

Convegno Psicologia penitenziaria, Bologna, 7 Marzo 2015

FORME DI VITA IN DETENZIONE: IL TRATTAMENTO PSICOLOGICO TRA COSTRUZIONI LEGISLATIVE E CLINICA DELL'AGIRE

DIANA GRAN DALL'OLIO

dianagran@virgilio.it

“Che cos'è l'uomo”? chiede Epitteto (II, 5, 26) e risponde: una parte di una città, cioè della grande città, quella degli dèi e degli uomini, e della piccola città, quella che è solo l'immagine della città universale. Il testo stoico più significativo in cui viene riconosciuta la dignità eminente di ogni uomo, e che implica l'idea di diritti dell'uomo, si trova in Seneca. In una Lettera a Lucilio (95, 33), Seneca critica gli spettacoli del circo in cui, si mandano a morire uomini nudi e disarmati per punire i loro crimini. A questo proposito Seneca usa l'espressione «l'uomo, cosa sacra per l'uomo», riferendosi, è importante notarlo, a individui considerati come criminali. È dunque proprio l'uomo in quanto uomo a essere una cosa sacra per l'uomo. Per un uomo del mondo antico la parola «sacro» è carica di valore religioso. A proposito degli schiavi Epitteto parlerà di «figli di Dio». Così gli stoici hanno avuto un acuto sentimento di quella che ora potremmo chiamare la vocazione sociale dell'uomo, del servizio alla comunità umana, e dunque del dovere politico del filosofo. Tuttavia, secondo gli stoici - che esigevano una stretta connessione tra morale e politica - il filosofo (*e lo psicologo*, aggiunta DG) non deve esercitare un'attività politica in uno stato nel quale sarebbe costretto a rinunciare ai propri principi morali per esercitarla.

BIOLEGITTIMITÀ': Fonte di etica attiva per lo psicologo che lavora in carcere⁽¹⁾

Questo ex ergo che ritroveremo più avanti, si trova all'interno di un testo di interviste al filosofo francese Pierre Hadot : *-La philosophie comme maniere de vivre-*, ci introduce ad un concetto fondamentale per l'antropologia e la biopolitica: quello di Biolegittimità: il riconoscere la vita come valore , di cui parla l'antropologo, , sociologo e medico Didier Fassin². I soggetti che , nella logica dell'economia morale della società contemporanea devono porre il proprio corpo come unico valore che consente loro di essere legittimati; il rifugiato politico che espone crudamente la propria storia di tortura e umiliazione non basta più , la tendenza caritatevole e morale che stanno assumendo i sistemi di post welfare state ormai ripiegati sulla “*charitas extrema*” , costringe le persone a esporre non più le torture subite come rappresentanti politici di fazioni avverse all'interno di dittature , la loro forza lavoro, nello sfruttamento operato dal sistema capitalistico , ma la fragilità dei propri corpi , resi vulnerabili dalle condizioni di vita che hanno

¹Cfr: http://www.psy.it/allegati/elementi_psicologo_penitenziario.pdf

Nel nostro codice di psicologia penitenziaria elaborato da un gruppo di lavoro ospitato nelle sedi dell'ordine degli psicologi della Regione Emilia Romagna parliamo esplicitamente di “etica attiva” che consiste nell'attivarsi per promuovere il benessere individuale e sociale in un'ottica de-patologizzante della sofferenza psichica e promozione della salute psichica al servizio di tutta la collettività . Quindi del valore dell'integrità psichica e fisica dei corpi reclusi in sofferenza (biolegittimità).

² Didier Fassin Richard Retchman, *L'empire du traumatisme, Enquete sur la condition de victime*, Paris Flammarion, 2007. Cfr come la diagnosi di PTSD consenta vantaggi di ridefinizione della qualità della propria vita attraverso una sua patologizzazione.

Cfr. e Roberto Beneduce, *Archeologie del trauma*, Bari, Laterza, 2010.

incorporato. La profuga haitiana stuprata, torturata, il cui padre, oppositore politico è stato assassinato, non riceverà il permesso di soggiorno per questo motivo, ma perché sieropositiva. Un'economia di malati nel treno di Lourdes europeo entreranno nella comunità in virtù del loro corpo malato, costretti ad ottenere una legittimazione attraverso l'esposizione della vulnerabilità della loro "nuda vita". Ma insieme a questi esempi di radicale esposizione di sé, cresce una capacità di soggettivazione della sofferenza possono nascere negli attori sociali, forme di resistenza e di lettura dei fenomeni di devianza in continua produzione di senso che apre possibilità di vita di questi soggetti³.

Ciò può avvenire a partire da una narrazione di sé compresa in uno spazio di parola: anche clinica. Le forme della legittimazione dell'umano compaiono anche in istituzione detentiva, che risulta essere più rispettosa dei diritti dei detenuti stranieri rispetto alla legislazione del sistema sanitario o laddove diverse legislazioni in tema di migrazione dialogano dialetticamente, riflettendo diversi periodi storici e politici del nostro paese. Un esempio.

Nel carcere la norma dispone -a partire dal principio dell'imparzialità trattamento rieducativo- che non si può discriminare per sesso, religione, razza e perciò (Cfr. Regolamento esecuzione 2000) i detenuti stranieri, -anche chi non ha un permesso di soggiorno può accedere a un lavoro ed alle misure alternative-, viceversa nell'interpretazione del sistema sanitario sui migranti bisognosi di cure mediche nei Sert, nonostante la possibilità di interpretare il testo unico in senso più ampio- vengono erogate -solo cure strettamente necessarie-: il sistema sanitario esclude giovani ragazzi stranieri tossicodipendenti dalla possibilità di avere un trattamento riabilitativo all'esterno con un sostegno psico-sociale, perché privi di permesso di soggiorno, mai avuto o- perduto dopo il loro ingresso in carcere-⁴. Molti sono stati

³ Didier Fassin, Juger, reprimer, accompagner, Essai sur la morale de l'état, Paris Ed du Seuil, 2013

pp.15-19 L'autore sostiene che non è solo lo stato che interviene su soggetti a rischio di devianza, ma sono anche attori sociali, poliziotti, magistrati, avvocati, agenti penitenziari, educatori, psicologi, psichiatri, assistenti sociali, ed altri operatori sociali e non, che nella performatività del loro agire la norma possono dare una svolta dando significato politico alla loro azione e determinando le forme di vita di questi soggetti.

⁴ "Fuori dal carcere ciò che rileva è il permesso di soggiorno e di conseguenza l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale. Un tossicodipendente extracomunitario senza fissa dimora può avere la terapia metadonica **ma non può accedere ad alcuna comunità di recupero, perché nessuna Regione ha in carico l'extracomunitario e di conseguenza nessuna Regione pagherà la sua retta, d'altro canto le stesse comunità non prenderebbero mai in cura uno straniero clandestino**"

(Tra le comunità esistono alcune eccezioni, ma spesso sono comunità di vita, che non richiedono il pagamento di una retta, anche le sezioni attenuate, in area detentiva ora gestite dal sistema sanitario, strutture per favorire il reinserimento dei tossicodipendenti detenuti, non consentono, nella pratica clinica effettiva, l'accesso ai pazienti tossicodipendenti stranieri privi di permesso di soggiorno. n.d.r).

Il terzo comma dell'art. 35 del Testo Unico in particolare prevede che agli stranieri presenti sul territorio nazionale non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sono assicurate, nelle strutture pubbliche e private accreditate del S.S.N., utilizzando un codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente), le seguenti prestazioni sanitarie:

- cure ambulatoriali e ospedaliere, urgenti o comunque essenziali ancorché continuative, per malattia e infortunio;
- interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura a essi correlate a salvaguardia della salute individuale e collettiva.

Quel che più sconcerta è che, anche la previsione di forme trattamentali "preferenziali" nei confronti degli stranieri tossicodipendenti si risolve in una forma di discriminazione per gli extracomunitari, che finiscono per scontare tutta la loro pena negli istituti penitenziari. Sarebbe auspicabile che, in questi casi, il legislatore prevedesse la concessione di

seguiti assiduamente da minori e bruscamente lasciati cadere al compimento del diciottesimo anno, altri ormai hanno la famiglia sul territorio italiano e sono costretti con meccanismi di espulsione implacabili, a tornare nei loro paesi spesso in stato di guerra civile, privi di riferimenti relazionali.

Se sto per morire di overdose, ho diritto ad un trattamento, se sono in una fase di possibilità riabilitativa ho il diritto solo ad una cura di riduzione del danno, quindi devo porre il mio corpo in una situazione estrema per essere curato: -Guardami mi taglio guardami sono ubriaco in coma- , (A prescindere dal lavoro eroico compiuto dagli operatori di strada, spesso con limiti nella continuità del trattamento e con i rischi di erogazione selvaggia di terapia metadonica a soggetti senza fissa dimora e con forzata intermittente compliance alle cure.

Forme di vita in detenzione

In carcere possiamo incontrare una molteplicità di questi soggetti che pongono come estremo baluardo tra sè e l'esterno, il proprio corpo.

Le istituzioni umane come il carcere paiono avere come meta di impedire agli uomini di percepire la loro vita. Lo scopo di un intervento psicologico in istituzione detentiva dovrebbe andare “in direzione ostinata e contraria” a questa affermazione . In questo senso, cercare di seguire le forme di vita dei soggetti che nell'istituzione vivono o che la attraversano, è il primo passo verso una possibilità di uscire da essa senza esserne “agiti” ovvero, senza agire la violenza simbolicamente reclusa della società, delle istituzioni e di coloro che le abitano.

