

## **Il giubileo, il Papa, le carceri e il trattamento carcerario**

Il 1 luglio del 2000, in occasione del giubileo dei detenuti del 9 luglio 2000, il Papa ha rivolto ai governanti di tutti gli Stati un appello affinché compiano un atto di clemenza a vantaggio di tutti i detenuti con una riduzione, pur modesta, dei tempi della reclusione. Giovanni Paolo II ha chiesto anche che gli istituti di pena vengano trasformati in luoghi di redenzione. Le parole del Papa rivolte, come si è detto, a tutti i governanti hanno coinciso in Italia, per puro caso, nel contrasto tra maggioranza e minoranza sulla concessione dell'indulto e dell'amnistia e sulle modifiche da apportare alla situazione carceraria.

Il sottosegretario alla giustizia Corleone, in risposta ad un'interpellanza dell'On. Cento, riferiva alla Camera, nel dicembre scorso, che al 30 novembre 1999, i detenuti presenti risultavano essere 53.389 (il massimo storico); e ciò, nonostante la concessione nel corso dello stesso anno di 6.999 detenzioni domiciliari, 22.030 affidamenti in prova al servizio sociale e 2.196 semilibertà. Ciò a fronte di una capienza regolamentare di 42.830 detenuti e di una capienza tollerabile di 49.565 unità. L'attuale capienza regolamentare degli istituti penitenziari (definita sulla base delle norme emanate nel 1988 dal ministero della sanità) prevede in 9 metri quadri l'area minima di una cella singola, con un aumento di 5 metri quadri per ogni detenuto in più; nonostante gli sforzi degli addetti ai lavori, tali parametri non sempre possono essere rispettati. Rispetto alle posizioni giuridiche, gli imputati erano 24.182 (23.097 uomini, 1085 donne) e i condannati 28.602 (27.434 uomini, 1.168 donne); di questi ultimi, 1.568 (1499 uomini, 69 donne) risultavano in regime di semilibertà. Sul totale dei detenuti presenti, il 54% era quindi in esecuzione di pena ed il restante 46% era costituito da non definitivi.

Il 29 febbraio 2000, gli stranieri detenuti nelle carceri italiane erano 14.416 (il 27.3% del totale) di cui solo 391 comunitari. Tra i 14.025 extracomunitari, più della metà risultava provenire da Paesi africani (7.754 detenuti, di cui ben 5.320 di nazionalità tunisina o marocchina) mentre comincia a farsi consistente il numero dei detenuti originari della ex Jugoslavia, dell'Albania e degli altri Paesi dell'est europeo (4.288). Continua quindi il trend di crescita delle presenze straniere ed è interessante ricordarne brevemente la crescita esponenziale: 10 anni fa, nel '90, erano poco più di 4.000 (4.017), nel '92 erano già 7.237, nel '94 8.481, nel '96 9.373, nel '98 11.973 e nel '99 14.057.

Meno recente, ma comunque significativo, l'ultimo rilevamento dell'amministrazione penitenziaria relativo ai detenuti tossicodipendenti e affetti da AIDS. I dati, al 31 dicembre 1999, registravano nelle carceri italiane, sugli allora 51.604 detenuti presenti, ben 15.097 tossicodipendenti (14.423 uomini, 674 donne) cioè il 29.2% del totale. I sieropositivi erano 1.638 mentre gli affetti da AIDS erano invece in tutto 163. La percentuale dei detenuti provenienti dallo stato di libertà che si sottopone volontariamente allo screening per l'accertamento dell'infezione da HIV rimane attestata intorno al 34%; tra i nuovi giunti, quindi, due su tre rifiutano di sottoporsi al test.

In relazione ai dati sul lavoro penitenziario, alla stessa data del 31 dicembre 1999, il totale dei detenuti lavoratori ammontava a 11.903 unità (circa il 23% del totale) di cui la stragrande maggioranza (10.421) alle dipendenze dell'amministrazione penitenziaria, con ben 9.579 detenuti impegnati non in attività produttive ma occupati nei cd. servizi

d'istituto.

Nel 1999 le statistiche dell'amministrazione penitenziaria hanno registrato 53 suicidi (due in più del '98), 920 tentativi di suicidio, 6.536 atti di autolesionismo mentre i decessi in carcere sono stati 83. Su un totale di 11.039 manifestazioni di protesta, 5.522 hanno riguardato scioperi della fame.

