

TOSSICODIPENDENZE IN CARCERE. QUALE PREVENZIONE?

ROSSELLA CASTELLANI (*)

Nell'ambito penitenziario il problema dei soggetti tossicomani in stato di detenzione ha assunto una dimensione talmente rilevante da costituire da più anni oggetto specifico di studi e di ricerche di soluzioni alternative alle condizioni attuali.

Tra il 1979 e il 1981 negli istituti italiani si è registrato un aumento notevole (superiore al 50 %) (1) delle presenze dei soggetti coinvolti nel fenomeno della droga, sia per quanto riguarda i soggetti tossicomani imputati per reati di spaccio, sia per coloro che ricorrono a reati comuni nel tentativo di alimentare il proprio vizio.

I dati riguardanti gli interventi di polizia contro il traffico, lo spaccio e gli altri reati connessi agli stupefacenti, confermano quanto ho appena citato sulla evoluzione che il fenomeno droga ha assunto: nel 1981, infatti, le persone denunciate in tale settore sono state 9.469 (di cui 7.910 in stato di arresto), nel 1982, 12.982 (di cui 10.638 in stato di arresto) (2).

Gli istituti penitenziari italiani, e parlo soprattutto per i grossi giudiziari, sono così venuti ad assumere un ingente carico di soggetti che orbitano nel mondo della droga: sia i gestori delle grandi organizzazioni criminali che trafficano in stupefacenti e i manovali di tale mercato (gli spacciatori) che gli utenti, ossia il vero e proprio tossicomane.

(*) Educatore presso il Ministero di Grazia e Giustizia - D.G.II.P.P.

(1) Tale dato è desunto dalla ricerca *Il trattamento penitenziario dei tossicodipendenti*, svolta dall'Ufficio studi e ricerche e documentazione dell'Amministrazione Penitenziaria.

(2) Da *Quaderni* del Ministero degli Interni - sede centrale antidroga, anno 1982.

Mentre per quanto riguarda gli « amministratori » e gli addetti ai lavori del mercato della droga l'integrazione nel mondo carcerario ha luogo con le stesse regole e modalità tipiche della criminalità comune, per il tossicomane l'ingresso in istituto origina processi diversi e aspecifici.

Mi pare importante precisare che il tossicomane di cui parlo è nella maggioranza dei casi « l'eroinomane », figura emergente nei nostri istituti rispetto a forme di tossicomania secondarie e di minore incidenza statistica.

L'eroinomane, in genere, arriva al reato secondariamente, spinto dalla necessità di procurarsi i mezzi economici per mantenere la sua tossicomania.

Tutta la sua vita ruota intorno al come « rimediare una buona dose » e l'uso del piccolo spaccio non soddisfa spesso le esigenze di mantenimento.

Il ricorso al reato contro il patrimonio (per lo più il furto) garantisce una più lunga autonomia e la possibilità di entrare nel « giro » con maggior potere. In questi ultimi anni, infatti, parallelamente all'incremento della patologia tossicomantica si è realizzato un incremento nel ricorso al reato da parte di questi stessi soggetti.

Ciò fa ipotizzare come la commistione tra delinquenza comune e tossicodipendente oggi sia diventata un vero e proprio rapporto di invischiamento; dove l'una sfrutta la scopi di lucro l'altro, che a sua volta mutua da essa modelli e strumenti per ottenere condizioni più vantaggiose per la propria dipendenza.

Se si pensa che in questo meccanismo circolare, dove la droga costituisce il punto nodale degli interessi (lucro per gli spacciatori, « viaggio » per il tossicomane), viene soprattutto coinvolto l'adolescente, la questione appare in tutta la sua gravità, in quanto l'equazione droga — reato e assimilazione della sottocultura delinquenziale avrà come sbocco: il carcere. La prisonizzazione sancirà praticamente un processo ulteriormente stigmatizzante per tale soggetto o meglio, se fino ad allora la tossicomania non costituiva « devianza » ma « malattia », in tale contesto assumerà ufficialmente la veste « deviante », per cui il significante « patologico » (la malattia) retrocederà per far emergere il significante « delinquenza » e con esso l'iter procedurale giudiziario.