CARCERE: ETEROTOPIA O NON LUOGO?

Per sottolineare la natura relazionale dello scambio psicologico, mi collego alla metafora utilizzata nella presentazione di questo convegno : il carcere come non-luogo. Se noi usiamo il termine Non-luogo nell'accezione dell' antropologo Marc Augè, che l'ha coniata, vediamo che descrive i “non luoghi” : Augè parla di Non-Lieux al plurale , gli iper-mercati, gli aeroporti, le stazioni della metropolitana , gli autogrill nelle autostrade, come luoghi di privazione dell'identità. Questi ultimi, per Augè⁵ sono nettamente contrapposti ai “luoghi antropologici” “in cui sono compagno il legame sociale e la storia collettiva che si fondono nell'unione tra “urbs e civitas”: Città e comunità . Viceversa, il non-luogo è uno spazio senza identità in cui la civitas, la società comunitaria, si è trasformataa nella civiltà omologante dei consumi.

un permesso di soggiorno per cure, che dia diritto all'assistenza sanitaria nazionale, ma neppure la recente Legge Bossi-Fini ha affrontato il problema.

(<http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/migrdet/castella/cap3.htm>

e cfr Emilio Santoro, Paragrafo 3 Tossicodipendenti e comunità terapeutiche:

link: <http://www.altrodiritto.unifi.it/adirmigranti/detenuti/migrdet.htm>

⁵ Marc Augè, Nonluoghi. Introduzione ad un'antropologia della surmodernità., Elèuthera, Milano.

Il carcere pare avere un'identità molto "solida" di istituzione totale, strettamente legata alla civitas di cui rappresenta sempre il luogo dell'esclusione, la discarica sociale, il luogo della in-distinzione tra ciò che è dentro di noi e non riconosciamo, l'altro, il luogo che ci fa stranieri a noi stessi, il luogo della rimozione, della difesa sociale: il luogo spesso della "detenzione sociale, della discarica sociale" della riproduzione dell'ineguaglianza sociale e del privilegio. Insomma citando Foucault, gli "anormali"⁶ da cui la società si deve difendere e nei momenti di crisi economica e di crisi mondiale si deve molto difendere...

In una conferenza a Tunisi davanti ad un gruppo di architetti Michel Foucault, affaccia un'immagine di carcere accanto al tradizionale Panopticon Benthamiano: il carcere come eterotopia. Una **eterotopia**⁷ è un luogo che occupa uno spazio di transizione e di assorbimento dell'inquietudine sociale, come per esempio il cimitero, zona di transizione tra vivi e morti. Le eterotopie sono "utopie situate", luoghi diversi, che si contrappongono a tutti gli altri -spesso come loro negazione- e che rimangono tuttavia luoghi reali. La funzione di questi spazi è che nascono in situazioni eccezionali con lo scopo di neutralizzare, purificare, compensare, tutti gli altri spazi. Possono essere un giardino, una periferia di una città inquieta, "le banlieues, le periferie sordide pasoliniane, un manicomio, un teatro, un cimitero, un museo, un cinema, una nave, **un carcere**". Questa accezione di carcere come luogo eterotopico si collega con la sua funzione di contenimento tipica dell'istituzione totale ma gli dà una porosità, lo rende più permeabile, lo apre in una dimensione di comunicazione con la comunità, lo rende -parte rimossa ma presente- della città: come espresso nella citazione in ex ergo da Hadot. Richiama inoltre il termine medico da cui deriva, Foucault era figlio di un chirurgo, ed il termine è molto suggestivo nella sua accezione etimologica nel lessico medico: designa infatti:

-un fenomeno per cui si originano stimoli di attività funzionale in sede diversa dalla normale: un esempio di eterotopia è dato dagli stimoli elettrici che provocano extrasistoli cardiache, poiché hanno origine in sedi abnormi, situate al di fuori del nodo del seno.

In anatomopatologia: abnorme situazione congenita di un organo, lo stesso che ectopia.

In gastroenterologia, e. gastrica, presenza di isole di mucosa gastrica nell'esofago o nell'intestino; ha significato di lesione precancerosa.

E anche in natura:

ancora al gr. ἕτερος "diverso" e τόπος "luogo"). - Con questo nome s'indica il fenomeno teratologico per cui si originano cellule o tessuti da organi che normalmente non danno tali produzioni. Ne sono esempi la formazione di corpi carnosì eduli, simili a frutti, da porzioni di rami e di foglie di pero, di analoghe produzioni dalle foglie di ananas, di tessuti verdi da petali colorati, di tessuti anterali da ovarî,-

⁶ M.Foucault, Les Anormaux, Cours au Collège de France, 1974-1975, Paris, Gallimard, 1995.

⁷ M.Foucault, Utopie eterotopie, Napoli, Ed. Cronopio, 2006.

Insomma una formazione che nasce in modo anomalo e in un luogo dove non dovrebbe nascere o comparire, ma ha una funzione di assorbimento di qualcosa che è cresciuto in modo anomalo: esattamente come il carcere nel cuore della società. Non a caso all'interno di società meno corrotte, economicamente e culturalmente, regolate, non aumentano i luoghi eterotopici come il carcere, come vedremo per la Germania in cui le carceri stanno chiudendo : Proiezione link video :...

http://www.francetvinfo.fr/monde/europe/elections-en-allemande/video-allemande-plusieurs-prisons-ferment-faute-de-detenus_756363.html

Che cosa è un carcere per chi entra per la prima volta? Può esser descritto in molti modi soprattutto attraverso le pratiche che lo attraversano: in questo senso parlare di Forma di vita in detenzione è seguire in base alle immagini di carcere che un individuo compone, il suo modo di vederlo o di abitarlo, le sue pratiche, le azioni che farà su di esso: è seguire i molti modi di attraversare l'istituzione detentiva che, come lo definisce Goffman è:

-Un luogo chiuso dai tempi e gli spazi delimitati da altri dove soggetti sono costretti a vivere una vita comunitaria :

ogni attività si svolge nello stesso luogo e sotto la stessa autorità;- gli individui svolgono quotidianamente delle attività per gruppi numerosi, sotto la stretta sorveglianza da parte dello staff dell'istituzione; vi è un sistema di regole ferree e ripetitive che scandiscono le varie attività e fanno scaturire così una standardizzazione dei comportamenti; lo svolgimento di tali attività è diretto al perseguimento dello scopo ufficiale dell'istituzione.

Oppure una definizione da me interiorizzata nella pratica di lavoro in carcere di matrice Foucaultiana:

- un luogo dove rinchiudere e occultare quell' eccesso di vita dilaniata dai supplizi che era mostrato agli abitanti delle città: alla voce "tortura" si sostituisce la voce "umanità".

Il corpo simbolico del condannato, non più dilaniato, ma classificato dalla scienza positivista, raddrizzato e recluso, viene restituito "integro" alla società attraverso *il principio di umanizzazione della pena*.

Ma cosa vuol dire "umanizzazione della pena" ?

Significa sostituire ad un trattamento disumano e degradante visibile un trattamento rieducativo e correttivo del recluso ottenendo la difesa del corpo sociale. Sottraendo alla vista della società il reo, privandolo della libertà, si inventa, alla fine dell'ottocento, una nuova economia di potere in cui vari soggetti sono stati coinvolti nel corso del tempo. Alla pura contenzione fisica della polizia e della magistratura, sempre in stretta interconnessione, è seguita quella di tipo lavorativo, educativo e successivamente pedagogico correttivo e psicologico- psichiatrico – sanitario.

Victor Hugo nella prefazione del 1831 all'ultimo giorno di un condannato a morte scriveva:

-« *La peine d'emprisonnement subsistera, mais sera conçue comme un traitement.[...] On regardera le crime comme une maladie et cette maladie aura ses médecins qui remplaceront vos juges, ses hôpitaux qui remplaceront vos bagnes.* »⁸

Se pensiamo alle polemiche sull'abuso della sedazione e contenzione farmacologica medico-psichiatrica in luoghi di detenzione e sull'induzione di stati di farmacodipendenza nella popolazione a rischio di disagio psichico, esiste un pericolo oggettivo connesso alla cultura biomedica utilizzata in modo improprio, ovvero solo come forma di sedazione e contenimento.

Il trattamento in carcere è veramente, come recita l'art.27 della Costituzione? Lo stesso articolo 27 della Costituzione, al terzo comma, fissa il principio di umanizzazione della pena: "Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità".- La Costituzione con questo articolo- ha inteso bandire ogni trattamento disumano e crudele che non sia inscindibilmente connesso alla restrizione della libertà personale - Come corollario del principio di umanizzazione, nello stesso art. 27 della Costituzione è espressamente escluso il ricorso alla pena di morte.⁹

Questo principio è alla base della riforma più radicale compiuta in Italia, la legge 354 del 1975 e poi la legge Gozzini del 1986 che ha portato figure del trattamento come quella psicologica in carcere e non più solo nelle aule dei tribunali o nei centri di osservazione.

Sicuramente, come dimostra l'avvincente dibattito della costituente, il cardine legato al miglioramento del trattamento risiede nella Funzione rieducativa-trasformativa della pena, che si riverbera sui soggetti reclusi, restituendo loro la possibilità di compiere un cambiamento e un conseguente reinserimento nella comunità.

