

ME.D.I.C.S.

**MENTALLY DISTURBED INMATES CARE AND SUPPORT
JUST / 2013 / ACTION GRANTS**

(Preso in carico e sostegno dei detenuti con disagio mentale)

LA RICERCA NAZIONALE

A cura di Alfredo De Risio

In collaborazione con

Matteo Pio Ferrara

Annateresa Inglese

Roberta Sardella

Revisione e validazione

Giulio Starnini

INDICE

<i>Presentazione</i>	<i>pag. 3</i>
<i>Considerazioni introduttive alla ricerca</i>	<i>pag. 4</i>
<i>Metodologia e strumenti</i>	<i>pag. 5</i>
<i>Risultati della ricerca</i>	<i>pag. 7</i>
• <i>Rilievi sulla popolazione intervistata</i>	<i>pag. 8</i>
• <i>Rilievi sul disagio mentale</i>	<i>pag. 18</i>
• <i>Rilievi sulle strategie d'intervento</i>	<i>pag. 33</i>
• <i>Rilievi sul dato reale</i>	<i>pag. 54</i>
<i>Riflessioni Conclusive</i>	<i>pag. 61</i>

PRESENTAZIONE

Il progetto, cofinanziato dalla Commissione Europea, parte dalla necessità di ottenere un quadro di informazioni chiaro e dettagliato sulla *situazione dei detenuti con disagio mentale presenti negli istituti penitenziari italiani*, allo scopo di conoscere il dato, reale e percepito, della diffusione del disagio psichico e proporre un modello condiviso di presa in carico e trattamento specifici. Ciò anche in vista del superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari¹ nel nostro Paese e della conseguente istituzione di sezioni speciali, dedicate a persone con problemi di salute mentale in molte delle realtà penitenziarie del territorio nazionale.

Per il raggiungimento di alcuni obiettivi dello studio - ricerca sul disagio percepito e formazione e rapporti tecnico scientifici con i paesi partner, è stata individuata la Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria – SIMSPe Onlus, quale partner scientifico.

Alla luce di tutto ciò, la ricerca nazionale previa l'individuazione e l'adesione dei Provveditorati Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria del Piemonte, Emilia Romagna e Sicilia, ha inteso rilevare il disagio psichico percepito recluso e da reclusione, della popolazione detenuta nelle strutture penitenziarie target.

¹ De Risio A., Venosa M. (2014) *La chiusura degli OPG e la salute mentale: cosa cambia nella popolazione, cosa cambia nei servizi*. In (a cura di), Bruni, A, *Psicologi "dietro" le sbarre*. pagg.133 – 145, Simple Edizioni, Macerata.

CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE ALLA RICERCA

Nelle istituzioni penitenziarie le manifestazioni psicopatologiche sono particolarmente frequenti e possono essere la continuazione o l'esacerbazione e di disturbi psichici preesistenti, oppure la strutturazione di una risposta di tipo psicotico ad eventi particolarmente traumatizzanti dal punto di vista psicologico, quali l'entrata in carcere, l'attesa di giudizio, la previsione di condanna, la sentenza stessa.

Se da un lato, l'incontro tra la società del Diritto e le scienze dell'Uomo ha consentito di argomentare meglio le complesse e composite tematiche del rapporto tra contenitore e contenuto; dall'altro, risulta essere ancora fragile l'acquisizione e la messa a regime di uno strumento flessibile e globale per l'acquisizione quantitativa e qualitativa del fenomeno, supportiva alla stesura di strategie efficienti ed efficaci per la presa in carico del paziente/detenuto.

A sette anni dal DPCM 1 aprile 2008², l'evidente difficoltà di armonizzare progettualità ed azioni, ha imposto una più ampia riflessione sui principali nodi concettuali relativi al rapporto tra carcere e salute mentale, mediante la rilevazione dell'entità del dato, riportato e percepito, ascrivibile ai disturbi mentali in ambito penitenziario. Tutto ciò al fine di consentire interventi di rete quantitativamente e qualitativamente significativi, efficaci percorsi terapeutico riabilitativi intramurari, percorsi di formazione interprofessionali e conseguente ottimizzazione delle risorse umane.

Ciò è quanto ci proponiamo di fare con questa ricerca consapevole che, rintracciare il dato "percepito", si pone come una sfida possibile e non solo nelle intenzioni.

² **DPCM 1 aprile 2008**, pubblicato sulla G.U. n. 126 del 30 maggio 2008 ed è entrato in vigore il 14 giugno 2008, recante *"le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria"* in attuazione all'art.2, comma 283, Legge 24 dicembre 2007, n.244 (Finanziaria 2008).

METODOLOGIA E STRUMENTI

Per l'ampio campo di indagine, anche nella condivisa attesa di portare in evidenza il dato oscuro che si cela nel "percepito" in tema di disagio mentale da reclusione, si è optato per una *scelta metodologica mista*: una **prospettiva psicometrica** per un approccio quantitativo al fenomeno da studiare, attraverso una articolata formulazione delle domande caratterizzanti le schede dei questionari forniti alle diverse professionalità; una **prospettiva clinica** in una cornice che rimanda alla prassi medica del colloquio anamnestico ed alla raccolta del dato oggettivo.

Per lo studio anatomico del binomio salute mentale-carcere preso in esame nella sua evidente complessità, si è lavorato a lungo nella preparazione dello strumento, diversificato per profilo professione – Comparto Ministeri e Comparto Sicurezza per l'Amministrazione penitenziaria e le professioni di cura e di aiuto del Servizio sanitario nazionale – poiché tutti parte in gioco, ma con una percezione dei problemi articolata e calibrata sulla conoscenza dei casi.

Per operare tale percorso conoscitivo si è utilizzato lo strumento del **questionario**, quale strumento atto a rilevare e valutare informazioni qualificanti il **rapporto individuo-ambiente-stile di vita**, nelle seguenti funzioni:

- a) Raccogliere elementi conoscitivi indispensabili per la stesura di programmi di intervento;
- b) Indagare opinioni e atteggiamenti nella specificità culturale e professionale del ruolo degli operatori;
- c) Indagare le strategie terapeutiche più opportune formulate da individui e gruppi di diversa estrazione ma operanti nello specifico contesto preso in esame, al fine di rintracciare le condizioni ambientali e relazionali che favoriscono, o al contrario, ostacolano l'intervento professionale in ambito penitenziario.

Si è altresì proceduto nei questionari ad acquisire anche alcuni **dati personali dell'intervistato**: età, sesso, titolo professionale, ruolo, anzianità di servizio, conoscenza sulle tematiche oggetto della ricerca, certi che dette caratteristiche si sarebbero configurate quale valore aggiunto nella lettura quantitativa e qualitativa del dato rilevato.

La scelta metodologica operata e l'evidente complessità dello strumento nelle diversificate schede-questionario, a nostro avviso, ha consentito la produzione, sulla base delle conoscenze teoriche e dell'esperienza specifico professionale degli intervistati, di un prezioso patrimonio per una estensione della ricerca.

RISULTATI DELLA RICERCA

I capoversi e le tabelle che seguono sono prodotti dall'elaborazione statistica effettuata sulle schede-questionario utilizzate per la ricerca.

Ogni tabella sarà presentata nel suo insieme e poi da ciascuna saranno estratte quelle parti che mettono in risalto i fattori in cui è stato riscontrato un maggiore livello di correlazione³, operata sulla base delle diverse schede di analisi riportate nel questionario, per ciascuna delle figure professionali coinvolte e in rapporto ai tre Istituti Penitenziari target. Questa scelta risente degli obiettivi che abbiamo riferito nelle nostre considerazioni introduttive alla ricerca e comunque non ne impediscono altre, che i dati nel loro insieme rendono possibili.

Tali tabelle vanno dunque viste come la fonte per rilievi che si possono fare, anche se non messi in particolare luce e dunque da noi non sottolineati.

Dopo questa prima fase analitica, nelle riflessioni conclusive, daremo una nostra lettura combinando dati di differenti tabelle e tenderemo a sistamarli in modo da dare una risposta alle questioni che ci siamo poste.

Per semplificazione le tabelle vengono riunite in quattro macro aree:

- 1. Rilievi sulla popolazione intervistata;***
- 2. Rilievi sul disagio mentale;***
- 3. Rilievi sulle strategie di intervento;***
- 4. Rilievi sul dato reale.***

³ La **correlazione** indica se due (o più) variabili quantitative associate ad ogni unità di un collettivo sono tra loro indifferenti oppure se esiste una certa relazione per cui – corrispondendo di volta in volta le varie unità del collettivo – a valori elevati di una variabile corrispondono valori elevati anche dell'altra variabile (**correlazione positiva**) o valori più bassi dell'altra variabile (**correlazione negativa**).

1. RILIEVI POPOLAZIONE INTERVISTATA

Il campione è costituito da **368** soggetti, distribuiti tra i tre istituti coinvolti, di cui: **235** appartenenti al “**Comparto Sicurezza**”;

34 appartenenti al “**Comparto Ministero**”;

99 appartenenti al “**Sistema Sanitario Nazionale**”.

Nello specifico il campione degli infermieri è costituito da **68** soggetti:

Palermo: 28;

Bologna: 18;

Torino: 22.

Il campione dei sanitari costituito da **31** soggetti:

Palermo: 21;

Bologna: 3;

Torino: 7.

Il campione degli educatori è costituito da **34** soggetti:

Palermo: 12;

Bologna: 5;

Torino: 17.

Il campione della polizia penitenziaria è costituito da **235** soggetti:

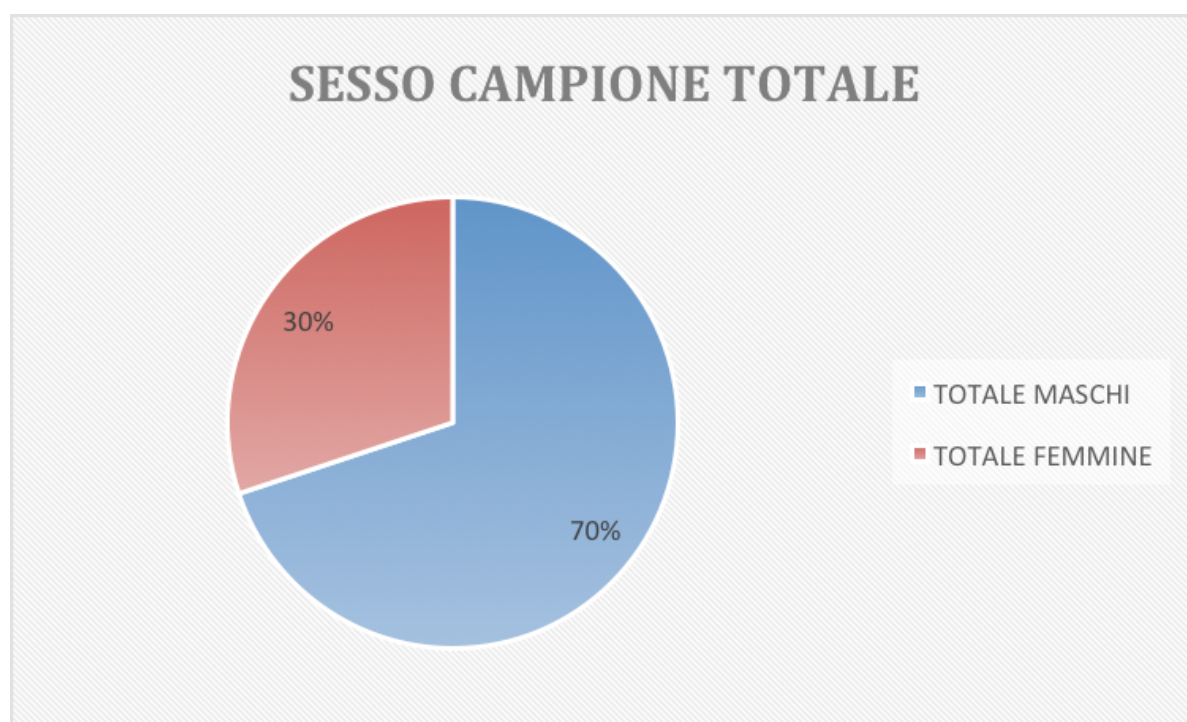
Palermo: 64;

Bologna: 82;

Torino: 89.

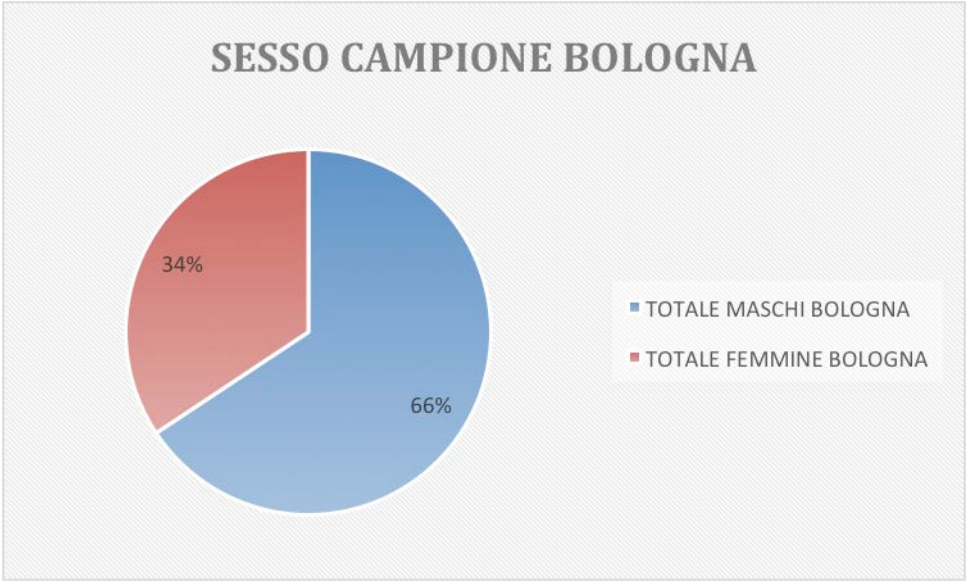
In questa prima articolazione sono riassunti i rilievi conoscitivi - sesso, età, conoscenza sulle tematiche oggetto della ricerca - della popolazione intervistata.

SESSO

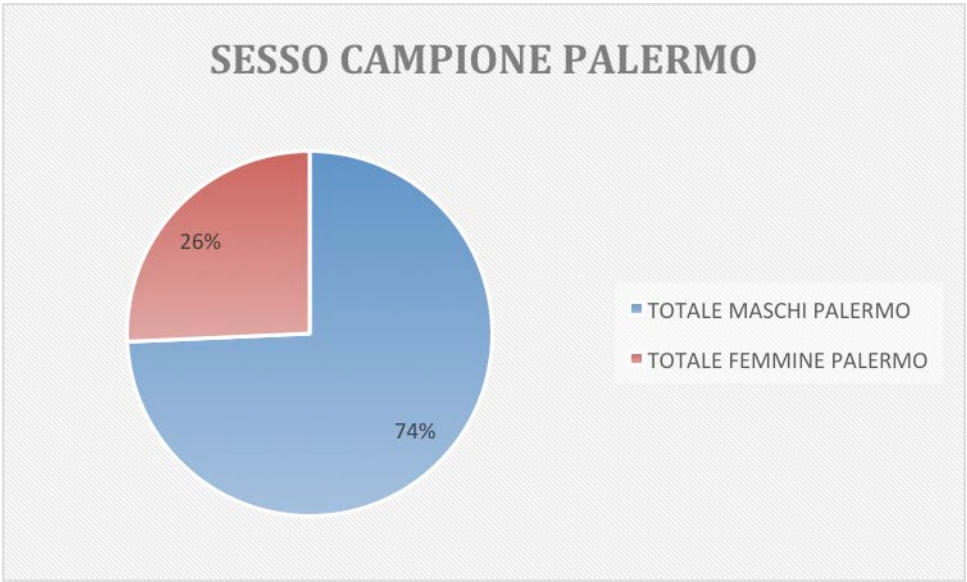


Come si rileva nella Tab.1.1, la popolazione raggiunta dalle schede-questionario è in prevalenza maschile: **237** maschi e **102** femmine. Questa differenza di genere può spiegare le diverse sensibilità sull'argomento affrontato.

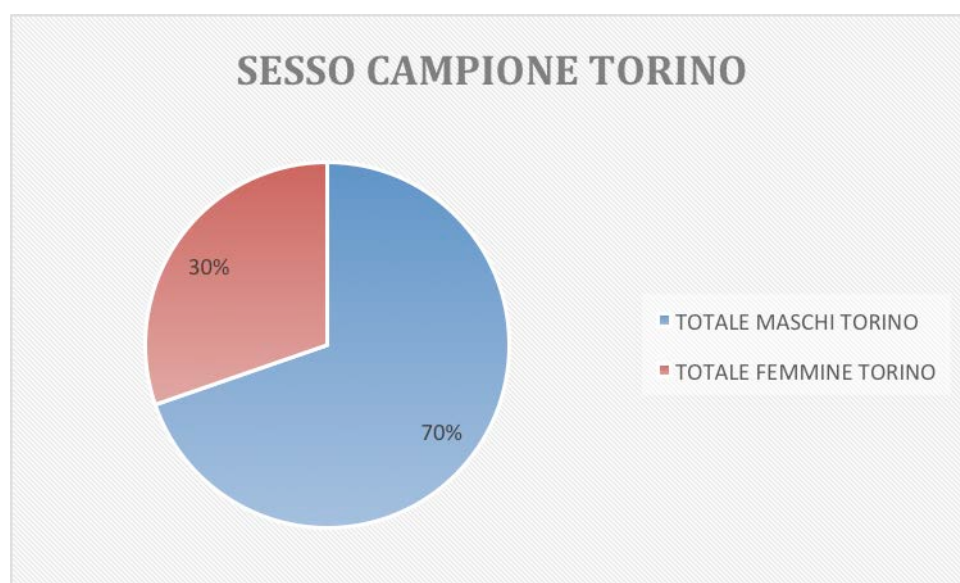
Nelle tabelle che seguono sono riportati i valori al campione estratto per singolo istituto:



Tab. 1.2



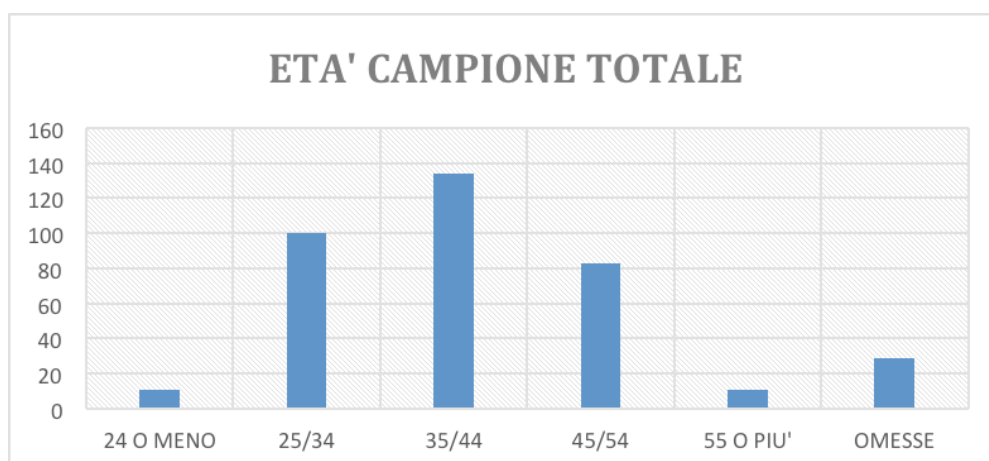
Tab. 1.3



Tab. 1.4

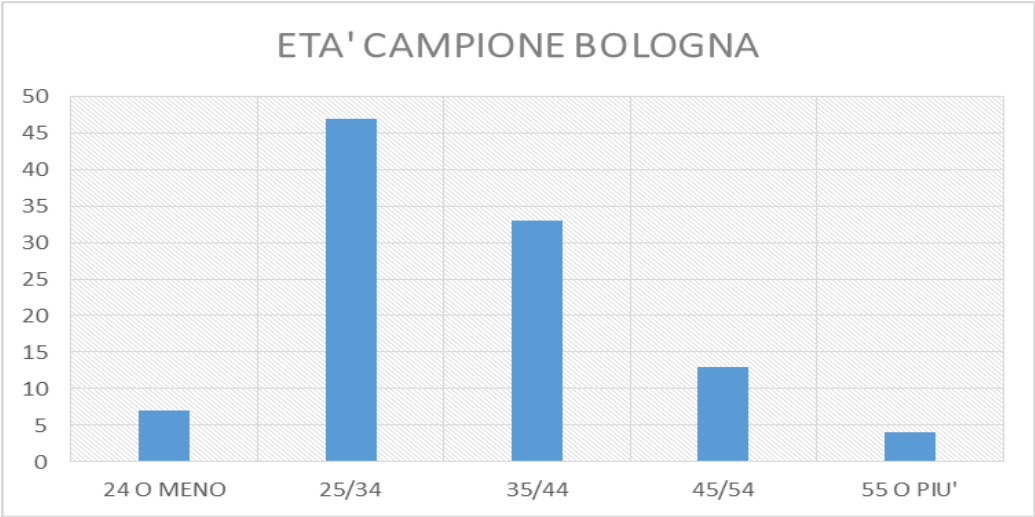
ETÀ

Dai dati emersi la fascia d'età dei partecipanti maggiormente rappresentativa nel campione totale si colloca tra i 35-44 anni (giovani adulti Tab. 1.5).