I detenuti evasi dalle carceri italiane nel 1999 sono stati 186, di cui 19 direttamente dagli istituti; le altre modalità di evasione hanno riguardato mancati rientri dai seguenti benefici: permessi (10), permessi premio (105), lavoro esterno (7), misure alternative (45). La percentuale dei detenuti evasi durante la fruizione dei benefici penitenziari dal 1992 ad oggi non ha mai superato l'1%; tale percentuale, nel 1999, è stata appena dello 0,51%.

La situazione descritta non è solo italiana. In Turchia un gruppo di detenuti si è ribellato nel penitenziario di Afyon, nella Turchia centrale, prendendo sette ostaggi fra le guardie per chiedere al governo di mantenere promesse di amnistia, dove ci sono 72.000 detenuti.

Un "Comitato per i problemi penitenziari", istituito tre anni fa nell'ambito della Commissione Giustizia della Camera, composto da 13 deputati di tutti i gruppi ha da poco pubblicato uno studio basato su sopralluoghi nelle carceri e colloqui con magistrati di sorveglianza, polizia penitenziaria, educatori, psicologi, medici e direttori delle carceri.

Il deficit più grave riscontrato è quello dei "programmi rieducativi" eventualità ancora rara prevalendo "ancora un'attività di custodia, finalizzata al solo mantenimento dell'ordine". Secondo il Comitato manca un disegno complessivo teso alla socializzazione e i migliori risultati sono dovuti solo alla buona volontà degli operatori e di qualche direttore illuminato. I risultati dipendono anche, secondo il Comitato, dal fatto che il rapporto fra educatori e detenuti è di 1 a 160.

Emerge che il trattamento rieducativo è stato previsto dal legislatore in modo troppo generico, senza una precisa distinzione di ruoli e funzioni; proprio l'educatore, in particolare, necessiterebbe di una più netta specificazione della propria professionalità e delle proprie attribuzioni all'interno del percorso trattamentale.

La psicoterapia delle persone con condotte antisociali appare un argomento cruciale per il trattamento rieducativo previsto, per quanto riguarda i condannati, dalla stessa Costituzione della Repubblica Italiana (art. 27/2). Bisogna da un lato, cambiare il reo e dall'altro, proteggere la società da lui.

Gli psicoterapeuti si sono cimentati in questa attività con risultati spesso poco confortanti. Ciò dipende anche dal fatto che i metodi utilizzati sono volti a "curare" caratteristiche della persona quali ansia, bassa autostima, ecc. che non sono, secondo la letteratura specialistica, correlati alla condotta criminosa e quindi al rischio di recidiva.

Vanno distinti, infatti, *fattori di rischio* di carattere *statico* che sono fissi nel tempo e riguardano, per esempio, la storia passata del criminale quali il numero degli arresti

subiti, e *fattori di rischio* di carattere *dinamico* sui quali la psicoterapia può incidere. Questi ultimi vanno differenziati in ciò che riguarda le *variabili cliniche personali* e ciò che riguarda le *variabili crimino-genetiche*. Incidere sulle variabili cliniche personali non ha per questo un'efficacia diretta nel ridurre la recidiva. E' possibile, infatti, che certi programmi di trattamento migliorino le caratteristiche personali ma non incidano sulle variabili crimino-genetiche. Gli studi statistici meta-analitici che sono stati fatti per confrontare i risultati di vari programmi di trattamento hanno avuto il grande pregio di evitare la confusione esistente in letteratura fra questi due differenti tipi di approccio. Si è chiarito, insomma, che per controllare la recidiva bisogna fare riferimento terapeutico soprattutto a quei fattori che appaiono crimino-genetici quali, per esempio, l'attrazione per la droga dei tossicodipendenti, piuttosto che alle variabili personali quali ansia, bassa autostima, ecc. Appare utile segnalare questo errore, molto frequente nella pratica, in quanto paradigmatico del fatto che spesso in psicoterapia capita di tendere verso risultati non correlati all'effetto che si vuole raggiungere. Di solito, invece, in questi casi come in molti altri, il trattamento efficace consiste nell'adattare le tecniche terapeutiche al particolare tipo di soggetto e al particolare tipo di contesto (carcere, comunità, ...) e non viceversa.