Nel 1958 si apre il primo centro di osservazione detenuti adulti a Roma¹⁰ dove si compie: "l'osservazione scientifica della personalità". E' passato più di un secolo dall'apertura delle prime carceri, e il popolo dei reclusi si è moltiplicato, sono aumentate le forme di vita da rinchiudere trasformando il carcere in una discarica sociale, in cui tra supplizio legislativo, supplizio custodialistico, supplizio rieducativo, supplizio psicologico psichiatrico e supplizio sanitario, il corpo del condannato viene analizzato, schedato, classificato, sezionato; metaforicamente dai lumi del Beccaria,

⁸ Traduzione mia: -*La pena della reclusione rimarrà, ma sarà pensata come un trattamento...si vedrà il crimine come una malattia e questa malattia avrà i suoi medici che prenderanno il posto dei vostri giudici e i suoi ospedali che prenderanno il posto delle vostre prigioni-*

⁹ L'articolo 27 della Costituzione enunciando "Le pene (...) devono tendere alla rieducazione del condannato" sancisce il principio del finalismo rieducativo della pena. Circa il concetto di rieducazione, esso non può essere identificato con il pentimento interiore, l'emenda morale, spirituale, astrattamente possibile con qualsiasi pena ed in qualsiasi condizione carceraria. Ma viene inteso come concetto di relazione, rapportabile alla vita sociale e che presuppone un ritorno del soggetto nella comunità. Secondo Antolisei (...), rieducare il condannato significa riattivare il rispetto dei valori fondamentali della vita sociale; rieducazione non può essere intesa se non come sinonimo di "recupero sociale", di "reinserimento sociale", di "risocializzazione". *Quindi un Ritorno nella communitas.*

¹⁰ Rebibbia a Roma (nel 1954 furono creati un Istituto di Osservazione e nel 1959 il primo Istituto di Trattamento riservato ai giovani adulti), S.Vittore a Milano (nel 1960 venne creato il Centro di Osservazione e nel 1963 un secondo Istituto di Trattamento), Poggioreale a Napoli (nel 1969).

dalle impronte digitali passando attraverso le schedature di polizia, gli interrogatori della magistratura dalle classificazioni criminologiche allo screening psicodiagnostico medico-psicologico-psichiatrico, alla Brain Imaging. Manteniamo integro “a parte eccezioni che sfuggono alla regola”, il corpo del condannato, ma lo frammentiamo “per il suo bene “ in molteplici linguaggi, attuando a volte in modo frettoloso e disumanizzante pratiche di controllo che “difendono la società” dall’accusa di non rispettare il principio per cui le pene : “ non devono esser contrarie al senso di umanità .

L’ETNOMETODOLOGIA: IL PUNTO DI VISTA DEGLI ATTORI SOCIALI FORME DI VITA BIOPOLITICHE

- *...la ricerca qualitativa consiste: “ nell’ essere vicini agli attori sociali mentre questi reagiscono a ciò che la vita fa loro ”-*
- *(Erving Goffman letto da Alessandro Dal Lago)*

Ma come i vari attori sociali interpretano le massime del diritto, l’umanizzazione, anche in senso medicale, la cura?

Uno sguardo all’etnometodologia che raccoglie le voci degli attori sociali che sono coinvolti in questo “gioco della reclusione umana”:ci farà capire quanto il punto di vista su uno stesso evento possa esser dato differentemente a seconda della prospettiva di sguardo:

-Allora entri. Hai la scimmia. Prima personalmente non l’ho mai sperimentato, ma conosco molti che ci sono passati, dovevi arrangiarti. O trovavi della roba dentro e continuavi a farti, oppure dopo qualche giorno di dolori atroci, ti aggiustavi con i sonniferi e gli antidolorifici che ti procuravi o che ti davano.L’esperienza a quanto so, era spaventosa, ma aveva un termine- Quando sono entrato, invece , venivi preso in cura. Ti davano il metadone. Grande invenzione. Meno buono dell’eroina ma più tossico. Inoltre la scimmia da metadone è peggio della scimmia da ero.E va bene ti schedano e diventi un utente del Sert. La chiamano terapia. E’ il primo passo del trattamento. Poi come degli avvoltoi, arrivano tutti gli altri. Più sono convinti della loro missione e peggio è per te.E’ come quando trovi lo sbirro convinto di combattere una crociata.Non c’è niente di peggio di chi si identifica con il bene. Meglio uno sbirro stronzo di uno sbirro missionario.Torniamo al trattamento. Solo una volta mi è capitato un’ educatore simpatico. Quel lavoro non gli piaceva, non ci credeva ed era di suo incompatibile col carcere(...)

Ha retto poco. Era un’eccezione. Il resto un incubo. Tu servivi per due cose: primo confermare le loro ipotesi, perchè eri così, perchè ti facevi, perchè vivevi in un certo modo e via dicendo;secondo, verificare le loro tesi. Il trattamento, cioè il percorso medico/psico/socio/educativo-solo una ristretta cerchia di fortunati poteva usufruire anche del trattamento psichiatrico-si proponeva attraverso una serie di tappe, che a dire il vero, non finivano mai,di consegnare alla società una nuova

persona. Se, come immagino, avrai visto “Arancia meccanica” puoi avere un’idea del progetto¹¹ -

- Calma- pare dire il soggetto testimone: -Smettetela di proiettare i vostri saperi su di me ...sono una persona che va al di là delle vostre teorie, ho un’opinione su me stesso, sulla vita, ho incontrato altri operatori e se ho fatto altre carcerazioni, altre cure, anche altri psicologi, psichiatri, medici o altri educatori, assistenti sociali. Potrò avere una storia raccontata da me? che so raccontare, un vissuto un modo di vedere la vita altrettanto legittimo del vostro?...-è la reciprocità etnografica, i tristi tropici di Levi Strauss, l’altra faccia dell’esotismo carcerario.

E la testimonianza continua:

-Tu sei uno che si fa. Punto. Il presupposto, identico per tutti gli specialisti, e questo è il problema. Il problema ha alle spalle una serie di problemi non risolti. Lo specialista li cerca. Lo fa a partire dal suo particolare sapere. Il primo, il medico considera quella dipendenza come patologia. Te ne crea un’infinità di altre che ti danno ancora più problemi ma che, non essendo considerate come patologie, non lo preoccupano. Io come tanti ho iniziato a usare tutte le schifezze da farmacia grazie alla disintossicazione carceraria. Perché, se prima io non lo facevo ma so che molti lo utilizzavano, dalla farmacia prendevi quelle sostanze come lo sciroppo o le caramelle per la tosse, le lavoravi e ci tiravi fuori il principio attivo, un oppiaceo e te lo facevi, dopo la disintossicazione andavi giù di chimica che era un piacere...

Qualcuno scava nella tua infanzia e adolescenza, nel rapporto con i genitori e la tua famiglia in generale. Un altro fa la stessa cosa ma con un occhio incentrato sugli aspetti socio-economici. Un altro, ancora attraverso il tuo approccio con i sistemi educativi e pedagogici. Stabilito e scontato che tu avevi dei problemi, ognuno aveva la sua cavia su cui sperimentare un buon numero di teorie...

Devi accontentare tutti senza scontentare nessuno. Non so, ti faccio un esempio concreto. Se una è fissata che sei così per un conflitto irrisolto con la madre, non la puoi contraddire. Ma se un altro pensa che il vero problema sia la tua omosessualità non confessata, non lo puoi deludere. La cosa ridicola, oppure tragica, di tutto questo è che tu esisti solo nelle loro parole. Non puoi dirgli che non è vero, o che tu pensi un’altra cosa. Non puoi farlo perché tu esisti solo perché loro ti fanno esistere. Loro sanno chi sei, tu no. Il trattamento è una specie di situazione kafkiana, ampiamente inflazionata. Se provi a contraddirli ti senti rispondere, come in quel romanzo di Le Carré quello che si svolge nella Germania dell’Est, che il partito sa di noi molto di più di quello che sappiamo noi. Le scienze dell’uomo non si comportano

^{11 11} Dal Lago A., Quadrelli, La città e le ombre, Milano, Feltrinelli, p. 285. Queste straordinarie testimonianze di attori sociali reclusi sono raccolte in questa preziosa faticosa e diacronica, ricerca, durata molti anni, di matrice etnometodologica, gli autori sottolineano con puntuali dimostrazioni alcune zone d’ombra comuni tra società “civile” e criminalità. Cito gli autori: -i mondi criminali non sono altro che luoghi in cui vengono venduti beni e servizi per la società legittima: i corpi da usare, sostanze proibite, azzardi clandestini, credito illegale. Il crimine appare il retrobottega di un mondo abbacinato dal consumo- (dalla prefazione).

*in maniera diversa. Sono loro a costruirti e a dirti chi sei. Quando il trattamento è in fase avanzata e tu hai risposto correttamente alle aspettative, puoi accedere al premio finale: il trattamento in comunità. Banalmente la classica ciliegina sulla torta.*¹²

Solo riconoscendo all'altro la legittimità di una voce, facendo sì che possa raccontarsi, ponendogli le domande giuste, capirà che stiamo cercando in modo chiaro e reciproco di aiutarlo a farsi altre domande su di sé, senza schiacciarlo con teorie o pregiudizi precostituiti. D'altra parte che cosa avremmo fatto nella sua forma di vita se ci fossimo trovati ad affrontare le sue esperienze? Saremmo stati altrettanto devianti o più resilienti? Si apre un universo di sapere di vita che ci riporta ad un'esperienza nuova. Allora impariamo dall'altro e dal suo sguardo sulle cose e possiamo trasmettere i nostri vissuti in uno scambio reciproco cercando di co-costruire un universo di confronto di valori e di esperienze su cosa è la norma la salute la malattia sul significato che ha per il soggetto l'esperienza di reclusione.

