coloro che gestiscono attività e progetti in carcere. Un riferimento è doveroso verso coloro che responsabili di interventi rieducativi - ormai definiti come funzionari giuridico- pedagogici - sono troppo spesso dimenticati nella rappresentazione di chi opera negli istituti penitenziari e devono essere destinatari di maggiore attenzione anche sul piano normativo. Agli operatori di Polizia penitenziaria il Garante Nazionale vuole dichiarare oggi la propria vicinanza e la profonda considerazione del loro lavoro: proprio tale considerazione lo ha portato e lo porta a richiedere fermezza verso quei pochi che con il non rispetto della propria divisa rischiano di gettare un’ombra su un Corpo che merita invece la stima della collettività”.

Ed allora, che fare?

Alla luce delle esperienze di questi anni, in continuità con le osservazioni già espresse in precedenti contributi (Ferrannini, 2009; Nuvoli, Rocca, Dijk, Ferrannini, 2018), proponiamo come “take home message” le seguenti azioni:

- a) organizzare servizi di presa in carico e cura nelle istituzioni penitenziarie;
- b) utilizzare tutti gli strumenti per una scarcerazione precoce;
- c) avere servizi di presa in carico e di cura nel territorio, per sostenere gli anziani dimessi con intervento socio-sanitari finalizzati alla qualità della vita, alla partecipazione sociale, al recupero della dignità;
- d) lavorare per fare in modo che l’anziano si fidi delle istituzioni di cura e supporto;
- e) favorire la ricostruzione dei rapporti parentali e sociali, per consentire una positiva inclusione sociale;
- f) coniugare il lavoro sui luoghi di cura con quello sulla cura dei luoghi;
- g) sviluppo di paradigmi scientifici in grado di passare dall’astrazione alla complessità, accettando il rischio di incertezza, ma con i vantaggi di essere “sul/nel campo” reale e di non contrapporre alle persone “malate di rischio” operatori “malati di certezze”;
- h) la centralità della responsabilità individuale e collettiva ovvero del ritorno del rimosso, che è essenzialmente dimensione etica;
- i) il superamento della confusione e della/delle ambiguità, segnali di crisi culturale, prima ancora che economica e sociale.

“I servizi insicuri hanno il fiato corto e sono incapaci di attivare quei processi di ri-significazione e di senso - nella prospettiva della “recovery”-, che richiedono pratiche connesse e coraggiose. Per non rifiutare le immagini, ed i problemi sottostanti che non vorremmo vedere, è possibile solo attivare complessi processi di svelamento ed analisi dei meccanismi che sono alla base dei comportamenti, sviluppando interventi precoci sui fattori di rischio (individuali, gruppali e socio-

culturali) che riducano l'incidenza di fenomeni che sono comunque espressione di sofferenza e di isolamento" (Nuvoli et al., 2018).

Organizzazione, formazioni e limiti dell'intervento psichiatrico in ambito intramurario

Vari aspetti problematici connotano il lavoro psichiatrico a favore della popolazione detenuta. Certamente è un problema la formazione, altrettanto l'organizzazione dei servizi di cura, il rapporto tra enti diversi e con finalità diverse, la sicurezza degli operatori.

Il mondo psichiatrico ha adeguate modalità organizzative e dispone di strumenti ed esperienza sufficienti per gli autori di reato? Sono necessari specifici percorsi formativi? ovviamente sì, non è pensabile che il buonsenso sia la linea guida con cui operare su problemi di particolare complessità.

Altro punto importante: disturbi mentali e abuso di sostanze si manifestano spesso nella stessa persona con strettissime correlazioni eziologiche e cliniche. Ha senso la separazione degli interventi o non sarebbe auspicabile formare operatori in grado di gestire il corteo sintomatologico in toto? Nei rapporti con le altre istituzioni, che vivono la sanità come ospite o ultima arrivata, si osserva che il fatto di intervenire con provvedimenti di cura a favore della popolazione detenuta crei il malaugurato fraintendimento di considerare i sanitari schierati con i detenuti contro direzioni e polizia penitenziaria. È un equivoco infantile ma purtroppo presente: i sanitari non sono schierati con / contro niente o nessuno, fanno il loro lavoro e svolgono il loro compito che consiste nell'assistere e nel curare le persone al meglio delle proprie possibilità senza subordinare la cura a finalità diverse. Se la presenza della sanità penitenziaria viene vissuta negativamente, come estranea alle logiche di controllo della popolazione detenuta e non utilizzabile o manipolabile a questo scopo, è indispensabile ribadire l'indipendenza della professione medica anche (verrebbe da dire particolarmente) in ambito carcerario. Logiche diverse da quelle specifiche di cura da parte del personale sanitario sono da proscrivere in quanto deontologicamente in contrasto con i fondamenti della professione medica.

Altrettanto importante ricollocare in rete, non all'interno ma soprattutto all'esterno, il lavoro psichiatrico intramurario con solidissimi rapporti di collaborazione in quanto:

- 1) ricoverare in ospedale un paziente detenuto è molto più difficile di un paziente di analoga gravità non ristretto;
- 2) i servizi territoriali evitano la presa in carico o la realizzano con motivazioni tiepide e molto lentamente;
- 3) manca la regia e la cultura che aiutino a superare difficoltà, diffidenze, ostilità dei singoli operatori;
- 4) la definizione dei livelli di responsabilità dei singoli percorsi meritano più attente riflessioni.

Conclusioni

Per concludere, in questo quadro sono necessari ed urgenti alcuni interventi che possano innovare il quadro degli interventi e delle funzioni degli operatori di vario tipo e della istituzione carceraria.

Per il livello delle funzioni tecniche, ci sembra necessario la definizione di un quadro omogeneo di intervento – a fronte dell'attuale crescente disomogeneità a livello delle istituzioni carcerarie e delle Regioni – attraverso la emanazione di Linee Guida da parte dei Ministeri competenti (Ministero della Giustizia e Ministero della Salute e delle loro specifiche articolazioni in questo campo ed anche della Conferenza Stato-Regioni per l'applicazione delle norme per il superamento delle disuguaglianze inter ed intra regionali), in accordo con le Società Scientifiche del settore, quali la Società di Medicina Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria, la Società Italiana di Psichiatria, la Società Italiana di Psichiatria Forense, per quello psichiatrico e la Società di Psicologia Giuridica e l'Associazione Italiana di Psicologia Giuridica, solo per citare quelle più coinvolte in questo campo. Si tratta di attivare un lavoro per delineare Percorsi Assistenziali Individualizzati (PAI) e Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA), necessariamente correlati non solo alla eventuale patologia presente ma anche alla storia della persona e dei fattori che hanno portato alla messa in atto di un comportamento reato.

Questo anche per superare le citate differenze di applicazione a livello regionale, ma anche delle singole strutture penitenziarie, e costruire un quadro di maggiore equità in un settore in cui si intrecciano diritti primari dei cittadini e loro limitazione causata dagli eventi reato.

Ed infine, attivare percorsi di sensibilizzazione e formazione degli operatori penitenziari per prevedere/prevenire sintomi psicologico-psichiatrici in detenuti già valutati affetti da quadri psicopatologici, ma anche in quelli che manifestano questi sintomi dopo la carcerazione. Questi percorsi devono tener conto necessariamente del nuovo quadro epidemiologico dei disturbi psichiatrici (il fattore età dall'incremento della messa in atto di comportamenti reato di vario tipo sia nei giovani che negli anziani), dei fattori psico-sociali, ambientali e degli stili e condizioni di vita, degli autori di reato di differenti etnie ed appartenenze religiose, con una attenzione alla complessità biopsicosociale che caratterizza sempre di più le storie e le vite delle persone detenute. E questo in una società sempre più frammentata, non coesa, discriminante, stigmatizzante, "basso contenuto umano" come ha definito queste condizioni la World Bank in un documento del 1993, anche per sottolineare l'importanza di una particolare attenzione al "capitale umano" e non solo al "capitale economico", soprattutto in questa fase storica.

In sintesi, si tratta di lavorare per una rinnovata attenzione allo sviluppo di una società giusta e democratica, anche quando si occupa di autori di reati, ma pur sempre persone, da assistere e riabilitare per un ritorno alla inclusione ed all'appartenenza alla società.

Riferimenti bibliografici

- Appelbaum, P.S. (2006). Violence and mental disorders: data and public policy. *Am J Psychiatry*, 163, 1319-1321
- Bruni, A. (Ed.). (2013). *Psicologi "dietro le sbarre". Appunti di psicologia penitenziaria*. Macerata: Simple.
- Catanesi, R., Carabellese, F., & Guarino, D. (2007). Analisi del comportamento violento in una popolazione di pazienti psichiatrici in Puglia e Basilicata. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 64-79.
- Clerici, M., Bertolotti Ricotti, P., D'Uso, N., Marasco, M., Candotti, S., & Scarone, S. (2006). Un servizio di consulenza psichiatrica in carcere. Quali bisogni? Quali risposte? *Noos*, 1, 35-58.
- Comitato Nazionale di Bioetica. (2013). *La salute "dentro le mura"*. Roma: Author
- Comitato Nazionale di Bioetica. (2019). *Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere*. Roma: Author.
- Dipartimento Amministrazione Penitenziaria. *Statistiche*. Estratto da <http://giustizia.it>
- Donan, M., & Doyle, Violone, M. (2000). Risk prediction. Clinical and actuarial measures and the role of psychopathy checklis. *Br J Psychiatry*; 177, 303-311.
- Elbogen, B., & Johnson, S.C. (2009). The intricate link between violence and mental disorders. *Arch gen Psychiatry*, 66, 152-166.
- Fazel, S., Smith, E.N., Chang, Z., & Geddes, J.R. (2018). Risk factors for interpersonale violence: an umbrella review of meta-analyses. *J Psychiatry*, 213, 609-614.
- Fazel, S., Grann, M., Carlstrom, E., Lichtestain, P., & Langstrom, N. (2009). Risk factors for violent crime in Schizophrenia: a National color study of 13806 patients. *J Clin Psychiatry*, 70 (3), 362-369.
- Fazel, S., Zettreqvist, J., & Larsson, H. (2014). Antipsychotics, mood stabilizers and risk of violent crime. *Lancet*, 384, 1206-1214.
- Ferrannini, L. (2009). L'anziano violento: dimensioni socio-culturali e cliniche. *Psicogeriatría*, II, 19-26.
- Filov, I. (2019). Antisocial personality traits as a risk factor of violence Between individuals with mental disorders. *Open Access Maced J Med Sci*, 7, 657-662.
- Garrido, F. (2002). El tratamiento del psicopata. *Psicothema*, 14, 181-189.
- Greco, O., Maniglio, R., (2007) *Malattia Mentale e Criminalità*. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 111-132.
- Harris, G., Rice, M., & Cormier, C. (1994). Psychopaths: is the therapeutic community therapeutic? *Therapeutic Communities*, 15, 183-229.
- Lagrotteria, B., Nicolò, A., Paoletti, G., Bianchini, V., Bilotta, E., Fedele, C., Silveri, L., Feroni, B. & Marconi, M. (2019). L'impulsività e il comportamento violento: l'impiego della terapia dialettica comportamentale in ambito forense. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XIII, n. speciale/19, 77-84.
- Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2014). Violent victimization of adult patients with severe mental illness: a sistematic review. *Neuropsychiatr. Dis Treat*, 10, 1925-1939.
- Nivoli, G.C., Loretto, L., Milia, P., Nivoli, A.M.A., & Nivoli, F.L. (2010). *Vittimologia e psichiatria*. Milano: Centro Scientifico.
- Nuvoli, G., Rocca, G., Dijk, B. & Ferrannini, L. (2018). L'anziano autore di reato: aspetti epidemiologici e psicopatologici. *Psicogeriatría*, 2, 69-82.
- Poneti, K. (2018). Salute mentale in carcere: l'incerto destino dei rei folli. In F. Corleone, (Ed.), *Mai più manicomi* (p. 85). Firenze: Fondazione Michelucci.
- Pulay, A.J., Dawson, D.A., Hasin, D.S., Goldstein, R.S., Ruan, W., Pickering, R.P. et al. (2008). Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders: result from the Nationa epidemiologic survey on alcohol and realted conditions. *J Clin Psychiatry*, 69 (1), 12-22.
- Ravagnani, L., & Romano, C.A. (2019). P4hr: i diritti umani entrano nel trattamento penitenziario. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XIII, 3, 217-223.
- Romano, C.A., & Ravagnani, L. (2010). Sistema carcerario e trattamenti inumani o degradanti. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 111-143.
- Swanson, J.W., Holzer, C.E. III, Ganju, V.K., & Jono, R.T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp. Community Psychiatry*, 41 (7), 761-770.
- Swanson, J.W. (2014). Mental disorder, substance abuse, and community violence: an epidemiological approach. In J. Monahan, & H.J. Steadman (Eds.), *Violence annd mental disorder: developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago.
- Veltri, A., Lombardi, V., Donatelli, A.M., Montanelli, C., Mundo, F., Restuccia, G., Bui, A., Cerboneschi, A., Lazznerini, F., & Sbrana, A. (2019). Funzioni cognitive frontali e livelli di impulsività: risultati preliminari in un campione di pazienti psichiatrici autori di reato. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XIII, n. speciale, 69-76,
- Volavka, J., Czibor, P., Citrome, L., & Van Dom, R.A. (2014). Effectiveness of antipsychotic drugs against hostility in patients with schizophrenia in the Clinical Antipsychotic Trial of Intervention Effectiveness (CATIE) study. *CNS Spectr*, 19, 466
- Volavka, J., & Swanson, J., (2010). Violent behavior in mental illness: the role of substance abuse. *JAMA*, 304, 563-564
- Volavka, J., (2013). Violence in Schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatra Danub* 25 (1), 24-33.
- Voller, F., & Di Fiandra, T., (ed.). (2015). *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*, Collana dei Documenti ARS Toscana, n. 83.