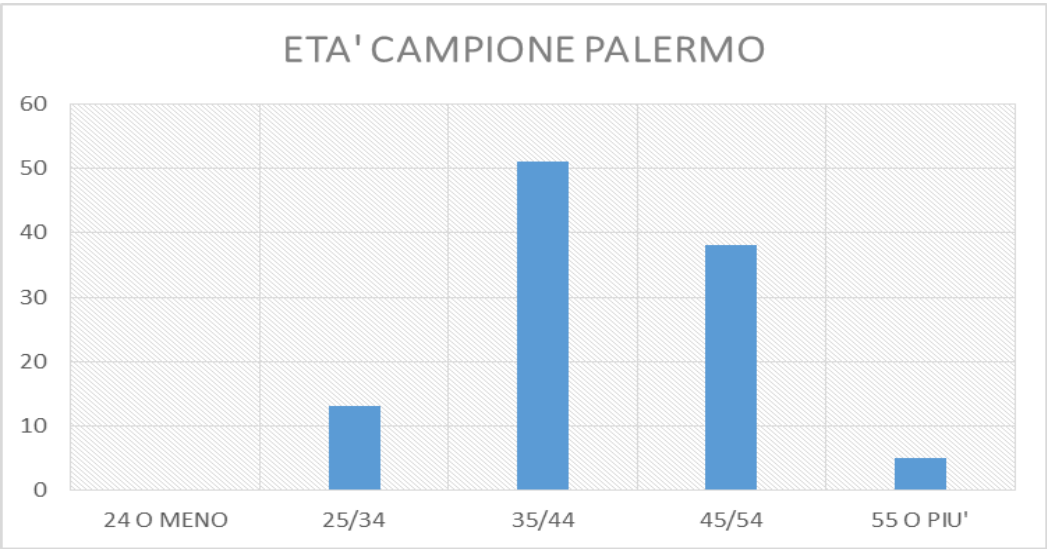


Tab. 1.5

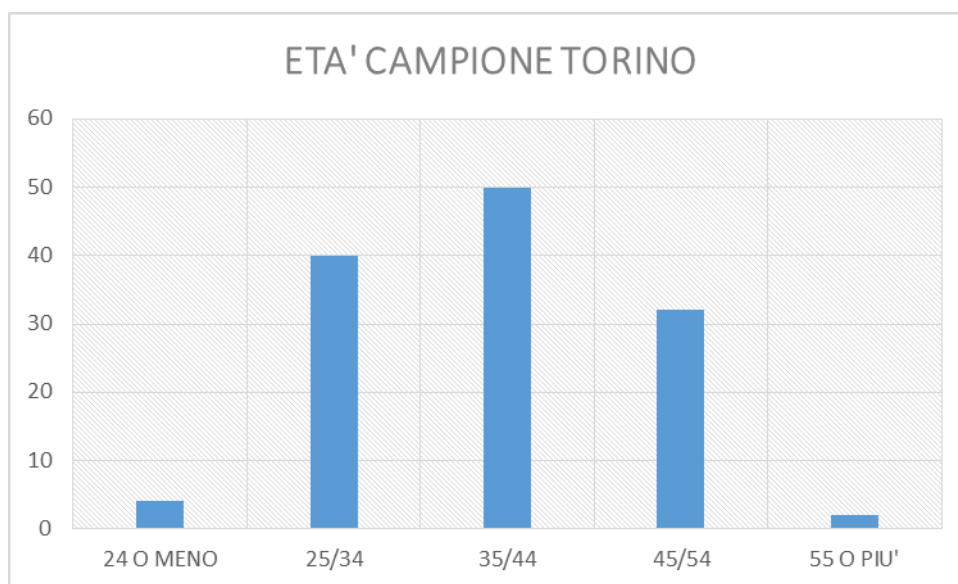
Nelle tabelle 1.6; 1.7; 1.8 è presentata la distribuzione per fascia di età per singolo istituto.



Tab.1.6



Tab. 1.7

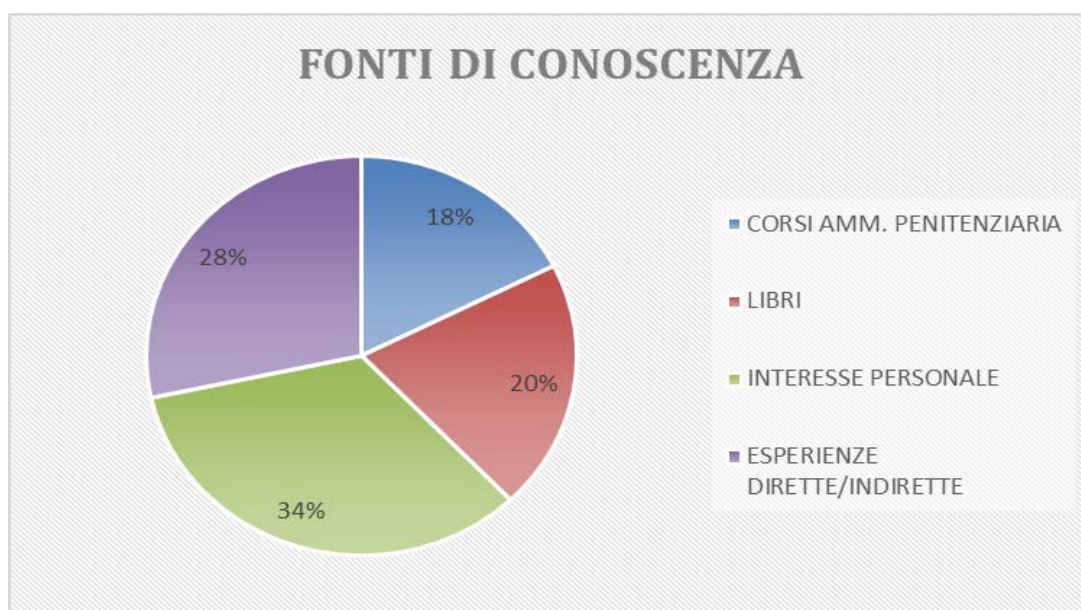


Tab. 1.8

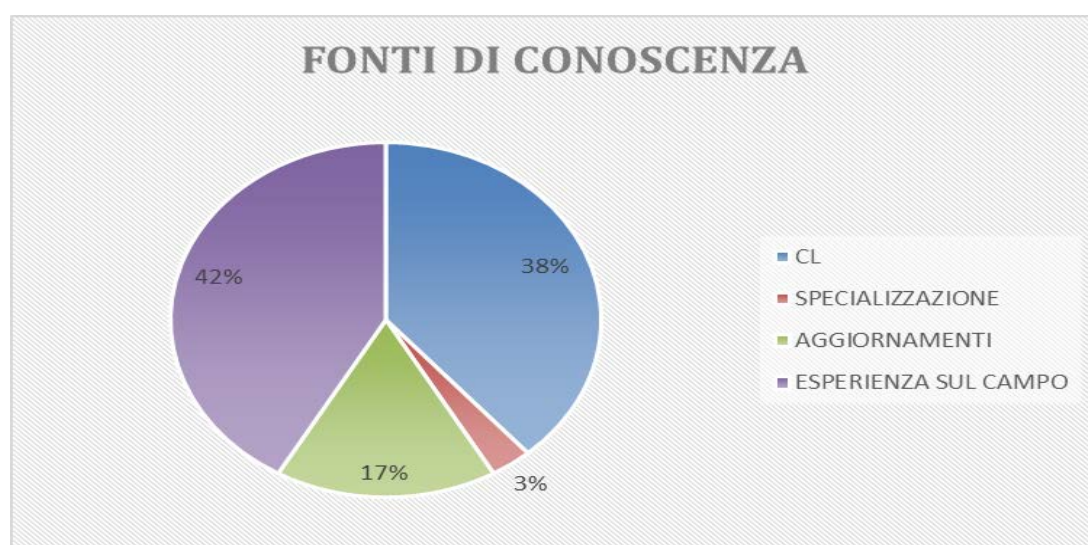
FONTI DI CONOSCENZA

Comune a tutti gli intervistati è stata l'area di indagine nel merito delle fonti di informazione inerenti l'oggetto della ricerca.

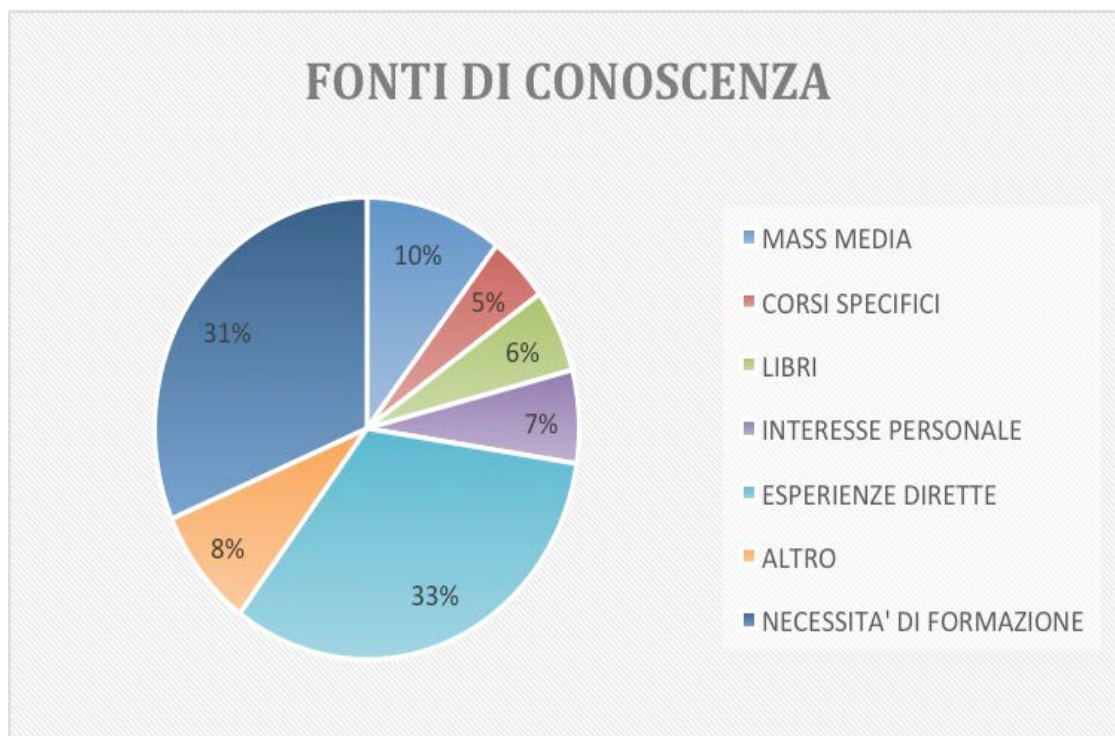
Nelle tabelle 1.9; 1.10; 1.11; 1.12 sono presentate le fonti di conoscenza delle diverse professionalità, e nelle tabelle 1.13;1.14;1.15 sono inoltre riportati i dati dei Sanitari (di tutti gli istituti partecipanti) che specificano il titolo professionale.



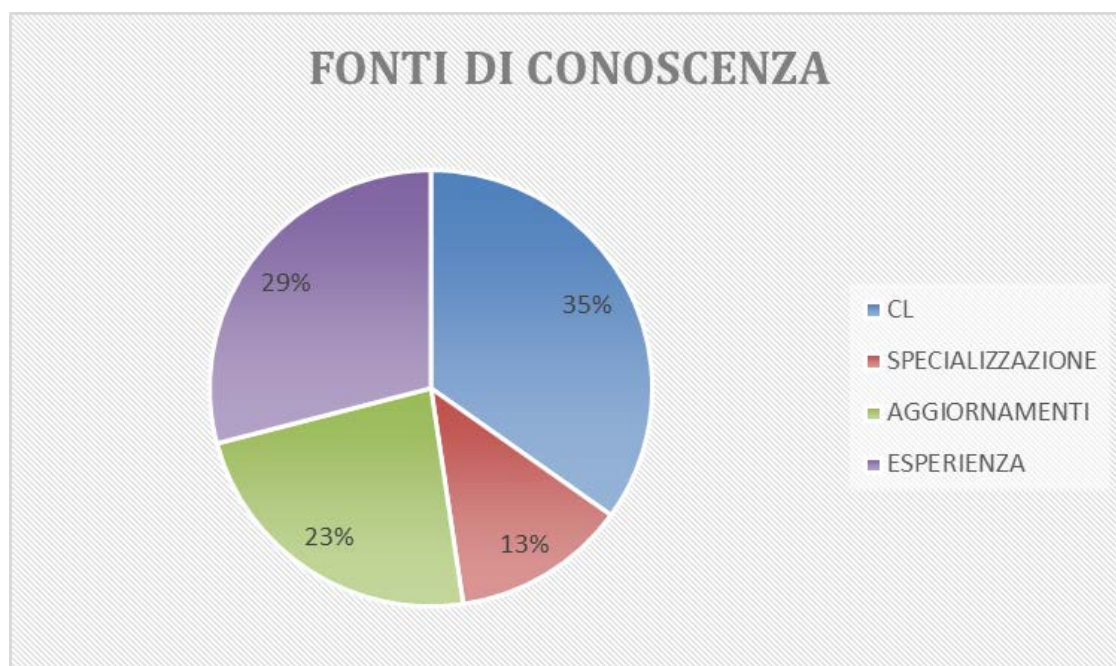
Tab. 1.9 Educatori



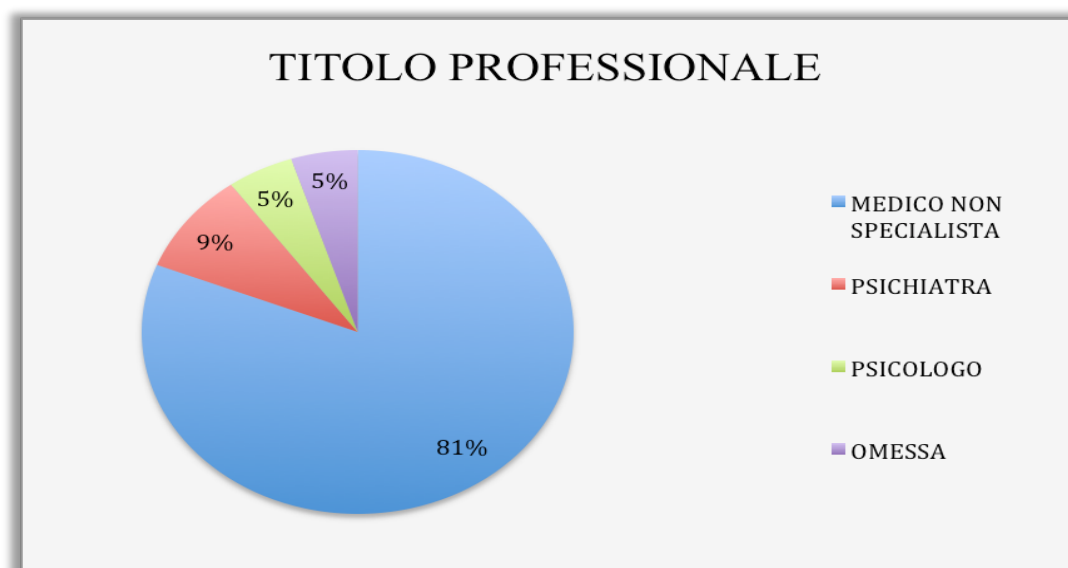
Tab. 1.10 Infermieri



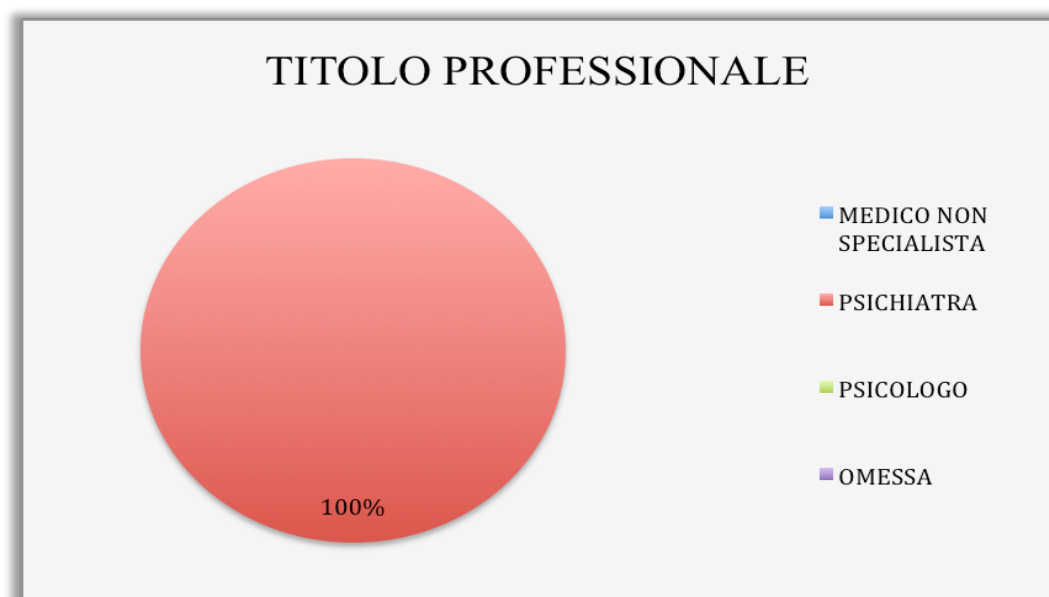
Tab. 1.11 Polizia Penitenziaria



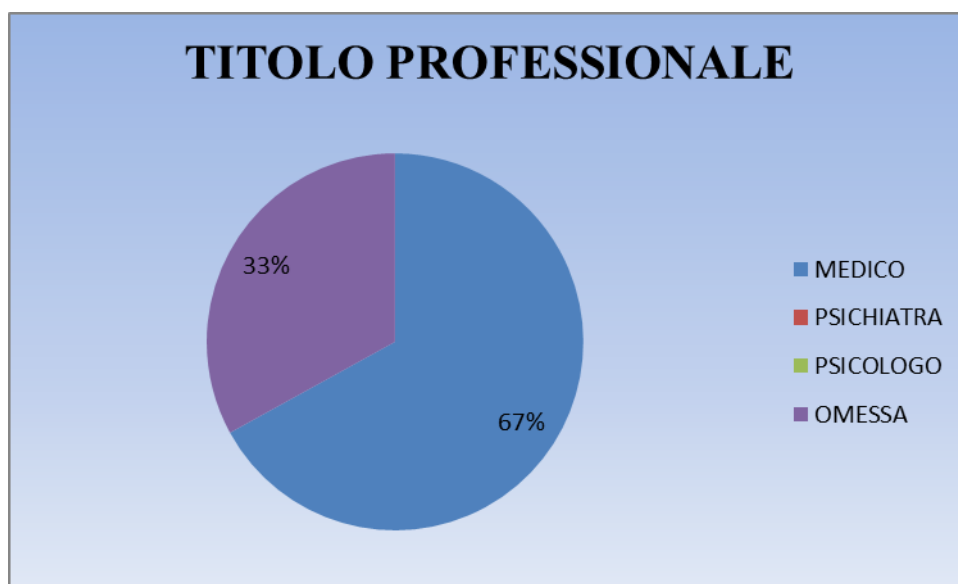
Tab. 1.12 Sanitari



Tab. 1.13 Sanitari Palermo



Tab. 1.14 Sanitari Torino



Tab. 1.15 Sanitari Bologna

La descrizione analitica di questa sezione ha voluto tener conto dello scopo di questo studio, teso a fornire i dati nella maniera più completa possibile, anche nell'attesa dell'imminente proposizione di formazione, parte integrante di Me.D.I.C.S. che si svilupperà negli indicati Istituti Penitenziari rappresentativi della ricerca nazionale.