Da questa testimonianza vediamo come il punto di vista dei soggetti "ristruttura" i saperi istituzionali e ci porta alla concreta pratica linguistica "che è un agire il significato della norma per il soggetto" al suo sguardo sulle forme di pratiche istituzionali vissute come impositive, torturanti, a volte colonizzanti: spesso infatti, i soggetti, pur nel "consenso informato in detenzione", sono esclusi da una soggettivazione della cura, con procedure a tratti disumanizzanti, che li attraversano. Esplicitare il senso della norma, condividendola e intrecciandola con la storia del soggetto, permette un percorso di trasformazione del rapporto con la norma stessa, violata. La scelta di un paradigma come quello etnometodologico, che ha consentito di aprire spazi di comprensione a tutti gli operatori che lavorano nel campo della devianza e della marginalità a cui si possono ascrivere contributi come quello di Erving Goffman, l'individuo attore in un contesto sociale rappresentato, l'interpretazione che ciascuno dà al proprio ruolo, ("espressione e identità") in un'ottica epistemologicamente fondata e intersoggettiva.

Emerge una dimensione che non appare a prima vista negli operatori che lavorano in istituzione detentiva:

L' estrema vulnerabilità unita ad una forza reattiva difensiva dei soggetti che entrano in istituzione:

Le carceri vengono dipinte come popolate di soggetti violenti, feroci, malavitosi, sadici, mostruosi, strumentali, psicopatici, pronti a aggredire e nuocere, in realtà si scopre- soprattutto dopo l'ingresso anche per costruzioni legislative difensive-legate al mantenimento di politiche sulla sicurezza applicate a migranti e marginali sociali- proprio come nell'800. Certamente vi sono criminali malavitosi, pericolosi o fabbricati tali, e potenzialmente violenti, ideologicamente costruiti sulla propria forma di devianza, sia agita materialmente che nella forma perversa e devastante del gioco d'azzardo finanziario dei cosiddetti "colletti bianchi", molto mimetica e meno

¹² Ibidem pp. 285-286

visibile socialmente ma a tratta ancora più dannosa rispetto a forme di violenza materiale diretta, ma moltissimi sono i casi di “detenzione sociale”: espressione coniata dal magistrato Margara.. Altri come Gonnella e Anastasia parlano di carcere come: “ Discarica sociale”.

Se, con sguardo antropologico, “ Pensando il proprio modo di pensare l’altro”¹³ si mettono in atto meccanismi di relazione reciproci, non giudicanti, le difese si abbassano e emergono parti fragili, comunicazione dei propri vissuti, ri-soggettivazione, decentramento cognitivo e affettivo , osservazioni acute e penetranti sulla vita detentiva e sulla propria biografia, eventi, descrizioni di sé e del mondo circostante autenticamente legate alla realtà vissuta, riconoscimento della gravità dei crimini commessi , contatto con le cose e con il mondo , vediamo soggetti estremamente vulnerabili, e resi vulnerabili dall’istituzione insieme agli operatori che abitano l’istituzione, essi stessi resi vulnerabili dal contesto che li attraversa . In questo senso : non si può uscire indenni da un’esperienza di anni in un’istituzione totale come il carcere che coinvolge le nostre, vite le nostre pratiche i nostri saperi le nostre relazioni. L’interrogazione sulla funzione della detenzione e sulla possibilità con l’aiuto della psicologia a fianco di altre discipline nel co-costruire alternative alla detenzione si pone come domanda pressante, che dovrebbe governare le nostre pratiche e i nostri saperi. E’ necessario un cambiamento della società dall’esterno al carcerare che impedisca logiche arbitrarie di etichettamento, produttrici di trasformazione di soggetti in carriere devianti.

Mi vengono in mente due casi : un omicida che mi raccontava una perizia a cui era stato sottoposto esaminato contemporaneamente da tre periti , percepiva come un’effrazione la molteplicità di domande poste dai periti , si sentiva intruso a livello psichico dell’omicidio intra-familiare che aveva perpetrato e di cui non si dava pace ,dopo anni di cure per grave depressione dopo la morte agonica per cancro della madre. Un altro soggetto: grave disturbo narcisistico paranoide, rivelatosi poi aver avuto un gravissimo trauma luttuoso in adolescenza, non curato, torturarsi con un MMPI -lasciatogli dal perito in cella- di cui rivedeva e sottolineava con 4 evidenziatori gli items.

Noi operatori possiamo esser potentemente traumatogeni, considerato il contesto : anche un colloquio di primo ingresso condotto sottoponendo al soggetto una serie di domande standard di tipo anamnestico , bloccando un fluire naturale di esplicitazione dell’ansia sul reato o su altre forme di disagio o preoccupazioni, con una conduzione direttiva, può risultare intrusivo o suscitare nel soggetto un atteggiamento difensivo. Dobbiamo considerare la scarsa lucidità e la non prevedibilità delle modalità dell’arresto, o degli eventi che sopraggiungono in detenzione traumatogeni per la persona, o la sproporzione tra evento reato ed arresto (Pensate ad una custodia cautelare legata all’assenza di documenti e/o di permesso di soggiorno o a un furto

¹³ Espressione coniata dall’etnopsichiatra : Georges Devereux, De l’angoisse à la méthode dans les sciences du comportement Aubier, Paris, 1998.

in un supermercato legato alla crisi economica o all'assenza di lavoro, o ad un processo connesso a una difesa sommaria d'ufficio¹⁴).

Come manifestato attraverso i vissuti dei soggetti nei gruppi terapeutici e nei colloqui svolti per anni in istituzione: alcune frasi dette dagli operatori , reazioni vivaci anche a loro provocazioni, espressioni di deprezzamento , giudizio , valutazione macerano nella mente di soggetti reclusi e producono vissuti e agiti dolorosi molto più amplificati che- se espressi all'esterno dell'istituzione dove la molteplicità di contatti e stimoli non costringe il corpo ad un ruminazione monotematica che provoca dolore e sofferenza acutissime. Si potrebbe definire: *“transfert a circuito chiuso”* che -nel discorso di *potere della colpa e della colpevolezza di colui che lo riceve*-¹⁵ può generare violenza su di sé incorporata e agita, nonché grande dolore mentale. Sofferenza mentale e dolore sono talmente presenti da ritmare lo spazio della clessidra vuota di sabbia e d'acqua, attraverso cui si materializza il tempo sospeso in carcere.

TECNICHE DI INTERVENTO PLURALI: ECLETTISMO METODOLOGICO E TIPOLOGIE DI UTENTI

Per noi operatori la gabbia delle classificazioni diagnostiche diventa sempre più stretta , di fronte a vite così complesse e provenienti da realtà culturali differenti, anche all'interno del nostro stesso paese, e dovrebbe spingerci a riflessioni continue sulle nostre metodologie e strumenti che possono esser validi per alcuni soggetti, ma non per altri. E' importante perciò attivare e conservare una molteplicità di approcci metodologici e paradigmi di intervento con *“sano eclettismo metodologico”*¹⁶ . Infatti, maggiori sono gli strumenti di conoscenza dello psicologo e maggiori sono le possibilità di orientarsi in un universo così complesso senza esserne agiti.

Con alcuni colleghi in regione nel corso dell'esperienza dei *“Progetti disagio psichico”*, ancora finanziati dal Ministero di Giustizia, abbiamo sperimentato approcci metodologici diversi nell'intervento con soggetti detenuti a rischio di disagio psichico. Alcune metodologie di trattamento si rivelano valide con alcune tipologie di soggetti e meno efficaci con altri. Sarebbe interessante verificare a livello regionale e nazionale ,con parametri qualitativi, l'efficacia di alcuni trattamenti, utilizzando gli strumenti che vengono somministrati anche nelle Ausl all'esterno o

¹⁴ *I reati di taccheggio costano all'Italia :il condannato trascorre circa un anno in carcere, 150 euro al giorno , sproporzionate all'entità del danno, un pezzo di parmigiano, oggetti di vestiario o altro rubati nei supermercati, spesso connessi con tentativi di fuga o altro che aggravano la pena con processo per direttissima contrariamente ad altre forme di reato ben più gravi per la società. Cfr corruzione.*

¹⁵ Roland Barthes, *Lezione* , Einaudi, Milano, 1981: - Chiamo discorso di potere ogni discorso che genera la colpa e di conseguenza la colpevolezza di colui che lo riceve-. Questo si può definire un'aforisma *“diamante”* che *“taglia”* e *“sfigura”* il moralismo della società sempre pronta a produrre senso di colpa e conseguente potere sui soggetti reclusi- dentro o fuori dal carcere- nell'incorporazione di un senso di colpa che assogetta e perpetua la pena, talora senza possibilità di oblio riparatore , mediazione o riscatto.

¹⁶ Cito un'espressione coniata dallo psicologo Alessandro Salvini che ripeteva spesso a lezione per sottolineare la complessità degli interventi dello psicologo e la necessità di paradigmi metodologici plurali per fronteggiare realtà complesse come i diversi soggetti ,oggetti del nostro intervento.

valutando tramite indicatori di benessere e ripristino dell'equilibrio psichico in soggetti oggetto di intervento.

Un esempio di approccio assai utile sviluppato nel corso di un progetto (*Cfr. Slides in appendice sulla mediazione culturale e mediazione etnoclinica ed altre esperienze cliniche documentabili nel corso del progetto disagio psichico nel centro clinico e CDT di Parma*) è quello dell'antropologia medica:

“Lo studio di un corpo malato, in qualsiasi società venga osservato e descritto, non è mai uno spazio neutro che risponde alle sole leggi della natura, ma è uno spazio sociale e come tale politico, storico, fenomenologico insieme¹⁷”.