Il reo, a differenza di un comune paziente, spesso non sente il suo agire come estraneo a se stesso o distante da sé bensì come espressione del suo modo di essere (si parla di ego-sintonia in luogo di ego-distonia). La sua motivazione a cambiare è spesso inesistente se non spuria in quanto dettata dal desiderio di uscire dal carcere o di avere dei vantaggi come la sospensione della pena. Questo comporta che egli non si aspetta di cambiare o di guarire, venendo quindi meno uno dei capisaldi dell'effetto psicoterapeutico, quello dell'aspettativa dei risultati terapeutici.

Un altro limite al successo terapeutico consiste nel fatto che di solito il terapeuta non si aspetta che il deviante cambi il suo stile di vita. Ciò perché le ricerche degli anni '70 avevano considerato come inefficace la psicoterapia del delinquente.

Vediamo alcuni tipi di psicoterapia attuati in quest'ambito.

La *psicoterapia cognitivo-comportamentale* - che risulta nelle ricerche la terapia più usata e più efficace in questo ambito - si basa sulla assunzione che le cognizioni determinino le emozioni ed il comportamento. Si assume, tra l'altro, che un numero ristretto di modi di pensare produca degli stili emozionali e comportamentali e per questo è diretta soprattutto a cambiare gli aspetti cognitivi del soggetto, allo scopo di ottenere cambiamenti nelle emozioni e nel comportamento. In sostanza, si tratta di eliminare cognizioni indesiderabili e promuovere cognizioni adattive. Le metodiche, che talvolta coinvolgono anche la famiglia del giovane delinquente, consistono spesso nello stipulare contratti con il deviante a fini psicoterapeutici, stabilendo premi e punizioni in relazione a talune condotte. Inoltre, molto tempo è dedicato ad una sorta di auto-esame in cui vengono fatti emergere ed elaborare pensieri di natura antisociale.

Questo tipo di terapia è caratterizzata da:

- Relazioni interpersonali di buona qualità in modo che diventi più agevole creare un setting in cui i rinforzi e il "modeling" possano avere luogo.
- Rinforzi positivi efficaci e diversi uno dall'altro. Non è necessario che ogni comportamento venga premiato in modo esplicito ed evidente, può bastare anche

un'immediata espressione di approvazione con il volto alla comparsa del comportamento adeguato, dimostrando empatia.

- Rinforzi negativi efficaci e diversi uno dall'altro che comprendano anche l'elaborazione dei motivi del rinforzo negativo a seguito del comportamento mostrato.

Si attuano anche *training autoistruttivi* in cui il soggetto si rivolge delle esortazioni attraverso un dialogo interiore per frenare impulsi antisociali e favorire quelli prosociali, e programmi che si dirigono essenzialmente al controllo della rabbia, diretti in particolare a controllare aspetti cognitivi ed emozionali che precedono un'azione aggressiva. C'è un vasto uso del *modeling* in cui viene dimostrato come ci si debba comportare e del *role-taking*, in cui si incoraggia il soggetto a tenere comportamenti di altri in modo che si possa "vedere dal di fuori" e possa impersonare talvolta anche il ruolo della vittima per comprendere così la dannosità delle proprie azioni. Si realizza talvolta anche un *training di sviluppo del ragionamento morale* che si applica talvolta in gruppo allo scopo di promuovere sotto il profilo cognitivo quegli aspetti prosociali che guidano la condotta.

Un altro tipo di terapia vicina a quella cognitivo-comportamentale è definibile *training di social skills* e di *problem-solving sociale*, che si incentra sulla didattica di abilità sociali ritenute carenti nel deviante che, anche a causa di questa mancanza, compierebbe azioni vittimizzanti. Lo scopo è quello di fornire al soggetto attraverso una attività didattico-terapeutica talune abilità - che fanno parte della cosiddetta competenza o intelligenza sociale - come la capacità di comunicare, di intrattenere relazioni sociali, di negoziare, di prendere decisioni (Gulotta e Boi, 1997).

La recente rinascita di teorie biopsicologiche della devianza, di ispirazione psicosociale, ha dato dunque nuovo impulso alla prospettiva trattamentale.