Nell'ambito della stessa patologia tossicomane presente negli istituti penitenziari tengo a sottolineare come sussistano delle diversità tipologiche molto importanti: da una parte (sono i casi più numerosi) abbiamo il tossicodipendente vero e proprio, l'eroinomane che fa uso strumentale del reato per raggiungere « la droga », oggetto ormai per lui sostitutivo di qualsiasi rapporto di relazione. D'altra il soggetto farmacodipendente che appartiene alla malavita organizzata e che secondariamente fa uso indifferentemente di sostanze psicotrope (eroina, cocaina, anfetamine, alcool), mantenendo una pur minima vita di relazione con il suo sottosistema criminale.

Va aggiunta alla suddetta, anche se è meno rilevante statisticamente, una terza categoria: quella del tossicodipendente che compie reati « colposi » a causa della alterazione delle capacità mentali indotta dall'uso di una specifica droga. In questo caso si manifesta una forma di criminalità diretta legata al tipo di sostanza assunta.

Anche se emerge una confusione di confini tra tossicomania ed alcune frange criminali, nella pratica la differente motivazione, che spinge il tossicomane all'incontro con l'ambiente della criminalità e all'assunzione dei suoi modelli di vita, spiega allo stesso tempo la diversità delle modalità reattive del « tossicomane vero e proprio » in carcere rispetto al cosiddetto « delinquente ».

Il drogato all'interno dell'istituzione non può più nascondere con « il buco » i suoi problemi né riesce a causa delle sue condizioni psico-fisiche (astinenza, destrutturazione dell'Io, depressione) a riferirsi a quegli schemi e ruoli tipici dell'ambiente malavitoso (es. i codici d'onore, conquista del potere ecc.) che agiscono invece come regole di integrazione per il delinquente classico.

La cosiddetta « fissa della droga », in genere, motiva quelle reazioni di ricerca della sostanza stupefacente o dei suoi surrogati, che hanno lo scopo di difendere il soggetto dal violento « distacco » che la detenzione gli impone in condizioni non idonee a tal scopo.

Il tipo di reazione e adattamento manifestate dal tossicodipendente in carcere dipendono da fattori concomitanti: il tipo di personalità, storia tossicomane, deterioramento psicofisico, l'età, l'assenza o presenza di riferimenti affettivi.

Pur considerando, quindi, che l'esperienza tossicomane è peculiare e diversa per ciascun soggetto, in linea generale, l'impatto con l'istituzione dà origine a delle dinamiche comportamentali comuni a molti tossicodipendenti.

La continua richiesta di somministrazione di farmaci (Roipnol, Talwin ecc.) all'infermeria, l'uso dell'inalazione del gas contenuto nelle bombolette per cucinare, i tentativi di introduzione di droga, il ricorso ad espedienti clandestini (somministrazione per via endovenosa di farmaci diluiti in acqua), simbolizzano, infatti, il rinnovarsi del rituale drogastico. Tali azioni, compreso il frequente abuso di alcool (vino) sono indicative del processo di sovrapposizione di quella che chiamerei « una tossicodipendenza surrogativa » che, sebbene si diversifichi nelle forme da quella originaria, ripete i medesimi meccanismi e rafforza una delle componenti propulsive della tossicomania: « la dipendenza psicologica » da una sostanza; caratteristica questa costituente il vero nocciolo della patologia tossicomane rispetto alla stessa componente fisica della « assuefazione ».

Se i comportamenti appena descritti rappresentano una caratteristica reattiva ridondante tra i tossicodipendenti, non bisogna dimenticare come l'altra faccia della medaglia è costituita da veri e propri « acting-out » gestiti soprattutto nelle prime fasi della detenzione: tentativi autolesionistici, tentativi di suicidio, gravi depressioni, crisi nevrotiche, stati abulici gravi, ecc.

Gli specifici bisogni agiti dal drogato non trovano riscontro nell'ambiente penitenziario in quanto « anomali » rispetto ai classici patterns comportamentali basati sulle gerarchie di potere. I tratti di « dipendenza », « manipolazione » predominanti nell'atteggiamento del tossicodipendente ne fanno un « uomo » in sott'ordine, che difficilmente è accettato dai « gruppi » delinquenziali e dai detenuti in genere. In taluni casi, e soprattutto nelle strutture penitenziarie sovraffollate, tale processo di emarginazione è esasperato al punto di giungere al ricatto o alla violenza.