L'antropologia medica che dialoga produttivamente e dialetticamente , con la biomedicina occidentale ci ricorda che per studiare con attenzione un corpo sofferente “ forse malato” o “forse definito tale” è utile tenere in mente tre assi di interpretazione della malattia o del disagio che presenta: Innanzitutto la

1) ILLNESS: come il malato , immagina si rappresenta la sua malattia, la sua personale eziologia ed il suo vissuto della malattia;

2) DISEASE: come la medicina legge e classifica i suoi disturbi o sintomi nel linguaggio oggettivo biomedico.

3) SICKNESS: come la società legge questa malattia.

Queste tre variabili , intrecciate secondo diverse combinatorie e contesti, generano un potente dispositivo di interpretazione delle malattie o possono esser utili strumenti di lettura della patologia nei suoi risvolti sociali, qualora, come nel caso dell'Aids o delle malattie mentali, queste patologie siano connotate in modo socialmente invalidante.

Es. AIDS e Epatite C , che hanno portato in carcere tossicodipendenti pericolosi, malattie da cui sono nati i presidi tossicodipendenti e lentamente la riforma della medicina in carcere, per disciplinare , contenere, curare (?) questo disordine di patologie incontrollabili, che potevano avere risvolti sociali minacciosi.

E' con questi nuovi soggetti malati che nascono i criteri di incompatibilità col regime detentivo ed il corpo malato, in fin di vita, o seriamente minato dalla impossibilità di esser curato in carcere (*Quoad vitam o quoad valetudinem*) che nuovamente consente la liberazione del recluso attraverso il corpo “suppliziato” dalla malattia.¹⁸

La “vulnerabilità” dei reclusi viene evocata nel servizio Nuovi Giunti che, nel dettato normativo nasce per garantire la “Tutela della vita e della incolumità fisica dei detenuti e degli internati” :¹⁹Circolare Amato Istituzione e organizzazione del

¹⁷ Pandolfi M. Introduzione a Il senso del male, antropologia, storia, sociologia della malattia di M. Augè, C. Herzlich, Milano, il saggiatore, 1983

¹⁸ Cfr. F. Faccioli V. Giordano, C. Sarzotti, L'aids nel carcere e nella società, Carocci ed, 2001.

¹⁹ Si richiamano i principali atti adottati sul punto: Nota 25 gennaio 2010, prot. GDAP-0032296, *Emergenza suicidi -Istituzione di unità di ascolto di Polizia Penitenziaria*; Circolare 6 luglio 2009, n. 3620/6070, *Avvento della stagione estiva e conseguenti difficoltà derivanti dalla condizione di generale sovraffollamento del sistema penitenziario. Tutela della salute e della vita delle persone detenute e internate*. Lettera circolare 6 giugno 2007, prot. n. 0181045, */detenuti provenienti dalla libertà: regole di accoglienza*. Circolare 2 maggio 2000, n. 3524/5974, *Atti di*

servizio nuovi Giunti del 1986.

LO PSICOLOGO ALL'INGRESSO. DECENTRAMENTO E NUOVI RUOLI

Le circolari legislative che si sono succedute nel tempo hanno progressivamente decentrato la figura dello psicologo.

Dalla estrema centralità dello psicologo e del criminologo, nel disagio del nuovo ingresso, entrambi coinvolti nei servizi Nuovi Giunti, che in realtà era stato disposto solo in carceri con grande affluenza di ingressi, a cui veniva data la responsabilità assieme al medico di orientare detenuti e operatori prescrivendo:

- 1) grado alto-medio-lieve di rischio suicidario o etero-aggressivo
- 2) necessità di visita psichiatrica allocazione del detenuto
- 3) Valutazione psicodiagnostica del nuovo giunto
- 4) Allocazione in cella singola o con altri detenuti.

Si è quindi passati ad una ri-centralizzazione della figura del medico da cui lo psicologo viene attivato successivamente alla visita medica : sia dal medico o dallo psichiatra, all'interno dell'area sanitaria. Le funzioni del Servizio Nuovi Giunti sono passate col decreto 2008 sul passaggio della sanità penitenziaria alle Ausl. Fino alla circolare Ardita del 2007²⁰ dove lo psicologo ha un importante ruolo di filtro e accoglienza ereditando la professionalità del Servizio nuovi Giunti,

Lo psicologo viene inserito nell'equipe multiprofessionale per valutazione psicodiagnostica , sostegno psicologico e/o conduzione di gruppi.

Psicologi sul disagio in primo ingresso sono previsti a Bologna (vige ancora il servizio nuovi Giunti con le esperte ex art. 80 consulenti del Ministero di Giustizia affiancate per le tossicodipendenze da psicologhe Ausl in numero di 4 appartenenti anche all' ex presidio TD ministeriale).

Con i progetti disagio psichico²¹ sperimentati in regione e per le spiccate caratteristiche di ruolo professionale, lo psicologo ha lavorato dal suo ingresso in

autolesionismo e suicidi in ambiente penitenziario. Linee guida operative ai fini di una riduzione dei suicidi nelle carceri. Nota 30 giugno 1998, prot. n. 548017, Circuiti Penitenziari: tempestiva realizzazione della separazione e dei raggruppamenti omogenei dettati dall'Ordinamento Penitenziario. Idonea allocazione dei detenuti sottoposti a grande sorveglianza e dei soggetti in isolamento giudiziario. Lettera circolare 9 maggio 1990, prot. n. 518189, Detenuti sottoposti a grande sorveglianza. Nota 20 aprile 1990, prot. n. 606895, Detenuti ed internati che richiedono particolari o eccezionali cautele. Circolare 10 ottobre 1988, n. 3256/5706, Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati. Servizio nuovi giunti. Circolare 16 maggio 1988, prot. n. 733632/2/51(19), Chiarimenti relativi all'applicazione della circolare n. 3233/5683 del 30.12.1987 (istituzione e organizzazione del servizio nuovi giunti). Circolare 30 dicembre 1987, n. 3233/5683, Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati. Istituzione e organizzazione del Servizio Nuovi Giunti. Circolare 7 aprile 1986, n. 3173/5623, Suicidi e atti di autolesionismo.

²⁰ Circolare 6 giugno 2007 Detenuti provenienti dalla libertà: regole di accoglienza - Linee di indirizzo. Emanata dal Direttore Generale S. Ardita

²¹ Cfr Alcuni esempi degli interventi psicologici in istituzione con alcuni progetti significativi a seguito in appendice all'intervento ed un modello da me sviluppato disponibile sul web ,prendendo a riferimento le esperienze della "Psichiatria de liaison" Cfr. Link: www.infodipendenze.ausl.pr.it/allegato.asp?ID=429642

istituzione con l'equipe trattamentale e sanitaria. Proprio a partire dal continuo confronto con l'equipe trattamentale nelle sue componenti sociale- custodialistica- trattamentale e con i colleghi dell'area sanitaria di riferimento, lo psicologo per le funzioni di progettazione , autonomia e in base a circolari che hanno allargato progressivamente il suo campo di intervento al disagio psichico ed all'intervento sia su operatori che su soggetti reclusi, che sulla comunità, ha interagito pure con referenti per la formazione scolastica , educativa e volontari in modo sinergico, e, a tratti produttivo per i soggetti e l'istituzione.

Cosa fa lo psicologo in carcere :

Colloquio clinico iniziale : descrizione:

- E' importante che lo psicologo sia centrato sul soggetto che ha di fronte , non abbia pensieri difensivi ma accolga il vissuto dell'altro : -se manifesta ansia o angoscia sia pronto ad accoglierla con "strumenti professionali" evitando domande indiziarie o inquisitorie, fornendo informazioni sul contesto e cercando di capire i bisogni e lo stato di allerta del soggetto, abbozzando una prima anamnesi e verificando lo stato cognitivo la capacità di analisi del contesto gli strumenti comunicativi ed empatici del soggetto nuovo giunto, unite alla sua capacità di relazione.
- Il colloquio non deve dare l'idea temporale della fretteolosità , si deve delineare uno spazio per pensare insieme al soggetto il suo essere qui ed ora, all'interno di "questo" contesto ,come si fosse qualcuno con cui finalmente il soggetto che entra in carcere ha spazio di parola, considerando che le modalità dell'arresto o il trasferimento da altro carcere non hanno consentito al soggetto di esprimere in modo disteso i propri bisogni. Raramente, se il colloquio è condotto sull'ascolto dell'altro, si registrano situazioni di alterazione della comunicazione, manipolazione, azioni strumentali o di difesa vistose. Lo psicologo viene accolto come figura che si autopropone nelle sue modalità di relazione come spazio di esplicitazione, chiarificazione, riflessione e di ascolto di quello che è successo, di contenitore degli agiti. Qualora si riscontrino difficoltà comunicative si dà una chiara restituzione al soggetto delle difficoltà, non imputandole al soggetto medesimo, ma agli scarsi mezzi a disposizione al momento e cercando comunque di comunicare attraverso il non-verbale con disegni o gesti . Se sono presenti difficoltà linguistiche : il soggetto non si esprime in italiano ma in francese, inglese o spagnolo si utilizzano queste lingue di comunicazione, se il soggetto conosce urdu , cinese, russo o altra lingue non coloniali, o europee, si cerca pazientemente un detenuto consultandosi con la custodia per le prime necessità di traduzione e si invia richiesta al servizio di interprete o mediazione culturale. Laddove i fondi non siano stati diminuiti e il servizio di mediazione scarseggi.