Places of care in Italian forensic psychiatry: therapeutic aspects and critical issues in an evolving system

I luoghi della cura in psichiatria forense in Italia: aspetti terapeutici e criticità in un sistema in evoluzione

Luca Castelletti | Jacopo Santambrogio | Franco Scarpa | Antonino Giancontieri
Alessandro Santarone | Gian Maria Galeazzi | Laura De Fazio

OPEN ACCESS

Double blind peer review

How to cite this article: L. Castelletti et alii (2023). Places of care in Italian forensic psychiatry: therapeutic aspects and critical issues in an evolving system. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XVII, 2, 141-152. <https://doi.org/10.7347/RIC-022023-p141>

Corresponding Author: Luca Castelletti
email luca.castelletti@yahoo.com

Copyright: © 2023 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Pensa Multimedia and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. *Rassegna Italiana di Criminologia* is the official journal of Italian Society of Criminology.

© The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors

Received: 18.03.2023

Accepted: 31.05.2023

Published: 30.06.2023

Pensa MultiMedia
ISSN 1121-1717 (print)
ISSN 2240-8053 (on line)
[doi10.7347/RIC-022023-p141](https://doi.org/10.7347/RIC-022023-p141)

Abstract

The treatment of individuals with mental disorders subject to security measures or restricted within the prison circuit has benefited over the past few decades from a season of reforms that have significantly changed the landscape of treatment settings in Italy. This change has most clearly and radically affected the area of security measures, and to a lesser extent, till now, mental health care within prison settings. In both cases, it is community psychiatry, organized around the Departments of Mental Health, that is picking up the difficult baton of ensuring adequate and effective treatments for individuals with specific clinical and social characteristics. In this paper, we try to investigate how places of care at different degree of restriction, from correctional settings to therapeutic residencies, have refined their caring practice and what critical issues crowd out the daily lives of those engaged in this strenuous exercise of care.

Keywords: offenders, mental health in prison, security measures, forensic psychiatry.

Riassunto

Il trattamento dei soggetti con sofferenza psichica sottoposti a misure di sicurezza o ristretti all'interno del circuito penitenziario ha beneficiato nel corso delle ultime decadi di una stagione di riforme che ha modificato sensibilmente il panorama dei contesti di cura. Il cambiamento ha riguardato in maniera più evidente e radicale il settore delle misure di sicurezza, ed in modo per ora meno incisivo la salute mentale all'interno dei contesti carcerari. In entrambi i casi, è la psichiatria di comunità, organizzata attorno ai Dipartimenti di Salute Mentale, a raccogliere il difficile testimone di garantire trattamenti adeguati ed efficaci per individui dalle caratteristiche cliniche e sociali precipue. In questo lavoro cerchiamo di indagare come i luoghi della cura nei contesti di restrizione a grado decrescente, fino alle comunità terapeutiche, abbiano affinato gli strumenti del trattamento e quali criticità affollino la quotidianità di coloro impegnati in questo faticoso esercizio di cure.

Parole chiave: autori di reato, sanità penitenziaria, misure di sicurezza, psichiatria forense.

Luca Castelletti, M.D., psychiatrist, REMS of Veneto, Nogara (VR) | Jacopo Santambrogio, Adele Bonolis Foundation, AS.FRA, Vedano al Lambro (MB); Corberi Presidium, ASST Brianza, Limbiate (MB); Department of Medicine and Surgery, University of Milano-Bicocca | Franco Scarpa, Director UOC Rems Empoli (FI), DSM Toscana Center | Antonino Giancontieri, Adele Bonolis Foundation, AS.FRA, Vedano al Lambro (MB); Supervisory Court of Milano, Department of Psychology, University of Milano-Bicocca | Alessandro Santarone, Medical chief Adele Bonolis Foundation, AS.FRA, Vedano al Lambro (MB) | Gian Maria Galeazzi, Department of Science Biomedical, Metabolic and Neurosciences, University of Modena and Reggio Emilia | Laura De Fazio, Department of Law, University of Modena and Reggio Emilia

Places of care in italian forensic psychiatry: therapeutic aspects and critical issues in an evolving system

Le tappe legislative che dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1 aprile 2008 portano alla Legge del 30 maggio 2014, n. 81 fino alle Sentenze Corte Cost. del 19 aprile 2019, n.99 e Corte Cost. del 27 gennaio 2022, n. 22 hanno reso possibile per gli autori di reato portatori di disturbi psichiatrici, usciti dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), l'accesso a percorsi di cura più omologhi a quelli della psichiatria di comunità. Il principio ispiratore della Legge n.81/2014 prevede che la rete dei servizi territoriali, cui si aggiungono le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), debba farsi carico di tali persone sulla scorta delle prescrizioni o limitazioni connesse all'applicazione delle misure di sicurezza o di una misura detentiva. Per quanto riguarda la salute mentale nelle carceri, lo spostamento di competenze dal Ministero della Giustizia a quello della Sanità, la successiva istituzione di speciali articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere (ATSM), e le nuove norme contenute nella Sentenza Corte cost. n. 19/2019 descrivono l'apertura di spazi potenziali di cura per il disagio psichico all'interno degli istituti di pena. In un siffatto contesto, i servizi di salute mentale di comunità, pur tra le oggettive difficoltà di ordine organizzativo e di risorse, si trovano a giocare un ruolo di primo piano nei percorsi di cura di questa utenza.

La scelta di intercettare i bisogni di cura di questo gruppo di pazienti con gli strumenti generalisti della psichiatria di comunità pone però il rischio di una rinuncia sostanziale alla crescita di una cultura *forensic psychiatry* per come si è strutturata nelle realtà extranazionali che ne riconoscono la specificità. Di converso, gli strumenti della psichiatria di comunità possono fornire una prassi clinica improntata alla *recovery e strenght based*, nelle REMS e nelle comunità che lavorano con i soggetti sottoposti a misura di sicurezza, aprendo a scenari di cura inediti ed innovativi.

In questo lavoro, verranno condotti degli aggiornamenti organizzativi e clinici sui tre principali contesti della psichiatria forense italiana, le ATSM, le REMS e le comunità terapeutiche, diverse tra loro per finalità, organizzazione, risorse, titolo giuridico applicato ai pazienti, ma accomunate dal compito di prendersi cura di persone a vario grado di restrizione cercando vie di integrazione con gli altri snodi della rete della salute mentale e dei servizi territoriali. L'indagine tiene conto dell'impatto delle novità legislative e dei fenomeni da queste scaturite nel lavoro quotidiano, illustrato anche da alcune vignette cliniche che esemplificano difficoltà ed opportunità dello scenario in evoluzione.

La salute mentale in carcere

L'affidamento al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) della cura delle persone detenute, conseguente al DPCM del 2008, la chiusura degli OPG, con l'attuazione della Legge 17 febbraio 2012 n. 9, art. 3 ter, e la Legge n. 81/2014, hanno reso necessarie profonde modifiche.

Si è posta una specifica attenzione al tema della salute mentale e del diritto alla salute in carcere, allo scopo di attuare azioni di cura e di prevenzione del disagio e della patologia psichica dei ristretti ed è sorta la necessità di provvedere ad introdurre nei penitenziari i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). Tale iniziativa si è resa necessaria per passare, da un'organizzazione di tipo ambulatoriale-consulenziale, precedentemente seguita dal servizio sanitario dell'Amministrazione Penitenziaria, ad un'organizzazione aziendale USL in grado di elaborare interventi di cura efficaci e, ove possibile, di attuare percorsi terapeutico-riabilitativi utili non solo a garantire un migliore stato di salute mentale ma anche a consentire l'attivazione di una misura alternativa alla detenzione.

Allo stato attuale, la presenza di persone detenute negli Istituti penitenziari italiani si aggira sulle 56.196 unità (dati dicembre 2022), in eccesso rispetto alla capienza ideale di 51.328. Il tasso di presenza è pari a 91 detenuti ogni 100.000 abitanti, inferiore al tasso grezzo di 140 ogni 100.000 detenuti che si registra nella media mondiale. Da sottolineare inoltre la spiccata presenza di persone di altra nazionalità, una quota elevata che raggiunge il 35 %, in media nazionale, con punte, in alcuni Istituti, di oltre il 60% dei presenti. Molto spesso tali persone sono prive di permesso di soggiorno, di risorse o contatti socio-familiari sul territorio, elementi che rendono difficile intervenire per mantenere la salute mentale, e non solo, e soprattutto rendere possibile, a fine pena, una presa in carico efficace e continuativa da parte dei Servizi territoriali. L'importanza della questione della tutela della salute mentale in carcere deriva dai molteplici rilievi sullo stato di salute nelle persone detenute, una popolazione in cui si rileva una consistente presenza di disturbi psichici. Ricerche ripetutamente condotte dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS), con il sistema classificatorio ICDIX-cm, fanno emergere negli anni una prevalenza sempre crescente, a partire dal 38,4% del 2014 fino a raggiungere, nell'ultima rilevazione del 2021, una percentuale del 49,2%. Da specificare che in tale rilievo sono inclusi i soggetti con dipendenza da sostanze che incidono per il 21,8%. Nell'ultimo rilievo, la valutazione disaggregata dei dati per gruppi diagnostici fa emergere una percentuale del 10,8% per disturbi dell'area nevrotica, e a seguire 3,9% disturbi di personalità, 3,1% per disturbi alcool-cor-

relati, 4,7% per disturbi affettivi psicotici, 3,1% per patologie depressive non psicotiche. Inoltre, emerge sempre più frequentemente il problema dell'elevato numero di suicidi in carcere che, nell'anno 2022, ha raggiunto una quota complessiva di 84 casi, dato mai registrato in precedenza che incide, su una presenza media di 56.000 persone, per un tasso di 14,3/10.000, decisamente superiore a quello della popolazione libera. Molti degli episodi di suicidio derivano infine da fragilità personali e sociali, piuttosto che da vere e proprie patologie psichiche, ma il ricorso al farmaco ed al controllo psichiatrico è sempre più richiesto da parte degli organi direttivi del carcere, anche a scopo di difesa rispetto alle eventuali responsabilità di controllo. Il sistema della salute mentale in carcere cerca di riprodurre il modello di lavoro attuato dai DSM, proiettato all'interno della realtà penitenziaria. È necessario, pertanto, che il DSM intervenga in carcere con una propria organizzazione autonoma, integrata con il presidio o la forma organizzativa che l'AUSL attua per la salute in carcere e che possieda risorse adeguate per occuparsi della cura dei ristretti con problemi psichici, pregressi alla detenzione o emersi nel corso della permanenza in istituto. Un esempio di organizzazione del servizio di salute mentale, soprattutto per istituti medio grandi, può essere l'organizzazione di una Struttura Organizzativa, semplice o complessa in base alle dimensioni dell'Istituto, con la "mission" di seguito elencata.

