

## VALUTAZIONE ED ACCOGLIENZA PSICOLOGICA PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE DI LODI

**Dott.ssa Simona Boni**

**Psicologa**

**Perfezionata in Psicopatologia Forense**

**Specializzanda in Psicoterapia**

### PREMESSA

L’U.O. di Psicologia Aziendale dell’A.O. della Provincia di Lodi, dal marzo 2010 si occupa del “Servizio Psicologico per l’accoglienza e per gli interventi di sostegno a tutela del benessere psicofisico dei detenuti”, sulla base della circolare Amato n. 3233/5683 del 30 dicembre del 1987 (“Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati”).

Tale servizio è diretto ad accertare e valutare la presenza di fattori di rischio come gli agiti autolesionistici e suicidari nei soggetti detenuti.

Tutto questo appare il linea con ciò che è sancito nella Costituzione. Infatti l’articolo 32 prevede che "la Repubblica tuteli la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività”, “riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell’uomo”, tra i quali rientrano il diritto alla vita e all’integrità psicofisica della persona.

La salute, in quanto diritto fondamentale dell’individuo, viene tutelata sempre e di conseguenza anche nel momento in cui lo Stato esercita i propri poteri coercitivi nei confronti di coloro che hanno violato le norme penali.

Il "Servizio Psicologico", viene attivato nella fase iniziale della carcerazione, momento in cui possono verificarsi risposte psichiche o comportamentali che vengono classificate come "disturbi dell’adattamento”. Alcuni tipi di queste reazioni, sia auto che eteroaggressive, sono dovute al clima particolarmente teso dell’ambiente carcerario, ai valori della cultura violenta in esso dominanti e, soprattutto, al carico di frustrazione che la carcerazione comporta (Ponti, 1999).

Gli individui detenuti ed in attesa di giudizio hanno tassi di suicidio più elevati rispetto alla comunità: rispettivamente di 7,5 e 6 volte maggiore degli uomini della popolazione generale.

I gruppi ad alto rischio di suicidio nella popolazione sono: giovani maschi (dai 15 ai 49 anni), persone anziane, popolazione indigena, persone con malattie mentali, persone con abuso di alcool o di sostanze, persone che hanno effettuato un precedente tentativo di suicidio e detenuti.

Gli individui detenuti maggiormente esposti sono quelli che:

- si trovano in stato di intossicazione da sostanze stupefacenti e/o da alcool, e/o con un passato di abuso di sostanze;
- esprimono livelli insoliti di vergogna, colpa e preoccupazione per l’arresto e l’incarcerazione;
- mostrano disperazione o paura per il futuro, o segni di depressione come il pianto, l’appiattimento affettivo e l’assenza di comunicazione verbale;
- ammettono di avere pensieri riguardanti il suicidio o che hanno già tentato il suicidio e/o affermano che il suicidio al momento rappresenta una possibile soluzione ai problemi;
- sono affetti da problemi psichiatrici;

riferiscono di avere poche risorse interne e/o esterne di supporto.

Il parere dello Psicologo viene espletato nell’immediatezza ed a volte anche in situazioni di emergenza, considerando che i comportamenti di tipo autolesivo esprimono un insieme di motivazioni dinamiche, spesso legati ad aspetti conflittuali non risolti della personalità che potrebbero attivarsi nel momento dell’ingresso in carcere.

### METODOLOGIA

Sul versante metodologico l’indagine e la valutazione si realizzano attraverso un colloquio di ingresso che tende a recuperare contenuti ed informazioni rispetto a varie aree della vita del detenuto:

- area famigliare: stile di vita, istruzione, lavoro, vita famigliare;
- area clinica: precedenti esperienze di cure di carattere psicologico e/o psichiatrico, precedenti tentativi di suicidio o di atti auto-etero lesivi , tossicodipendenza;

area istituzionale: precedenti carcerazioni, impatto con l’istituzione carceraria, condotte violente.

Nei casi in cui si ravvisi la necessità di approfondire stati ansioso-depressivi possono essere somministrati dei test:

- Il Beck Depression Inventory II: è uno strumento self-report per la valutazione della gravità della depressione. Questa seconda versione è stata sviluppata come indicatore della presenza ed intensità dei sintomi depressivi in accordo con i criteri elencati del DSM IV R;

State Trai Anxiety Inventory, Forma Y: è uno strumento finalizzato alla rilevazione e misurazione dell’ansia. È utile anche come misura generica dello stress, non ponendo diretti riferimenti a situazioni di lavoro.

Il resoconto del colloquio di ingresso è redatto in duplice copia: in cartella clinica e sul “Modulo Detenuti Servizio Nuovi Giunti ed Accoglienza” che viene consegnato al Medico e all’Educatore. La relazione che lo Psicologo compila, sulla base del colloquio effettuato, conterrà pertanto una breve relazione con un giudizio sintetico su aspetti di personalità ed affettivi ed una valutazione globale di massima sul livello di rischio di condotte violente e, nel caso, specifiche indicazioni immediate per gli operatori di custodia, relative al monitoraggio della permanenza del detenuto in carcere.

Nello stesso tempo, come richiesto espressamente dal modulo, si mette in luce una valutazione globale dell’aggressività del detenuto, secondo dei rigidi parametri: minimo, basso, medio, alto, massimo, da cui scaturiscono i provvedimenti di sorveglianza (minima, media e massima sorveglianza).

