

Stranieri Tossicodipendenti e Carcere.

Licia Caroselli, Cinzia Artoni, educatrici professionali.

Diana Gran Dall'Olio, psicoterapeuta, psicologa.

Equipe Carcere Programma Dipendenze Patologiche AUSL PR.

Gli Istituti di Pena di Parma sono i secondi per capienza, del territorio emiliano romagnolo e sono composti di una Casa Circondariale (dove vengono reclusi i detenuti con pene inferiori a sei anni) di una Casa di Reclusione (detenuti con pene definitive superiori a sei anni), di un Centro Clinico e di una Sezione di Massima Sicurezza.

La popolazione detenuta è esclusivamente maschile e varia dalle 600 alle 700 unità, di cui il 50% circa si dichiara tossicodipendente. Dai dati del 2004 la popolazione straniera detenuta nella Casa Circondariale è circa del 75% e nella Casa di Reclusione è circa del 20%.

Il 16,67% proviene dall'Algeria, il 25% dal Marocco, il 25% dalla Tunisia, l'8,33% dall'Albania la stessa percentuale dall'ex Jugoslavia e poi via via sempre meno da Venezuela, Irak, Ghana...

Tra i nuovi ingressi del 2004, il 36,80% è dipendente da eroina, mentre 36,00% da cocaina. I nuovi ingressi nel 2005 dichiarano quasi esclusivamente di abusare di cocaina.

Per la maggior parte dei casi in carico **abbiamo individuato tre categorie di progetto migratorio (Il progetto migratorio è un termine che indica le circostanze, i motivi, le aspettative che spingono un soggetto a spostarsi dal proprio paese; nella maggior parte dei casi la molla è di tipo economico ma possono esservi anche fattori di tipo politico, guerre, guerre civili, disastri ambientali o altre cause strutturali) caratterizzato da:**

-soggetti con progetto migratorio deviante ovvero intenzionati ad arricchiarsi in modo illegale già alla partenza dal proprio territorio d'origine;

-soggetti con progetto migratorio deviato, partiti dai loro paesi con il desiderio di trovare un lavoro e di avere una regolarizzazione e poi, a causa delle difficoltà incontrate nel reperire un lavoro o documenti in regola, sono scivolati in fasce di marginalità fino ad arrivare a compiere reati;

-soggetti con deviazione dal progetto migratorio, dopo aver lavorato in Italia per un periodo (anche lungo) in modo regolare, sono stati indotti al consumo di sostanze, per poi essere costretti a spacciare una volta raggiunto un livello elevato di tossicodipendenza.

Negli anni la nostra esperienza ha evidenziato i seguenti nodi problematici.

Differenti rappresentazioni culturali

Esiste tra operatori e detenuti stranieri un problema di riconoscimento e di comunicazione.

Il linguaggio che noi operatori usiamo durante i colloqui evoca delle rappresentazioni proprie della nostra cultura, così come il concetto di interruzione dell'uso di sostanze. Mentre per noi quest'ultimo si coniuga secondo parametri terapeutico assistenziali, **può accadere in alcune culture , così come avviene per i nostri utenti dei servizi che l'uso e l'abuso di sostanze si collocano nella categoria del vizio e non della malattia, in tal caso la loro interruzione ha che fare solo con la sfera della volontà individuale, soprattutto nell'ambito di ciò che è lecito o non lecito fare, e probabilmente non prevede il coinvolgimento di altre figure. Inoltre, per la maggior parte degli stranieri seguiti dalla nostra equipe, il consumo di sostanze ricade nella sfera delle trasgressioni che si accompagnano al desiderio di integrazione nella nostra società .**

Il limbo istituzionale o le “non persone”

(Il diritto all'assistenza sanitaria e terapeutica, dove finisce ?)

La maggior parte dei migranti detenuti si trova priva di un regolare permesso di soggiorno, o per l'attuale legge dell'immigrazione non ne ha più diritto. Non hanno quindi un'identità di cittadini e

ciò li colloca in una sorta di limbo. Questa condizione si traduce nell'impossibilità di accedere ai benefici previsti per legge ai detenuti tossicodipendenti che siano motivati ad un percorso di cura.