- Effettuare visite specialistiche di secondo livello o consulenze, su specifica richiesta dei Medici di medicina generale o delle cure primarie interne al carcere;
- Prendere in cura le persone detenute che presentano patologia psichiatrica e/o problemi da disagio psicologico;
- Attivare, nel rispetto delle norme previste nella Legge del 23 dicembre 1978, n.833 interventi sui casi di acuzie non curabili all'interno del carcere con Trattamenti Sanitari su base volontaria od Obbligatoria nei Servizi Psichiatrici Diagnostici e Cura (SPDC);
- Elaborare ed attuare per ogni paziente preso in cura, un Piano Terapeutico ed un programma di monitoraggio clinico all'interno della struttura penitenziaria;
- Partecipare, con le proprie competenze e per le tematiche di carattere psicopatologico e psicologico, alla realizzazione degli interventi di prevenzione del rischio di suicidio ed autolesionismo;
- Relazionare al Magistrato competente, direttamente o tramite la Direzione penitenziaria, per informare sulle condizioni della persona ed attivare eventuali processi di applicazione di misure alternative alla detenzione;
- Promuovere e cooperare con il Servizio territoriale di competenza per il paziente alla definizione ed attuazione di percorsi Terapeutico Riabilitativo finalizzati alla dimissione, laddove ne sussistano le condizioni giuridico penitenziarie;
- Dare adeguata informazione ai Servizi territoriali di competenza dei pazienti presi in cura per assicurare la continuità alla loro dimissione;
- Assicurare la documentazione e la registrazione degli

interventi con le modalità previste dal DSM, garantendo la valutazione dei processi e degli esiti;

- Promuovere l'integrazione tra le diverse professioni che concorrono alla presa in carico, alla cura ed alla riabilitazione nell'ambito della Struttura Semplice;
- Assicurare l'appropriatezza, la qualità, l'efficacia e l'efficienza tecnico-operativa nelle attività di competenza, garantendo i necessari livelli di integrazione con gli altri Dipartimenti aziendali per l'attuazione dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati (PTRI)/Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- Impegnarsi a mettere in atto modalità innovative di intervento per migliorare la sostenibilità e l'efficacia dei servizi.

In carcere appare inoltre importante stabilire una piena integrazione tra salute mentale e Servizi per le dipendenze patologiche (SERDP) poiché i temi del disagio e della patologia psichica sono sempre più frequentemente connessi all'uso/abuso di sostanze, fino ai gradi di conclamata dipendenza. Nello specifico appare molto problematica l'area costituita da soggetti che non sono presi in carico da parte dei SERDP, in quanto non presentano i criteri per una diagnosi di dipendenza attiva, né tantomeno dal Servizio di salute mentale in mancanza di una specifica patologia psichiatrica. Ciò comporta la difficoltà di poter organizzare un percorso terapeutico per tali soggetti in considerazione della loro frequente difficoltà di adattamento al regime carcerario e del ricorso occulto a sostanze o farmaci usati a scopo sostitutivo voluttuario. È esperienza di chi scrive il riscontro che gli episodi di violenza in carcere, anche quando alla base vi sono concreti problemi logistici quali insufficienza delle condizioni di vita e di decoro, vengono sempre più frequentemente ascritti, dall'amministrazione penitenziaria, alla presenza di un disturbo mentale. Di conseguenza viene chiesto sempre più spesso un intervento di "presa in carico" da parte del servizio di salute mentale, sottovalutando le effettive cause alla base del comportamento reattivo. Si porta ad esempio di tali cause organizzative e strutturali l'insufficienza dei contatti con i familiari, la mancanza di risorse economiche e sociali, l'incertezza del futuro post detentivo, le condizioni di agibilità e di decoro degli ambienti di vita delle persone detenute. Dopo la Legge 81/2014 si è inoltre posto il problema di dare una risposta a quelle categorie giuridico-penitenziarie che in precedenza erano ospitate negli OPG. Si fa riferimento alle persone internate con infermità sopravvenuta ex art. 148 CP, a quanti etichettati come "minorati psichici" ex articolo 111, comma 5, del Decreto del Presidente della Repubblica del 30 giugno 2000, n.230 ed infine a quelli precedentemente inviati negli OPG per "accertamento delle condizioni psichiche", anche detta "osservazione psichiatrica", ex art. 112, comma 2, del DPR 230/00. Nel 2011 la Conferenza Unificata emana un accordo che prevede la creazione "almeno in un Istituto per ogni Regione" di una "articolazione per la tutela della Salute Mentale" (ATSM) cui è affidato il compito di accogliere le persone detenute con le posizioni di cui alla lettera

a, precedentemente inviate negli OPG. Tali ATSM contrariamente all'indicazione della Conferenza Unificata non sono state ancora costituite in tutte le regioni e se ne contano 34 al 2021, delle quali 5 destinate alle donne, con la presenza di 262 uomini e 21 donne. Da evidenziare che la categoria delle persone detenute con infermità sopravvenuta (ex art. 148 CP) è stata ormai soppressa per intervento della Corte Costituzionale che, accogliendo un ricorso presentato dalla Corte di Cassazione, emanava la sentenza n. 99 del 6 febbraio 2019, osservando che la persona con infermità sopravvenuta alla condanna alla pena detentiva, se non poteva essere inviata nelle REMS, destinate alle misure di sicurezza, nemmeno poteva permanere in carcere. La Corte Costituzionale suggeriva infine che il condannato con una condizione di infermità mentale incompatibile con lo stato detentivo ordinario, anche in deroga ai limiti previsti dalla legge, poteva richiedere e ottenere la misura della detenzione domiciliare. In mancanza di un modello standard e di un regolamento specifico, le ATSM appaiono sostanzialmente come sezioni penitenziarie, gestite in ogni caso dall'Amministrazione Penitenziaria con personale di Polizia penitenziaria. Il servizio di salute mentale del DSM interviene con proprie risorse di personale specialistico, psicologi e psichiatri, in qualche caso con educatori o tecnici della riabilitazione psichiatrica. Quanto tali reparti possano davvero ed efficacemente garantire interventi di prevenzione e cura della salute mentale delle persone ivi accolte appare una questione derivata non solo, e non tanto, dalle risorse impegnate ma soprattutto dalla effettiva condivisione con la direzione del carcere, di quali spazi e autonomia di azione il personale sanitario concretamente possa fruire. La Legge delega del 23 giugno 2017, n. 103 aveva previsto l'emanazione di un Decreto Legislativo con il quale le ATSM dovevano diventare reparti a piena gestione sanitaria con la presenza di Polizia penitenziaria solo all'esterno ed a richiesta per interventi di emergenza, una sorta di REMS inserite in carcere, ma tale decreto non è mai stato emanato. Molte questioni devono ancora essere definite perché tali strutture non si limitino a dare un maggior apporto di figure sanitarie specialistiche ma siano davvero messe in condizioni di offrire e realizzare percorsi terapeutici alle persone detenute. Manca infatti allo stato attuale un aggiornamento dell'Accordo del 2011 che definisca i criteri per applicare il suddetto art. 111 (la minorazione psichica appare sempre più un obsoleto modo di definire una condizione di sofferenza psichica o altro) evitando di inviare in tali strutture detenuti ritenuti "difficili" e non per ragioni esclusivamente sanitarie di cura. È inoltre indispensabile definire i criteri di dimissione dal reparto ATSM per evitare che esse siano un luogo di stabile permanenza e che sia incoraggiato il rientro nel circuito ordinario dove fruire dei percorsi trattamentali interni al carcere e, dove possibile, di misure alternative. Allo stato attuale le ATSM sono a volte utilizzate come luogo a minore tasso di restrizione per detenuti in attesa REMS. In carcere inoltre è spesso del tutto impossibile la gestione di persone in stato di acuzie psicopatologica per cui è inevi-

tabilmente necessaria l'attuazione di TSO ospedalieri all'esterno, con frequenti problemi di accompagnamento e di sorveglianza nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). Due vignette cliniche esemplificano le difficoltà di costruire reti sanitarie, amministrative, sociali efficaci per rispondere alla complessità dei profili dei detenuti con comorbilità psichiatrica.

Uomo di anni 61 della stessa città dove si trova il carcere, viene arrestato per aver causato la morte della madre, è un alcolista cronico con una deriva sociale determinata dalla progressiva perdita di relazioni, mancanza di contatti socio-familiari validi e di mezzi di sostentamento. Non conosciuto da servizi psichiatrici ma solo dai servizi universitari di psicologia. L'accertamento svolto dal Consulente Tecnico gli riconosce una parziale imputabilità ma egli patteggia la pena ed è condannato a 5 anni di carcere. Al momento della data di scarcerazione, non avendo i criteri per l'inserimento in una comunità per alcolodipendenti né tantomeno una patologia da ricovero in ambiente di comunità terapeutica, non si riesce ad individuare un luogo di accoglienza che possa anche garantirgli il mantenimento di una terapia psichiatrica. Il soggetto rinuncia a chiedere la liberazione anticipata, che avrebbe consentito la scarcerazione 45 giorni prima, per avere il tempo necessario a trovare una soluzione di accoglienza. Il caso è tipico di una condizione di deriva sociale da patologia non conclamata e della perdita di ogni utile contatto con il proprio contesto sociale. La medesima situazione si crea spesso anche per stranieri senza dimora, senza permesso di soggiorno, senza legami validi, ad altissimo rischio pertanto di ripercorre le strade della recidiva di comportamenti antigiuridici.

Uomo di anni 38, già condannato in via definitiva, cui è riscontrato un Disturbo di personalità con caratteristiche borderline ma anche spiccate tendenze antisociali. Frequenti gli episodi di aggressività in gran parte rivolta agli oggetti (incendio suppellettili, rottura oggetti o mobilio) e eterodiretta sul piano verbale (minacce ad operatori sanitari e della polizia penitenziaria). Non riesce a stare in reparto ordinario per cui viene proposto invio nell'ATSM, apparentemente con una richiesta di trattamento più terapeutico e riabilitativo, rinviando al servizio sanitario quello che dovrebbe offrire già il carcere (scuola, lavoro, attività varie).

Casi analoghi sono frequenti da quando l'Amministrazione Penitenziaria considera soggetti con caratteristiche simili come persone da allontanare dai reparti ordinari e da destinare a sezioni per "soggetti violenti" o con disturbi psichiatrici.

