

L'esperienza ICAT presso la Casa Circondariale di Padova

Dott. Francesco Sanavio
ICAT ULSS 6 - Euganea
Psicologo Psicoterapeuta
francesco.sanavio@itcc.it

Cos'è l'ICAT

- L'Istituto a Custodia Attenuata per Detenuti Alcol-tossicodipendenti (ICAT) è una sezione della Casa Circondariale di Padova a co-gestione con l'Amministrazione Penitenziaria. Scopo dell'ICAT è quello di accogliere detenuti autori di reato consumatori di sostanze, anche con doppia diagnosi, per offrire una presa in carico multidisciplinare che punti alla cura, alla riabilitazione dell'individuo e al suo reinserimento sociale con percorsi che mirano anche alla riduzione delle ricadute e della recidiva.
- Gli utenti che possono essere ammessi in ICAT sono 38

I numeri dell'ICAT

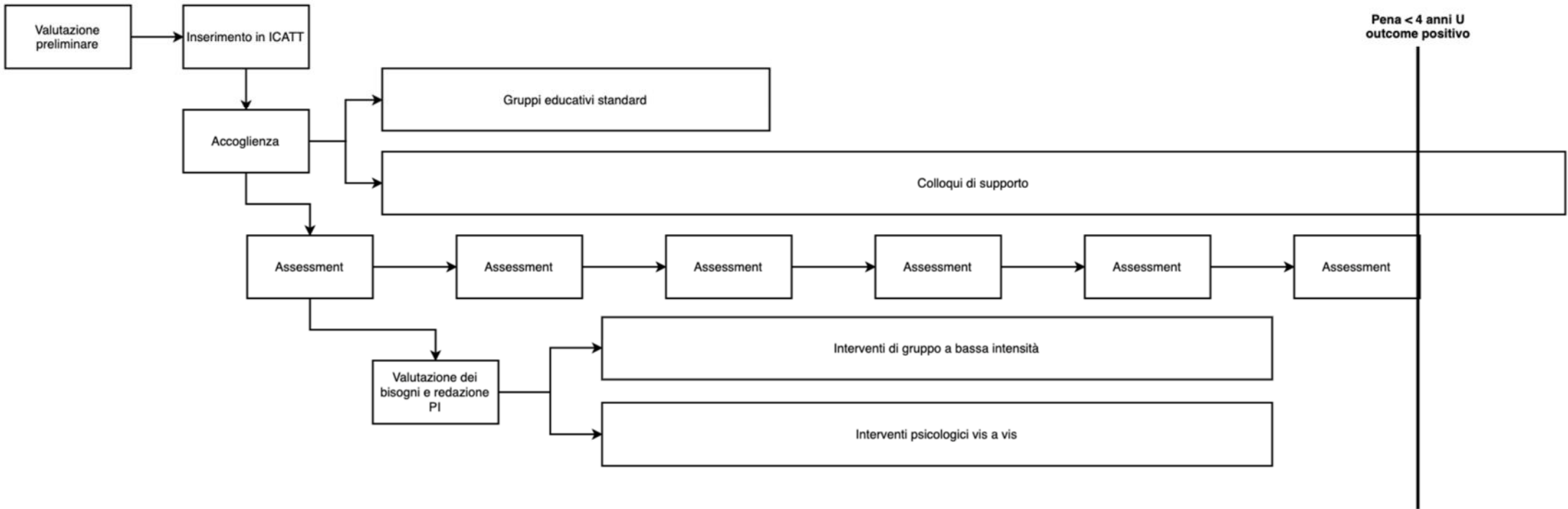
Dal 2014 al 2019:

- Totale di 367 utenti presi in carico
- N. 1.284 visite mediche (3,5 a utente)
- N. 18.250 colloqui psicologici e psicoterapeutici (49,7 a utente)
- N. 19.410 colloqui educativi (52,9 a utente)
- N. 1.236 sessioni di interventi di gruppo

Modelli di intervento

1. Selezione degli utenti (dall'arrivo al primo mese)
2. Accoglienza, sottoscrizione del "regolamento" e valutazione (1-3 mesi)
3. Definizione del progetto individualizzato (1-6 mesi)
4. Trattamento (6-12 mesi)
5. Valutazione degli esiti e *follow-up* (12-18 mesi)