Nella maggioranza degli istituti italiani quando il soggetto tossicomane entra in carcere viene inserito nelle normali sezioni, dopo una prima fase di intervento, se necessario, in infermeria per la risoluzione dei problemi fisici o di patologie intercorrenti. Tale prassi non è quasi mai preceduta dall'ana-

lisi del tipo di personalità tossicomane e dalla valutazione della opportunità di una integrazione indifferenziata nell'ambiente istituzionale. Preciso questa situazione in quanto ritengo che ad essa debbano addebitarsi gran parte di quelle dinamiche relazionali che danno luogo al fenomeno del rinforzo della criminalizzazione del drogato.

Quanto ho sinteticamente delineato sui bisogni individuali e sulle relazioni del tossicomane nell'ambiente penitenziario identifica il contesto su cui deve incidere la risposta dell'istituzione al tossicomane. Alla luce della complessità del fenomeno essa non può comprendere solo l'aspetto sanitario o al massimo quello psicosociale, ma deve tener conto anche di un altro elemento: quello preventivo.

Nell'ambito trattamentale l'aspetto sanitario è infatti quello che l'istituzione ha maggiormente privilegiato in questi anni, favorendo l'intervento delle U.S.L. nel carcere in accordo con la specifica normativa prevista nella legge 685/'75 o cercando di provvedere direttamente attraverso il suo personale sanitario.

L'intervento psicosociale ha trovato invece le minori realizzazioni sia per le stesse difficoltà strutturali delle istituzioni: sovraffollamento, carenze di posti lavorativi interni e di spazi di socializzazione sia per la lentezza delle procedure giudiziarie che hanno rinviato nel tempo il momento del reinserimento all'esterno per tale tipo di soggetti, su cui gli effetti della detenzione sono notoriamente deleteri.

L'altro aspetto della risposta istituzionale ai problemi del tossicodipendente, la prevenzione, va attentamente analizzato in relazione ai referenti specifici dell'ambiente penitenziario.

Nell'istituzione possono essere individuati come oggetto di prevenzione una serie di fenomeni connessi sia con la personalità del tossicodipendente che con il problema più in generale della droga in carcere. Il più rilevante di essi, collegato strettamente alla « morbosità » della patologia tossicomane nel suo impatto con una istituzione, è il tentativo di suicidio che più frequentemente compare all'inizio della detenzione.

Altri fenomeni da prevenire sono quelli, già descritti, relativi alle forme di « dipendenza » alimentate da sostanze surrogative, se non addirittura da assunzione occasionale di

droga clandestinamente introdotta. Connesso ad essi è il problema dell'assunzione di tali sostanze da parte di detenuti non tossicodipendenti, spesso iniziati al consumo con la detenzione. In relazione sempre alla particolare personalità del drogato emerge anche l'altra grave problematica della sua integrazione nell'ambiente penitenziario per evitare i fenomeni e di vittimizzazione e di apprendimento di tecniche criminali, soprattutto da parte dei tossicomani alle prime esperienze carcerarie.

Anche se tali fatti non esauriscono tutti i problemi istituzionali nel settore (si pensi anche alla diversità degli istituti penitenziari), li ritengo più urgenti e rilevanti per le strette implicazioni pratiche che hanno sul trattamento penitenziario.

A partire da essi mi pare sufficiente innestare il tema della metodologia di prevenzione in carcere.

Nell'istituzione penitenziaria « prevenire » implica agire in considerazione di tre livelli di operatività: controllo; informazione-formazione del personale; modifiche quali-quantitative delle strutture e/o dei servizi.

Il primo livello, quello del controllo, è ampiamente usato dall'istituzione poiché si avvicina maggiormente alle sue finalità di sicurezza e implica un ricorso a schemi già precostituiti. Infatti, vediamo che normalmente negli istituti è ufficialmente previsto il controllo dell'assunzione di particolari farmaci, il controllo su eventuali modalità di introduzione o traffico di droga, il controllo su detenuti in condizioni psichiche precarie, controlli attraverso perquisizioni nelle celle ecc. Ma a quanto la esperienza dimostra il livello del controllo, anche se adeguatamente usato, non è sufficiente da solo a prevenire tali fenomeni e per le possibili elusioni allo stesso e perché non soddisfa quelle condizioni caratteristiche degli altri livelli.

Per quanto riguarda il livello informazione-formazione mi pare necessario accennare brevemente al suo significato. L'informazione costituisce la base per tutti gli operatori istituzionali, dal direttore, all'educatore, all'agente affinché essi abbiano una percezione corretta del vissuto e della realtà dell'esperienza tossicomana.