Le Residenze per l'esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)

Le REMS, uniche strutture in cui viene applicata la Misura di Sicurezza detentiva in Italia, tagliano il traguardo dell'ottavo anno dalla loro istituzione. Molto si è scritto ed evidenziato della loro natura legislativa radicalmente

rinnovata rispetto al modello precedente degli OPG (Carrabellese & Felthus, 2016; De Fazio & Sgarbi, 2017; Di Lorito et al., 2017; Mandarelli et al., 2019; Rivellini et al., 2019). Tra gli elementi di maggior discontinuità, contenuti nella Legge n. 81/2014 vi è il loro utilizzo cosiddetto “residuale”, ossia di ultima risorsa di fronte all'impossibilità di sviluppare programmi terapeutici a livello territoriale. Con il progressivo incremento su base regionale dei posti letto si è andata gradualmente configurando la geografia quantitativa delle REMS su base nazionale e la loro articolazione con il sistema penitenziario e le comunità dedicate o comunque coinvolgibili. Ad oggi, i letti REMS sono 620, meno della metà di quelli disponibili prima della riforma. Pur con notevoli difformità tra le varie regioni, il dato medio su scala nazionale è di circa 1 posto letto ogni 100,000 abitanti. Il dato nasce in maniera piuttosto spontanea, non essendo sostenuto da evidenze epidemiologiche rispetto alle altre realtà nazionali (Salize et al. et al., 2023), né da caratteristiche socio-demografiche e cliniche della popolazione forense italiana rispetto a quella straniera (Castelletti et al., 2023). Esso è l'esito di un processo principalmente di natura legislativa, originariamente volto alla tutela dei diritti dei soggetti con sofferenza psichica, ovvero dallo sforzo, costituzionalmente garantito di provvedere a tutti i cittadini analogo accesso alle cure. Per gli esponenti di quel *think tank* il processo dovrebbe portare alla progressiva abolizione delle strutture forensi, in ottemperanza al principio di parità di diritti e cure tra tutti i cittadini, sancito dall'Art. 32 della Costituzione (Pellegrini, 2020; Zuffa et al., 2021). Pur ammettendo le profonde disomogeneità condizionanti uno sviluppo più uniforme dei vari sistemi psichiatrico-forensi a livello internazionale, una vasta rete di interlocuzione, in primo luogo i DSM dentro cui sorgono le REMS, i sistemi sanitari regionali, le società scientifiche, gli stakeholders e la magistratura da anni si interrogano su quali provvedimenti possono migliorare lo scenario che si è venuto a creare con la riforma dei servizi per le misure di sicurezza. Per limiti di spazio non ci occuperemo del centrale dibattito che riguarda il mancato adeguamento legislativo relativamente alle misure di sicurezza. In questo paragrafo il focus rimarrà sulle questioni organizzative e clinico-gestionali che si sono imposte a fronte del radicale cambiamento di paradigma che ha subito il settore.

L'aspetto più dibattuto in questi primi otto anni di funzionamento delle REMS ha riguardato la disponibilità su base regionale di posti letto. La riduzione di più della metà dei posti letto rispetto al periodo degli OPG ha inevitabilmente prodotto un eccesso di domanda rispetto alla disponibilità effettiva di residenzialità, provocando rapidamente l'instaurarsi del fenomeno delle cosiddette “liste d'attesa”. Magistratura, stakeholders, amministratori, clinici e accademici, i media nazionali sono intervenuti in più tempi sul tema delle liste d'attesa, e la recente Sentenza Corte Cost. n. 22/2022 richiama la necessità per tutti gli interlocutori coinvolti di reperire soluzioni più adeguate a rendere realmente eseguibili le ordinanze di attuazione delle misure di sicurezza detentive, senza snaturare lo spi-

rito della Legge 81/2014. Su questo passaggio il dibattito si è rapidamente polarizzato tra chi vede nell'aumento dei posti letto disponibili la soluzione alle liste d'attesa e chi sostiene la necessità di contenere il numero dei posti letto per non snaturare lo spirito della riforma (Ferracuti & Nicolò, 2022) e andare verso un superamento delle REMS (Pellegrini et al., 2023). In questo panorama, è venuto in aiuto il recente documento licenziato dalla Conferenza Stato Regioni che sulla questione stabilisce la necessità di istituire Punti Unici Regionali (P.U.R.) fungenti da regia per il sistema forense regionale nel rendere più fluidi ed appropriati i percorsi di cura forensi (Repertorio atto n. 188/CU).

Un sistema forense per funzionare adeguatamente necessita di una chiara, esplicita definizione dei livelli organizzativi interagenti che ne stabiliscono le aree funzionali (Kennedy et al., 2019). Dall'assistenza di base fino alle valutazioni che vengono adottate a livello regionale, ciascun livello dovrebbe concorrere alla definizione di un modello regionale integrato.

Riversata precipitosamente sulle risorse e le organizzazioni dei DSM, la cura ed assistenza dell'utenza sottoposta a misura di sicurezza ha da subito fatto sorgere domande e preoccupazioni su come approntare sistemi di cura efficaci (Casacchia et al., 2015). Il radicale cambio di paradigma imposto dalla Legge 81/2014 ha reso più controversa l'importazione di modelli consolidati sviluppati in altri Paesi, dove la rilevanza accordata alla predizione del rischio di recidiva di reato, strutturalmente valutato, conforma la cultura clinica dei servizi forensi di quelle realtà nazionali. In Italia, la forte impronta legislativa che ha accompagnato la nascita dei percorsi di cura per l'utenza in misura di sicurezza, ha segnato la cultura clinica che negli anni si è sviluppata all'interno delle équipes che operano nelle REMS. In modo quasi spontaneo, i contributi clinici provenienti dalle REMS (Catanesi et al., 2019) hanno attinto dalle esperienze residenziali nazionali, a loro volta intrise dalla cultura clinica più adottata, influenzata dall'approccio *recovery oriented*, dalla psico-educazione, e degli altri strumenti della riabilitazione psico-sociale. I recenti contributi epidemiologici (de Girolamo et al., 2021) hanno fatto luce circa i profili dei soggetti in misura di sicurezza. Essi, confrontati coi pari utenti della psichiatria generale, non differiscono nelle caratteristiche psicopatologiche, nei pattern di addiction life-time, ma nel fatto che molti di loro erano in carico presso i servizi senza seguirne le raccomandazioni terapeutiche, che agivano più frequentemente i reati in famiglia, e che avevano avuto più esperienze traumatizzanti nel corso della loro infanzia. Emerge quindi dalla letteratura un profilo dell'utenza in misura di sicurezza maggiormente vulnerabile agli *stressor* ambientali, e con minor capacità di gestione di crisi su base emotiva e cognitiva rispetto alla controparte della psichiatria generale. Per avvicinarsi ai temi significativi ed ai profili di bisogni di questa utenza, l'esplorazione dei contenuti soggettivi mediante studi di tipo qualitativo sulla ricerca del significato dell'esperienza terapeutica in una residenza forense

appare un indispensabile punto di partenza. Nella revisione sistematica condotta da Shepherd et al., 2016, tre sono i temi principali che emergono dai lavori inclusi nella review; essi sono legati al senso di protezione dell'esperienza residenziale, al senso di speranza e alla creazione di reti sociali, ed alla ricerca di una propria identità. Nella maggior parte dei casi, il fatto reato dei pazienti forensi, sia che venga determinato da alterazioni della forma pensiero, sia favorito da profonde disregolazioni dell'affettività, e dalle loro molteplici combinazioni, riconosce nel senso soggettivo di profonda insicurezza, instabilità e perdita di controllo fattori decisivi nello scatenamento dell'evento (Yakeley & Adshead 2015; Drennan & Alred, 2013). Esso frequentemente rappresenta il culmine di periodi più o meno protratti di progressiva mancanza di controllo, in cui vissuti di paura, sospettosità, odio, umiliazione prendono progressivamente il sopravvento. Il frequente riscontro in questi pazienti di storie pregresse connotate da abbandono delle prese in carico, di irregolarità nell'aderenza al trattamento, e di sfiducia nella relazione terapeutica con l'équipe curante segnala il ritiro solitario e doloroso che precede le vicende giuridiche. Una volta fatto ingresso in REMS, è opinione condivisa da parte degli operatori che vi lavorano riconoscere un graduale miglioramento delle condizioni generali del paziente. A questo contribuiscono diversi fattori ambientali, relazionali ed evidentemente farmacologici, quando necessitano, che si possono includere all'interno di quell'iniziale senso di protezione da insidie di pensiero e di affetti così affliggenti. Il paziente che commette il grave reato violento all'interno della propria cerchia familiare trova di primaria importanza un luogo che possa proteggerlo dalle insidie vendicative reali o immaginarie di chi si è sentito vittima delle proprie azioni fuori. Quel senso di protezione sarà verosimilmente alla base di un embrionale vissuto di riconoscimento della relazione d'aiuto nei confronti dell'équipe. Alternativamente, il paziente che entra in REMS con un quadro di disregolazione affettiva ed emotiva, frequentemente associata a condotte d'abuso croniche, può trovare nel nuovo ambiente, dopo periodi iniziali anche connotati da una certa inquietudine, punti di riferimento alloggiativi e relazionali che facilitano il ridimensionamento eccitante e diventano propedeutici per il lavoro integrato psico-riabilitativo. Nel corso del periodo di ambientamento, che può durare alcuni mesi, durante i quali i nuovi giunti possono apprezzare i fattori facilitanti e protettivi del nuovo ambiente terapeutico, possono avviarsi i processi che mirano ad una ri-alimentazione delle reti sociali interne alla residenza ed esterne investite da un senso soggettivo di rinnovata fiducia. Le chiamate e le visite coi familiari, non raramente vittime delle azioni criminose per le quali è scattato il provvedimento giuridico, possono lentamente connotarsi con elementi nuovi, concilianti e progressivamente chiarificatori. Gli strumenti e le prassi con cui si ripristinano i contatti con l'esterno, e gli obiettivi individualizzati con cui si attuano le attività interne, possono generare un senso di rinnovata fiducia e speranza rispetto alle possibilità del paziente di poter ri-

trovare una collocazione nel mondo. Temi che si ritrovano, ampliati, nella revisione sistematica della letteratura condotta da Clarke et al., 2016, svolta nel tentativo di indagare che cosa possa significare un percorso di recovery per un paziente inserito un percorso terapeutico in una struttura forense. Gli Autori individuano alcuni temi prevalenti: l'essere connessi all'interno di rinnovate reti di contatti, familiari ma anche sociali in senso più allargato. Riacquisire un senso di sé più in linea con quanto si era stati prima delle escalation che hanno portato alle vicende penali. A queste si somma la necessità di giungere a patti con quanto è accaduto, sia nei termini di una rielaborazione, se questa è consentita dalle caratteristiche del paziente e dalla tipologia del reato, sia nei termini di una protratta rimozione se risulta impossibile una rivisitazione critica. I pazienti in misura di sicurezza sentono un forte slancio verso la libertà, che va raccolto dal gruppo curante e riconsiderato rispetto a quali libertà e a quali confini il nuovo corso può portare loro. I temi sollevati dalle revisioni sistematiche prese in esame interrogano il sempre instabile equilibrio tra le istanze di cura e di sicurezza, fattore intrinseco e irriducibile delle residenze forensi. L'equilibrio, per definizione dinamico e soggetto a continue sollecitazioni provenienti dai vari sistemi concentrici, trova un suo iniziale focus nel concetto di *therapeutic security* sviluppato nel corso delle ultime decadi (Kennedy, 2002). Esso riguarda l'indagine sistematica del rapporto tra cura e sicurezza all'interno delle residenze forensi, indicandone le complesse interazioni che si verificano tra tutte le variabili in gioco, per ricavarne il significato terapeutico di quanto viene ragionato e stabilito all'interno del gruppo curante. La sicurezza relazionale fa leva sull'analisi degli aspetti tipici di un'esperienza residenziale forense che si connota per la continuità della cura, la qualità del rapporto con lo staff e l'esterno, le dinamiche tra i pazienti e gli operatori (STA, 2010). Nell'inquadramento classico che ne fa il *Royal College of Psychiatrists* essa si compone di 4 macro-aree di indagine: il rapporto tra pazienti, lo staff, il mondo interno del paziente ed il rapporto tra questi ed il mondo esterno. La sicurezza relazionale è uno dei capitoli principali delle "Raccomandazioni di buone pratiche di riabilitazione psico-sociale dei pazienti autori di reato basato sulle evidenze", recentemente licenziato dalla Società Italiana di Riabilitazione Psico-Sociale (SIRP, 2023). In particolare, nell'accezione relativa alla qualità delle relazioni terapeutiche, un buon uso della sicurezza relazionale permette l'analisi ed il monitoraggio di aspetti cruciali nel trattamento di questa utenza. Ci si riferisce all'analisi delle *boundaries* tra paziente ed operatore relativamente al riconoscimento reciproco dei rispettivi ruoli, in una dinamica da costruire e monitorare durante tutto il percorso di inserimento del paziente nelle residenze. Essa indaga il rapporto con il limite e la frustrazione, generata dall'esperienza della REMS, sulle dinamiche coi *peers*, con gli operatori e nei riflessi col proprio mondo interno, gli affetti ed i comportamenti. Viene analizzato il rapporto con l'esterno, rispetto ai contatti che il paziente può ricevere, e nella percezione che la fruizione di spazi crescenti

di libertà può generare nell'aspettativa dell'individuo. Questo approccio compone un atlante di una serie innumerevole di eventi quotidiani dentro i quali provare a dare senso alle vicende anche minuscole che costituiscono la vita di ogni giorno dentro la REMS, materiale prezioso per monitorare e fare manutenzione della qualità dei rapporti che lì si sviluppano.