Le caratteristiche qualitative emerse dalle osservazioni effettuate sulle fonti di conoscenza della popolazione presa in esame, pur nell'estrema diversità dei ruoli operati, contribuiscono a formare l'attesa, "lente discorsiva" che rimanda, inoltre, alla cornice del progetto formativo estensione del presente elaborato, quale riscontro possibile alle attese formative esplicitate nella tab. 1.11. Detta richiesta può essere letta nella sua duplice articolazione: da un lato, una sempre maggiore partecipazione efficiente alle attività trattamentali ed a rilevanza comunitaria; dall'altra, il "dover" costituire un gruppo di lavoro con operatori che parlano linguaggi diversi.

Per la leggibilità del dato in ordine alla distribuzione per sesso, è importante sottolineare che, la grande differenza percentuale tra la popolazione maschile e femminile nella Polizia penitenziaria, può essere spiegata con il divieto di prestare servizio nelle sezioni detentive riservate all'altro sesso. Ciò vale allo stesso modo per il personale maschile, il quale però trova una popolazione penitenziaria che per il 96% è costituita da uomini.

2. RILIEVI SUL DISAGIO MENTALE

In questa seconda parte si è voluto portare in evidenza l'epidemiologia dei disturbi mentali reclusi e da reclusione.

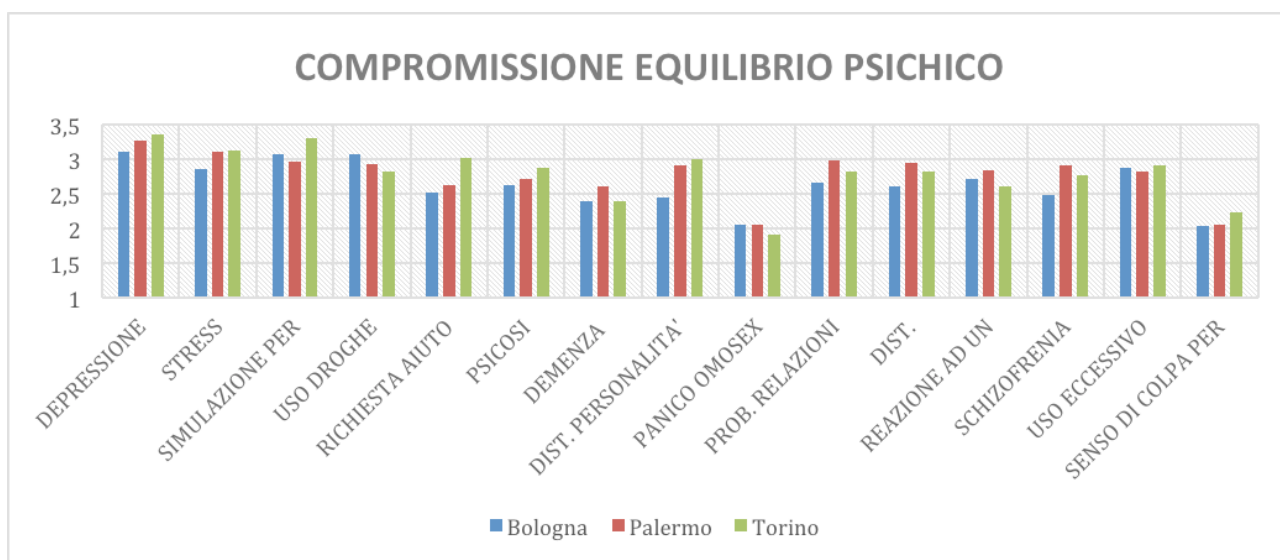
È stato possibile rintracciare quei fattori ascrivibili alle sindromi da carcerazione che, come si evince dal dato rilevato, richiamano nel soggetto sensazioni angosciose e opprimenti, spunti fobici, paura per incolumità fisica, insonnia, inappetenza, incapacità a gestire emotività e grave stato ansioso, richiesta di aiuto farmacologico, gesti autolesivi tali da configurare l'esperienza della carcerazione come uno stress psico-neuroendocrino. Sono di seguito riportati i grafici ottenuti dall'analisi dei questionari somministrati alle diverse professioni coinvolte nello studio.

POLIZIA PENITENZIARIA
“COMPROMISSIONE EQUILIBRIO PSICHICO”

Ai soggetti è stato chiesto di esprimere la propria opinione rispetto a ciò che ritengono possa essere causa di situazioni di estrema sofferenza nel detenuto tale da indurlo a gesti estremi quali autolesionismo, sciopero della fame o tentativi di suicidio. Lo strumento prevedeva la presenza di una serie di item (potenziali situazioni di disagio estremo) e a ciascuno di essi, il soggetto era chiamato ad esprimere il proprio parere avvalendosi di una scala Likert. Il campione della Polizia Penitenziaria ha risposto in maniera omogenea nei tre istituti identificando con un maggior grado d'accordo come fattori determinanti la compromissione dell'equilibrio psichico:

- 1) depressione**
- 2) stress da carcerazione;**
- 3) simulazione per fini giudiziari;**
- 4) uso droghe;**
- 5) psicosi;**
- 6) uso eccessivo di psicofarmaci.**

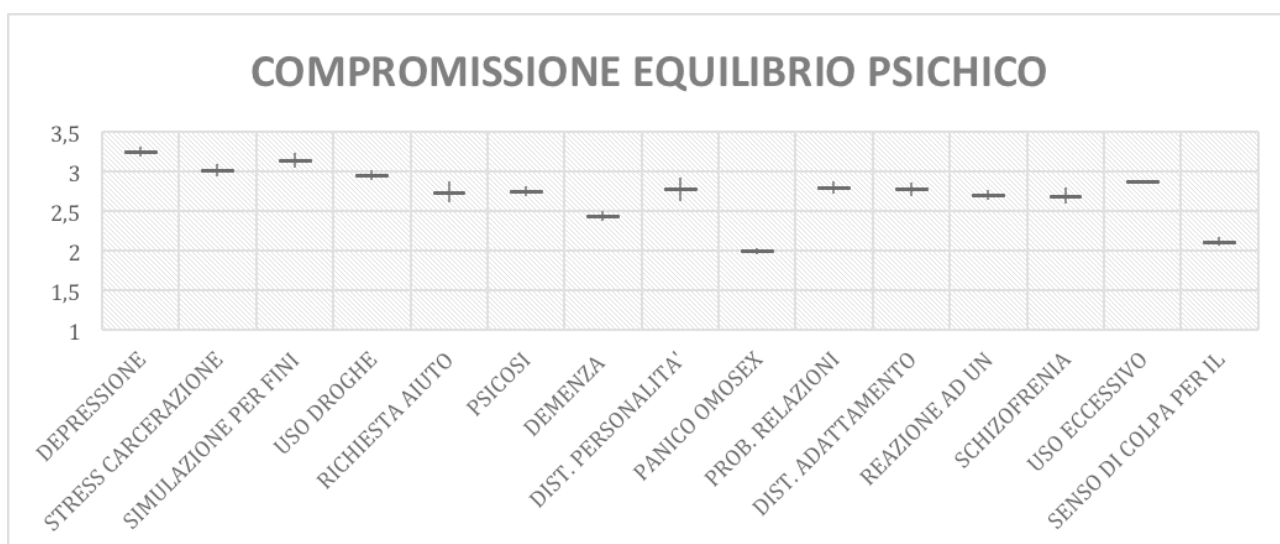
Trovano concordanza, seppur in percentuale più bassa **panico omosessuale e senso di colpa per il reato.**



Tab. 2.1

Y(ascissa): valori scala Likert

X(ordinata): Item

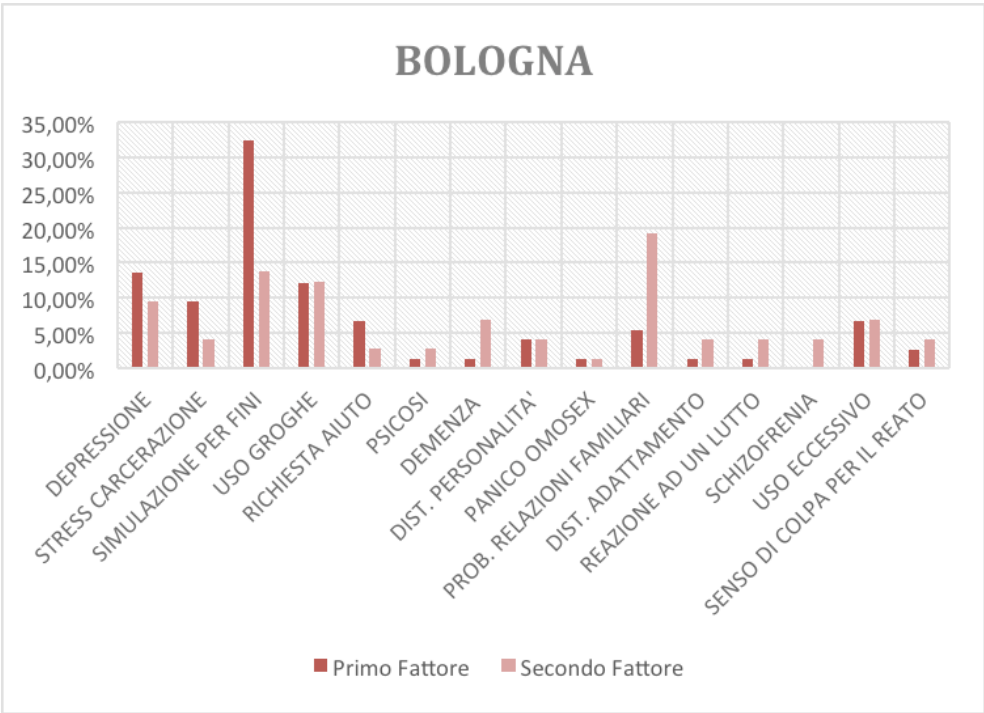


Tab. 2.2

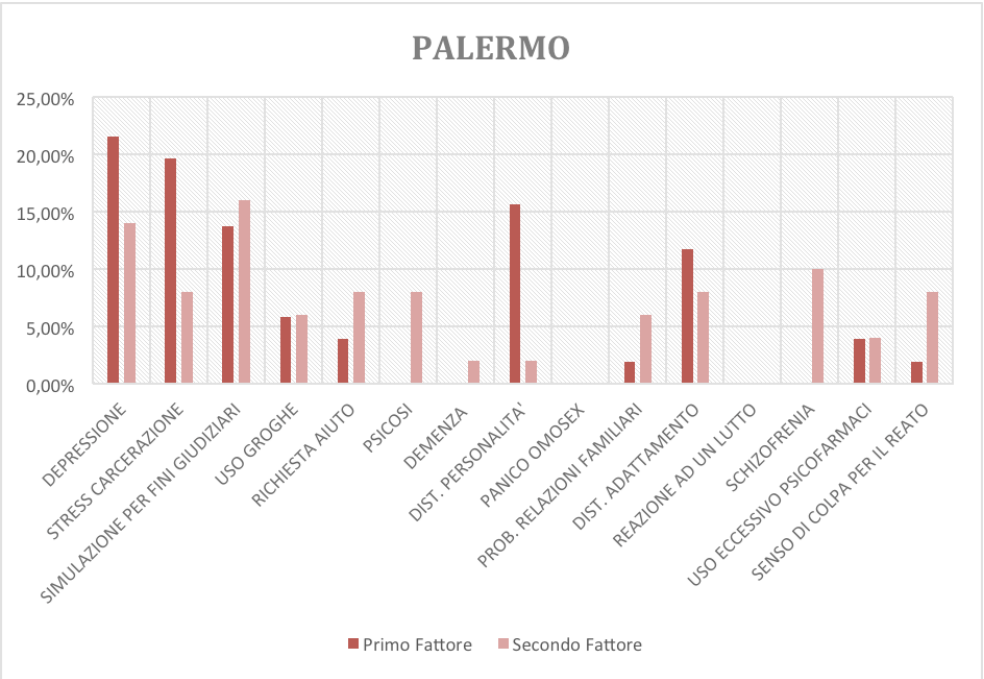
Y(ascissa): valori scala Likert

X(ordinata): Item

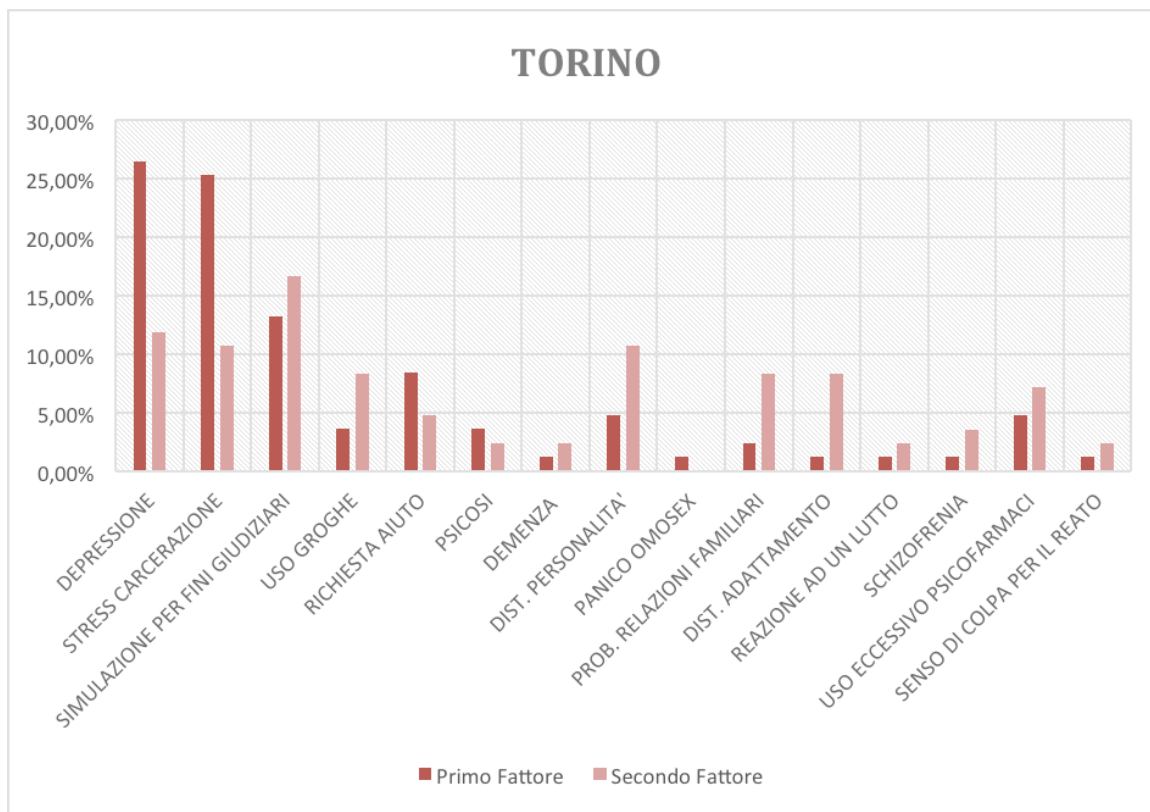
Si riporta di seguito il primo e il secondo fattore indicato per singolo istituto come espressione di disagio estremo