In alcuni territori, facendo riferimento ai dettami del testo unico sulla garanzia delle cure assistenziali di base, si garantiscono agli stranieri assistenza e cura relativamente ai problemi tossicomani anche dopo le cure d'urgenza (per esempio nel Lazio), anche se non in regola con il permesso di soggiorno. Nel nostro territorio, si garantiscono solo le cure urgenti.

L'interpretazione della normativa a livello locale e i relativi fondi erogati dipendono da scelte operative di carattere amministrativo che devono tener conto di molte e complesse valutazioni: per quanto ci riguarda direttamente, dove finisce il diritto d'assistenza e cura? Alle soglie del carcere, della comunità o del Ser.t. locale.

Pochi sono gli stranieri che si rivolgono ai servizi all'esterno prima dell'ingresso in carcere nonostante esistano servizi ad essi dedicati. Esiste quindi l'oggettiva difficoltà di essere certificato tossicodipendente per chi, non essendo inserito nella rete dei servizi, non essendosi mai rivolto a un Sert, non può provare la propria tossicodipendenza. Talvolta gli esami in ingresso o gli stati di astinenza possono supportare una "ufficiale presa in carico", ma la certificazione è più complessa. Per questo motivo il percorso per il riconoscimento della tossicodipendenza diventa più lungo e complicato per gli stranieri rispetto a quello degli Italiani e spesso non permette la certificazione (condizione senza la quale se pur possibile una presa in carico da parte del Servizio, diventa impossibile da parte dei detenuti usufruire dei benefici previsti per legge). Questo comporta che in carcere gli stranieri siano di fatto sfavoriti rispetto sia alla certificazione che alla presa in carico. Ogni carcere e ogni servizio si regolano in modo diverso e sono comunque legati anche alle scelte fatte a livello Comunale e dei Piani di Zona.

Il problema della continuità terapeutica all'esterno ed il rischio di ricaduta

Il carcere è diventato, suo malgrado, un luogo di cura e ricettacolo dove poter avere le prime profilassi per le patologie infettive che, a causa dello scarso contatto tra carcere e territorio, rischiano, all'atto della scarcerazione, di non essere seguite dai soggetti. Alcuni sociologi utilizzano anche l'immagine dura ma efficace di "carcere discarica". L'uscita dal carcere non prevede la consegna di documentazione sanitaria. Patologie diagnosticate in carcere come HIV, tossicodipendenza, malattie psichiatriche all'esterno non vengono curate. In alcuni casi siamo riusciti grazie a un buon aggancio e attività educative socio-assistenziali-medico psicologiche a mantenere un rapporto col soggetto dimesso. Il più delle volte ciò non è stato possibile.

Gli stranieri tossicodipendenti seguiti dal nostro servizio sono in prevalenza celibi. Sottolineiamo l'assenza di una famiglia sul territorio e la difficoltà di inserimento in gruppi sociali differenti dai precedenti riferimenti devianti. E' difficile, però creare una rete di sostegno comunitario alternativa a quella deviante, non avendo i soggetti altri riferimenti sociali. A questo proposito molto ha fatto il lavoro del volontariato. In alcuni progetti attuati in altre carceri della nostra regione (Vedi Piacenza, Reggio Emilia, Bologna, ma anche in altre regioni) sono state coinvolte, qualora disponibili, le comunità d'origine degli stranieri. In queste esperienze è stato molto positivo per i soggetti trovare una rete di sostegno alternativa che li aiutasse a ridefinire la propria identità, a trovare un'occupazione e a mantenere legami di solidarietà e affettivi con gruppi non-devianti. Nella maggior parte dei casi, però, non vogliono tornare nel loro paese, sia per motivi di visibilità sociale (non hanno raggiunto lo status socio-economico desiderato), sia per impossibilità di ritorno al paese di provenienza a causa della loro difficoltà di riadattamento alle abitudini e norme culturali dei paesi di provenienza. La difficoltà e la descrizione del ritorno a volte realmente avvenuto rimanda a vissuti quali: "Non riuscivo più ad adattarmi", "tutto è cambiato", "non riesco a vivere più a..", "Non c'è libertà nel mio paese", "Non posso tornare non c'è più nessuno".