Il caso "Ettore" e la riabilitazione comunitaria degli autori di reato

Ettore, 44 anni, affetto da "Disabilità intellettiva lieve con compromissione comportamentale" (QI: 59), giunge in Comunità con la misura di differimento dell'esecuzione della pena detentiva.

Ha due sorelle maggiori in buona salute che svolgono la funzione di caregiver.

Ha conseguito la licenza media con il supporto dell'insegnante di sostegno.

Il padre è stato *caregiver principale*, proteggendolo dai rischi e fornendogli un lavoro presso un'azienda metalmeccanica. Alla morte del padre, Ettore è divenuto scostante sul lavoro e si è registrato un progressivo scadimento del funzionamento globale fino al licenziamento. È stato preso in carico dal Centro di Salute Mentale per "anomalie comportamentali".

A 30 anni, il "cattivo incontro": Ettore va a convivere con una donna "problematica, alcolista" con due figlie, di cui una "con disagio"; nei quattro anni di convivenza si verificano i reati di violenza sessuale verso le due minorenni.

È stato condannato in primo grado alla pena principale di anni 3, mesi 10 di reclusione, per violenza sessuale a danno di due minorenni (artt. 81 c. cpv-c.p., 609 Bis c.p., 609 Ter c. 1 – n. 1 c.p., 609 Septies c. 3 – n. 1 c.p., 609 Septies c. 3 – n. 2 c.p., 89 c.p.); è stata riconosciuta la diminuzione per vizio parziale di mente (ex art. 89 C P) prevalente rispetto alla contestata aggravante di cui all'art. 609 ter c.p. Ettore è stato pertanto dichiarato socialmente pericoloso e verrà applicata, successivamente alla pena, la libertà vigilata per un periodo di tre anni, con la prescrizione di sottoporsi ad adeguate cure psichiatriche presso il Centro di Salute Mentale "al fine di limitare gli effetti della patologia riscontrata dal perito".

A seguito della carcerazione è stata fatta istanza di differimento dell'esecuzione della pena detentiva nelle forme della detenzione domiciliare "a causa delle peculiari condizioni di salute". È stato ingaggiato il Centro di Salute Mentale per la ricerca di una Struttura idonea alla cura e riabilitazione del detenuto.

All'ingresso in Comunità presentava un umore deflesso reattivamente al disagio per l'esperienza custodialistica, non integrata a livello cognitivo. È stata prescritta un'associazione di stabilizzante del tono dell'umore e benzodiazepina per contenere l'impulsività e l'angoscia di fondo.

Nel corso del primo anno di permanenza ha preso parte al gruppo teatro, al laboratorio e all'attività di giar-

dinaggio (lavoro retribuito). Successivamente, durante il periodo della pandemia da COVID-19 ha proseguito solo con il giardinaggio, tuttora frequentato due mattine la settimana, con soddisfazione e riconoscimento da parte del conduttore. Ha senso pratico e buone competenze manuali, anche per la sua esperienza lavorativa pregressa. Tali riscontri hanno portato l'équipe a ritenere Ettore pronto per svolgere un'attività socialmente utile anche in contesto esterno la Struttura, che possa fungere da attività riparativa, prevista dal suo percorso di espiazione del reato.

Necessita di un "Io ausiliario" che supervisioni le sue attività quotidiane e che lo affianchi nei momenti di disagio. La Comunità sta offrendo ad Ettore, mediante la strutturazione della giornata, la partecipazione alle attività di gruppo, un contesto di vita e di cura "protetto" che gli consente di mantenere la fluidità del rapporto con la realtà.

In relazione alla revisione critica della propria condotta di reato, Ettore, in un primo periodo, ha mostrato un elevato grado di diniego dei fatti compiuti ed una modalità difensiva improntata alla stolidità e alla fatuità, rivelando le scarse risorse cognitive. I curanti hanno ipotizzato che la compromissione cognitiva andasse ad inficiare le funzioni mnestiche e di elaborazione dei fatti accaduti. Successivamente, Ettore ha cominciato ad aprirsi riconoscendo "di aver fatto tutto quello che c'è scritto, perché le bambine erano carine; mi attraevano fisicamente e mi piacevano. Gli volevo bene. Le notti in cui la loro madre non c'era, sono andato nel loro letto, le ho palpate e ho cercato di avere un rapporto". A fronte della domanda se avesse mai sentito un senso di colpa nei riguardi della sua compagna rispondeva sottovoce: "poco". Tuttavia, il ricordo era impreciso e paramnesico: «io ero buono con le bambine, davo loro i soldi, il cattivo era il loro padre che utilizzava questi soldi per bere e andare ai concerti».

Nel caso di Ettore e in altre persone con storie di carcerazione o percorsi in REMS, giunte in Comunità per un percorso riabilitativo con una misura giuridica (differimento pena, misura cautelare, misura di sicurezza della libertà vigilata provvisoria e definitiva) la Comunità si interroga fin da subito circa le reali motivazioni del soggetto alla cura, presupposto di ogni cura possibile. È evidente, infatti, come un soggetto il cui percorso sia stabilito *in primis* da un'Autorità Giudiziaria, possa non essere pienamente consapevole della sua condizione, della sua malattia, degli obiettivi del suo percorso. Ettore trascorre alcuni mesi in carcere in una situazione di disagio, privato della propria libertà, confuso rispetto a quanto ha compiuto, i suoi ricordi sono distorti, il deficit cognitivo non lo aiuta nei processi di elaborazione ed introspezione. Sviluppa dei vissuti depressivi e viene sottoposto a perizia, per poi essere inviato in Comunità. Si dice contento, ora, di questo luogo, si sente "libero", anche se attualmente non svolge ancora delle uscite in autonomia dalla Struttura, eppure l'aver una stanza e non "una cella", il poter parlare liberamente con i compagni, il partecipare all'attività di giardinaggio dove è riconosciuto e apprezzato per le sue doti manuali, sono solo alcuni elementi che gli permettono di espriare una pena in modo dignitoso.

Ettore è accolto in una Comunità riabilitativa “generalista” che offre trattamenti terapeutico-riabilitativi a pazienti con disturbi mentali gravi, alcuni di loro con misure giuridiche. La Comunità, quindi, aderisce agli invii dell’Autorità Giudiziaria, anche per una sua *mission* storica di cure a queste tipologie di pazienti. Questo caso – per riportare il quale è stato ottenuto il consenso scritto del paziente - permette di fare una riflessione ad ampio raggio su cosa sia la Comunità Terapeutica e su quale possa essere la sua funzione nel momento in cui viene individuata come luogo possibile di riabilitazione e di cura per una persona con disturbo psichico che abbia compiuto un reato.

Residenze psichiatriche e riabilitazione

La promulgazione della Legge del 13 maggio 1978, n.180 ha stabilito per i pazienti psichiatrici l’istituzione di posti letto per acuzie in ospedali generali (reparti da massimo 15 posti letto) e di posti letto in residenzialità (Strutture Riabilitative psichiatriche) per percorsi a lungo termine.

In Italia, stando ai dati riportati da Barbuì et al. (2018), ci sono 10,95 letti per 100.000 abitanti destinati a pazienti psichiatrici negli ospedali generali, mentre sarebbero 46,41 per 100.000 abitanti i posti nelle Residenze Psichiatriche. In Inghilterra, i posti letto destinati a persone affette da malattia mentale, rispettivamente nei reparti e nelle Comunità, sono 50,63 e 2,28 per 100.000 abitanti, 7,99 per 100.000 abitanti negli ospedali psichiatrici; negli Stati Uniti i posti letto destinati rispettivamente nei reparti e nelle Comunità sono 14,36 e 22,29 per 100.000 abitanti, 19,44 per 100.000 abitanti negli ospedali psichiatrici. È evidente da questi dati, dunque, come in Italia in paragone a Inghilterra e Stati Uniti vi sia un minor numero di posti letto per pazienti psichiatrici negli ospedali generali e, alla luce dell’assenza di ospedali psichiatrici, un maggior numero di posti letto nelle strutture riabilitative. Si tratta di Strutture non ospedaliere, basate sul modello di Comunità Terapeutica.

La Comunità Terapeutica nasce come cultura, movimento e sistema di cura negli anni Quaranta in Inghilterra. Il primo esperimento fu quello di Northfield, all’Hollymoor Hospital con il colonnello Rickman e il maggiore Wilfred Bion, con un notevole successo clinico nella cura delle nevrosi traumatiche derivanti dalla guerra, ma con un discredito da parte dei colleghi psichiatri e dei superiori militari. Il secondo esperimento, sempre a Northfield nello stesso ospedale, fu condotto da un altro psicoanalista, Tom F. Main, che cercò di riprendere e di riprodurre i risultati del primo esperimento gestionale, contenendo gli effetti controproducenti e introducendo una innovativa visione sistemica nella considerazione dell’ospedale nel suo complesso. Scrive Main: “l’esperimento di Northfield (la Comunità Terapeutica) è un tentativo di utilizzare l’ospedale non come un’organizzazione gestita dai medici con l’interesse rivolto a una maggiore efficienza tecnica, bensì come una Comunità con l’obiettivo immediato di una piena partecipazione di tutti i suoi

membri nella vita quotidiana, il cui scopo ultimo è la ri-socializzazione dell’individuo nevrotico per permettergli di vivere nella società normale” (Main, 1983).