Studi più moderni - come si è detto - hanno così superato il pessimismo arrivato fino alla fine degli anni '80 e all'inizio degli anni '90 che ne aveva messo in discussione l'efficacia. I risultati di meta-analisi recenti confermano che il trattamento psicoterapeutico della devianza può essere efficace soprattutto a certe condizioni, qui di seguito elencate (Andrews e Bonta, 1994; Andrews, Zinger e altri, 1990; Basta e Davidson, 1988; Borduin, 1998; Garrett, 1985; Gendreau, 1981, 1989; Gendreau e Andrews, 1990; Gendreau, Cullen e Bonta, 1994; Gendreau e Ross, 1983-84; Gottschalk, Davidson e altri, 1987; Greenwood e Zimring, 1985; Gulotta, 1997; Gulotta Del Castello 1998; Hollin, 1993; Izzo e Ross, 1990; Lipsey, 1992; Marshall e Pithers, 1994; Palmer, 1978, 1983, 1992; Ross e Fabiano, 1985; Ross e Gendreau, 1980):

- la psicoterapia va effettuata in comunità anziché in carcere;
- va preferita una metodologia di apprendimento sociale e cognitivo-comportamentale altamente strutturata piuttosto che di insight e cioè di autoriflessione e verbalizzazione;
- bisogna tenere conto dei bisogni criminogenici e degli stili di apprendimento dei soggetti;
- il programma deve contemplare la anticipazione di eventuali futuri problemi in cui il soggetto potrà venirsi a trovare;
- deve tenersi in considerazione la rispondenza del singolo, insieme ai suoi bisogni e ai rischi cui è esposto;

- bisogna contribuire al mutamento delle situazioni di rischio in cui il soggetto si viene a trovare;
- occorre fare in modo che il soggetto impari a individuare le situazioni di rischio e ad avere un piano preparato per affrontarle;
- è opportuno contribuire concretamente alla creazione di alternative alla vita antisociale quali scuola e lavoro;
- stimolare la riduzione dell'uso di droghe;
- favorire la riduzione di frequentazioni con devianti;
- occorre utilizzare role-playing, rinforzi, modeling, cioè concreta esemplificazione del modello cui attenersi, didattica di skills e cioè di abilità sociali, ristrutturazione cognitiva, dimostrazione dei risultati ottenibili attraverso alternative di condotta non criminosa, insegnamento di tecniche di problem-solving e di valori prosociali;
- obiettivi trattamentali da perseguire:
  - cambiamento di atteggiamenti e sentimenti antisociali;
  - promozione di affettività e comunicazione costruttiva familiare, interpersonale, prosociale;
  - identificazione con ruoli prosociali;
  - promozione dell'autocontrollo.

Secondo la Commissione di particolare gravità sembra inoltre la situazione professionale relativa ai cd. esperti ex art. 80 dell'Ordinamento Penitenziario, legati all'Amministrazione da rapporti libero-professionali e la cui attività è stata oggetto di notevoli tagli a causa delle sempre più ridotte disponibilità finanziarie. Si tratta di psicologi, assistenti sociali, esperti in pedagogia, criminologi clinici psichiatri che recano un insostenibile supporto all'attività degli altri operatori dell'area trattamentale.

Al fine di garantire una più specifica preparazione, prima dell'inizio effettivo dell'attività in istituto, secondo il Comitato potrebbe prevedersi un periodo di formazione, ovvero dovrebbero essere rivisti i requisiti d'accesso al profilo professionale, rendendo obbligatorio il possesso di uno specifico titolo di studio (diploma di educatore di collettività) ovvero di una laurea (l'attuale titolo di accesso alla carriera è il diploma di scuola media superiore).

Gli educatori hanno fatto presente ai commissari come necessità prioritaria la creazione di un ufficio che si occupi dell'unificazione delle prassi trattamentali nei diversi istituti; ciò, anche in considerazione del rapporto spesso conflittuale con i direttori degli istituti che tendono, in genere, a sottrarre spazio agli operatori dell'area educativa. Questi ultimi manifestavano al Comitato la loro disponibilità anche ad un eventuale utilizzo nell'area penale esterna.