La distinzione tra consumatore e tossicomane, tra droghe legali e illegali ecc., ad esempio, assume una importanza rile-

vante per una chiara conoscenza aldilà di errate impostazioni (allarmistiche o permissive) trasmesse dai mass-media.

L'informazione ha poi un altro risvolto, quello di influire selettivamente sulla percezione del fenomeno; spesso negli istituti una « distorta » visione del drogato porta ad una prassi permissiva o repressiva non congrua al caso di tossicomania che si ha di fronte. Non è raro riscontrare nell'istituzione atteggiamenti permissivi verso l'alcolista ed eccessivamente repressivi nei confronti del tossicofilo.

Dall'informazione data al personale, si passa ad un grado superiore: quello della formazione del personale. In questo ambito necessitano delle differenziazioni collegate ai specifici settori operativi.

Per formazione si intende qualcosa di più della conoscenza del fenomeno, bensì l'apprendimento di atteggiamenti e qualità psicologiche nonché di tecniche di intervento relazionali. Formazione implica modifiche sul versante delle capacità professionali e su quello della stessa personalità dell'operatore.

Il tema informazione-formazione fa riflettere su chi debba svolgere l'azione didattica o formativa. La risposta a questo quesito, a mio parere, dovrebbe coinvolgere l'Amministrazione penitenziaria congiuntamente con la struttura sanitaria pubblica e i suoi organismi.

Fino ad oggi tale livello nell'istituzione è stato abbastanza trascurato; se l'informazione è stata carente e non fornita a tutti, la formazione non ha avuto alcun riscontro pratico. Il livello informazione-formazione, invece, permetterebbe di agire sul contesto istituzionale e più precisamente su quelle dinamiche relazionali che ne costituiscono la struttura. Si verificherebbe così una profonda influenza sull'operatività e sull'efficacia delle strategie di intervento.

La modificazione dei rapporti istituzionali, infatti, costituisce un cambiamento qualitativo superiore rispetto al semplice controllo repressivo che lascia inalterato il fenomeno e le sue cause. Il problema del tentativo di suicidio del tossicomane ad esempio è più efficacemente prevedibile se l'operatore, essendo in possesso di determinate informazioni, è in grado di osservare il comportamento del soggetto con un'ottica diversa, più prettamente psicologica che non di puro controllo, reagendo all'occorrenza con atteggiamenti più corretti dal punto di vista relazionale.

Il terzo livello « modifiche quali-quantitative delle strutture e dei servizi » è fondamentale per la funzionalità degli altri. Infatti è necessario garantire la adeguata presenza delle strutture penitenziarie (strutt. lavorative, ricreative ecc.) e la qualità dei servizi (sanitario, rieducativo, assistenziale) per poter parlare di prevenzione. Laddove un servizio sanitario istituzionale è carente o poco funzionale è più difficile arginare fenomeni come l'abuso di psicofarmaci da parte del tossicomane in sostituzione della sostanza stupefacente.

L'assenza o carenza di strutture lavorative e ricreative determina una mancanza di stimoli sia per il tossicomane che per il detenuto comune, ostacolando eventuali processi di trattamento e all'opposto rinforzando o creando quelle dinamiche di dipendenza verso una qualsiasi sostanza capace di procurare una « evasione gratificante ».

Gli esempi che ho fatto, tra i molti possibili, sulla rilevanza delle strutture e dei servizi sono indicativi di come una modificazione degli stessi (là dove necessari) debba accompagnare i processi di formazione del personale e di controllo.

Ogni livello descritto per le sue stesse caratteristiche presuppone che anche gli altri vengano soddisfatti. Fermarsi al solo livello del controllo è insufficiente come formare degli operatori senza avere delle strutture di supporto mediante cui lavorare.

Attuare una « prevenzione » nel carcere significa anche creare dei presupposti per il trattamento dei tossicodipendenti oltre che aprire la strada per un intervento psicosociale.

Con ciò non intendo dire che il carcere può diventare una struttura idonea per la cura di tale tipo di soggetto, bensì ritengo che esso in tal modo possa influire meno drasticamente sulla sua patologia e sui fenomeni ad essa connessi.

L'istituzione piuttosto che costituire una fase di transizione o di rafforzamento di un « buco » futuro, potrebbe fornire una possibilità di aggancio del tossicomane per un discorso di « recupero » che non può che essere proiettato all'esterno, in « libertà ».

RIASSUNTO

Affrontare il problema delle tossicodipendenze implica considerare aspetti operativi diversi quali cura, prevenzione, recupero.