Negli stessi anni e in modo del tutto indipendente prende corpo l’esperienza comunitaria promossa da Maxwell Jones, psichiatra di formazione medica tradizionale, con interessi alla psicosomatica, che alla Merton Hill School annessa al Maudsley Hospital di Londra aveva osservato che i pazienti, soldati con disturbi emozionali, apprendono molto della propria situazione e migliorano se sono coinvolti in un’interazione reciproca e in discussioni con lo staff. Nella sua direzione dell’Henderson Hospital dal 1946 al 1959 sviluppò il suo modello teorico e metodologico di stampo psicosociale. Secondo Jones (1953; 1976), la caratteristica saliente della Comunità sta nel suo essere un sistema aperto, con un assetto egualitario e democratico, in cui “la responsabilità del trattamento non è limitata allo staff medico, ma riguarda anche gli altri membri della Comunità, cioè i pazienti”, in cui il processo trasformativo avviene in ambiente gruppale con un focus sulle tensioni che nascono “qui e ora”, in cui, infine, l’unico obiettivo terapeutico è “l’inserimento dell’individuo all’esterno dell’ospedale, senza nessun altro ambizioso programma psicoterapeutico”. La metodologia di lavoro si fondava, dunque, su una comunicazione aperta, una minor rigidità nei rapporti gerarchici tra medici, infermieri e pazienti, riunioni strutturate quotidianamente di tutta l’unità ospedaliera e numerosi sottogruppi di attività. Non era previsto un vero e proprio trattamento psicoterapico, anche se Jones si mostrava interessato allo psicodramma, invitando spesso Moreno all’Henderson, e utilizzava tecniche di role-play. Ciò che soprattutto veniva valorizzato era il *significato globalmente terapeutico dell’impianto comunitario*, analogamente agli esperimenti di Northfield (Ferruta et al., 2012).

In Italia le Strutture Residenziali forniscono alle persone affette da disturbi mentali un’ospitalità sia diurna sia notturna, con livelli crescenti di assistenza e di intensità riabilitativa garantiti da personale qualificato (Sgarbi et al., 2017). La gran parte degli ospiti di queste Comunità soffrono di disturbi mentali persistenti, ovvero condizioni cliniche che hanno già superato le fasi acute o subacute e, per la loro gravità a più livelli (biologico, psicologico, relazionale, sociale), non hanno configurato una “restitutio ad integrum” ma una lenta progressione verso uno stabile equilibrio, cionondimeno sempre delicato e passibile di riacutizzazioni. Esiste anche una popolazione di pazienti giovani, affetti da gravi disturbi di personalità, che provengono da storie familiari complesse, in cui si trovano traumi, deprivazioni precoci e abusi infantili; soggetti dotati di buone competenze linguistiche e di una capacità di lettura lucida della propria realtà storica, sociale e familiare. Sembra non abbiano alcun riferimento a un concetto di norma a cui appoggiarsi. Hanno perso la loro libertà e continuano a perderla ogni giorno a seguito dei loro atti. In questi casi il disagio interiore si esprime e si coniuga con l’azione quotidiana che può divenire esercizio di potere, di sopraffazione e di violenza, a carattere continua-

tivo, in primo luogo nell'ambito delle relazioni primarie e poi nel gruppo dei pari.

L'intervento terapeutico per queste persone può essere in certe fasi farmacologico per la presenza di sintomi disturbanti, ma dovrebbe mirare soprattutto alla riabilitazione.

Nella sua accezione classica, *ri-abilitare* è "rendere di nuovo abile, capace di svolgere determinate funzioni e attività", "dar facoltà o porgere i mezzi di fare una cosa" a un soggetto che, a causa di un disturbo, non ha acquisito oppure ha perduto o messo tra parentesi tali abilità. Se il disturbo ha creato delle disabilità, allora riabilitare significa anche aiutare ad adattarsi, con nuove strategie, ai limiti imposti dalla nuova condizione di vita (Santambrogio, 2020). Il paradigma della *recovery* prevede l'individuazione congiunta tra utenti e operatori di obiettivi condivisi su cui lavorare, a partire dai desideri e dalle capacità dell'utente, trasformando l'esperienza del disturbo da deficit ad esperienza evolutiva e di crescita personale.

Riabilitare l'autore di reato

Rispetto ad utenti senza storia forense, ancora più arduo è il compito di chi lavora per la riabilitazione e la *recovery* con pazienti autori di reato, lavoro che può essere svolto anche in Strutture Residenziali psichiatriche.

In alcune situazioni l'obiettivo consistente nella riabilitazione della motivazione o addirittura nella sua evocazione si pone in maniera cruciale: si pensi, ad esempio, ai casi in cui la domanda di trattamento non è avanzata dal soggetto, ma è sostituita dal mandato sociale, emblematicamente dall'ordinanza di un magistrato. Come è possibile rapportarsi con questi pazienti? Cosa significa "prenderli in carico", quando spesso la privazione della libertà esteriore monopolizza il loro interesse e li induce a tacitare la condizione di mancanza di libertà interiore? In presenza di questa situazione, prendere in carico coincide con "curare"? Vi sono differenze tra cura e trattamento? Quali sono? [...] La cura può avvenire solo se vi è una domanda sufficientemente stabile. Quando ancora non vi è domanda, pur non potendo attuare una cura occorre, però, prendersi cura: la riabilitazione è questa iniziativa che può raggiungere il soggetto anche attraverso la coazione della legge. Per compierla è necessario attrezzarsi in modo tale da potersi accostare a un soggetto che si trova doppiamente prigioniero di uno stato di costrizione: la propria assenza di norma e, talvolta, la costrizione della legge, che impone una sanzione. La sanzione, a sua volta, può stringere il soggetto come in una morsa e catalizzare tutte le sue energie, indirizzandole non al cambiamento, ma alla messa in atto delle consuete strategie patologiche volte a puntellare la falsa immagine di un *Idealich* grandioso, unico sostegno che consente di reggere al fallimento della vita reale (Cavalleri, 2017).

All'interno di questo scenario, la cura può realizzarsi mediante lo sviluppo di una relazione concepita come processo non lineare, costituito da un insieme di movimenti che portano ad una condizione di fiducia e sicurezza come costruzione condivisa in grado di produrre una ri-

duzione della sofferenza e un cambiamento di direzione e di prospettive. Tale cambiamento cui si mira nella relazione di cura deve tener conto della condizione soggettiva dell'autore di reato. La libertà esteriore è limitata dal provvedimento giudiziario, mentre la libertà interiore è limitata dalla propria "assenza di norma". O, guardando lo stesso fenomeno da un altro punto di vista, si potrebbe dire che il soggetto "antisociale" vive in una condizione di "intossicazione di libertà", di assenza di freni e di norme – che lo fa sentire solo apparentemente libero – a cui si associano discontrollo degli impulsi, rabbia e incapacità nel leggere ed esprimere le proprie emozioni (Santambrogio et al., 2021).

Nella dimensione clinica l'oggetto della cura è interiore e immateriale ed ha un impatto sull'Altro, sull'ambiente sociale (ad esempio nella commissione di un reato contro la persona). Nella dimensione giuridica si valutano, invece, i comportamenti, i fatti che condizionano ed incidono sulla realtà, che possono determinare fratture nel legame sociale. Il reato, per certi versi, implica spesso - o quasi sempre - un danno relazionale.

I terapeuti e i riabilitatori sono più vicini al mondo interno del paziente mentre i giudici sono più prossimi agli effetti che i comportamenti dell'individuo determinano nel mondo sociale.

Un obiettivo comune ad entrambe le dimensioni è la risocializzazione e riabilitazione dell'autore di reato, lavorando al fine di ridurre le recidive di comportamenti violenti del soggetto. Questa operazione complessa implica interventi terapeutici specifici finalizzati ad incrementare le competenze relazionali e sociali del soggetto.

La personalizzazione degli interventi deve cominciare accogliendo, analizzando e comprendendo il punto di vista del paziente, portatore di una cultura e di una lettura del disturbo e del reato: egli, infatti, ha idee proprie sui concetti di cura, pena, giustizia, vita.

L'incontro inizia con l'avvicinamento, da una certa distanza, per evitare che il paziente si senta invaso e minacciato; da qui seguono accoglienza non giudicante, ascolto, osservazione, comprensione della difformità di vedute, delle scelte alternative e ciò implica gestire rischi, conflitti e violazioni alle prescrizioni. Questo permette narrazioni congiunte, nuove rappresentazioni della sofferenza, dei traumi subiti, una ricerca condivisa per dare senso al caos (interno ed esterno) e per appartenere ad una storia e ad un destino comune, in cui l'elemento chiave è la speranza.

Occorre optare per una cura intesa in senso ampio, che consideri fattori biologici, psicologici, sociali, crimino-genetici. *Curare*, in questi casi, implica attuare un lavoro per favorire l'elaborazione dell'accaduto e le possibili azioni riparative, per confrontarsi anche con la trasgressione, le violazioni delle norme, i fallimenti e gli scacchi esistenziali (Pellegrini & Paulillo, 2019).

La riabilitazione è una tecnica, una strategia complessa e articolata finalizzata ad accompagnare un soggetto in un percorso verso autenticità, adattamento e autonomia. *Autenticità* indica il percorso verso l'autenticità di sé, la possibilità di entrare in contatto profondo con il proprio

nucleo intimo, con le parti fragili e sofferenti. *Adattamento* implica poter fare un corretto esame di realtà per aderirvi. Questo richiede la riattivazione di un'attitudine alla plasticità e al cambiamento. *Autonomia* significa autonomia nella relazione, la capacità di sviluppare una relazione di alleanza e di partnership con l'altro. Per praticare questa tecnica appare fondamentale individuare nel singolo paziente un *quid* degno di vera stima.

La riabilitazione psichiatrica non dovrebbe emendare l'aspetto coercitivo esterno derivante dall'applicazione della Legge ma, al contrario, dovrebbe allearsi con la Legge. Il lavoro terapeutico e riabilitativo dovrebbe aiutare il paziente autore di reato a fare un'esperienza della Legge in un'accezione singolare: Legge come esperienza di richiamo ad un codice normativo – paterno, se ci si vuole riferire a categorie note, al tempo stesso, di liberazione del desiderio, legge come possibilità di un compimento nuovo per la propria vita, Legge come uno spazio e un tempo per poter fare una revisione generale della propria vita, come ricerca di una nuova identità, ricerca di una profondità di vita, più felice.

Nel caso di Ettore, la costrizione legale ha promosso un percorso di cura e ha favorito l'apertura del soggetto ad una revisione critica, anche se parziale, delle proprie condotte di reato.

In altre situazioni, la costrizione legale raddoppia le resistenze dell'individuo, perché la privazione della libertà esteriore monopolizza l'interesse. Un fattore positivo che può mettere in moto la libertà del soggetto è favorire e realizzare una presa in carico multidisciplinare che coinvolga diversi Servizi: Comunità, Centri di Salute Mentale, Uffici di Esecuzione Penale Esterna (UEPE). In questo tentativo, occorre però guardare alla realtà esistente. I DSM versano in condizioni difficili sia in termini di risorse umane professionali sia in termini di risorse economiche. Esistono per esempio difficoltà a realizzare regolari incontri di rete con Centri di Salute Mentale che talvolta lasciano il paziente in Comunità in una sorta di limbo indefinito e protetto. *“Occorre ricucire la rete pubblica dei DSM, sempre più sfilacciata”* recita la Lettera di appello dei Direttori Dipartimenti Salute Mentale Roma dell'11 gennaio 2023 *“Occorre consentire alle Regioni fin dal 2023 un piano straordinario di assunzioni, secondo gli standard per l'assistenza territoriale dei Servizi di Salute Mentale definiti dall'Age.na.”*¹.

Nel sistema attuale sono presenti varie criticità: corporativismo, autoreferenzialità, insufficiente preparazione, resistenza al cambiamento dei modelli culturali, rigidità del sistema sanitario centrato su un approccio residenziale nella gestione dei percorsi di cura. Esiste una separazione tra sociale e sanitario con rimbalzo di competenze e conflitti per questioni economiche che riguardano le situazioni di confine.

La sollecitazione ministeriale di inizio 2022 a “costruire percorsi alternativi innovativi alle REMS, da presentare entro il mese di maggio 2023” è indicativa di un processo in atto già da tempo dopo la chiusura degli OPG del 2015: la saturazione dei posti letto in REMS per le misure detentive favorisce un “fenomeno a vasi comunicanti” di passaggio di pazienti in libertà vigilata nelle Strutture Riabilitative che, come nel caso descritto, sono per lo più “generaliste” e si devono dunque attrezzare in senso formativo e gestionale per la cura dei pazienti autori di reato, che meritano investimenti di risorse e programmi di cura specifici².