Tab. 2.3



Tab. 2.4



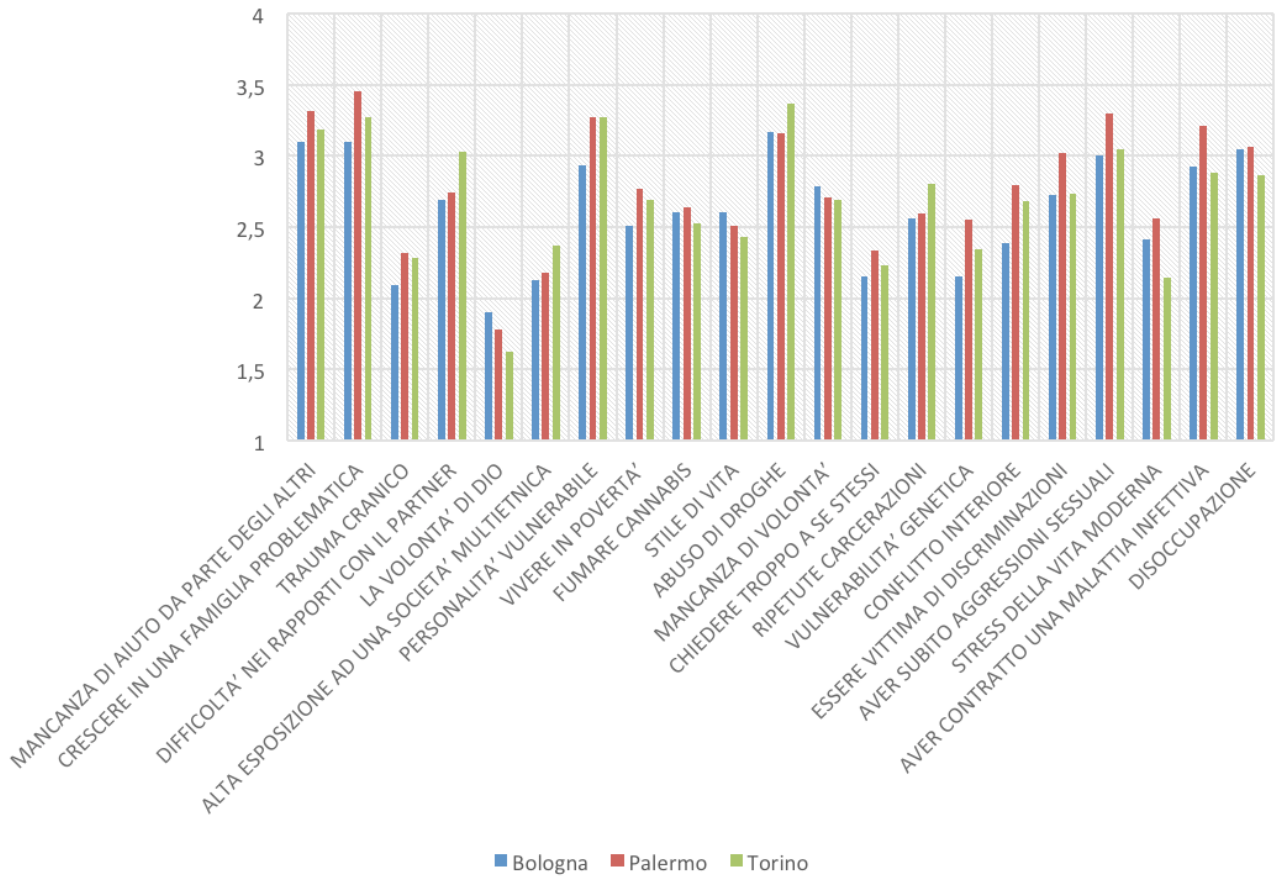
Tab. 2.5

POLIZIA PENITENZIARIA
“CONCAUSE CHE SOTTENDONO IL DISAGIO”

Ai soggetti è stato chiesto di esprimere la propria opinione rispetto a ciò che ritengono possa essere concausa di disagio. Lo strumento prevedeva la presenza di una serie di item (potenziali fattori di disagio) e da ciascuno di essi, il soggetto era chiamato ad esprimere il proprio parere avvalendosi di una scala Likert. Il campione della Polizia Penitenziaria ha espresso con un maggior grado d'accordo come fattori determinanti il disagio:

- 1) mancanza di aiuto da parte degli altri;***
- 2) crescere in famiglia problematica;***
- 3) personalità vulnerabile;***
- 4) uso di droghe;***
- 5) aver subito aggressioni sessuali;***
- 6) disoccupazione.***

FATTORI DI DISAGIO

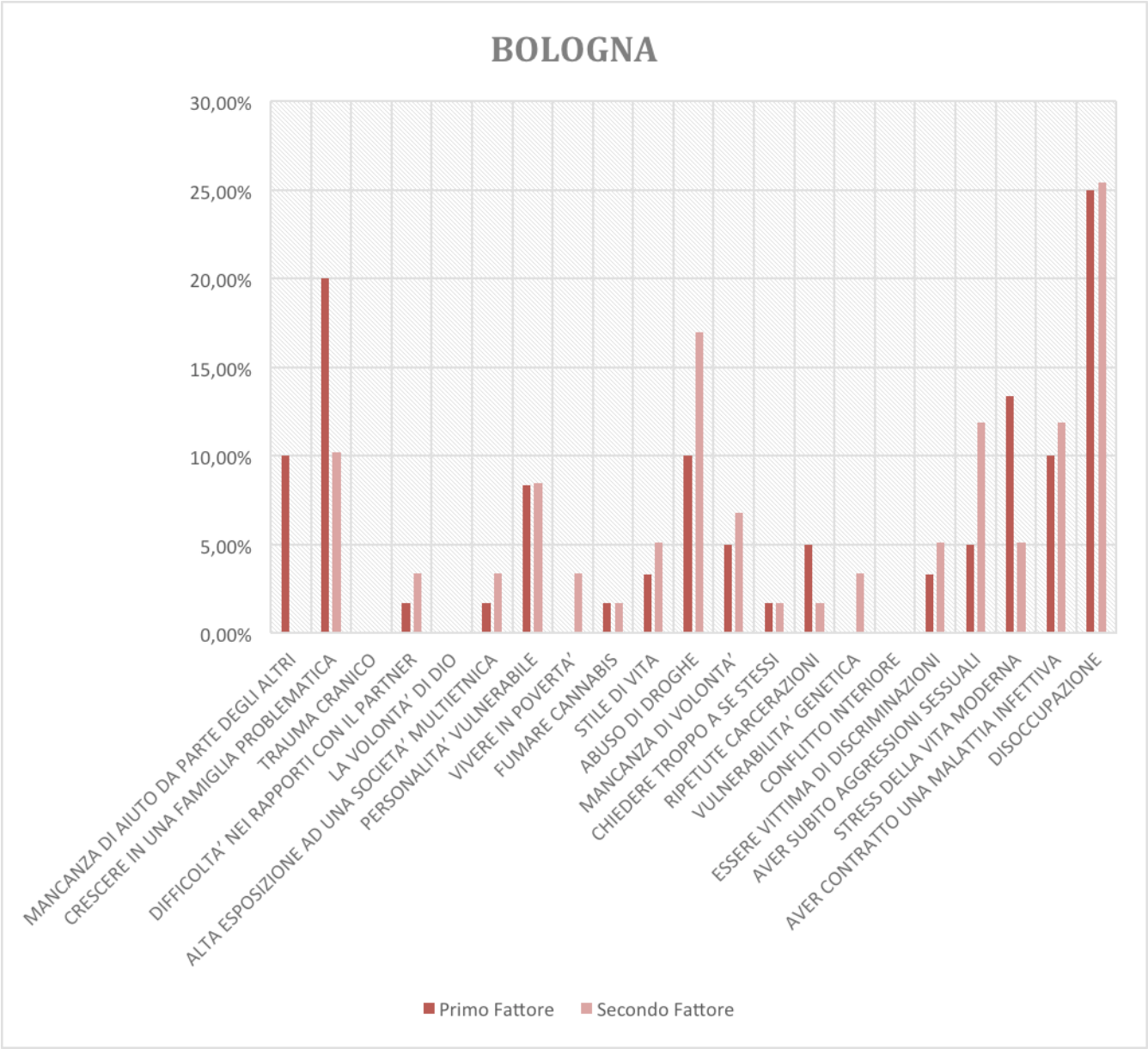


Tab. 2.6

Y(ascissa): valori scala Likert

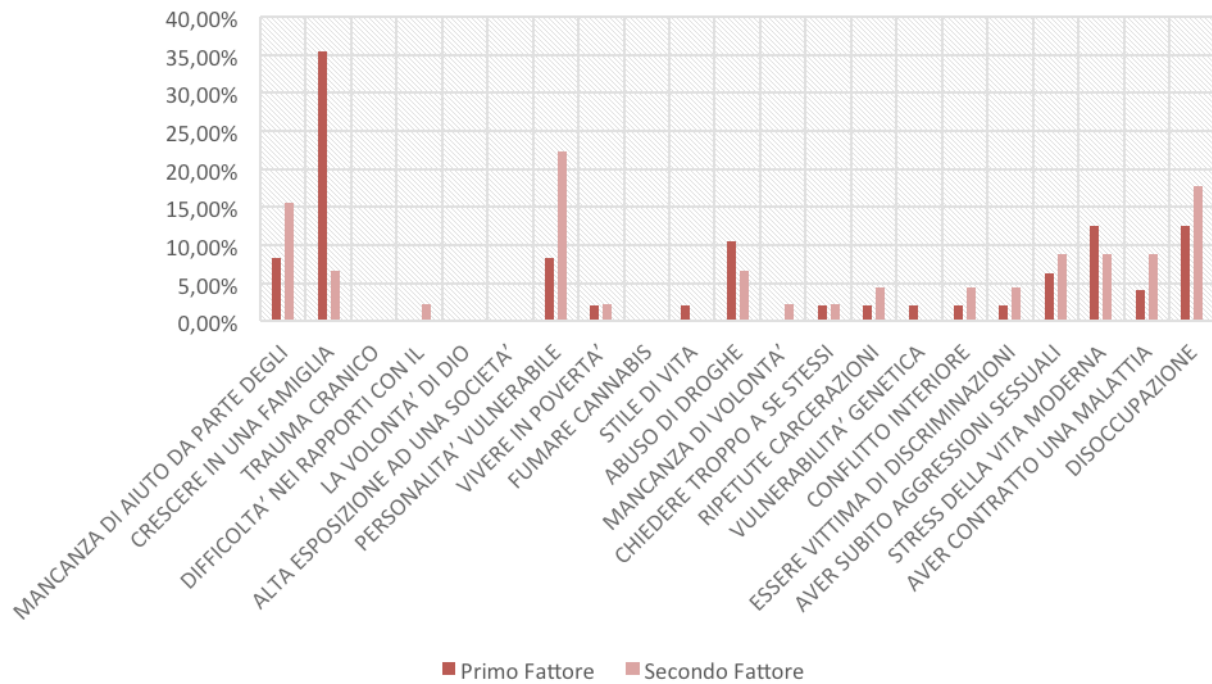
X(ordinata): Item

Si riporta di seguito il primo e il secondo fattore indicato come concausa che sottende il disagio psicopatologico.



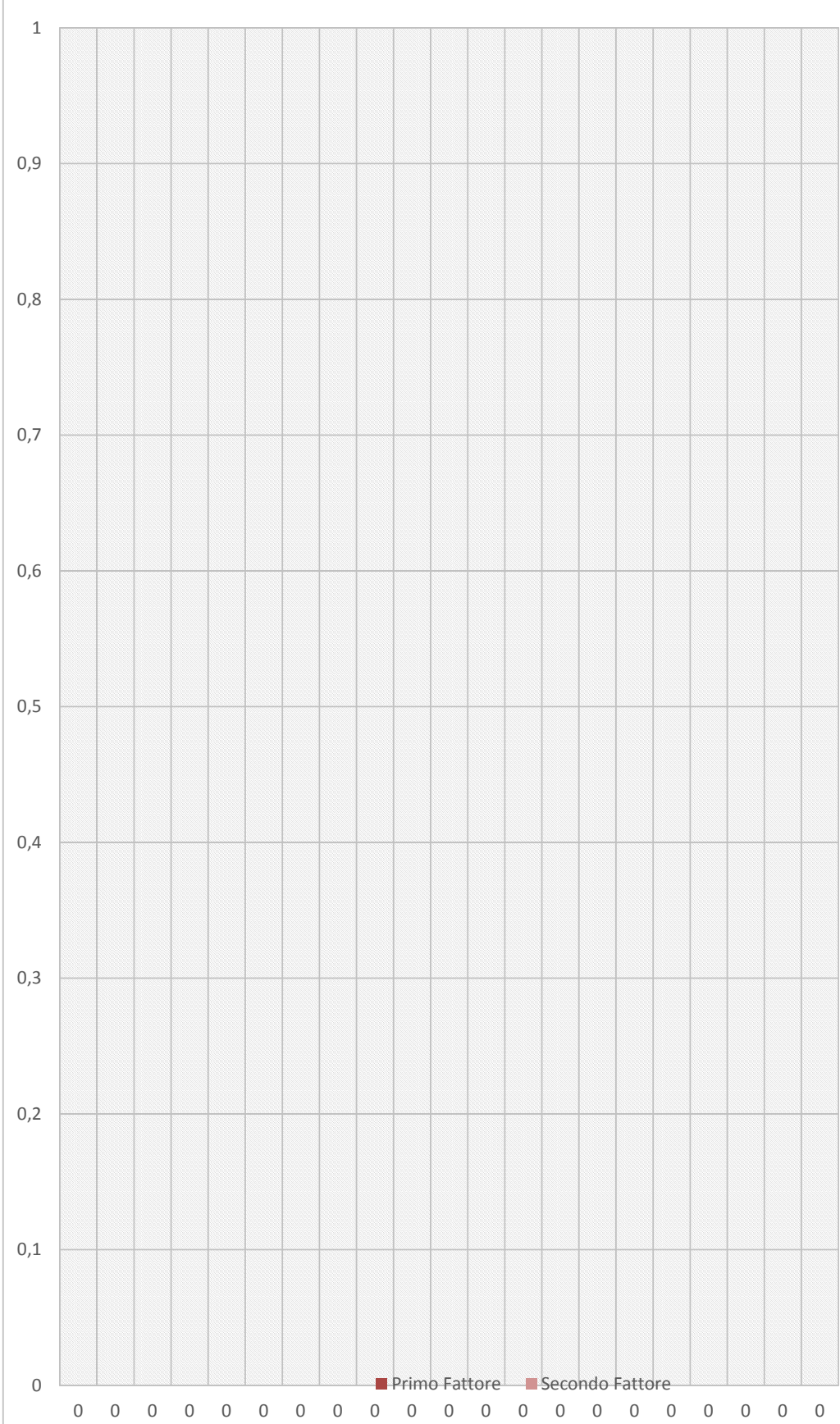
Tab. 2.7

PALERMO



Tab. 2.8

TORINO

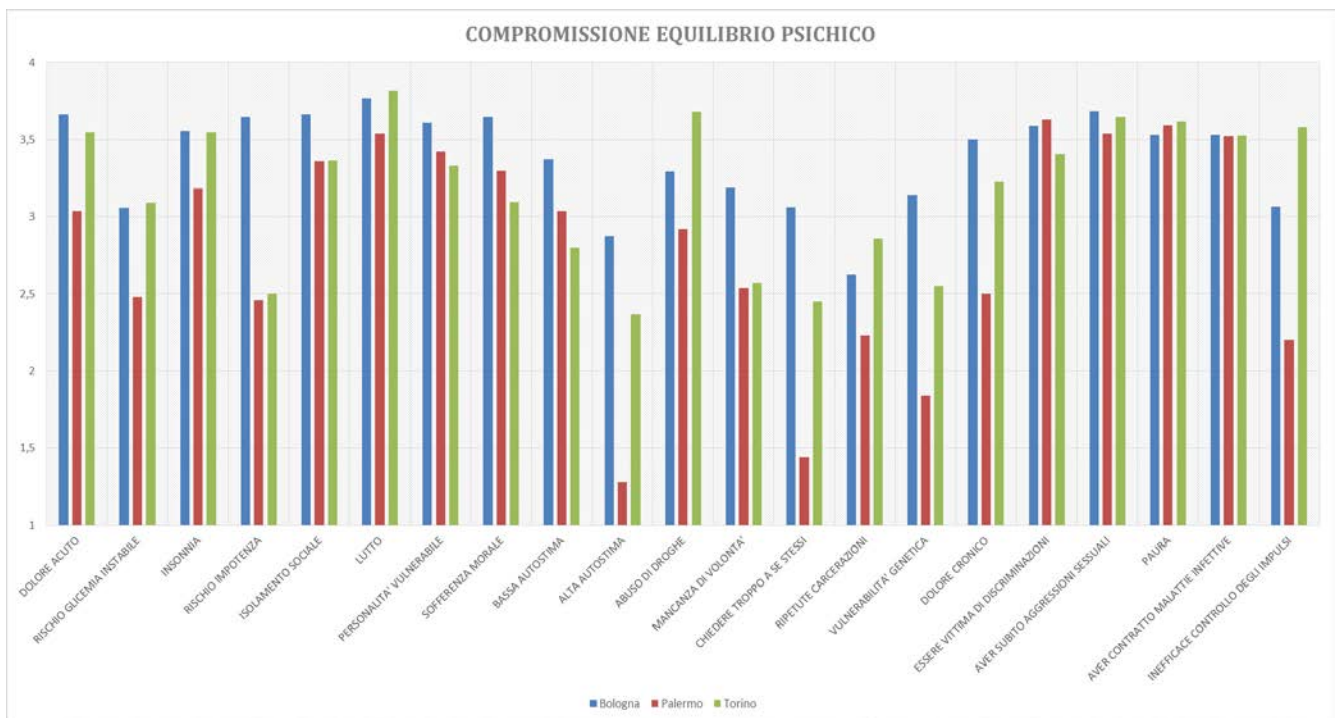


Tab. 2.9

INFERMIERI

“COMPROMISSIONE DELL’EQUILIBRIO PSICHICO”

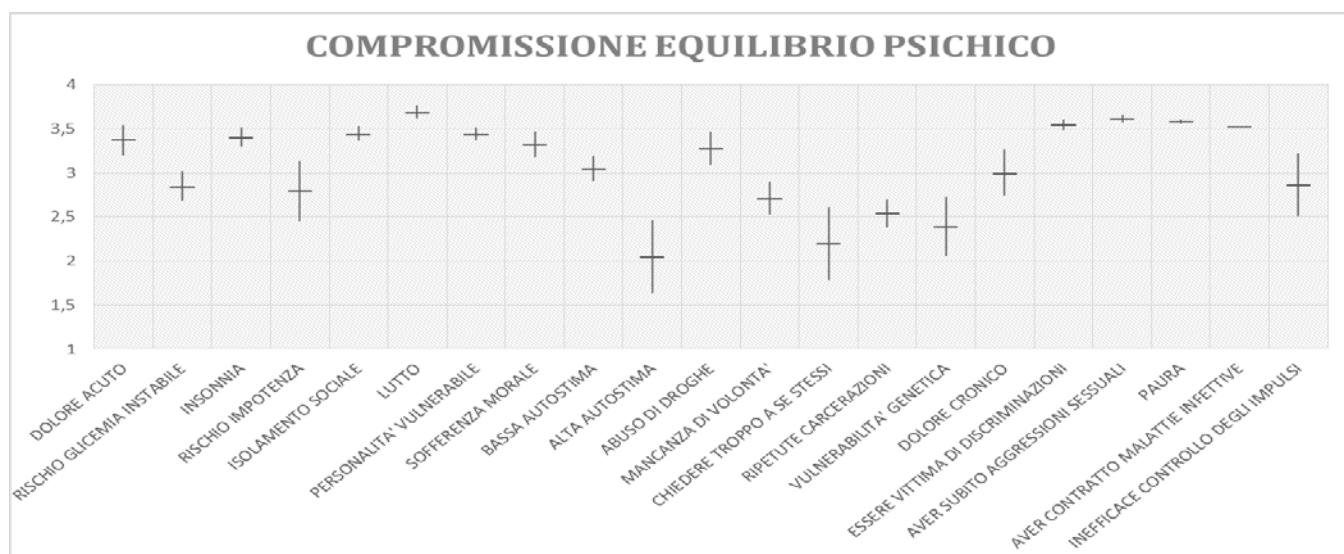
Ai soggetti è stato chiesto di esprimere la propria opinione rispetto a ciò che può compromettere grandemente l’equilibrio psichico di un individuo in regime di reclusione. Lo strumento prevedeva la presenza di una serie di item (potenziali fattori di disagio) e a ciascuno di essi il soggetto era chiamato ad esprimere il proprio parere avvalendosi di una scala Likert.