Ideale equipe da affiancare allo psicologo sarebbe un equipe che lavora in un SPDC o in un servizio di intervento in situazioni di crisi. Il "setting" stesso dell'intervento psicologico può esser torbido , sporco: spazi inadeguati, odori spiacevoli, rumori,

minacciosità del contesto, eventuali porte aperte per controlli della polizia, ansia dell'interlocutore, degli operatori, lo psicologo deve saper tollerare tutto questo e fronteggiare con calma e ricettività contenitiva rumori, inadeguatezza degli spazi, in modo tale da comunicare resilienza verso la situazione cercando di orientare la relazione sui problemi dell'interlocutore, affinando le capacità di ascolto e interazione focalizzata. In altri contesti istituzionali, non nell'hic et nunc della relazione, deve fare di tutto per migliorare spazi e locali, pur manifestando doti di adattabilità, se la situazione di interazione in alcuni casi può esser non ideale. A volte il corpo dello psicologo e l'atmosfera della relazione sono creati dalla sua capacità di creare lui stesso uno spazio mentale per pensare.

Lo psichiatra che vede il nuovo giunto, l'infermiere, il medico dovrebbero aver lavorato in un servizio che tratta casi di urgenza sanitaria e psichica.

Lo scopo del colloquio (o altri eventuali) è quello di compiere una valutazione psicodiagnostica funzionale alla vulnerabilità reale o potenziale del soggetto. Si verifica se è presente shock detentivo, le caratteristiche di personalità. Soprattutto lo scopo del colloquio, che può anche terminare se il soggetto non necessita di ulteriori colloqui, è quello di ri-soggettivizzare le possibilità di parola e di espressione dei propri bisogni, aprendo una comunicazione sul soggetto e sul contesto. Si esplora, attraverso il colloquio se l'esperienza detentiva è la prima per il nuovo recluso imputato o con altre posizioni giuridiche, o se- anche precedentemente esperita- rappresenta qualcosa di inatteso, che il soggetto non si attendeva, che blocca i suoi progetti, se il reato e la sua commissione hanno una valenza tale da mettere in pericolo la vita del soggetto o di familiari, il grado di deriva sociale, la condizione "pre-traumatica del soggetto all'ingresso". Si esplorano le modalità dell'arresto, i bisogni di natura fisica, se ha avuto o meno possibilità di contattare familiari, nell'ipotesi di trasferimento "improvviso" o non accettato si esplorano strategie razionali -cognitive di fronteggiamento del problema, condividendolo.

Si compiono eventuali segnalazioni materiali tramite:

- Interazione con figure dell'accoglienza: educatori, volontari se trattasi di persona che non ha mezzi di sostentamento o necessita di un supporto di aiuto perché privo di riferimenti sociali all'esterno.

Schema prototipo di un trattamento psicologico realizzato nei progetti disagio psichico:

1 Verifica fattori di monitoraggio dell'intervento psicologico:
-Turbe depressive gravi; ²²
-Lo stato di tossicodipendenza
-La presenza di disturbi psichici

²² Serra C. Il castello di san Giorgio, Depressione reattiva autolesionismo e suicidio nel carcere, ed SEAM, Roma, 1994.

-La posizione giuridica di imputato
-L'isolamento e l'allocatione in cella singola , in particolar modo per gli stranieri ²³ .
-L'età (e' stato evidenziato come il 53% di suicidi abbia meno di 35 anni.
-Le caratteristiche di deprivazione affettiva- fisica rendono il contesto altamente patologico.
-Presenza di malattie fisiche invalidanti.
L'accoglienza del disagio, un servizio ad hoc di raccordo tra le diverse aree, ed una possibilità eventuale di ricerca azione sulla percentuale di detenuti che nel contesto specifico è resa più vulnerabile dal protrarsi della detenzione e dalla imminente scarcerazione .
2. Finalità
-Prevenzione del disagio sul contesto, sugli operatori e sui soggetti in ingresso;
-Creazione di un'area di valutazione del disagio psichico in ingresso;
-Screening anamnestico che valuti aspetti di personalità-affettivi vulnerabilità;
-Raccordo con le aree sanitaria-Ausl Equipe carcere-della sicurezza e del trattamento-comune Sportello consulenza legale stranieri- volontariato- Scuola-Formazione professionale
3. Attività:
-Intervento di accoglienza e, raccordo e messa in rete tra le diverse aree;
-Intervento diagnostico- valutativo individualizzato;
-Intervento terapeutico monitorato sul livello di rischio suicidarlo e/o auto-eterolesivo.
-Il primo tipo di intervento prevede un'attenuazione dell'ansia in ingresso, fornendo ai soggetti adeguate informazioni e raccogliendo indicazioni utili ad una loro presa in carico prevalente o congiunta tra le diverse aree.
- L'intervento - valutativo diagnostico individualizzato si propone di attuare uno screening psico-diagnostico in sinergia con Sert-Area sanitaria –salute mentale, onde evidenziare rischio auto ed etero- lesivo e problematiche prevalenti monotematiche.
-L'intervento terapeutico ergoterapico punta a indirizzare il soggetto verso attività più idonee alla sua personalità e motivazione, non patologizzandolo unicamente in attività psicoterapiche ma orientandolo su Gruppi e attività scolastiche e/o formativo professionali all'interno dell'istituto per prevenire il rischio di isolamento e inattività e favorendo la socializzazione l'intervento del volontariato e l'assistenza legale per le fasce a rischio di scarsa attenzione legale (stranieri – tossicodipendenti –soggetti privi di legami sul territorio).

²³ Burgoin N. Le suicide en Prison, L'Harmattan, Logique sociale, Paris, 1994

3.1 SCREENING PER IL RILEVAMENTO DI INDICI PREGRESSI ED ATTUALI DI TIPO CLINICO RELATIVO A CONDOTTE AUTOLESIVE-ETEROLESIVE-SUICIDARIE
Lo screening psicodiagnostico utilizzerà le informazioni raccolte all'ingresso dalle diverse aree avvalendosi, se necessario, di strumenti di tipo psicodiagnostico;
Verranno valutate le dimensioni epidemiologico- anamnestiche, di personalità, DSM, o ICD10. Descrizione vissuto malattia fisica o psichica evitando categorie diagnostiche o se opportuno, l'incidenza fattori culturali, vulnerabilità al rischio detenzione, situazione giuridica e contestuale.
L'esito della valutazione verrà sintetizzato in una scheda d'ingresso atta ad evidenziare lo stato psichico del soggetto e la necessità o meno di intervento supportivo di tipo psicologico psicoterapico o di altro tipo (ulteriore segnalazione in area sanitaria, lavoro formazione attività assistenza giuridica etc.)
Il colloquio con pazienti italiani e stranieri sul modello etnopsicologico-etnoclinico sarà condotto in modo mirato esplorando specifiche aree di interesse (Progetto migratorio, fattori di rischio e vulnerabilità, risorse, traumi, presenza di rete familiare sul territorio, comunità di appartenenza, necessità di un mediatore o di un interprete, attivazione sportello consulenza legale etc...)
3.2 APPLICAZIONE DI INTERVENTI INDIVIDUALIZZATI DI CARATTERE SUPPORTIVO (Cicli di sedute a breve termine) O PSICOTERAPICO (Cicli di sedute a lungo termine) .
3.2.1 CICLI DI COLLOQUI SUPPORTIVI .
Per coloro i quali sia necessario un intervento di supporto psicologico o psicoterapico vi sarà una presa in carico da parte di psicologi presenti nel progetto-servizio o dai professionisti abilitati all'attività di psicoterapia..
Si individuerà un progetto terapeutico economizzando le risorse e la presa in carico più opportuna.
Consapevoli del fatto, come recita il codice deontologico dello psicologo penitenziario- <i>che il paziente detenuto è un cliente involontario</i> -, non si proporranno pacchetti di sedute pre-confezionati, ma dopo uno o due colloqui motivazionali supportivi si valuterà con il paziente l'opportunità di continuare l'intervento.
Per i detenuti a medio rischio suicidario che accettino l'intervento si proporrà un ciclo di sedute (mediamente 3-7) valutando i fattori di vulnerabilità rispetto all'emergere di contenuti dolorosi in contesto penitenziario.
Questo tipo di intervento può esser rivolto alla tipologia di detenuti che compiono suicidi con valenza autolesiva, di appello e protesta, di minaccia, ricatto. ²⁴ , specificamente orientato su disagio istituzionale .

²⁴ Ubaldi S. Il suicidio in carcere, <http://dex1.tsd.unifi.it/altrodir/asylum/baldi.htm>.