Conclusioni

A distanza di 8 anni dalla chiusura degli OPG e dal contestuale avvio della riforma contenuta nella Legge n. 81/2014, molte sono le questioni aperte relative agli aspetti giuridici, organizzativi, gestionali, clinici e relativi alle risorse da destinare ai DSM. REMS e servizi territoriali, tra le molte difficoltà che attraversa il settore, hanno saputo offrire una valida alternativa al sistema degli OPG, coniugando quantità di prestazioni, in termini di soggetti in carico, con qualità degli *outcome*, visti i numeri estremamente esigui di seri eventi avversi. Il ritardo di accostamento ed assimilazione in Italia dei temi tipici della *forensic psychiatry*, come il *placement need*, il *risk assessment and management*, la *secure recovery* e la *therapeutic security* rappresenta una delle ragioni della faticosa e talora frustrante interlocuzione tra i vari contesti illustrati in questo lavoro (Kennedy et al., 2021; Mitchell et al., 2021). I piani terapeutici individuali, nella maggior parte dei casi ben sviluppati dalle varie équipe territoriali e delle REMS, risentono della possibilità di indagare ambiti tipicamente forensi. Quali dimensioni psicopatologiche sostengono il giudizio di pericolosità? A quale riduzione di dette dimensioni si può prendere in considerazione il passaggio a un livello di contenimento ambientale inferiore? Per raggiungere quali auspicabili obiettivi? Sono alcuni dei quesiti dai quali dipendono i tempi del trattamento e che mettono in moto l'articolazione di interventi con cui intercettare le determinanti della difficoltà a restituire il paziente alla comunità (Pessina et al., 2019). Andrebbe poi qui anche affrontato tutto il tema della fragilità delle base di evidenze disponibili per prendere queste decisioni. Manca allo stato la possibilità di poter valutare la condizione attuale di un individuo, rispetto al contesto che abita, in relazione alle capacità contenitive e potenzialmente trasformanti dell'ambiente terapeutico assegnato. In questo difficile compito valutativo, è determinante il riconoscimento degli aspetti del paziente che possono trasformarsi o adattarsi ai contesti, e quelli più difficilmente attingibili o propria-

1 Lettera appello dei Direttori Dipartimenti Salute Mentale 11 gennaio 2023, <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato-1673439399.pdf>

2 Sentenza Corte cost. del 27/01/2022 n.22, https://www.salute-mentale.net/wp-content/uploads/normative/CON_FONTE_pronuncia_22_2022.pdf

mente di non competenza psichiatrica. La Legge 81/2014 tutela i pazienti in REMS stabilendo che la loro permanenza non superi il massimo della pena edittale per quello specifico reato. Questa tutela non è applicata per le misure non detentive, dove non è raro trovare soggetti a cui è stata più volte prorogata la misura di sicurezza della libertà vigilata senza una chiara definizione delle dimensioni psicopatologiche che sostengono ancora il proseguo di tale misura. Analogamente, per i soggetti cosiddetti “in lista d’attesa” è spesso vacante una valutazione che stabilisca l’attualità di stati clinici tesi a giustificare la decisione di attribuire un *placement need* alto, la REMS, per un soggetto che col tempo ha modificato alcune delle proprie caratteristiche cliniche. I passaggi all’interno del sistema penitenziario, e tra questi e le realtà esterne dipartimentali, potrebbero beneficiare di valutazioni che integrino la valutazione clinica e dei bisogni di cura con assi più propriamente forensi come la priorità ad intervenire in senso residenziale, la copresenza di aspetti antisociali e psicopatici, la simulazione, l’*addiction* per le sostanze, la disponibilità ad assumersi la responsabilità della cura. Come già segnalava la citata Sentenza n. /2022 della Corte Costituzionale, per ottimizzare i percorsi di cura dei soggetti autori di reato all’interno delle articolazioni di cura previste, è necessario intensificare le iniziative che mirano ad integrare confronti verticali tra i livelli di gestione sanitaria nazionale e regionale della cosa con i referenti dei DSM e dei contesti forensi, con tavoli di intervento orizzontale, più propriamente a livello intra e interdipartimentale, avendo cura di mettere sotto la lente della valutazione chi in misura si trova, o è in attesa di poterla effettuare. Laddove possibile, andrebbero attivati interventi proattivi nelle situazioni familiari più instabili, in cui il *caregiver* si vede costretto a sporgere denuncia contro il familiare, spesso il figlio/a, per l’impossibilità di gestire senza interventi più assertivi momenti di acuta crisi domestica.

Riferimenti bibliografici

- Barbui, C., Papola, D., & Saraceno, B. (2018). Forty Years Without Mental Hospitals in Italy. *International Journal of Mental Health Systems*, 12: 43.
- Biondi, M., & Roncone, R. (2015). Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: a new deal per la salute mentale? *Rivista di Psichiatria*, 50(5): 199-209 doi 10.1708/2040.22158
- Carabellese, F. & Felthus, A. (2016). Closing Italian Forensic Psychiatry Hospitals in Favor of Treating Insanity Acquittes in the Community. *Behavioral Sciences and the Law*, 34, 444-459.
- Casacchia, M., Malavolta, M., Bianchini, V., Giusti, L., Di Michele, V., Giosuè, P., Ruggeri, M., Biondi, M., Roncone, R. (2015). Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: a new deal per la salute mentale? *Rivista di Psichiatria*, 50(5):199-209. doi 10.1708/2040.22158
- Castelletti, L., Iozzino, L., Zamparini, M., Heitzman, J., Markiewicz, I., Nicolò, G., Picchioni, M., Restuccia, G., Rivellini, G., Teti, F., Wancata, J., & de Girolamo, G. (2023). Difference between forensic patients with schizophrenia spectrum disorders in Italy and other European countries: Results of the EU-VIORMED project. *Criminal Behaviour & Mental Health*, 33(4), 243–260. <https://doi.org/10.1002/cbm.2302>
- Catanesi R., Mandarelli G., Ferracuti S., Valerio A., & Carabellese F. (2019). Indagine sulle REMS. Un anno di osservazione. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XIII, N. speciale, 7-23.
- Cavalleri, P.R. (2017). La riabilitazione: prendersi cura del paziente. *Journal of Medicine and the Person*, 1, 95-97.
- Clarke, C., Lumbard, D., Sambrook, S., & Kerr K. (2016). What does recovery mean to a forensic mental health patient? A systematic review and narrative synthesis of the qualitative literature. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27: 1, 38-54, DOI: 10.1080/14789949.2015.1102311
- De Fazio, L. & Sgarbi, C. (2017). Il percorso di chiusura degli Opg e le nuove Rems: stato dell’arte e prospettive future. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3, 158-166.
- De Girolamo, G., Iozzino, L., Ferrari, C., Gosek, P., Heitzman, J., Salize, H.J., Wancata, J., Picchioni, M., & Macis, A. (2021). A multinational case-control study comparing forensic and non-forensic patients with schizophrenia spectrum disorders: the EU-VIORMED project. *Psychological Medicine*, 1–11. <https://doi.org/10.1017/>
- Di Lorito, C., Castelletti, L., & Lega, I. (2017). The closing of forensic hospitals in Italy: determinants, current status and future perspectives. A scoping review. *International Journal of Law and Psychiatry*, 55, 54-63.
- Drennan, G., & Alfred, D. (Eds.). (2012). *Secure Recovery: Approaches to Recovery in Forensic Mental Health Settings* (1st ed.). Willan. <https://doi.org/10.4324/9780203129173>
- Ferracuti, S., Nicolò, G. (2022). *Dopo la sentenza della Consulta sulle Rems restano troppi vuoti ancora da riempire*. https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=101931
- Ferruta, A., Foresti, G., & Vigorelli, M. (Ed.) (2012). *Le comunità terapeutiche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Jones, M.D. (1953). *The Therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Jones, M.D. (1976). *Maturation of the Therapeutic Community*. New York: Human Sciences Press.
- Kennedy, H.G., Simpson, A., & Haque, Q. (2019). Perspective On Excellence in Forensic Mental Health Services: What We Can Learn from Oncology and Other Medical Services. *Frontiers in Psychiatry*, 18, 10, 733 doi: 10.3389/fpsy.2019.00733.
- Kennedy, H.G., Carabellese, F., & Carabellese, F. (2021). Evaluation and management of violence risk for forensic patients: is it a necessary practice in Italy? *Journal of Psychopathology*, 27, 11-18. <https://doi.org/10.36148/2284-0249-415>.
- Kennedy, H.G. (2002). Therapeutic uses of security: mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 433-443.
- Main, T.F. (1983). L’ospedale come istituzione terapeutica. In Main, T. (1992), *La comunità terapeutica e altri saggi psicoanalitici*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Mandarelli, G., Coluccia, A., Urbano, M.T., Carabellese, Fu., & Carabellese, Fe. (2019). Questioni attuali, problematiche e prospettive del trattamento penitenziario dopo la Legge 81/2014. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 4, 316-326.
- Mitchell, E.W., Cornish, R., & Fazel, S. (2021). Commentary on “the new Italian Residential Forensic Psychiatric System (REMS). A one-year population study”. *Journal of Psycho-*

- pathology*, 27, 8-10. <https://doi.org/10.36148/2284-0249-414>
- NHS, Yor Guide to relational Security, See Think Act, © Crown copyright 2010 298100/B 1p Jan 10 Produced by COI for the Department of Health www.dh.gov.uk/publications, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/320249/See_Think_Act_2010.pdf
- Pellegrini, P. (2020). <https://www.psichiatriademocratica.org/wp-content/uploads/2020/05/Pietro-Pellegrini-1-REMS-26-settembre-2019-1.pdf>
- Pellegrini P., Paulillo G., Leuci E., Paraggio C., De Amicis I., Maestri D., Dellapina S., Pellegrini C., & Pelizza, L. (2023). Verso un sistema di cura e giudiziario di comunità, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXLVII (1), 49-68.
- Pellegrini, P. & Paulillo, G. (2019). L'esperienza delle REMS: stato dell'arte e le prospettive. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XIII, N. speciale, 24-35.
- Pessina, R., Santoriello, C., Rossetto, I., Di Giacomo, E., Placenti, V., Pescatore, F., Colmegna, F., Babudieri, S., Celozzi, C., Lorettu, L., Lucania, L., Manzone, M.L., Nivoli, G., Quintavalle, G., Zanalda, E., Pagano, A.M., Clerici, M. (2019). Possibilità e limiti dei Servizi di Psichiatria Forense: legislazione e organizzazione in un'ottica internazionale e nazionale. *Rivista di Psichiatria*, 54(6 Suppl. 2), 1-61.
- Rivellini, G., Pessina, R., Pagano, A.M., Giordano, S., Santoriello, C., Rossetto, I., Babudieri, S., Celozzi, C., Lucania, L., Manzone, M.L., Nivoli, G., Quintavalle, G., Zanalda, E., Lorettu, L., & Clerici, M. (2019). Il sistema REMS nella realtà italiana: autori di reato, disturbi mentali e PDTA. *Rivista di Psichiatria*, 55(Suppl. 3), 83S-134S. doi 10.1708/3591.35740
- Repertorio atto n. 188/CU. <https://www.statoregioni.it/it/conferenza-unificata/sedute-2022/seduta-del-30112022/atti-repertorio-atto-n-188cu/>
- Salize, H.J., Dressing, H., Fangerau, H., Gosek, P., Heitzman, J., Markiewicz, I., Meyer-Lindenberg, A., Stompe, T., Wancata, J., Piccioni, M., & de Girolamo, G. (2023). Highly varying concepts and capacities of forensic mental health services across the European Union. *Frontiers in Public Health* 11, 1095743 doi: 10.3389/fpubh.2023.1095743.
- Santambrogio, J. (2020) Dario. La riabilitazione. In: *Gli intravisti. Storie dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari* (pp. 233-249). Sesto San Giovanni: Mimesis.
- Santambrogio, J. et al. (2021). Anger, alexithymia, impulsivity in patients affected by schizophrenia and offenders: a cross-sectional study. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XV, 4.
- Scarpa, F., Castelletti, L., Sadun, D. *RPS degli Autori di reato, in Raccomandazioni di buone pratiche in riabilitazione psicosociale per adulti*, a cura di Semisa D., et al., Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (SIRP), Giovanni Fioriti ed., Roma, 2023, pp. 80-105
- Semisa, D., Bellomo, A., Nigro, P., Merlin, S., & Mucci, A., (2023). Riabilitazione Psico-Sociale degli Autori di reato. In: *Raccomandazioni di buone pratiche in riabilitazione psicosociale per adulti* a cura di Giovanni Fioriti, Roma.
- Sgarbi C., Paulillo G., Frivoli G.F., Domiano P., Molinaro V.I., Pellegrini P., Bignardi Baracchi F., Valente C., & De Fazio L. (2017). L'esperienza della REMS di Casale di Mezzani: funzionamento della struttura e caratteristiche dei pazienti ricoverati. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XI, 3, 203-212.
- Shepherd, A., Doyle, M., Sanders, C., & Shaw, J. (2016). Personal recovery within forensic settings – Systematic review and meta-synthesis of qualitative methods studies. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 26(1), 59-75. doi: 10.1002/cbm.1966.
- Yakeley, J., & Adshead, G. (2013). Locks, keys, and security of mind: psychodynamic approaches to forensic psychiatry. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 41(1), 38-45. PMID: 23503174.
- Zuffa, G., Franchi, S., Melani, G., & Poneti, K. (eds.) (2021). *Dopo l'OPG: un approfondimento circa la cultura e il funzionamento delle REMS*. Rapporto finale, Società della Ragione.