L'articolo affronta in particolare il tema della prevenzione, collocandola in un ambito specifico: il carcere e sviluppando una serie di considerazioni su cosa si debba intendere per prevenzione nel carcere.

Il fenomeno della tossicodipendenza con l'ingresso in carcere subisce un cambiamento, nel senso della formazione di problemi che originano dall'interazione tra la condizione di tossicodipendenza e la condizione detentiva e che possono comportare una modifica del « sintomo » o la sostituzione dello stesso con un altro di segno diverso ma di uguale intensità.

Costatare la formazione di epifenomeni collegati a tale dinamica, quali la dipendenza da sostanze vissute come « surrogative » rispetto alla droga di assunzione, la vittimizzazione ad opera di gruppi di potere, la socializzazione dell'esperienza con la droga o l'incontro con essa (spesso clandestinamente introdotta), l'autolesionismo, introduce nel generale discorso della cura quello dell'elemento di prevenzione.

Dalla identificazione di quelli che appaiono i più evidenti « oggetti » di prevenzione nel carcere si passa al tema della metodologia di prevenzione.

Prevenire implica agire considerando almeno 3 livelli generali di operatività: controllo, informazione formazione del personale, modifiche quantitative (e qualitative) delle strutture. Ogni livello presuppone per una corretta funzionalità che siano soddisfatti anche gli altri.

Formare il personale senza le strutture o avere le strutture senza il personale addestrato sono fattori che automaticamente invalidano qualsiasi obiettivo di prevenzione.

L'istituzione penitenziaria, in considerazione del suo compito trattamentale, non può trascurare di promuovere una azione preventiva nei confronti di fattori o meccanismi la cui formazione va a ostacolare la stessa azione trattamentale oltre che aggravare il fenomeno.

RESUME

Faire face au problème des toxicomanies entraîne la nécessité d'envisager différents aspects opérationnels tels que le traitement, la prévention, le rattrapage.

L'article aborde notamment le thème de la prévention, en la situant dans un contexte spécifique: la prison, et en développant toute une série de considérations sur ce qu'il faut entendre par prévention en prison.

Le phénomène de la toxicomanie avec l'entrée en prison subit un changement, dans le sens de la formation de problèmes découlant de l'interaction entre condition de toxicomanie et condition de détention et susceptibles de comporter une modification du « symptôme » ou le remplacement de celui-ci par un autre, de caractère différent mais de la même intensité.

Le fait de constater la formation d'épiphénomènes liés à cette dynamique, tels que la dépendance de substances vécues comme « subrogatives » de la drogue habituelle, la victimisation de la part de groupes de pouvoir, la socialisation de l'expérience de la drogue ou la rencontre avec celle-ci (souvent introduite clandestinement), le masochisme, introduit dans le discours général du traitement celui de l'élément de prévention.

On passe ainsi de l'identification des « objets » de prévention en prison qui paraissent les plus évidents au sujet de la méthodologie de la prévention.

Prévenir implique que l'on agisse en envisageant au moins trois niveaux d'intervention: le contrôle, l'information-formation du personnel, les modifications quantitatives (et qualitatives) des structures. Pour un bon fonctionnement, chaque niveau suppose que soient également satisfaits les autres.

Former le personnel sans disposer des structures nécessaires ou bien avoir les structures sans le personnel formé sont des facteurs qui infirment automatiquement tout objectif de prévention.

L'institution pénitentiaire, eu égard à sa tâche de traitement, ne saurait faire abstraction de la promotion d'une action préventive vis-à-vis de facteurs ou de mécanismes dont la formation non seulement entrave l'action même de traitement, mais aggrave le phénomène.

SUMMARY

Tackling the problem of drug addiction implies considering such different operational aspects as treatment, prevention and rehabilitation.

The article addresses itself in particular to the question of prevention, situating it in a specific context: prison, and developing a series of considerations on what is meant by prevention in prison.

The phenomenon of drug addiction undergoes a change on the addict's admission to prison, in the sense that it is complicated by problems which originate from the interaction between the condition of drug addiction and that of detention, and which may involve the modification of the « symptom » or its substitution by another of different character but equal intensity.

The ascertainment of the formation of epiphenomena linked to this situation — such as dependency on substances used as « surrogates » of the drug that caused the addiction, the victimization operated by power groups, the socialization of the experience with the drug or the encountered with it (often clandestinely introduces), or self-inflicted injury — introduces the factor of prevention into the more general question of treatment.