Stando bene attenti a segnalare laddove è opportuno ciò che appartiene al conflitto interno alla struttura relativo a rivendicazioni e proteste e ciò che invece è nella sfera della patologia, senza subire strumentalizzazioni, come osserva

3.2.2 INTERVENTI DI PSICOTERAPIA INDIVIDUALE A BREVE TERMINE
Per coloro i quali vi sia un rischio alto di agire su di sé una pulsionalità distruttiva . (10-14 sedute).
L'obiettivo dell'intervento è concordato con il paziente stabilendo un alleanza terapeutica o un accordo previo consenso. Prevalente una terapia di tipo focale.
Trattandosi di intervento in contesto penitenziario si avrà come obiettivo il superamento della crisi favorendo una relazione positiva di alleanza con il terapeuta. Si prevede un monitoraggio dell'intervento con verifiche periodiche a distanza.
3.3. INTERVENTI DI TIPO SOCIALIZZANTE-SOCIOEDUCATIVI-LAVORATIVI FORMAZIONE PROFESSIONALE
Si metteranno in rete i soggetti che presentano lievi disturbi o che presentano attenuazione della sintomatologia lesiva o suicidaria all'interno delle attività dell'istituto. o all'interno di gruppi di varie tipologie (cfr progetti : gruppi di informazione sanitaria, Gruppi sert, Gruppi terapeutici, Gruppi sulla genitorialità, Gruppi tematici di discussione etc)
3.4 SUPERVISIONE
Gli operatori del programma saranno sottoposti a periodica supervisione a cadenza mensile condotta da un supervisore competente nell'area di disagio a cui è rivolto il progetto.
4 RISULTATI ATTESI
1- Verifica dello stato di benessere psico-fisico e relazionale (es. scomparsa o riduzione dei comportamenti disadattivi in carcere e riduzione della richiesta di farmaci e/o degli psicofarmaci, di partecipazione alle attività trattamentali).
2- Riduzione dei comportamenti autolesivi valutata quantitativamente e qualitativamente dopo un anno dalla partenza del progetto.
3- Riduzione dei comportamenti suicidare/o autolesivi dopo un anno dalla partenza del progetto
4 -Verifica dell'efficacia dello screening di rilevamento qualitativo e/o psicodiagnostica
5 -Verifica dell'efficacia della messa in rete dei servizi
6-Verifica sull'efficacia del raccordo tra le diverse aree nell'intervenire a vari livelli sul disagio
5 VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI
- Somministrazione di questionari di rilevamento tra gli operatori delle diverse aree e

verifica del grado di soddisfazione rispetto all'efficacia dell'intervento.
-Rilevamento qualitativo e quantitativo dell'efficacia dell'intervento valutata fra i soggetti , oggetto di intervento.

FASE DIMISSIONE DALL'ISTITUZIONE (Nelle case della salute e non più negli UEPE?)

Da re-inventare con le nuove linee guida regionali (Cfr Necessità di progetti nuovi anche all'esterno.

Es Gruppi terapeutici, colloqui individuali a richiesta dell'utente non più in detenzione ma all'esterno, con finalità supportivo terapeutiche, liberamente scelte dai soggetti, non vincolati a meccanismi premiali.)

Tutoraggio e sostegno on-the job di rimotivazione al lavoro, Sperimentazione di terapie alternative non proponibili negli spazi istituzionali etc. Da discutere in contesti di progettazione.

POSTILLE SULLA NECESSITA' DELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE DELLO PSICOLOGO CHE OPERA NELLO SPECIFICO CONTESTO:

Eterogeneità della situazione degli psicologi penitenziari in Italia e criticità relativamente alla perdita di competenze specifiche di contesto.

A seconda delle diverse realtà nazionali e regionali , vi è una valorizzazione più o meno esplicitata della competenza psicologica all'interno dell'equipe sanitaria.

Gradualmente nella formazione di nuove equipe gestite da medici del sistema sanitario, si è quindi passati ad una ri-centralizzazione della figura del medico da cui lo psicologo viene attivato successivamente alla visita medica: o dal medico o dallo psichiatra, all'interno dell'area sanitaria. Le funzioni del Servizio Nuovi Giunti sono passate, col decreto 2008 sul passaggio della sanità penitenziaria, alle Ausl.

Fino alla circolare Ardita del 2007 lo psicologo come esperto ex art. 80 ha un importante ruolo di filtro e accoglienza ereditando l'esperienza e la professionalità acquisita insieme al criminologo, del Servizio nuovi Giunti.

Restano alcune criticità con molte tipologie di soggetti. Appare molto difficile lavorare in area sanitaria con un sex offender, un esponente della criminalità organizzata, soprattutto se appartenente alla cosiddetta categoria dei colletti bianchi, o un paziente con problemi di esame di realtà se non si conosce e non si sa leggere la cartella giuridica, o non si conoscono tecniche di colloquio criminologico...

Le medesime considerazioni valgono per reclusi stranieri se non si conoscono diversi sistemi di cura, diversi sistemi giuridici e diversi modi di leggere la norma nei diversi contesti culturali... con precise tecniche di colloquio etnopsicologico. Non si può distinguere “chi danza dalla danza” (ovvero il reato nelle sue conseguenze sulla persona e sulla società, i risvolti psichici a volte indissolubili dal modo di essere della persona rea che ci sta di fronte) e si corre il rischio di compiere grossolani errori e derive ideologiche con esiti performativi pericolosi sia per noi psicologi o altri professionisti della psiche(cfr psichiatri) che per il contesto di intervento. Per non parlare dello psicologo a contatto con soggetti provenienti da culture mafiose senza che lo psicologo abbia alcuna documentazione o consapevolezza giuridica o senza aver cognizione ad esempio, di preziosi contributi quali quelli della scuola di Palermo di Lo Coco o Lo Verso²⁵...Non si può co-costruire insieme ad un soggetto un’ipotesi di cambiamento e trasformazione consapevole di sé senza entrare in contatto con la sua cultura, capire il suo punto di vista, esplicitare con correttezza il proprio, evidenziare aspetti di senso della norma violata, intrecciare nel tempo terreni comuni di mediazione. La consapevolezza della legge è fondamentale nel rapporto di cura con la persona detenuta perchè -è essa stessa la cura-. Solo a partire dall’ introduzione di uno spazio terzo si evita la fusionalità collusiva e onnipotente di autoaffermazione di sé che ha generato l’agito deviante. Solo un lavoro coeso di equipe scelta per competenza e non per affiliazione può gestire la complessità del trattamento in detenzione.

A seconda delle diverse realtà nazionali e regionali , vi è una valorizzazione più o meno esplicitata della competenza psicologica all’interno dell’equipe sanitaria, ancora tutta da definire nel nuovo assetto dopo il passaggio al SSN, che può essere una grande risorsa per la professionalità psicologica e in generale se si ristrutturano le competenze, nelle equipe di salute mentale, se mantiene una continuità con la sua storia in istituzione detentiva, rinsaldando e perfezionando competenze acquisite e future.

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA CLINICA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA (Linee guida approvate dalla delibera N. 588 del 5 maggio 2014)
Cfr Slides: Una lettura costruttiva, in appendice.

Da una lettura del nuovo Programma di Psicologia clinica delineato dalle linee guida regionali, (Cfr, Slides) si possono individuare alcune analogie nella filosofia legislativa che sottende entrambe le amministrazioni della cura e custodia del detenuto e della promozione del benessere del paziente.

²⁵ Lo Verso Girolamo (a cura di), La mafia dentro. Psicologia e psicopatologia di un fondamentalismo. Milano, Franco Angeli, 1998.

Lo Verso Girolamo & Lo Coco Gianluca (a cura di), La psiche mafiosa. Storie di casi clinici e collaboratori di giustizia. Presentazione di Renate Siebert. Milano: FrancoAngeli, 2003.

Per quanto riguarda il primo punto: **Centralità della persona** entrambe le amministrazioni, Giustizia e Sanità mettono rispettivamente detenuto e paziente al centro, definendolo persona. In secondo luogo entrambe spingono ad una autonomizzazione e responsabilizzazione dei soggetti pazienti e detenuti con modalità contrattuali e condivise , l'amministrazione penitenziaria con **il patto trattamentale** attraverso il quale i detenuto si impegna a rispettare le regole del trattamento e la Sanità con **il PAI Piano assistenziale individuale** che richiama anche il trattamento individualizzato che avviene nella giustizia. Entrambe le amministrazioni vogliono cambiare **gli stili di vita del detenuto o del paziente**: l'una promuovendo il benessere e la promozione della salute, l'altra favorendo la responsabilizzazione l'inserimento in società e la risocializzazione .

Nel concetto di ri-educazione le linee guida divergono e non ravvisano alcun punto di contatto tra trattamento di psicologi e criminologi ex art. 80 e psicologi del sistema sanitario. I primi favorirebbero un trattamento rieducativo, i secondi la promozione della salute. Vi è un dibattito a partire da: *Nemesi medica* (Ivan Illich) , *La nascita della clinica*, di M. Foucault , *L'influenza che guarisce* (Tobie Nathan) sui sistemi di sapere che sottendono e sostengono le forme del curare e che determinano e influenzano le forme di vita dei pazienti: in questo senso *le tecniche di trasformazione degli individui* sono molto performative e trasformative in modo simile alle teorie rieducative della pena. Il problema è costituito dalle prassi e dalla consapevolezza di chi opera con soggetti reclusi , come si deduce dalle considerazioni di Didier Fassin : lo stato sono anche gli attori sociali e le loro pratiche si riverberano sui corpi dei reclusi determinando la quantità e qualità delle loro vite in detenzione.

FATTORI DI PROMOZIONE DELLA PROFESSIONALITA'PSICOLOGICA NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA.

All'interno delle linee guida è favorita l'autonomia dell'intervento psicologico, Il lavoro mirato nell' equipe di salute mentale con lo psichiatra e l'equipe della salute mentale , l'operatività innovativa nelle cure primarie inserite nelle case della salute .

INTERPRETAZIONE DEL RUOLO DI CARE_GIVER

Laddove nelle linee guida RER l'amministrazione penitenziaria assume il ruolo di care-giver del detenuto ,pare un poco discutibile tale ruolo, considerate le funzioni di controllo e rieducative che il sistema sanitario attribuisce alla stessa , ruolo di care-giver normalmente assunto da parenti del detenuto o volontari o tutori, ma non da operatori dell'amministrazione, deputati ad altre funzioni istituzionali al pari dei professionisti sanitari.