Tab. 2.10 Infermeri

Y(ascissa): valori scala Likert

X(ordinata): Item



Tab. 2.11 Infermieri

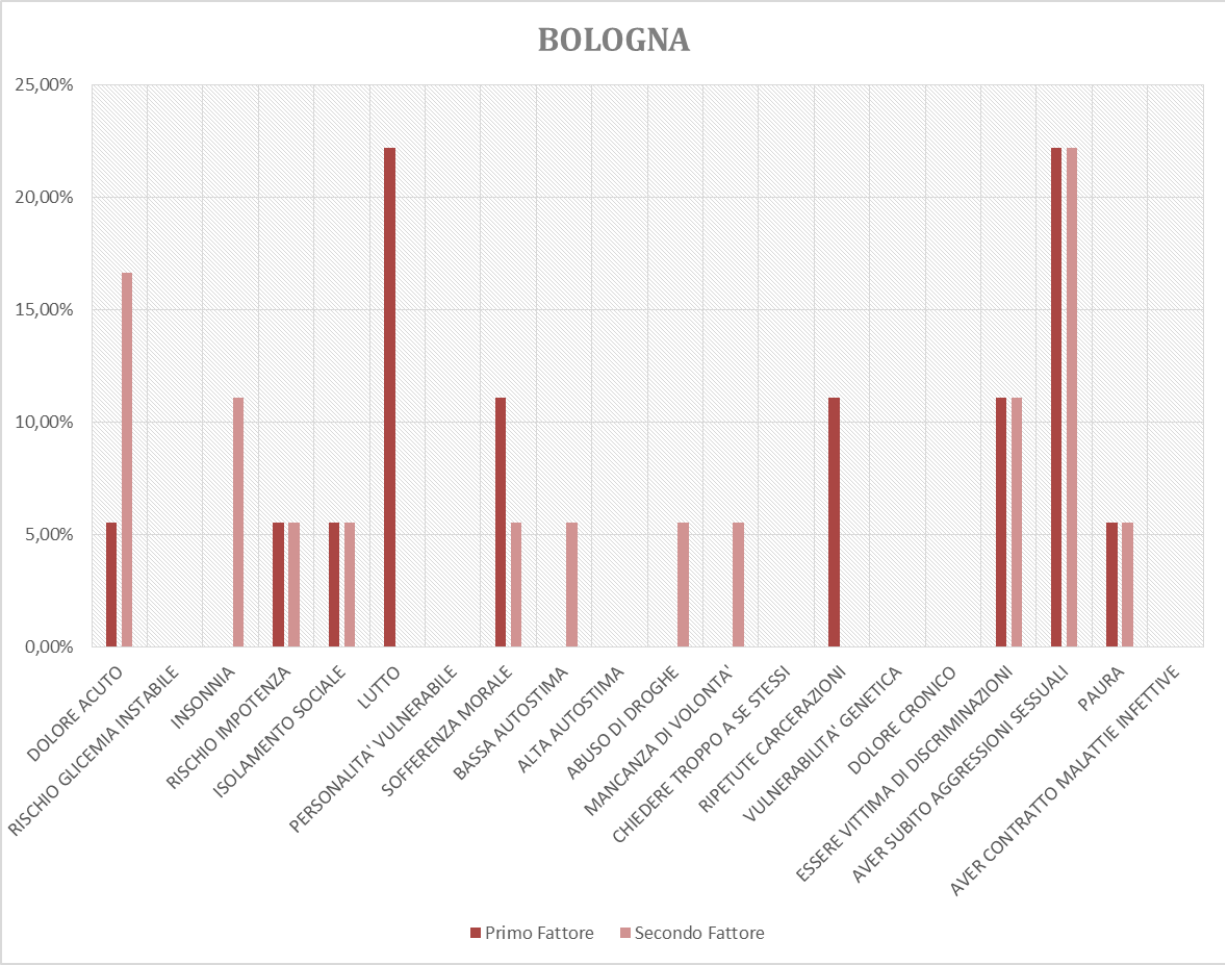
Y(ascissa): valori scala Likert

X(ordinata): Item

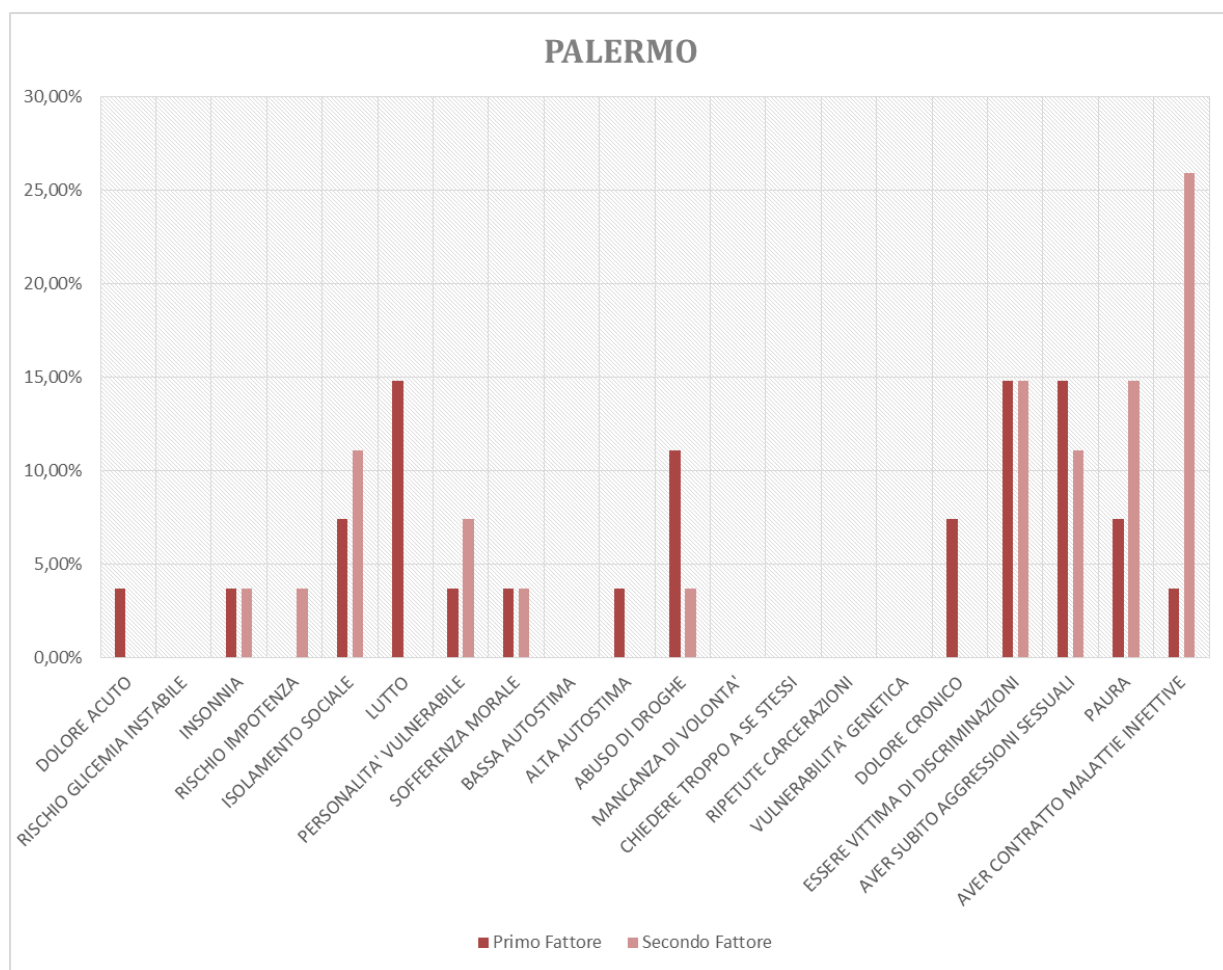
Il maggior grado di concordanza tra i 3 istituti si ha sui fattori:

- 1) Lutto;**
- 2) aver contratto malattie infettive;**
- 3) paura;**
- 4) aver subito aggressioni sessuali;**
- 5) essere vittima di discriminazioni.**

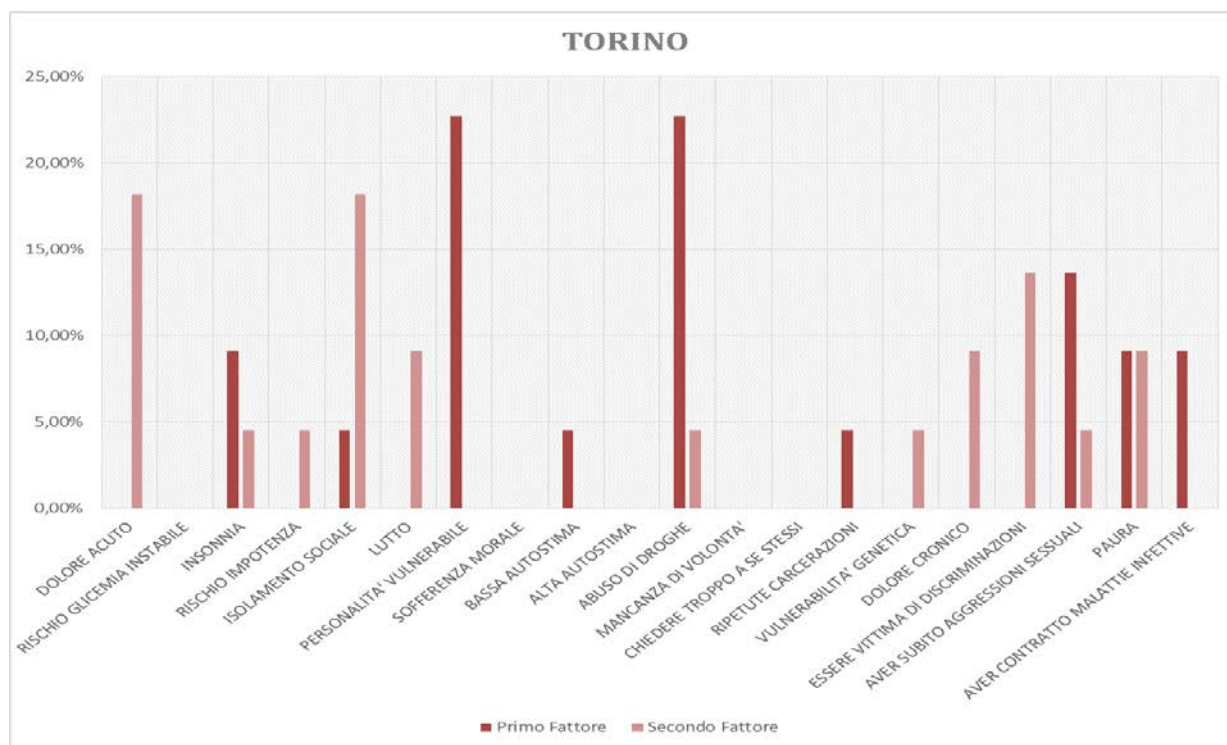
Si riporta di seguito il primo e il secondo fattore indicato come compromissione dell'equilibrio psichico



Tab. 2.12



Tab. 2.13



Tab. 2.14

A conclusione dell'analisi quantitativa caratterizzante questa area, è possibile tracciare una analisi organizzativa ma anche culturale, tale da orientare una migliore intercettazione e gestione dei casi affetti da disagio psichico.

Non è tanto il dato strumentale ed organizzativo che deve essere sottolineato, quanto quello umano e quello percettivo, che risulta trasformato in ragione dell'uscita da schemi rigidi circa l'agire dei rispettivi ruoli e funzioni. Il rintracciare il disagio psichico recluso e da reclusione, reattivo al vivere ristretti, si pone sempre più come una competenza collettiva, semmai da segnalare ad altri per aspetti specifico-professionali, ma la cui intercettazione riguarda tutti. Se da un versante sembrano aprirsi prospettive nuove da percorrere, volte a valorizzare l'esistente "interno" ed "esterno", in una attività di interazione-integrazione tra i servizi e le diverse professionalità, consentendo così un miglior strumento "diagnostico-prognostico" quale rete di supporto all'individuo in difficoltà, dall'altro, non ci si può sottrarre al forte senso di frustrazione degli operatori, a fronte della percezione di un lavoro fortemente imperfetto, non dotato di valenza strategica, ma frutto vetusto di pseudo saperi. L'intervento dello psicologo, quale ancora di "salvezza" del paziente/detenuto e del sistema di rete, si pone come un miraggio nel deserto, stante al conteggio nazionale delle risorse che si attesta su numeri risibili ed insufficienti.

L'area che indaga la "compromissione dell'equilibrio psichico" è una della parti decisamente complessa da affrontare, in quanto i meccanismi interiori o processi psichici dell'uomo, sono una realtà di difficile valutazione e non possono essere oggettivati. Una meticolosa analisi ha permesso di individuare quelli che, secondo la Polizia Penitenziaria, sono i fattori che compromettono l'equilibrio psichico in regime di reclusione.

È doverosa una premessa che vuole sottolineare l'importanza di rivolgere tale quesito ad una figura professionale che non ha, se non per interesse personale, una formazione al riguardo, ma che si presta bene ad indagare tale costrutto, in quanto l'agente di polizia penitenziaria che opera in carcere, è chiamato ad essere in contatto con il detenuto, talvolta anche 24/24 h. Il mandato della polizia penitenziaria è quello di garantire la sicurezza, ma ciò non esclude che entrino in moto meccanismi riferiti alla sensibilità personale e che permettono,

quindi, di estrapolare attraverso la lettura del dato, la percezione sul disagio vissuto da coloro che sono reclusi. Difatti le attese non sono state deluse e il campione della polizia penitenziaria da noi esaminato, ha permesso di fare un'analisi puntuale che, attribuisce un valore aggiunto al mero dato statistico. Si configura così la catena del disagio ed ogni singolo anello viene rappresentato dai diversi fattori emersi dall'analisi. Nella fattispecie, la "depressione" (primo fattore) che emerge, viene inteso come quello stato psicologico che spiega e si coniuga bene con uno stato di stress (secondo fattore), dovuto alla carcerazione e, che può tramutarsi, in una reazione difensiva che porta il detenuto a mettere in atto delle "simulazioni per fini giudiziari" (terzo fattore).

In quest'ottica non sorprende il dato che mostra come "l'uso eccessivo di droghe" sia ritenuto come elemento che può compromettere grandemente l'equilibrio psichico. Da un lato tutti questi fattori sembrano sottostare alla logica dello stato di carcerazione del detenuto, ma la realtà sommersa, che sta alla logica del percepito, fa emergere il "panico omosessuale", fattore che risulta dissonante, se considerato nella catena del disagio da carcerazione. Se accostato, però, alla parte più intima del detenuto, non risulta difficile immaginare come la promiscuità sessuale e i bisogni primordiali dell'uomo contrastano con il vissuto del recluso, che si trova a perdere ogni tipo di libertà, rendendolo vulnerabile a qualsivoglia forma di appagamento dei suoi bisogni. Restando in questa ottica, non meraviglia in ultimo, "il senso di colpa per il reato commesso", che rappresenta la fine e allo stesso tempo, l'inizio della catena del disagio.

Ulteriore conferma di quanto suddetto, si trova nelle "concause che sottendono il disagio psichico", che delineano, perciò, una nuova chiave di lettura, ma con lo stesso comune denominatore. Ciò che emerge è la percezione del disagio mentale del detenuto che la polizia penitenziaria avverte e che fornisce dei segnali da cogliere, per proiettare i dati emersi e farli confluire in progetto che renda più innovativo e sostenibile l'intervento riabilitativo in carcere.

3. RILIEVI SULLE STRATEGIE DI INTERVENTO

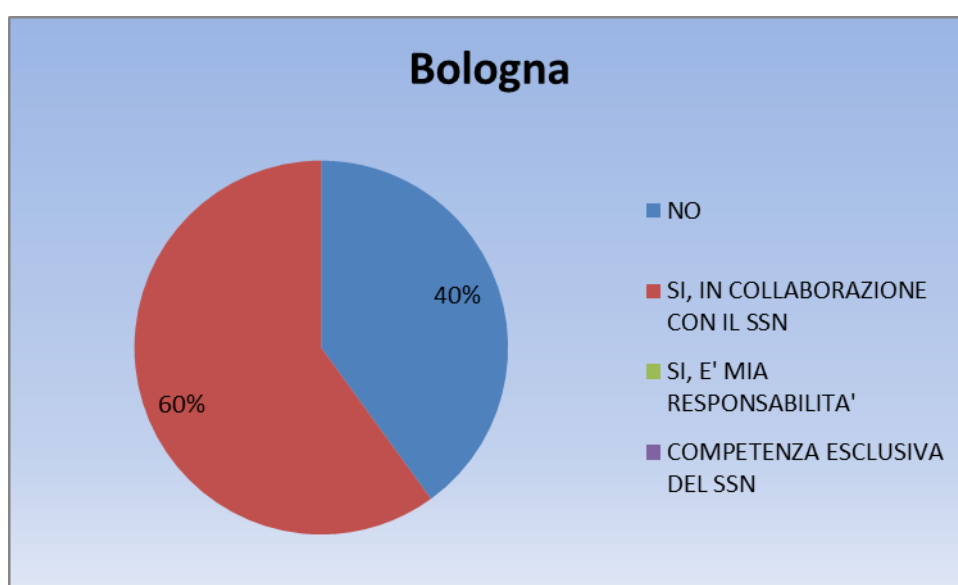
Questa sezione della nostra ricerca è ovviamente di grande importanza, rispetto anche alla precedente, che è servita come cornice per ogni riferimento e correlazione.

E' importante non solo perché ci permetterà di vedere, sull'esperienza degli intervistati, quelli che sono i punti di forza del sistema, c.d. "buone prassi", ma anche quelli che possono essere riconosciuti come nodi conflittuali e di fragilità nella presa in carico del soggetto affetto da disturbo mentale, così come portato in evidenza nella sezione precedente.

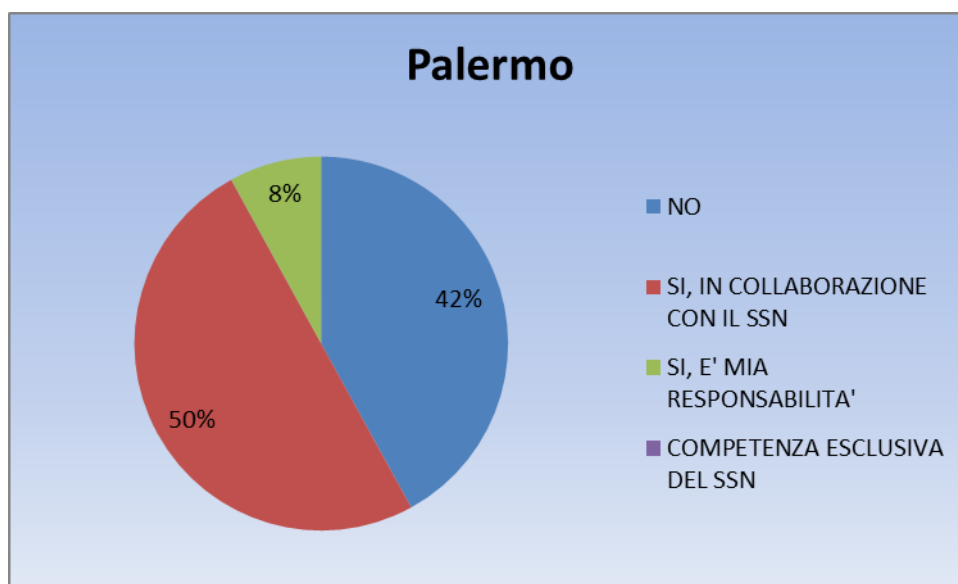
Dalla valutazione dei dati rilevati, bisogna ammettere che il paradigma della cura del disagio psichico è ancora lontano dal sistema carcerario, non solo in tema di bisogni di salute mentale, ma anche nell'attesa di offrire uno strumento operativo e di orientamento.