After identifying what seem the most evident « objects » of prevention in prison, the author goes on to tackle the question of prevention methods.

Prevention implies operating on at least three general levels: surveillance, the training of personnel, and quantitative (and qualitative) changes in structures. The efficient functioning of each of these three levels presupposes that the others be satisfied too.

Training personnel without the necessary structures or having the structures without the necessary personnel are factors that automatically invalidate any objective of prevention.

The penitentiary institution, in view of its task of providing treatment, cannot afford to ignore the promotion of preventive measures to control factors and mechanisms whose formation tends not only to hamper the treatment itself, but to aggravate the phenomenon.

RESUMEN

Para encarar el problema de la droga hay que considerar aspectos operativos distintos, tales como la cura, la prevención, la recuperación.

Este artículo encara particularmente el asunto de la prevención colocándola en un ambiente específico: la cárcel, y desarrollando una serie de consideraciones acerca de lo que hay que entender por prevención en la cárcel.

El fenómeno de la drogadicción al entrar en la cárcel acusa un cambio, en el sentido del planteamiento de problemas causados por la interacción entre la condición de drogadicto y la de detenido, y que pueden significar una modificación del « síntoma » o su substitución por otro de aspecto diverso mas de igual intensidad.

Al constatar la formación de epifenómenos relacionados con esa dinámica, tales como la dependencia de sustancias sentidas como « sucedáneos » respecto a la droga de iniciación, la transformación en víctima por parte de los grupos de poder, la socialización de la experiencia de la droga o el encuentro con la misma (a menudo introducida clandestinamente), el autolesionismo, se introduce en el asunto general de la cura ese elemento que es la prevención.

Prevenir supone actuar considerando por lo menos tres niveles generales de acción: control, información-formación del personal, modificaciones cuantitativas (y cualitativas) de las estructuras. Para que cada nivel funcione correctamente, han de funcionar satisfactoriamente todos los demás.

Formar el personal sin contar con las estructuras o tener éstas sin el persona, capacitado, son factores que automáticamente invalidan cualquier objetivo de prevención.

Si se tiene en cuenta que debe dar un tratamiento, la institución penitenciaria no puede dejar de promover una acción preventiva ante los factores o mecanismos cuya formación pueda obstacular el tratamiento mismo amén de agravar el fenómeno.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Problem Drogenabhängigkeit muss unter Berücksichtigung verschiedener praktischer Aspekte wie Behandlung, Vorbeugung, Rehabilitation behandelt werden.

Der Artikel befasst sich insbesondere mit dem Thema Vorbeugung und stellt diese in einen spezifischen Rahmen: das Gefängnis und was unter Vorbeugung im Gefängnis zu verstehen ist.

Mit Eintritt ins Gefängnis verändert sich das Problem Drogenabhängigkeit, insofern durch das Aufeinandertreffen von Drogenabhängigkeit und Gefängnisbedingungen neue Probleme entstehen. Diese können das « Symptom » verändern oder aber durch ein anderes, unterschiedlich geprägtes, aber ebenso intensives ersetzen.

Der Artikel nennt das Entstehen von Begleiterscheinungen dieser Dynamiken, wie die Abhängigkeit von « Ersatz-Drogen » (anstelle der ursprünglich benutzten); die Schaffung von Opfern durch Macht-Gruppen innerhalb der Inhaftierten; Drogengewöhnung und der erste Kontakt damit (die oft heimlich eingeschmuggelt wird); Autoläsionismus. Dabei befasst sich der Autor im allgemeinen Rahmen der Behandlungsansätze vor allem mit dem Element Vorbeugung.

Vorbeugen heisst, mindestens drei allgemeine Handlungsebenen zu berücksichtigen: Kontrolle, Information-Schulung des Personals und quantitative (wie qualitative) Veränderung der Strukturen. Jede Ebene ist nur dann angemessen erfüllt, wenn auch die anderen hinreichend abgedeckt sind. Personalschulung ohne Strukturen oder Strukturen ohne geschultes Personal sind Faktoren, die jede Vorbeugemassnahme von vornherein unmöglich machen.

Die Strafvollzugsanstalt kann anbetracht ihrer Verpflichtung zur Behandlung nicht verzichten auf Vorbeugemassnahmen; und zwar Faktoren oder Mechanismen gegenüber, welche die Behandlung als solche behindern, bzw. das Problem verstärken.