Smart prison and digital innovations in prison and probation service of Finland

Pia Puolakka

Smart Prison project was accomplished during 2018-2022. The project implemented Finland's first Smart Prison in 2021 and various new digital services for offenders. Our intention was to create a new prison concept: a prison as a learning environment for a life without crime, where digital services would support this concept. It was also the intention to support digital inclusion of inmates, hitherto digitally marginalized, and provide equal access to public services compared to other citizens. An important part was to increase collaboration with our partners like NGOs via digital means. The project was a success both nationally and internationally (see References). Thanks to the work done in the project team and with the chosen vendor, we are now ready to implement the Smart Prison concept to every closed prison unit in Finland. Digitalized prisons support modern, independent and collaborative rehabilitation and reintegration.

Our first Smart Prison was a women's prison for 100 inmates in Hämeenlinna, Finland. In every single cell of this prison there's a personal cell device with a digital system installed for inside prison management and communication and to a limited extent to outside communication. The digital system was named **Doris**, a woman's name known in many European countries! All prison staff, prison's health care unit, Assessment center (sentence planning of inmates) and Criminological library are using the system besides inmates. The features of the Doris include:

- Requests: appointment requests and other inquiries from inmates to staff and back to the inmates
- Chat messaging: from staff to inmates for quick daily communication and informing

- Electronic calendar: for inmates' own entries and reservations made by staff users
- Notice board: for prison wide notices and shared information about events, visitors and exceptions in the daily routines
- Electronic material bank: guidelines, forms and self-help material in electronic form
- E- and audiobooks
- Online canteen
- E-learning opportunities: Moodle-platform and online video lessons from a nearby school
- Video calls inside prison with staff, health care unit and Assessment center
- Video calls to outside of the prison with relatives / close ones, public service providers, NGOs and other partner organizations including telehealth solutions
- Inmate e-mail: with relatives, close ones and officials outside prison
- Restricted access to Internet: websites for rehabilitative, health care, educational, vocational and social services
- Open Office tools: for writing documents and other official papers and homework for school

It seems that the inmates find the system easy to use and the majority is using the system daily. Especially the possibility to use services and contact to relatives directly from the cell has been really welcomed in closed prison circumstances. The collaboration with various outside partners has also started in a totally new way thanks to cell devices. Online studying opportunities and digital skills courses have been used a lot, and there's a growing need

for services like these. We have collected feedback from both staff and inmates to make sure that the content we provide in cell devices is meaningful and targeted to inmates' rehabilitative needs. In this way, we thought, it would be possible to even reduce recidivism – and fulfill the main strategical target of our work.

Hämeenlinna Smart Prison is supposed to function as a pilot environment for new innovative and digital practices before extending them to other units. The development of Doris has proceeded well, and the refining and modifying of features will continue to make the system better fit the inmates' and staff's needs. Thanks to the rapid development, we were able to extend the concept to the second Smart Prison, **Pyhäselkä**, in East Finland in December 2022. This closed unit for men inmates has now cell devices in one ward, and all wards will follow during Spring 2023. The third Smart Prison will be implemented in **Kylmäkoski** in Autumn 2023.

Some new innovative services, besides Doris, piloted in the Hämeenlinna Smart Prison have been already extended to other units. In three prisons inmates are training Artificial Intelligence (AI) as prison work, which provides a very non-traditional way of prison work and trains inmates' digital and cognitive skills. In all our units we have also enabled access to Helsinki University's online courses on the basics of Artificial Intelligence – **Elements of AI**. Digital and AI literacy are basic skills in a modern digitalized society. Some of our units are also testing virtual reality (VR) programs assisted by prison psychologist to increase well-being and manage f. ex. social anxiety. These VR programs can also be used for relieving withdrawal symptoms.

Prison and Probation Service has lately been interested in the use of AI in offender management too. The latest innovation we're currently testing in three units, is a platform for automated public service recommendation and guidance which is based on **Aurora AI** – a national artificial intelligence program intended to provide access in a co-ordinated way to all public service providers. A similar AI program, **RISE AI**, is to be implemented in our new offender management system (OMS) for analyzing offenders and suggesting them suitable services for their sentence time as a tool to help with the placing of inmates to our units. The test version will be implemented and ready for pilot use in February 2024.

We are waiting that these new modern ways of rehabilitation, vocational training and overall offender management will increase in the future. The modern society requires skills not typically taught in prisons like digital skills and self-management, and even understanding the role of AI in modern society's everyday life and tasks. Prisons' practices should mirror the practices of society in general – we can't lack behind!

References

- Allen, D. T., & Abadi, M. (2020). At prisons in Finland, inmates are learning AI and taking online tech courses as a bridge to life on the outside. *Business Insider*, August 11. Available at: <https://www.businessinsider.com/finland-prisons-technology-ai-online-classes-2020-8?r=US&IR=T> (retrieved on: 22 February 2023).
- Järveläinen, E. & Rantanen, T. (2020, September 14). Incarcerated people's challenges for digital inclusion in Finnish prisons. *Nordic Journal of Criminology*. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/2578983X.2020.1819092> (retrieved on: 22 February 2023).
- Lindström, B., & Puolakka, P. (2020). *Smart Prison: the preliminary development process of digital self-services in Finnish prisons*. Available at: <https://icpa.org/smart-prison-the-preliminary-development-process-of-digital-self-services-in-finnish-prisons/> (retrieved on: 22 February 2023).
- Puolakka, P. (2020). *RISE AI: Reducing the Risk of Recidivism with AI. Aalto Executive Education: Diploma in Artificial Intelligence*. Unpublished.
- Puolakka, P. (2021). Smart Prison Facility Spurs Rehabilitation in Finland. *Correctional News*, November 3. Available at: <https://correctionalnews.com/2021/11/03/smart-prison-facility-spurs-rehabilitation-in-finland/> (retrieved on: 22 February 2023).
- Puolakka, P. (2021). *Smart Prisons in Finland*, *EuroPris News*. Available at: <https://www.europris.org/news/smart-prisons-in-finland-2021/> (retrieved on: 22 February 2023).
- Puolakka, P. (2021). Towards digitalisation of prisons: Finland's Smart Prison Project. *Penal Reform International*, July 6. Available at: <https://www.penalreform.org/blog/towards-digitalisation-of-prisons-finlands-smart-prison-project/> (retrieved on: 22 February 2023).
- Puolakka, P. (2022). Smart Prison: From Prison Digitalization to Prison Using, Learning and Training Artificial Intelligence. *Justice Trends*, 8. Available at: <https://justice-trends.press/smart-prison-from-prison-digitalisation-to-prison-using-learning-and-training-artificial-intelligence/> (retrieved on: 22 February 2023).
- Puolakka, P. (2022). Implementing a Smart Prison in Finland. *Advancing Corrections Journal*, 14, ICPA.
- Puolakka, P., & Van De Steene, S. (2021). Artificial Intelligence in Prisons in 2030. An exploration on the future of Artificial Intelligence in Prisons. *Advancing Corrections Journal*, 11, ICPA. Available at: <https://rm.coe.int/ai-in-prisons-2030-acjournal/1680a40b83> (retrieved on: 9 September 2022).
- Rantanen, T., Järveläinen, E. & Leppälähti, T. (2021). Prisoners as users of digital health care and social welfare services: A Finnish attitude survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11).
- Varghese, S. (2019). *In Finland, prisoners are being taught crucial AI skills. The Nordic state plans to prepare prisoners for the digital job market*. *Wired UK*, October 23. Available at: <https://www.wired.co.uk/article/finland-ai-prisons> (retrieved on: 22 February 2023).

Editoriale

- Quale futuro per il trattamento criminologico?
Carlo Alberto Romano, Laura De Fazio, Ignazio Grattagliano

Articoli Generali

- Offender rehabilitation and reintegration through European normative lenses
Luisa Ravagnani, Ioan Durnescu
- Prison community, relationships and resilience. Experiences and reflections from the “Envisioning the Future” programme in the Padua prison
- Comunità carceraria, relazioni e resilienza. Esperienze e riflessioni a partire dall'applicazione del programma “Prefigurare il Futuro” nel carcere di Padova
Alessandro Maculan, Francesca Vianello, Giulia Perasso, Patrizio Paoletti, Tania Di Giuseppe
- The women's treatment in criminal enforcement
- Il trattamento delle donne in esecuzione penale
Sarah Grieco
- Side effects. Ethnographic reflections on prescribed drug use in prison
- Effetti collaterali. Riflessioni etnografiche sugli usi del farmaco in carcere
Luca Sterchele
- Empowerment in prison medical service: health education and experiential workshops to meet real care needs of inmate patient. The experience of Mantova prison
- L'empowerment in medicina penitenziaria: educazione alla salute e laboratori esperienziali per soddisfare i reali bisogni di cura del paziente detenuto. L'esperienza nella casa circondariale di Mantova
Laura Mannarini, Metella Romana Pasquini Peruzzi, Chiara Sgarbi
- Care, imprisonment and rehabilitation. The treatment of the inmates suffering for mental illnesses
- Cura, custodia e riabilitazione. Il trattamento del detenuto con problematiche psichiche
Luigi Ferrannini, Gianfranco Nuvoli
- Places of care in italian forensic psychiatry: therapeutic aspects and critical issues in an evolving system
- I luoghi della cura in psichiatria forense in Italia: aspetti terapeutici e criticità in un sistema in evoluzione
Luca Castelletti, Jacopo Santambrogio, Franco Scarpa, Antonino Giancontieri, Alessandro Santarone, Gian Maria Galeazzi, Laura De Fazio

Lettera

- Smart prison and digital innovations in prison and probation service of Finland
Pia Puolakka

IN QUESTO NUMERO
IN THIS NUMBER