EDUCATORI

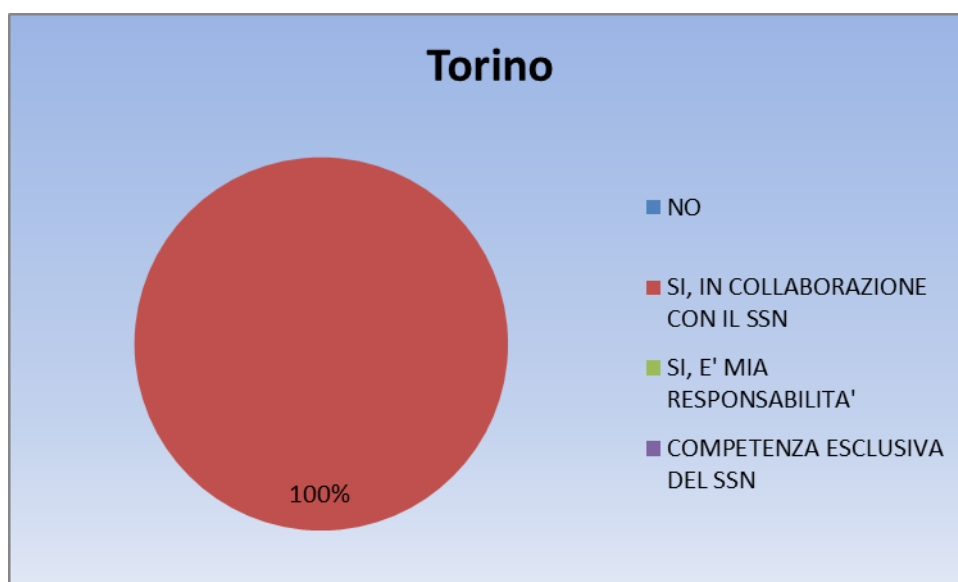
"SITUAZIONE OTTIMALE DA PARTE DELL'ISTITUTO PER LA PRESA IN CARICO DEL DISAGIO DEL DETENUTO"



Tab. 3.1

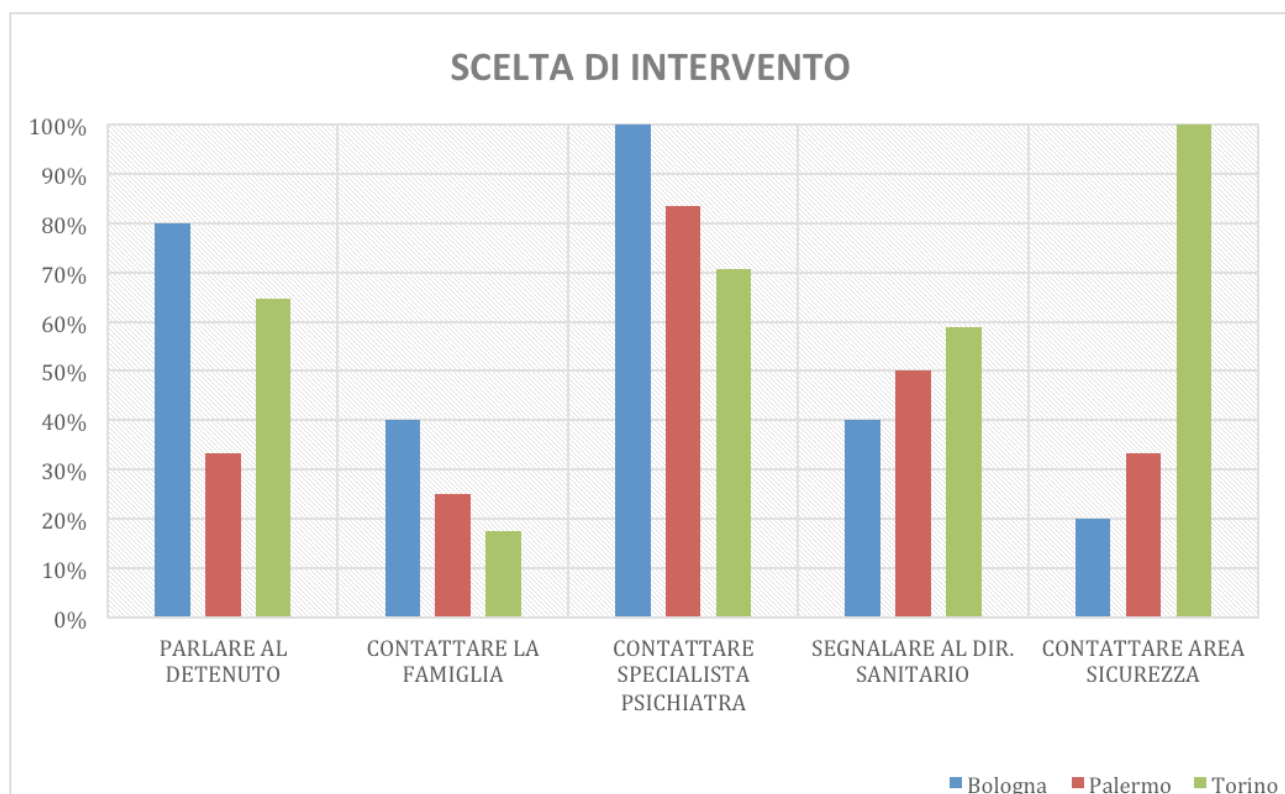


Tab. 3.2



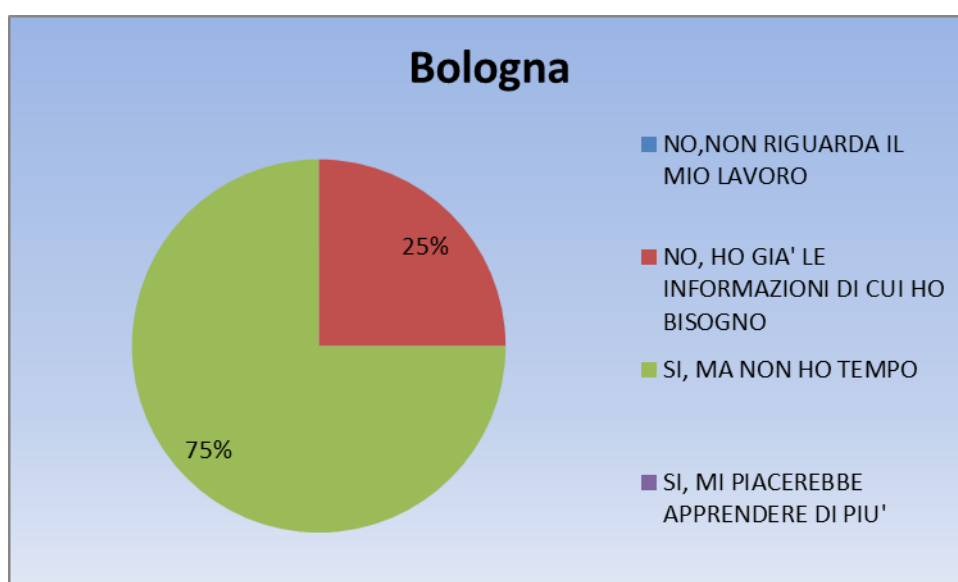
Tab. 3.3

“SCELTA INTERVENTO PER LA PRESA IN CARICO DI UN DETENUTO CHE STA SVILUPPANDO UN QUADRO PSICOPATOLOGICO”

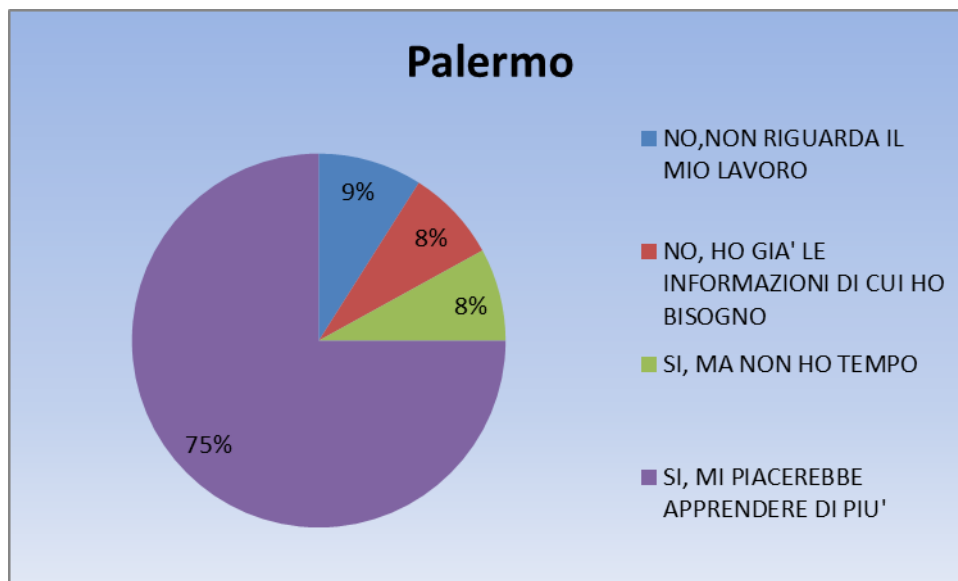


Tab. 3.4

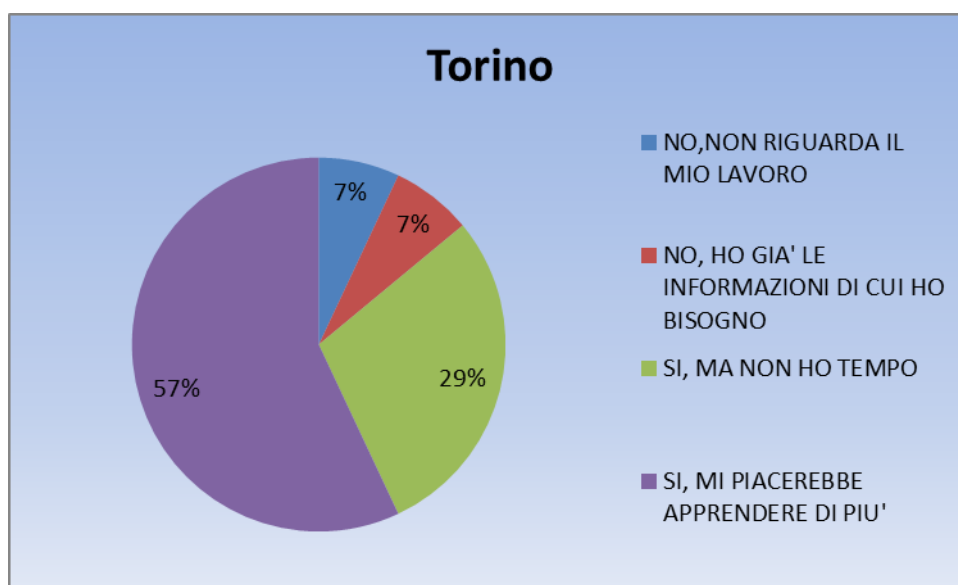
“UTILITÀ AGGIORNAMENTI SUL DISAGIO PSICHICO”



Tab. 3.5



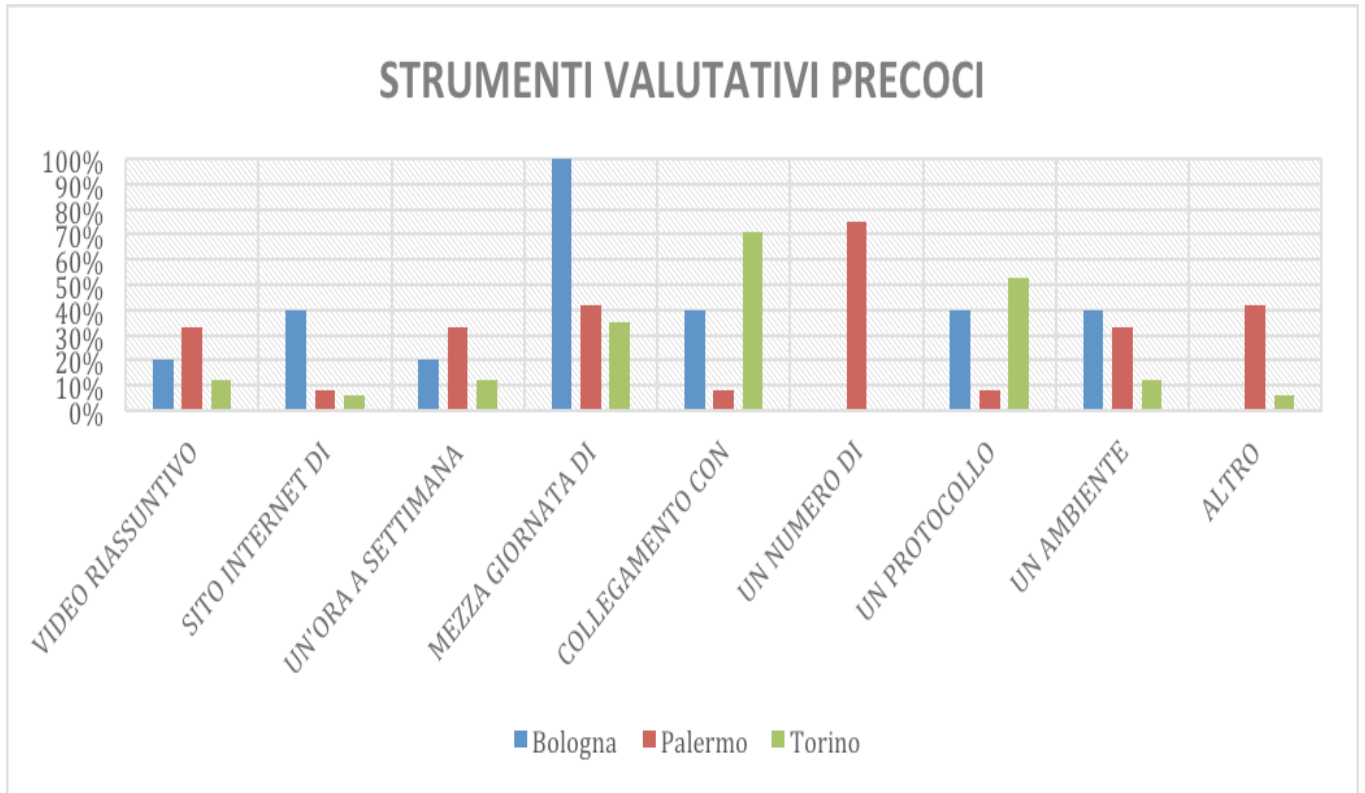
Tab. 3.6



Tab. 3.7

“STRUMENTI VALUTATIVI PRECOCI”

Ai soggetti è stato chiesto di esprimere la propria opinione rispetto a quali strumenti riterrebbero utili introdurre per individuare precocemente la malattia mentale. Lo strumento prevedeva la presenza di una serie di opzioni (potenziali strumenti diagnostici) tra cui il soggetto poteva scegliere uno/o più di essi.



Tab. 3.8

Emerge che i fattori che hanno ottenuto un maggior grado di accordo, sono:

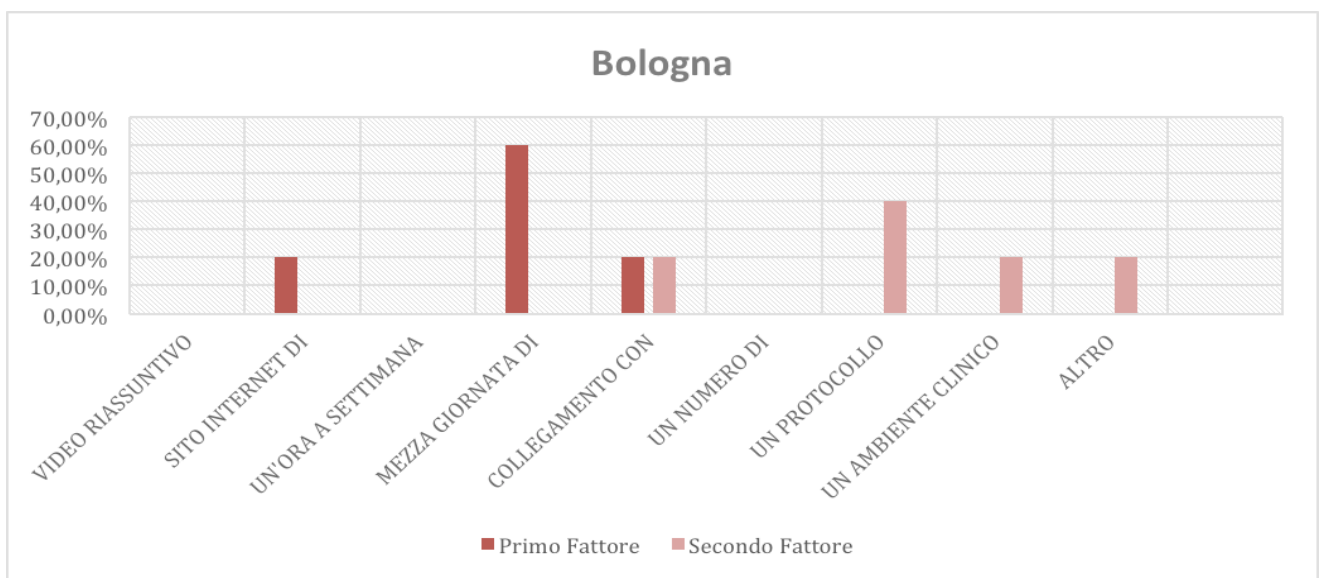
- ***Mezza giornata di training per imparare a riconoscere il disagio mentale;***
- ***Video riassuntivo sulla malattia mentale.***

“STRUMENTI DIAGNOSTICI PRECOCI”

Ai soggetti era stato richiesto di indicare quali strumenti ritenessero utili al fine di individuare precocemente la malattia mentale scegliendo tra i seguenti item:

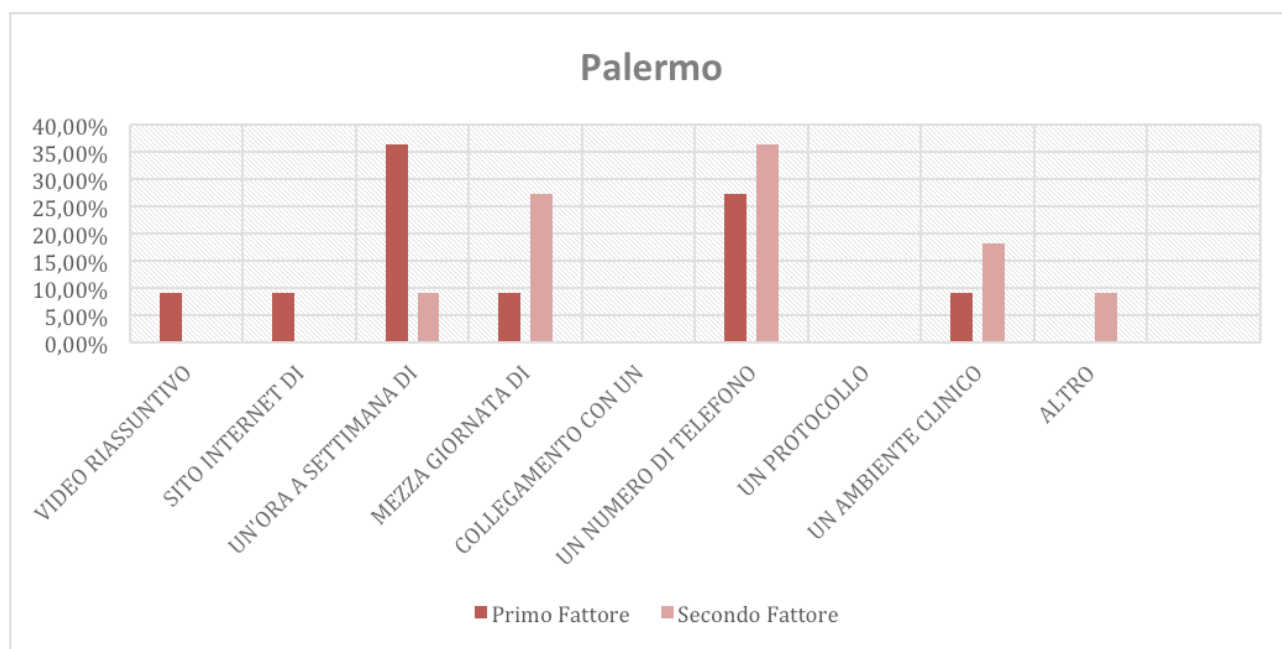
- 1) Un video riassuntivo sulla malattia mentale e su dove chiedere aiuto;
- 2) Un sito internet che aiuti alla pianificazione del miglior percorso di tutela e invio del paziente/detenuto;
- 3) Un'ora di training a settimana per imparare a riconoscere i disturbi psichiatrici correlati ad agiti aggressivo-violenti;
- 4) Mezza giornata di training per imparare cosa fare nella condivisa gestione del detenuto affetto da disagio mentale;
- 5) Un collegamento con un professionista che abbia specifiche competenze sulla psicopatologia;
- 6) Un numero di telefono;
- 7) Un protocollo informativo;
- 8) Un ambiente clinico accogliente.