L'esperienza ICAT presso la Casa Circondariale di Padova



1. Selezione degli utenti

Soggetti alcol/tossicodipendenti, anche con problematiche di doppia diagnosi con le seguenti caratteristiche:

- Aver commesso reati collegati al bisogno di approvvigionarsi di sostanze (reati contro il patrimonio) o come effetto e/o conseguenza dell'uso di sostanze (reati contro la persona);
- Prevalenza di problematiche socio-sanitarie rispetto a quelle delinquenziali;
- Alta motivazione ad intraprendere il percorso di cura e di riabilitazione proposto, accettazione delle regole del programma trattamentale;
- Età compresa fra 18-40 anni (Tong & Farrington, 2006). per evitare di dover intervenire su personalità ormai strutturate o consolidate in senso delinquenziale e per impedire il crearsi di condizioni di supremazia o di possibili plagi di un soggetto nei confronti di un altro;
- Appartenenza al territorio per favorire la relazione dell'utente con i familiari e gli operatori sociali esterni;
- Assenza di gravi deficit psico-fisici, tali da compromettere la partecipazione alle attività riabilitative;
- Bassa pericolosità sociale come inferita dalla valutazione tramite strumenti che identifichino strutture di personalità psicopatiche (PCL-R; Hare, 2003; Caretti et al., 2012) o tramite valutazioni attuariali del rischio di recidiva (HCR-20; Douglas et al, 1999; Caretti et al., 2019)
- Provenienti dalla Casa Circondariale o da altri Istituti (e non dalla libertà) con pena complessiva non superiore ad anni 4 e non inferiore ad anni 1.

2. Fase di accoglienza

svolge una quadruplica funzione:

- Informativa
- Adattativa
- Valutativa del funzionamento
- Valutativa dei bisogni

4. Trattamento

La terapia individuale viene definita dallo psicoterapeuta di riferimento definendo degli obiettivi condivisi raggiungibili dall'utente. Il lavoro spazia a seconda dell'evoluitività e dell'aderenza del soggetto da una terapia di supporto di matrice umanistica e incentrata sulla sola relazione (Rogers, 1957; Rogers, 2013) ad un intervento altamente strutturato secondo il modello cognitivo e comportamentale (Beck, 1984; Ellis, 1989; Beck et al., 1993; Linehan, 1993; Beck, 2002; Marlatt & Donovan, 2005).

Interventi di gruppo per gli utenti a bassa evolutività:

- gruppi di riduzione del danno;
- gruppi motivazionali (Rollnick & Miller, 1995; Miller & Rollnick, 2004).;
- gruppi di assertività (Smith, 1975; Anchisi, & Dessy, 2013);
- gruppi di rilassamento muscolare progressivo (Jacobson, 1938; Bertolotti, 2006).
- gruppi di alfabetizzazione emotiva;
- cineforum.

Interventi di gruppo per gli utenti a media e alta evolutività:

- gruppi terapia (Beck, 1984; Ellis, 1989; Beck et al., 1993; Beck, 2002);
- gruppi di *mindfulness* (Segal, Williams & Teasdale, 2002; Witkiewitz, Marlatt & Walker, 2005);
- gruppi per la gestione della collera (DiGiuseppe & Tafrate, 2007);
- gruppi di riduzione del danno;
- gruppi di prevenzione delle ricadute (Marlatt & Donovan, 2005).

Criticità

- Inserimento utenti che non soddisfacevano i criteri necessari per l'inclusione
- Numerosità ridotta per impostare dei gruppi
- Risorse umane (difficoltà legate all'assunzione di personale sanitario, *turnover*, a periodi senza professionisti, ecc.)
- Mancanza di indicatori quantitativi relativi alla costo-efficacia e alla recidiva.
- Mancanza di un approccio strutturato che abbia come target i *bisogni criminogenici* in maniera esplicita (Bonta & Andrews, 2007; Ross & Hilborn, 2008; Sapouna, Bisset & Conlong, 2011; UNODC, 2012).