Nel modulo si possono infine dare delle indicazioni allo scopo di avviare una presa in carico del detenuto a rischio di agiti auto-eteroaggressivi per sviluppare un adeguato ed individualizzato trattamento psicologico, che verrà attuato dalla Psicologa Consulente interna alla struttura carceraria.

### RISULTATI

In questo periodo di attività e dopo aver effettuato 200 incontri, si è valutata la necessità di inviare il 5% della popolazione carceraria in situazione di marcata difficoltà di adattamento, o alla Psicologa Consulente della struttura carceraria o allo Psichiatra per ulteriori approfondimenti di tipo diagnostico.

### ALCUNE RIFLESSIONI TECNICO-OPERATIVE

Si sono individuati alcuni aspetti caratteristici nello svolgimento di questo Servizio. Lo Psicologo ed il detenuto sono accomunati dal non sapere cosa li attende. Lo Psicologo non conosce le problematiche che il soggetto porterà a colloquio, a differenza di quanto accade nell’ambito di un incontro specialistico in ambito pubblico e/o privato, dove c’è un minimo di riconoscimento della richiesta di aiuto, cosa che crea delle aspettative sia nel professionista, sia nel cliente. Inoltre negli ambiti tradizionali di lavoro clinico si rintraccia spesso un’autonoma motivazione del paziente ad effettuare la consulenza, a differenza di quanto accade in carcere, dove spesso il detenuto arriva a colloquio non sapendo da quale figura professionale si sta recando. Da qui la necessità e disponibilità dello Psicologo nel presentare il servizio offerto, come spazio per esporre le proprie problematiche personali, sottolineando di non avere un ruolo giudiziario. Si è evidenziata una buona disponibilità a parlare di sé nella maggioranza della popolazione carceraria, ma si è anche riscontrato un elevato numero di soggetti con tendenza manipolatorie per ottenere benefici all’interno dell’istituzione carceraria o all’esterno (ad esempio libertà vigilata, invio in comunità, ottenimento di particolari attività lavorative-ricreative ecc.).

Si sottolinea inoltre che nonostante la disponibilità dello Psicologo ad orientare il colloquio verso l’esposizione di problematiche psicologiche personali o di adattamento alla vita carceraria, sovente egli si trova a prendere atto di alcuni limiti relativi a questa specifica attività, tra cui:

- le tendenze manipolatorie che il detenuto cerca di mettere in atto;
- la resistenza del detenuto a parlare di sé e della sua vita sociale e famigliare;

la scarsità di tempo a disposizione da dedicare ad ogni persona, con il rischio che l’incontro si trasformi in un compito di tipo burocratico, per di più assolto in un solo colloquio, con il rischio di concentrare l’attenzione sul rischio di tipo auto-etero aggressivo.

Più in generale credo che si debba sottolineare il fatto che non vi sono momenti di contatto tra i vari operatori in riferimento al nuovo detenuto.

Ciò comporta che spesso il soggetto che fa ingresso in carcere viene sottoposto al consecutivo intervento del Medico, dello Psicologo del Servizio Nuovi Giunti o del Consulente Interno, dall’Educatore, dagli operatori del Serd (Psicologo, Assistente sociale e del Medico) con la conseguenza che questo può determinare una sovrapposizione e confusione di figure professionali, senza arrivare ad una valutazione congiunta e di sintesi sul detenuto. Ad oggi questo lavoro di équipe interdisciplinare non si realizza. Ogni operatore lavora in maniera autonoma e non si verifica l’incontro tra le varie figure professionali, quale momento indispensabile per garantire prestazioni di qualità e per favorire il raggiungimento di obiettivi professionali che in questo caso rappresenterebbero il riconoscimento e soddisfacimento dei bisogni della persona.

Il Servizio Nuovi Giunti sembra aver riscosso il favore degli operatori penitenziari sulle modalità con le quali viene attuato, però sarebbe auspicabile una riforma del medesimo, orientata ad attribuire un ruolo prevalente all’analisi dei bisogni del soggetto, rispetto all’accertamento del rischio auto o etero-aggressivo (Coco, 1997). In altri termini si ritiene utile una "personalizzazione" dell’intervento a beneficio del nuovo giunto, caratterizzata dal fatto che gli operatori del carcere prendano in carico, come gruppo di lavoro, il caso individuale. Non solo limitatamente al momento dell’ingresso nella struttura detentiva, ma anche per i tempi successivi. Ciò vuol dire lo spostamento dalla valutazione del rischio suicidario ad una maggiore attenzione all’analisi dei bisogni del soggetto a seguito dell’impatto con la realtà carceraria.

### BIBLIOGRAFIA

A. Beck, R.A. Steer, G.K. Brown. (2005) Beck Depression Inventory II. Firenze: Giunti O.S.

U. Fornari. (2008) Trattato di psichiatria forense. Torino: Edizioni Utet.

Ordine Picologi della Lombardia. Psicologia Penitenziaria. Documento del gruppo di lavoro dell’OPL sulla Psicologia Penitenziaria. Milano.

G. Ponti, Merzagora Betsos I. (2008) Compendio di criminologia. Milano: Edizioni Raffaello Cortina.

A. Spacca, P. Roma, S. Ferracuti, Tatarelli R. Le condotte suicidarie in carcere: ricerca sul fenomeno in Italia e in Europa. sAS n. 10/2007.

L.D. Spielberger, R.L. Gorsuch, R.E. Lushene. (1988) STAI State Trait Anxiety Inventory, Forma Y. Firenze: Giunti O.S.

World Health Organization. (2007) La prevenzione del suicidio nelle carceri. IASP International Association for Suicide Prevention. Geneva: Who press.