“PRIMO E SECONDO FATTORE”



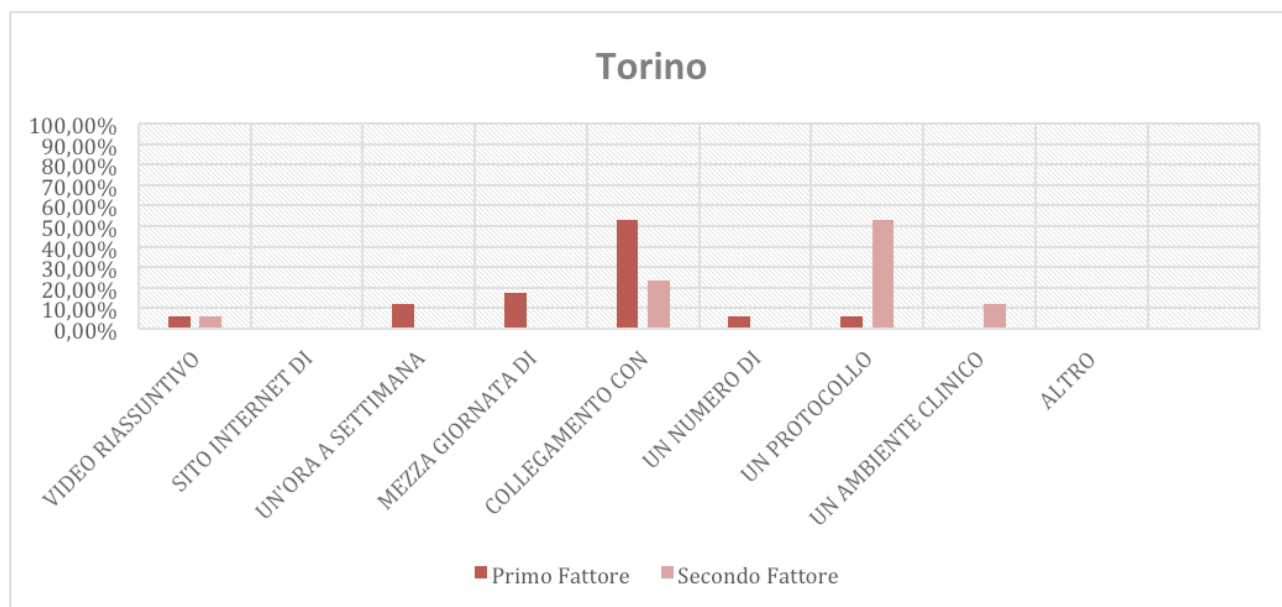
Tab. 3.9

- Dalla lettura dell'istogramma emerge come il primo fattore utile alla diagnosi precoce: **“mezza giornata di training”**. Il secondo fattore ritenuto utile è: **“un protocollo informativo”**.



Tab. 3.10

- Dalla lettura dell'istogramma emerge come il primo fattore utile alla diagnosi precoce: **“un'ora a settimana di training”**. Il secondo fattore ritenuto utile è: **“un numero di telefono”**.



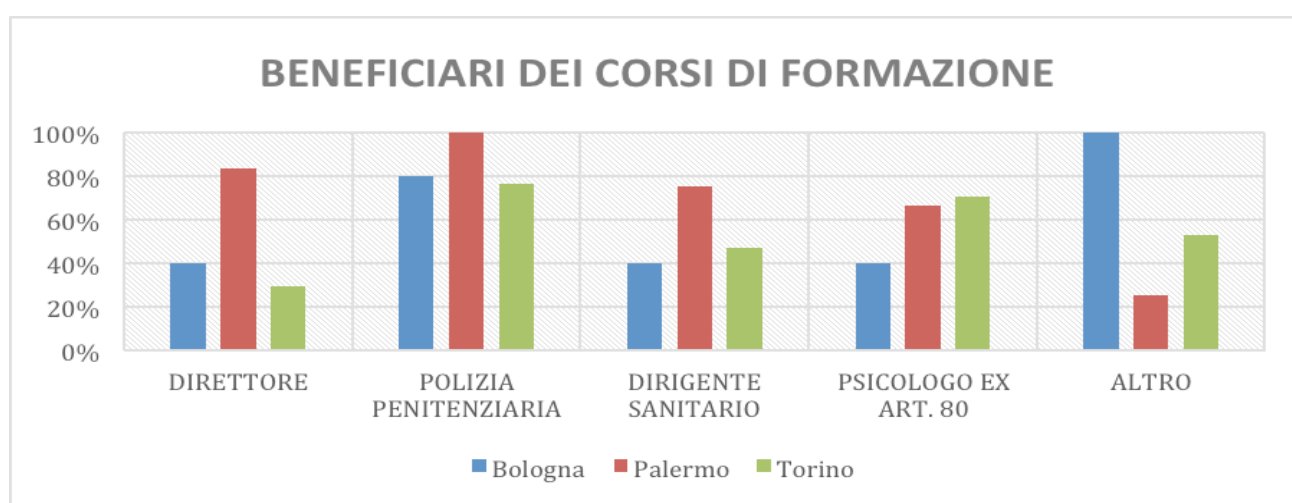
Tab. 3.11

- Dalla lettura dell'istogramma emerge come il primo fattore utile alla diagnosi precoce: **“un collegamento con un professionista con competenze sulla psicopatologia”**. Il secondo fattore ritenuto utile è: **“un protocollo informativo”**.

“BENEFICIARI AGGIORNAMENTI”

Ai soggetti è stato chiesto di esprimere la propria opinione rispetto a quali professioni all'interno dell'istituto penitenziario trarrebbero giovamento da corsi di formazione.

Dalla lettura del grafico emerge che la figura che si ritiene che possa maggiormente trarre maggiore beneficio da un corso di formazione è: **“Polizia Penitenziaria”**.



Tab. 3.12

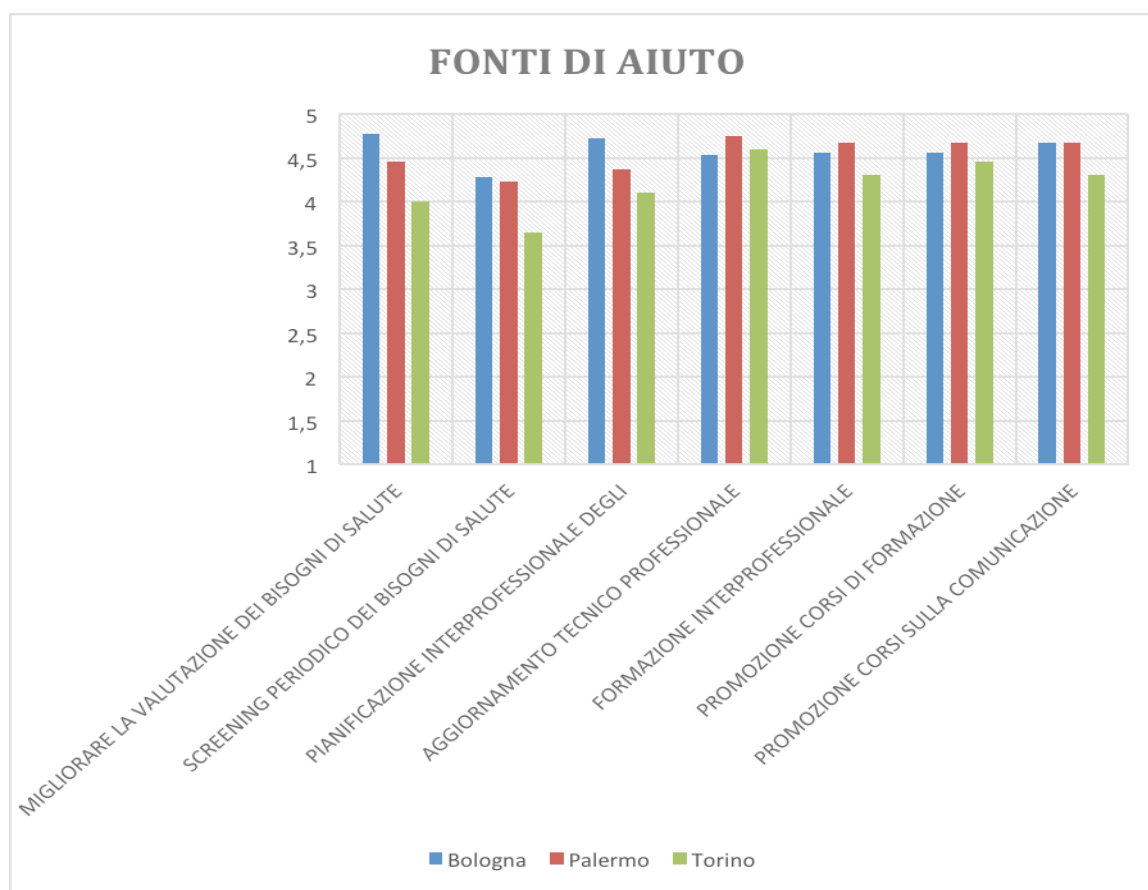
INFERMIERI

“FONTI D’AIUTO”

Ai soggetti è stato richiesto di esprimere la propria opinione rispetto a quali potrebbero essere le fonti di aiuto, attivabili all'interno dell'Istituto Penitenziario. Lo strumento prevedeva la presenza di una serie di item (potenziali fonti di aiuto) e da ciascuno di essi, il soggetto era chiamato ad esprimere, avvalendosi di una scala Likert, il proprio parere.

Emerge che i fattori che hanno ottenuto un maggior grado di accordo tra i tre Istituti, sono:

- **Aggiornamento Tecnico Professionale;**
- **Promozione corsi di formazione;**
- **Formazione Interprofessionale;**
- **Promozione di corsi sulla comunicazione.**



Tab. 3.13

Y(ascissa): valori scala Likert

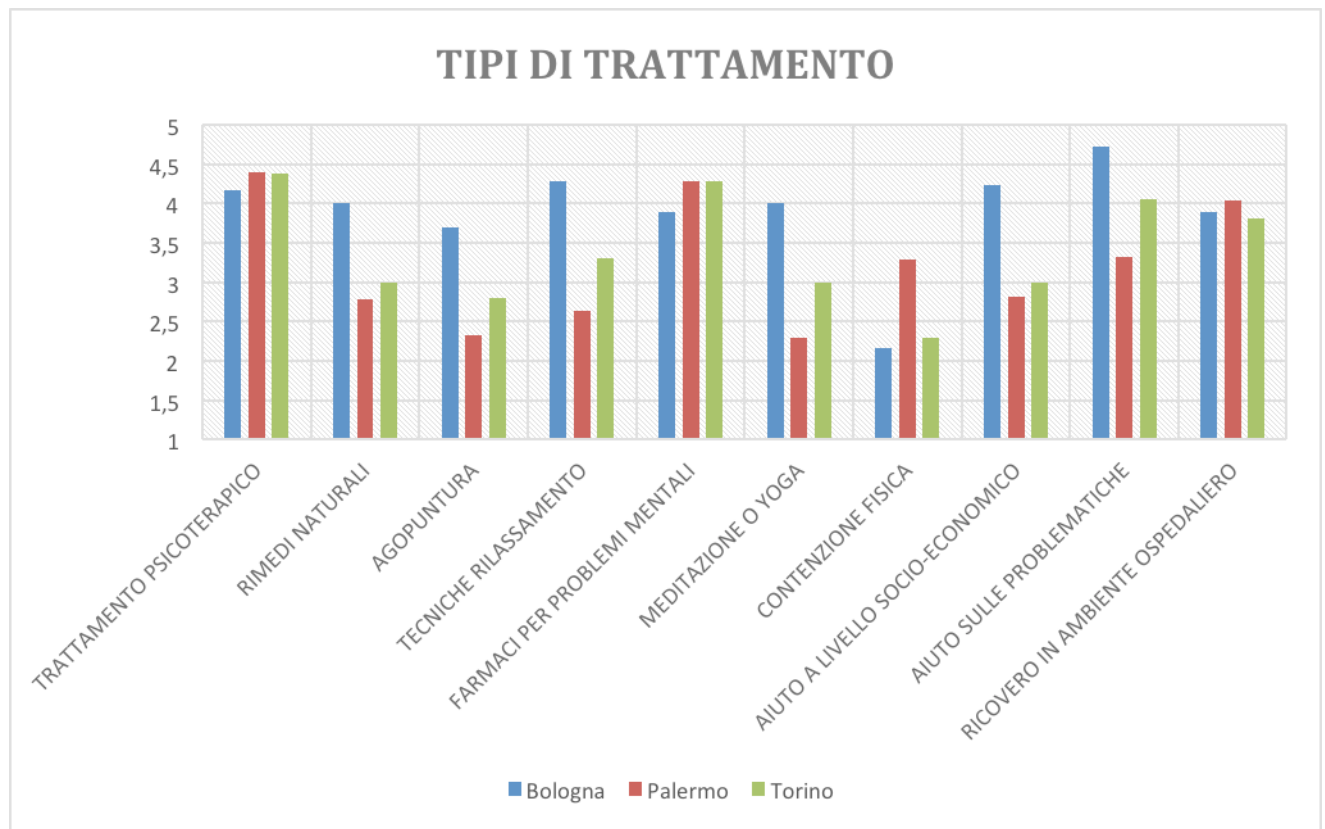
X(ordinata): Item

“TIPI DI TRATTAMENTO”

Ai soggetti è stato richiesto di esprimere la propria opinione rispetto a quali potrebbero essere i tipi di trattamento, attivabili all'interno dell'Istituto Penitenziario, per il contenimento del disagio psichico. Lo strumento prevedeva la presenza di una serie di item (potenziali tipi di trattamento) e da ciascuno di essi, il soggetto era chiamato ad esprimere, avvalendosi di una scala Likert, il proprio parere.

Emerge che i fattori che hanno ottenuto un maggior grado di accordo tra i tre Istituti, sono:

- ***Trattamento Psicoterapico;***
- ***Ricovero In Ambito Ospedaliero.***



Tab. 3.14

Y(ascissa): valori scala Likert

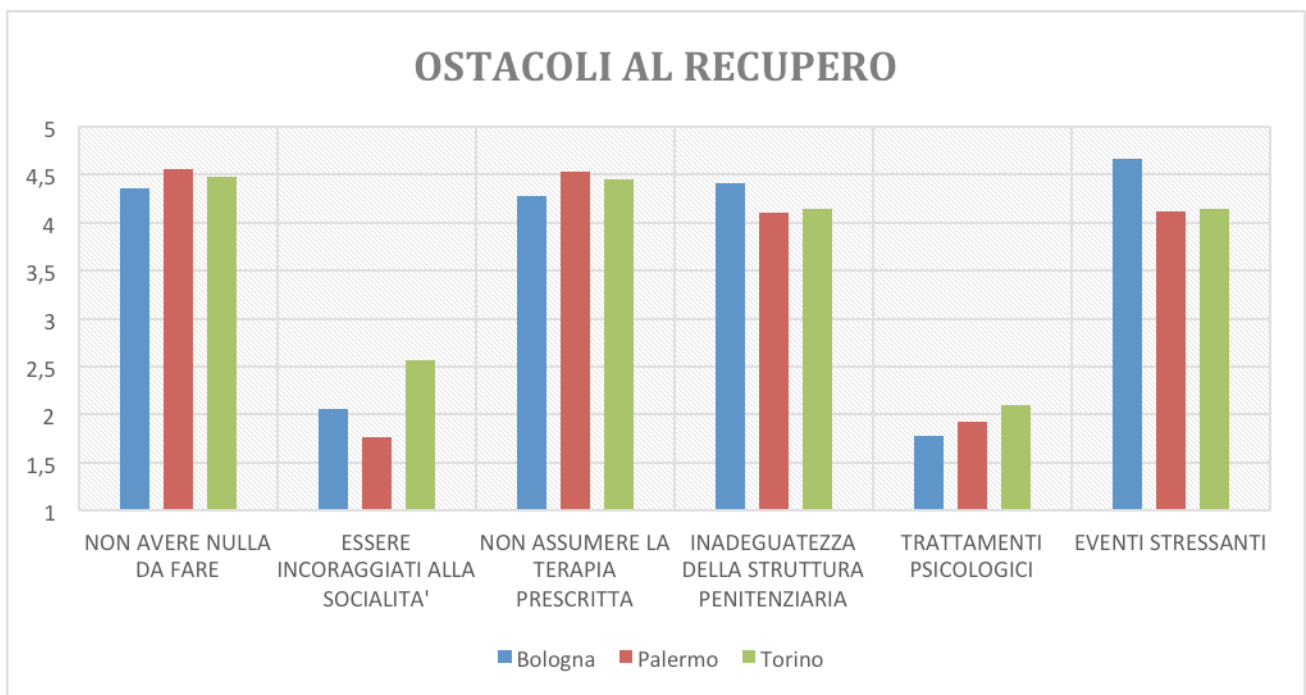
X(ordinata): Item

“OSTACOLI AL RECUPERO PSICHICO”

Ai soggetti è stato chiesto di esprimere la propria opinione rispetto a ciò che può ostacolare il recupero in un soggetto affetto da disagio psichico in regime di reclusione. Lo strumento prevedeva la presenza di una serie di item (potenziali ostacoli al recupero psichico) e da ciascuno di essi, il soggetto era chiamato ad esprimere, avvalendosi di una scala Likert, il proprio parere.