Lo straniero detenuto diventa di fatto una persona privata della possibilità di accedere ai diritti fondamentali in quanto spesso è un luogo comune che lo straniero in Italia è più colpevole rispetto all'italiano quando delinque, come se il peso della devianza ricadesse in modo più colpevolizzante sullo straniero che è più esposto alla possibilità di esser costretto a vivere in modo precario e quindi a trovarsi in contesti devianti. Facendo riferimento al rapporto caritas del 2004 si vede che i reati ascritti agli stranieri sono nella maggioranza reati contro il patrimonio e soprattutto legati al mondo della tossicodipendenza e pochissimi contro la persona.

Gli stessi operatori ,bloccati dall' impossibilità di utilizzare per gli stranieri le risorse utilizzate per gli italiani, non riescono a dare risposte e si sentono inadeguati.

Autolesionismo

La vulnerabilità ed il trauma legato alla perdita del tessuto culturale di riferimento distruggono l'involucro protettivo che garantisce la continuità del sé, che , \in molti stranieri è andata perduta. Il fatto che alcune sostanze non siano conosciute nei paesi di origine (l'eroina è pressoché sconosciuta nel Maghreb) espone questi soggetti soprattutto quelli giunti in giovane età, a vivere situazioni e stati di sofferenza patologica inattesi. Da qui i frequenti gesti autolesivi all'interno del carcere e la sofferenza psicopatologica connessa al disagio della migrazione. Il tempo della detenzione diventa luogo di bilancio e riflessione dolorosa sulla migrazione ed i suoi risultati, la nostalgia verso il passato e il legame con la famiglia riaffiora in modo acuto e straziante.

In questi anni abbiamo sperimentato alcuni approcci operativi.

Il lavoro

I detenuti stranieri sono spesso costretti a una carcerazione più prolungata, come si evince sempre dai dati caritas, per esempio gli stranieri in attesa di giudizio restano in carcere, perchè non hanno residenza, esiste il pericolo di fuga, non possono permettersi un avvocato; solo il 13% viene poi realmente condannato.

Abbiamo, anche per questi motivi, proposto come servizio Ser.t ,un percorso ergoterapico che prevedeva un lavoro regolarmente remunerato, produttivo, rivolto a gruppi di detenuti stranieri per consentire loro la possibilità di trascorrere, compiendo un'attività produttiva, il percorso carcerario.

Per un periodo, il lavoro permetteva loro di mettere da parte qualche soldo e valutare, quando possibile, un dignitoso rientro; trasformava il tempo di angoscia e di fallimento in un nuovo sentirsi utili e operativi. Era la prima volta che alcuni di loro venivano a contatto con le nostre istituzioni: i tempi di produzione, un ritmo, un impegno, ecc..

E' emerso, inoltre quanto fosse importante per loro il recupero delle proprie capacità relazionali sperimentandosi quotidianamente nell'incontro con l'operatore, con il gruppo, con gli agenti.

Purtroppo, attualmente questa esperienza è terminata, in attesa di nuovi progetti.

Sia nella nostra regione che in altre esistono progetti basati sull'acquisizione di professionalità attraverso stages in aziende esterne al carcere (per esempio il progetto "Almina").

I colloqui

Per quanto riguarda la cura della tossicodipendenza, raggiungere un certo livello di consapevolezza e di conoscenza del problema contemporaneamente a un percorso che porti ad una riappropriazione della propria storia diventa la base per un possibile programma terapeutico.

Vengono effettuati, quindi con gli stranieri colloqui individuali, che partono dal racconto del percorso migratorio, dal progetto di viaggio, dal contesto di appartenenza fino ad arrivare, in alcuni casi, alla raccolta della biografia. Il racconto della propria storia diventa il recupero di una dimensione personale partendo dall'incontro con l'operatore che evidenzia i punti in comune invece che differenze e difficoltà. Vi è la presa in carico del dolore della lontananza, della delusione dell'abbandono con l'obiettivo di guidare la persona a rifare pace con la realtà lasciata e con la propria storia di migrazione, ripercorrendo anche le tappe dell'incontro con le sostanze. A seconda della cultura di provenienza si cerca anche di ritagliare un percorso terapeutico legato alle specificità dei soggetti omettendo, qualora non sia utile, un percorso ricostruttivo genealogico ma ponendosi all'ascolto delle difficoltà del qui ed ora.