E' comunque presente nelle linee RER una valorizzazione della professionalità psicologica nel contribuire ad una de-patologizzazione ed eccessiva medicalizzazione delle cure, accogliendo il disagio psichico in contesto psicologico e non psichiatrico, favorendo una compliance ad una cura non psicotropa della sofferenza mentale, sottolineando acutamente la patogenicità del luogo “ di cura”

quando si tratta dell'istituzione detentiva. In conclusione , come proposto nell'ultima slide, sarebbe importante unire le sinergie professionali tra i professionisti psicologi delle diverse Ausl Regionali per potenziare e perfezionare le indicazioni utili presenti nelle linee guida allo scopo di omogeneizzare il servizio sia nelle competenze degli psicologi in ingresso sia nell'offerta del servizio che deve esser il più possibile orientato e differenziato sulle tipologie degli utenti e del contesto di intervento. Si potrebbero mettere in comune esperienze e formulare specifici prodotti psicologici con l'efficacia dimostrata e validata da programmi di psicologia regionali, intrecciando reti ancora più salde col territorio aprendo sulle case della salute dentro e fuori dal carcere, potenziando il momento più algico e difficile delle dimissioni come sottolineato dal programma stesso. Sarebbe utile creare un settore di confluenza tra esperti ex art 80 transitati e non , psicologi Ausl , psichiatri, psicologi giuridici, in un'ottica di miglioramento e unificazione dei servizi, mettendo in comune l'esperienza in istituzione ed all'esterno degli psicologi che da quaranta anni vivono e sperimentano l'istituzione. Utile sarebbe anche stabilire criteri nel reclutamento degli psicologi .Manca, in conclusione una formazione di “psicologi a psicologi” . Dopo la riforma del 2008 si è creata una scissione e spaccatura interna tra professionisti della salute psichica, scelti e formati spesso -on the job- da non psicologi, condizione disfunzionale legata, a mio parere, alle modalità del reclutamento ed alla definizione non concordata con gli ordini degli psicologi di ruoli e funzioni dello psicologo nell'ambito della Giustizia e /o della sanità ruoli e funzioni non sempre separabili- per committenza.

Sarebbe utile con un'ottica di decentramento cognitivo studiare le risorse del sistema giustizia “curare” gli operatori, formando equipe compatte e coese attente alla promozione della qualità della vita in istituzione ed all'esterno.

IL TRATTAMENTO PSICOLOGICO PRIMA DEL PASSAGGIO ALLA SANITA'

Le pratiche di trattamento psicologico per quanto riguarda il disagio psichico e gli interventi sia individuale che gruppalì in istituzione detentiva sono nate dall'istituzione della figura di Psicologo.

Molto utili oltre alle competenze di carattere clinico sono quelle di tipo giuridico-criminologico, quelle che comprendono settori della psicologia specifici quali: psicologia del lavoro (reclutamento nei corsi di rimotivazione al lavoro e reinserimento) , psicologia ospedaliera o medica (per le patologie croniche i centri clinici in regione il ruolo dello psicologo nel counseling infettivologico e sanitario sia nelle dipendenze che nelle cure primarie), psicologia dell'età evolutiva (sostegno alla genitorialità), etnopsicologia, etnopsichiatria, antropologia culturale (migranti) psicologia dell'emergenza e del trauma , criminologiche, riabilitative, testologiche, antropologia medica , di comunità , delle dipendenze. psicologia sociale, sociologia della devianza, delle dipendenze, specifici trattamenti e interventi nella cura di maltrattanti, sex offenders.

La fase di screening e colloquio clinico all'ingresso è molto importante a tal scopo , nei progetti disagio psichico e nei colloqui di accoglienza che abbiamo progettato

come psicologi , è dato ampio spazio al colloquio di primo ingresso che , richiede specifiche competenze anche rispetto alla tipologia giuridica degli imputati o condannati, se soggetti che hanno commesso reati contro la persona, (es a livello intrafamiliare) o di natura criminologia delinquenziale . Lo psicologo per far compiere un'esame di realtà deve comparare dati di realtà che spesso non sono di immediata evidenza : per comprendere l'impatto del reato sulla persona è necessario avere cognizione della lettura che il soggetto fa del reato compiuto e se è congruente con la sentenza emessa dal giudice. Spesso alcuni soggetti non comprendono cognitivamente elementi di accusa e complessità giuridiche che è utile chiarire segnalare ad altri operatori (avvocati, educatori, assistenti sociali, agenti della matricola), fungendo da mediatori se necessario, malintesi e incomprensioni generano sofferenza mentale e cognitiva: la mancata comprensione di procedure e norme si riverbera sullo stato psico-affettivo del soggetto che spesso deve governare una complessità di procedure soggetti, avvocati, personale etc che lo mettono in un conflitto di interpretazioni e valutazioni soprattutto nel momento dei vari livelli di giudizio e dibattimento. Importante avere uno spazio che lo aiuti a elaborare il suo stato psichico di fronte alla complessità della norma e degli attori che la compongono non a dirgli cosa fare . La mentalizzazione della detenzione è un'operazione di difficile attuazione, vi sarebbero da compiere ricerche approfondite in questo campo: credo sia impensabile , indicibile , non concepibile finchè non la si prova giorno dopo giorno, mese dopo mese, anno, dopo anno; solo il tempo la può scolpire nella sua significazione irreversibile e dolorosa per ciascun soggetto. Il dolore che provoca nella forma di sofferenza mentale colpisce per la sua radicale e assoluta intensità e fa riflettere sul senso della pena e sulla necessaria trasformazione della società per abolirla dalle forme di vita dell'umano.²⁶

Si allega alla presente relazione materiale utile per i partecipanti al convegno:

1 SLIDES di Commento ed esplicitazione del **Programma regionale di Psicologia clinica**.

2 SLIDES Progetto mediazione culturale svolto negli istituti penitenziari di Parma (2000) a cui -nonostante le richieste la documentazione del progetto con un intervento –relazione da me svolto in regione- l'Ausl di Parma non ha dato seguito, ma che ha contribuito alla creazione dello sportello di mediazione culturale a Parma solo in area educativa e -non sanitaria come auspicato nel progetto- con i finanziamenti della Regione E.R in un primo tempo e successivamente del Comune di Parma.(Cfr esperienze sportelli regionali su alla mediazione coordinata da A. Martelli e A Goussot).

3 SLIDES PROGETTI GRUPPI TERAPEUTICI A RAVENNA un esempio: ma in regione sono presenti molte altre interessanti esperienze coordinate e progettate da psicologi.

Un esempio di gruppi di arteterapia e psicoterapici condotti con continuità da psicologi prima nell'ambito del progetto Disagio Psicico regionale e successivamente in ambito Ausl nel carcere di Ravenna su iniziativa della psicologa-Psicoterapeuta Dott.ssa Maria Rosaria Roberto.

Materiale, Link e sitografia di esperienze di trattamento psicologico in carcere in Europa. Gruppi avviati da anni condotti da psicologi sono presenti nelle carceri di Reggio Emilia, Modena Forlì, Rimini, Castelfranco Emilia.

Nell'ambito della **salute mentale**, vale la pena citare il contenimento relazionale psicologico massicciamente presente nella comunità Sadurano gestita da psicologi che accogli "folli rei" o "rei folli" in contesto terapeutico.

<http://questacitta.altervista.org/2012/08/una-casa-insomma/>

3 INIZIATIVE, PROGETTI IN EUROPA ED IN ITALIA: BUONE PRASSI

*Cfr allegato in PDF : **Dalle prassi nazionali alle linee guida europee: iniziative interessanti nella gestione penitenziaria, a cura di Marie Crétenot e link all'interno***

In Inghilterra : “ User voice Prison Council” Cfr Materiale dell'osservatorio europeo di esperienze comunitarie e di responsabilizzazione autonoma dei detenuti allegato in PDF a cura di Marie Crétenot, p.15 e sgg.

“Grendon, una comunità terapeutica in carcere”, ibidem, pp 24 e sg

Affettività :cfr Osservatorio europeo, Francia, Spagna, Inghilterra.

L'uso delle tecnologie informatiche per la ricerca di un lavoro e il contatto con le famiglie e gli affetti, Francia: Cyber-bases, ibidem, pp.12 e sg

<http://www.prisonobservatory.org/upload/EPOinterestinginitiatives.pdf>

Allegato Dalle prassi nazionali...Marie Crétenot in inglese.

Cfr. Esperienza di formazione da parte degli psicologi dei detenuti in Francia e Spagna per arginare il rischio suicidario (Progetto Co-detenu ed internos de apoyo) video nel carcere di Leon con intervista a collega psicologo Goyo Jular.

<https://www.youtube.com/watch?v=Jt2MOmS4DCk>

4. Salute in carcere

<http://www.insidecarceri.com/>

<http://www.osservatorioantigone.it/new/appuntamenti/2818-oltre-i-tre-metriquadri-xi-rapporto-di-antigone>

<http://www.ristretti.it/areestudio/salute/inchieste/>

5 detenuti stranieri e carcere:

<http://espresso.repubblica.it/attualita/2015/02/04/news/carceri-per-i-detenuti-stranieri-e-ancora-piu-difficile-1.198066>

<http://www.altrodiritto.unifi.it/>

<http://www.altrodiritto.unifi.it/adirmigranti/index.htm>

<http://www.gruppoabele.org/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/197>

[http://centrostudi.gruppoabele.org/?q=node/2275#Carcere e immigrazione](http://centrostudi.gruppoabele.org/?q=node/2275#Carcere_e_immigrazione)