Sul piano operativo mi sembra che, oltre a miglioramenti dell'edilizia carceraria, all'individuazione in differenti forme di gestione delle prigioni, ed alla diversificazione degli attuali sistemi di detenzione e di privazione della libertà - argomenti estranei agli scopi del presente lavoro - occorre occuparsi al più presto della formazione di

psicoterapeuti con competenza specifica nell'ambito del comportamento antisociale tenendo conto dei principi sopra esposti. Ciò anche facendo tesoro, quale esperienza formativa, dell'attività svolta all'estero nei luoghi dove il trattamento - secondo dati empirici rilevati dalla letteratura citata - appare efficace.

Guglielmo Gulotta  
Università di Torino

## **Bibliografia**

Andrews D., Bonta J. (1994), *The Psychology of Criminal Conduct*, Anderson, Cincinnati.

Andrews D., Zinger I., Hoge R., Bonta J., Gendreau P., Cullen F. (1990), Does Correctional Treatment Work? A clinically Relevant and Psychologically Informed Meta-Analysis, *Criminology*, 28, 369-404.

Basta J., Davidson W. (1988), Treatment of Juvenile Offenders: Study Outcomes since 1980, *Behav. Sci. Law*, 6, 355-384.

Borduin C. (1998), Innovative Models of Treatment and Service Delivery in the Juvenile Justice System, *J. Clin. Child Psychol.*

Garrett C. (1985), Effects of Residential Treatment on Adjudicated Delinquents: A Meta-Analysis, *J. Res. Crime Delinquency*, 22, 287-308.

Gendreau P. (1981), Treatment in Corrections: Martinson Was Wrong, *Can. Psychol.*, 22, 328-338.

Gendreau P. (1989), Programs that Do not Work: a Brief Comment on Brodeur and Doob, *Can. J. Criminol.*, 31, 193-195.

Gendreau P., Andrews D. (1990), Tertiary Prevention: What the Meta-Analysis of the Offender Treatment Literature Tells us about "What Works", *Can. J. Criminol.*, 32, 173-184.

Gendreau P., Cullen F., Bonta J. (1994), Intensive Rehabilitation Supervision: The Next Generation of Community corrections Programs?, *Fed. Probation*, 58, n. 1, 72-78.

Gendreau P., Ross R. (1983-84), Correctional Treatment: Some Recommendations for Successful Intervention, *Juv. Fam. Court J.*, 34, 31-40.

Gottschalk R., Davidson W. II, Gensheimer L., Mayer J. (1987), Community Based Interventions, *Quay*.

Greenwood P., Zimring F. (1985), *One More Chance: The Pursuit of Promising Intervention Strategies for Chronic Juvenile Offenders*, Rand, Santa Monica.

Gulotta (1997), *Lo psicoterapeuta stratega. Metodi ed esempi per risolvere i problemi del paziente*, Franco Angeli, Milano

Gulotta G., Boi T. (1997), *L'intelligenza sociale*, II edizione, Giuffr , Milano.

Gulotta G., Del Castello E. (1998), *Psicologia della psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino

Hollin C. (1993), Advances in the Psychological Treatment of Delinquent Behavior, *Crim. Behav. Ment. Hlth.*, 3, 42-157.

Izzo R., Ross R. (1990), Meta-Analysis of Rehabilitation Programs for Juvenile Delinquents: A Brief Report, *Crim. Justice Behav.*, 17, 134-142.

Lipsey M. (1992), *Juvenile Delinquency Treatment: A Meta-Analysis Inquiry into the Variability into the Variability of Effects*, in Cook, Cooper, Hedges, Light, Louis e Mosteller.

Marshall W., Pithers W. (1994), A Reconsideration of Treatment Outcome with Sex Offenders, *Crim. Justice Behav.*, 21, 10-27.

Palmer T. (1978), *Correctional Intervention and Research: Current Issues and Future Prospects*, Lexington Books, Lexington.

Palmer T. (1983), The "effectiveness" Issue Today: An Overview, *Fed. Probation*, 46, 3-10.

Palmer T. (1992), *The Re-Emergence of Correctional Intervention*, Sage, Newbury Park.

Ross R., Fabiano E. (1985), *The Time to Think: A Cognitive Model of Delinquency Prevention and Offender Rehabilitation*, Institute of Social Sciences and Arts, Johnson City.

Ross R., Gendreau P. (Eds.) (1980), *Effective Correctional Treatment*, Butterworths, Toronto.