I gruppi

Uscendo da una logica ghetizzante, abbiamo introdotto percorsi di informazione sanitaria e gruppi di auto aiuto per detenuti italiani e stranieri. A seconda della provenienza, per esempio nell'area del

Maghreb, gli stranieri sono abituati nel loro paese a identificarsi con contesti allargati (famiglia, quartiere, gruppo di provenienza..) un'esigenza molto più forte, rispetto alla nostra cultura **nelle sue declinazioni più occidentalizzate e metropolitane**, del “sentirsi parte di..”. **La nuova appartenenza ad un gruppo di detenuti tossicodipendenti seguiti dal Ser.t** ri-dona identità e diventa il contenitore dove ricostruire il proprio “io” o **ritrovare una rete di appartenenze andate perdute**.

I nostri obiettivi, vista l'impossibilità, spesso di progettare qualcosa di realmente fattibile sul nostro territorio è quello di accompagnare lo straniero in un percorso di recupero delle proprie risorse, ritrovare pezzi della propria storia, recuperare un senso di appartenenza, valutare un ritorno possibile con analisi di realtà e una reale valutazione delle **risorse dei soggetti (personali lavorative, relazionali)**. Questo per aiutare lo straniero a percorrere una strada che lo porti a fare una scelta consapevole per portare avanti un progetto migratorio che allontani le possibilità di ripetere i reati tenendo conto del rischio dell'abuso di sostanze fuori da comportamenti d'imitazione della nostra società ricca ed opulenta.

Si può, per esempio a fatica cercare un percorso di cura e di uscita dalla tossicodipendenza, sapendo però che restare in Italia, con tutti i limiti dell'attuale legge, spesso può voler dire rientrare nella clandestinità e quindi in realtà di marginalità e devianza, o partendo da una nuova visione della propria storia e delle proprie competenze ri-pensare a un progetto nel proprio paese di origine, quando possibile o in altri paesi con risorse e possibilità più ampie.

Per raggiungere tali obiettivi sono in fase di definizione progetti che **si propongono interventi mirati nella fase di accoglienza dei soggetti (con colloqui individuali e di gruppo e presenza di operatori nell'area sanitaria e psico-educativa)** per orientarli fuori e dentro l'istituzione fornendo informazioni e favorendo la risoluzione di malintesi comunicativi legati alle diverse appartenenze culturali. Impiegando le risorse interne al gruppo dei soggetti è prevista la formazione di detenuti agevolatori della comunicazione, con un ruolo simile a quello dei mediatori o degli operatori di strada per sfruttare la maggiore capacità di rispecchiamento e ascolto in gruppo.

CHI SIAMO

L'Equipe Carcere di Parma viene istituita nel 1992 in seguito alla formalizzazione della convenzione tra Istituti di Pena e A.U.S.L. sulla base della legge 162/90. Dal settembre 1997, grazie al finanziamento Regionale l'Equipe si consolida e a tuttora sono presenti le seguenti figure professionali: a tempo pieno, una coordinatrice all'assistenza, un'educatrice, un infermiere; a tempo parziale, un medico responsabile, un medico, un medico infettivologo, 3 psicologhe, un'educatrice e un infermiere.

COSA FACCIAMO

L'attività dell'Equipe Carcere del Ser.T. di Parma è limitata al periodo di carcerazione degli utenti e prevede l'attivazione delle istituzioni competenti alla predisposizione del Programma Terapeutico. Vengono quindi stabiliti e mantenuti contatti con: Ser. T. di appartenenza dei detenuti, operatori penitenziari, C.S.S.A., operatori delle Comunità, avvocati, volontari del privato sociale, familiari.

La presa in carico dei detenuti tossicodipendenti consiste, oltre che nell'attivazione di programma terapeutici personalizzati (in carcere o da svolgere in Comunità o sul territorio) nella progettazione di attività interne (come gruppi di riflessione, informativi, laboratori, cineforum, ecc) mirate al potenziamento dell'efficacia degli interventi stessi.