Emerge che i fattori che hanno ottenuto un maggior grado di accordo tra i tre Istituti, sono:

- ***Non assumere la terapia prescritta;***
- ***Non avere nulla da fare;***
- ***Inadeguatezza della struttura penitenziaria;***
- ***Eventi stressanti.***



Tab. 3.15

Y(ascissa): valori scala Likert

X(ordinata): Item

SANITARI

“STRATEGIE DI INTERVENTO SOGGETTI GIÀ NOTI AL DSM”

Ai soggetti è stato richiesto di esprimere la propria opinione rispetto alle strategie di intervento adottate a fronte di un episodio di autolesionismo o tentato suicidio reattivo alla prima carcerazione. Lo strumento prevedeva la presenza di una serie di item (potenziali strategie di intervento) tra cui il soggetto poteva scegliere uno più di essi.

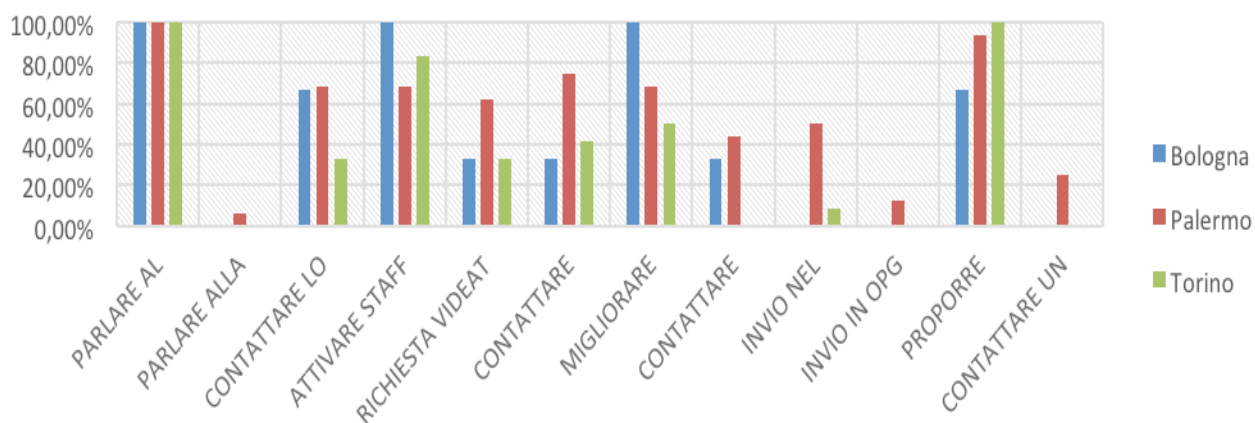
Gli item proposti erano:

- 1) Parlare direttamente al detenuto;
- 2) Parlare alla famiglia;
- 3) Contattare lo psicologo per profilo di personalità e colloqui clinici;
- 4) Attivare lo staff multidisciplinare per sostegno;
- 5) Richiesta di videat psichiatrico;
- 6) Contattare il servizio di salute mentale che già conosce la persona;
- 7) Migliorare l'offerta farmacologica;
- 8) Contattare il reparto per osservazione psichiatrica di cui all'art. 112 D.P.R. 230/00;
- 9) Proporre l'invio in reparti per osservazione psichiatrica di cui all'art. 112 D.P.R. 230/00;
- 10) Proporre l'invio in O.P.G. art. 222 C.P.;
- 11) Proporre la Grande Sorveglianza o la Sorveglianza a vista 24/h;
- 12) Contattare un religioso.

Emerge che i fattori che hanno ottenuto un maggior grado di accordo tra i tre Istituti, sono:

- *Parlare direttamente con il soggetto;*
- *Attivare lo staff multidisciplinare per sostegno;*
- *Proporre la grande sorveglianza o la sorveglianza a vista.*

STRATEGIE D'INTERVENTO SOGGETTO GIA' NOTO AL DSM



Tab. 3.16

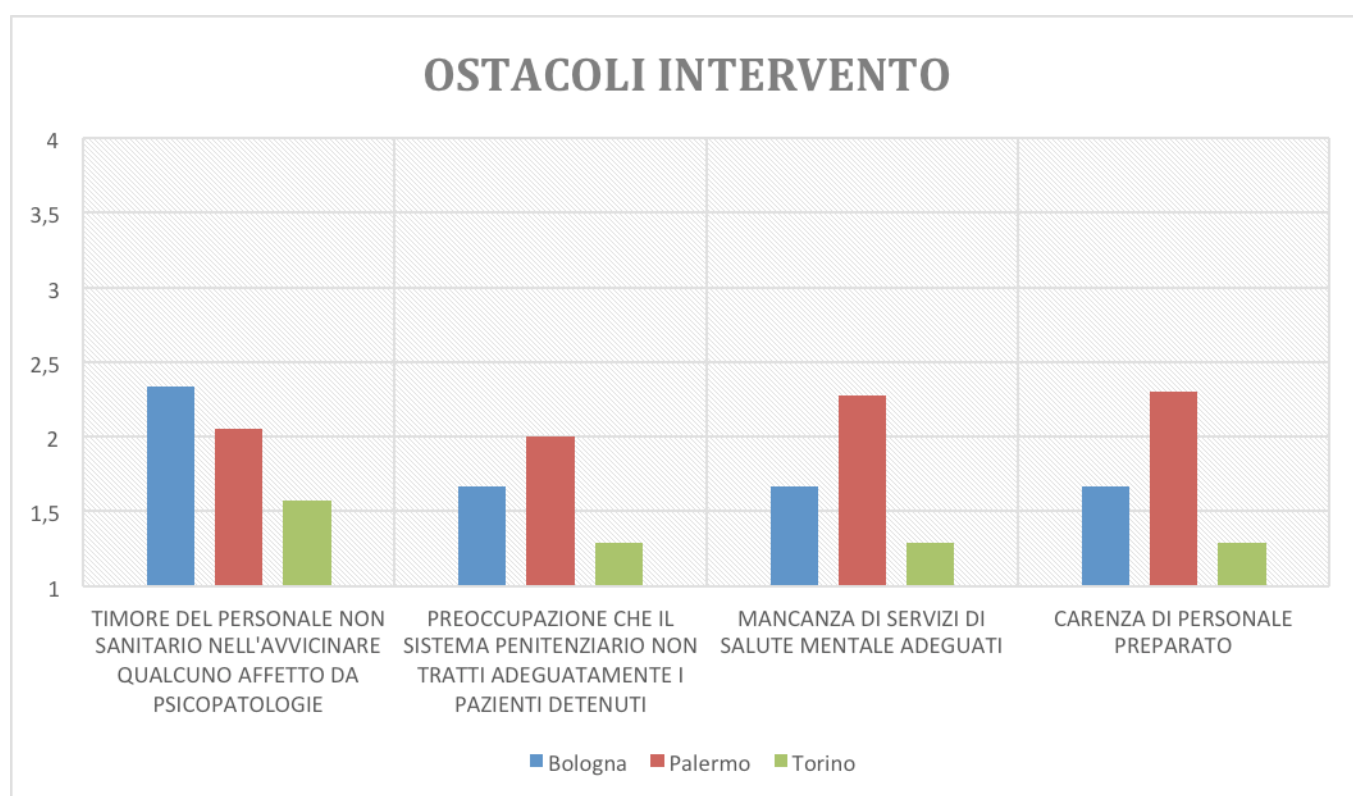
SANITARI

“OSTACOLI ALL’INTERVENTO SUL GIÀ NOTO”

Ai soggetti è stato chiesto di esprimere la propria opinione rispetto a ciò che può ostacolare le strategie di intervento. Lo strumento prevedeva la presenza di una serie di item (potenziali ostacoli delle strategie prescelte) e da ciascuno di essi, il soggetto era chiamato ad esprimere, avvalendosi di una scala Likert, il proprio parere.

Emerge che i fattori che hanno ottenuto un maggior grado di accordo tra i tre Istituti, sono:

- ***Timore del personale non sanitario nell'avvicinare qualcuno affetto da psicopatologia;***
- ***Preoccupazione che il sistema penitenziario potrebbe trattare i nostri pazienti/detenuti con modalità che non li aiutino e che non sia adatte alla loro realtà.***



Tab. 3.17

Y(ascissa): valori scala Likert

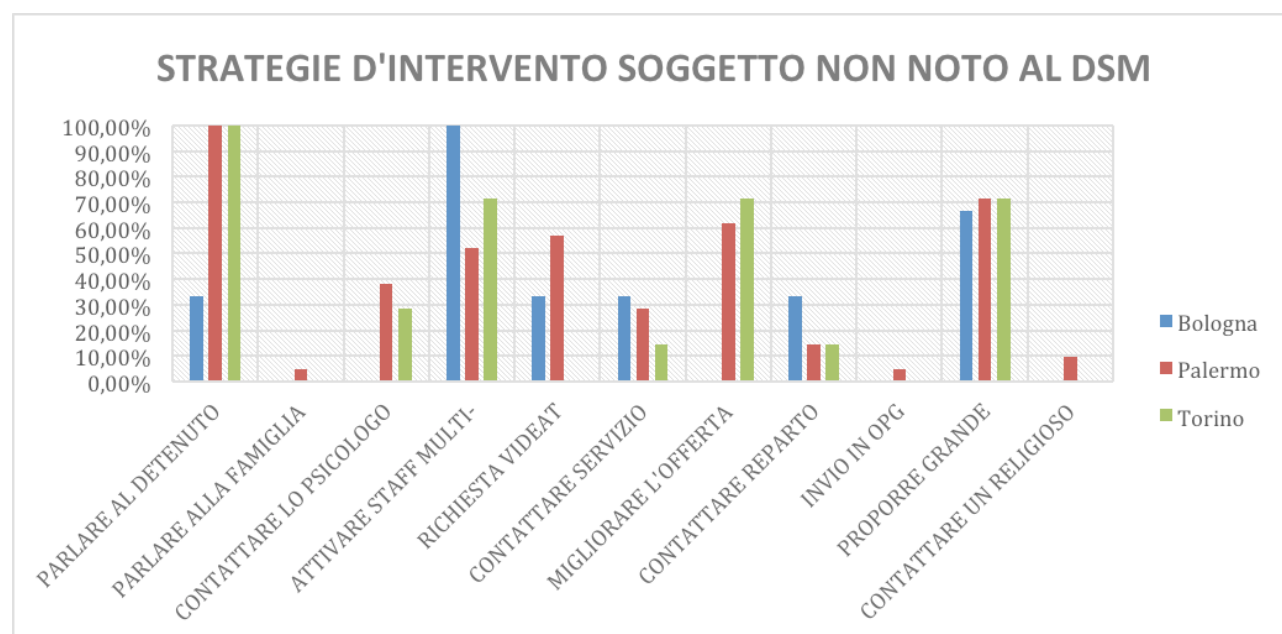
X(ordinata): Item

“STRATEGIE DI INTERVENTO SU SOGGETTI NON NOTI”

Ai soggetti è stato chiesto di esprimere la propria opinione rispetto alle strategie di intervento adottate a fronte di un episodio di autolesionismo o tentato suicidio reattivo alla prima carcerazione. Lo strumento prevedeva la presenza di una serie di item (potenziali strategie di intervento) tra cui il soggetto poteva scegliere uno più di essi.

Emerge che i fattori che hanno ottenuto un maggior grado di accordo tra i tre Istituti, sono:

- ***Disporre grande sorveglianza o sorveglianza a vista;***
- ***Parlare direttamente al detenuto.***



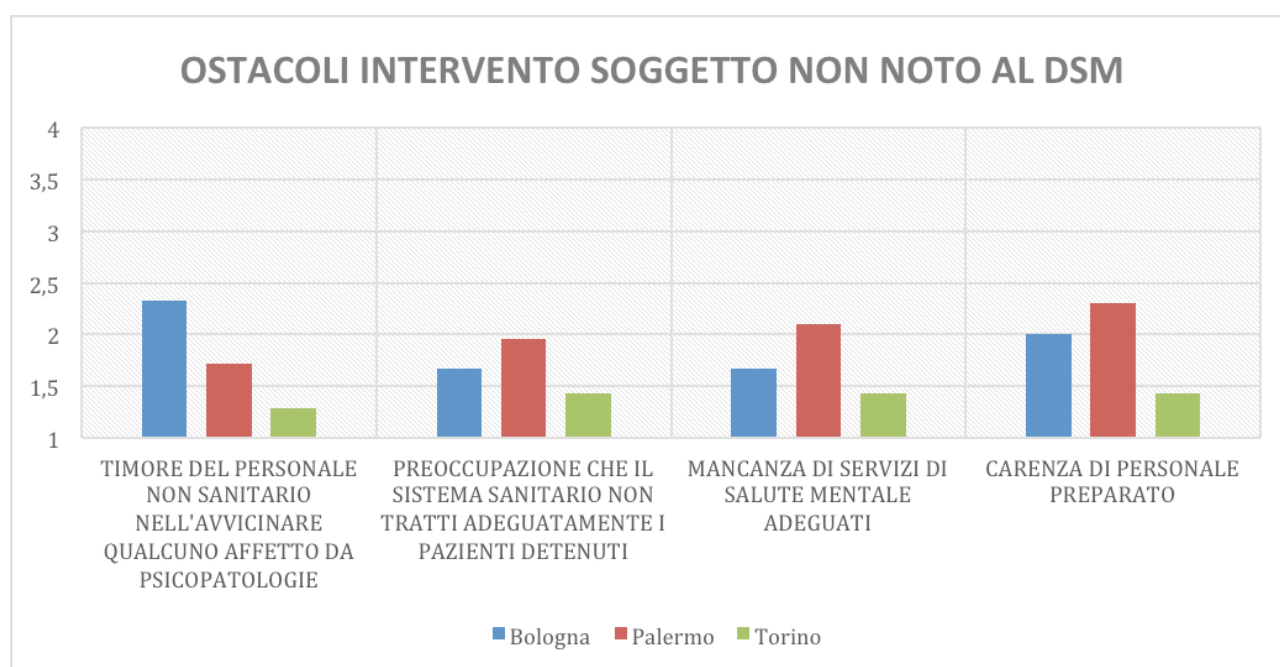
Tab. 3.18

“OSTACOLI ED INTERVENTO SU SOGGETTO NON NOTO AL DSM”

Ai soggetti è stato chiesto di esprimere la propria opinione rispetto a ciò che può ostacolare le strategie di intervento. Lo strumento prevedeva la presenza di una serie di item (potenziali ostacoli delle strategie prescelte) e da ciascuno di essi, il soggetto era chiamato ad esprimere, avvalendosi di una scala Likert, il proprio parere.

Emerge che i fattori che hanno ottenuto un maggior grado di accordo tra i tre Istituti, sono:

- ***Mancanza di sevizi di salute mentale adeguati;***
- ***Carenza di personale preparato.***



Tab. 3.19

Y(ascissa): valori scala Likert

X(ordinata): Item

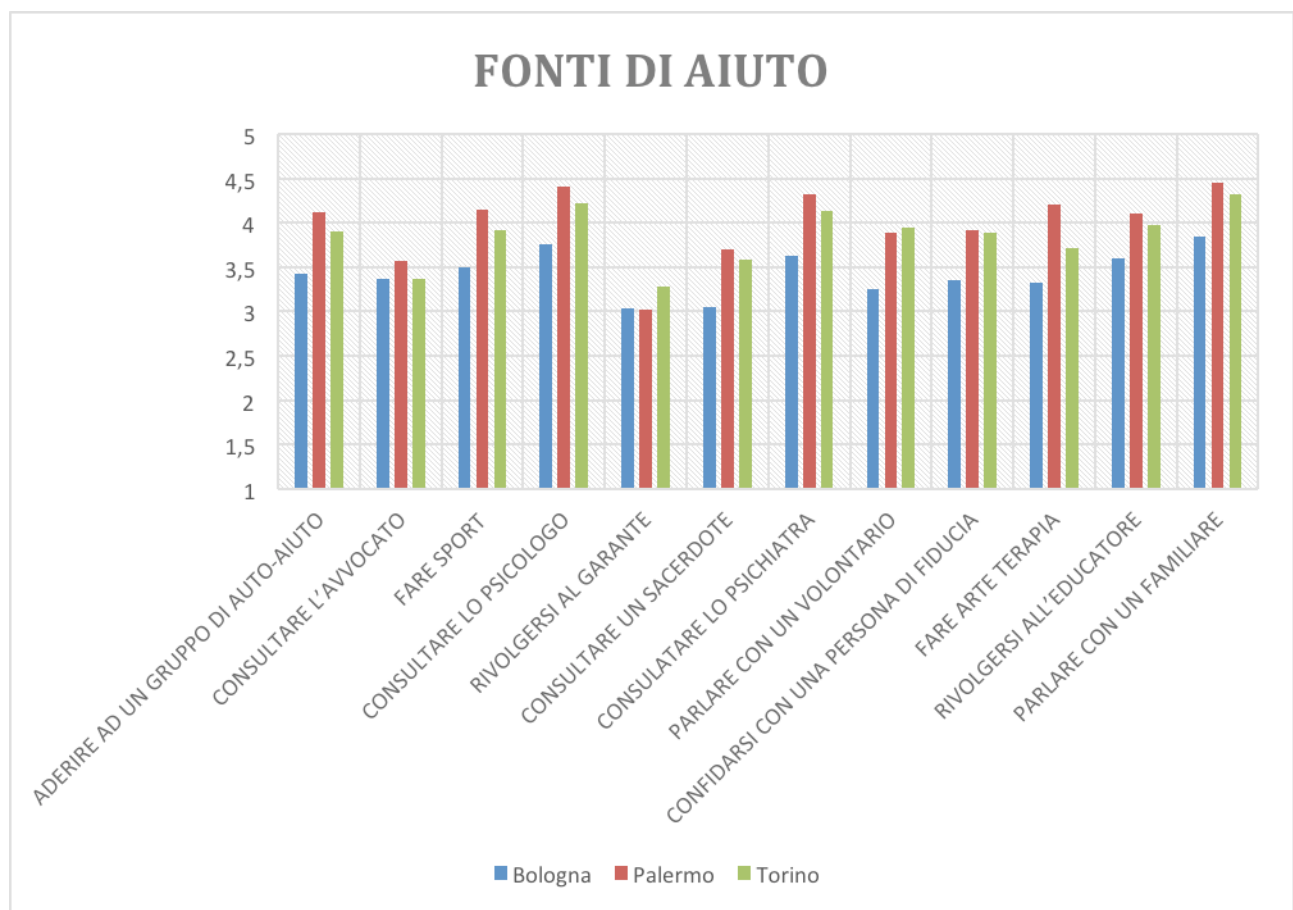
POLIZIA PENITENZIARIA

“FONTI D’AIUTO”

Ai soggetti è stato richiesto di esprimere la propria opinione rispetto a ciò che ritengono possa essere una fonte di aiuto attivabile all’interno dell’istituto. Lo strumento prevedeva la presenza di una serie di item (potenziali fonti di aiuto) e da ciascuno di essi, il soggetto era chiamato ad esprimere, avvalendosi di una scala Likert, il proprio parere.

Emerge che i fattori che hanno ottenuto un maggior grado di accordo tra i tre Istituti, sono:

- **Consultare lo psicologo;**
- **Consultare lo psichiatra;**
- **Parlare con un familiare;**
- **Aderire ad un gruppo di auto aiuto.**



Tab. 3.20

Y(ascissa): valori scala Likert

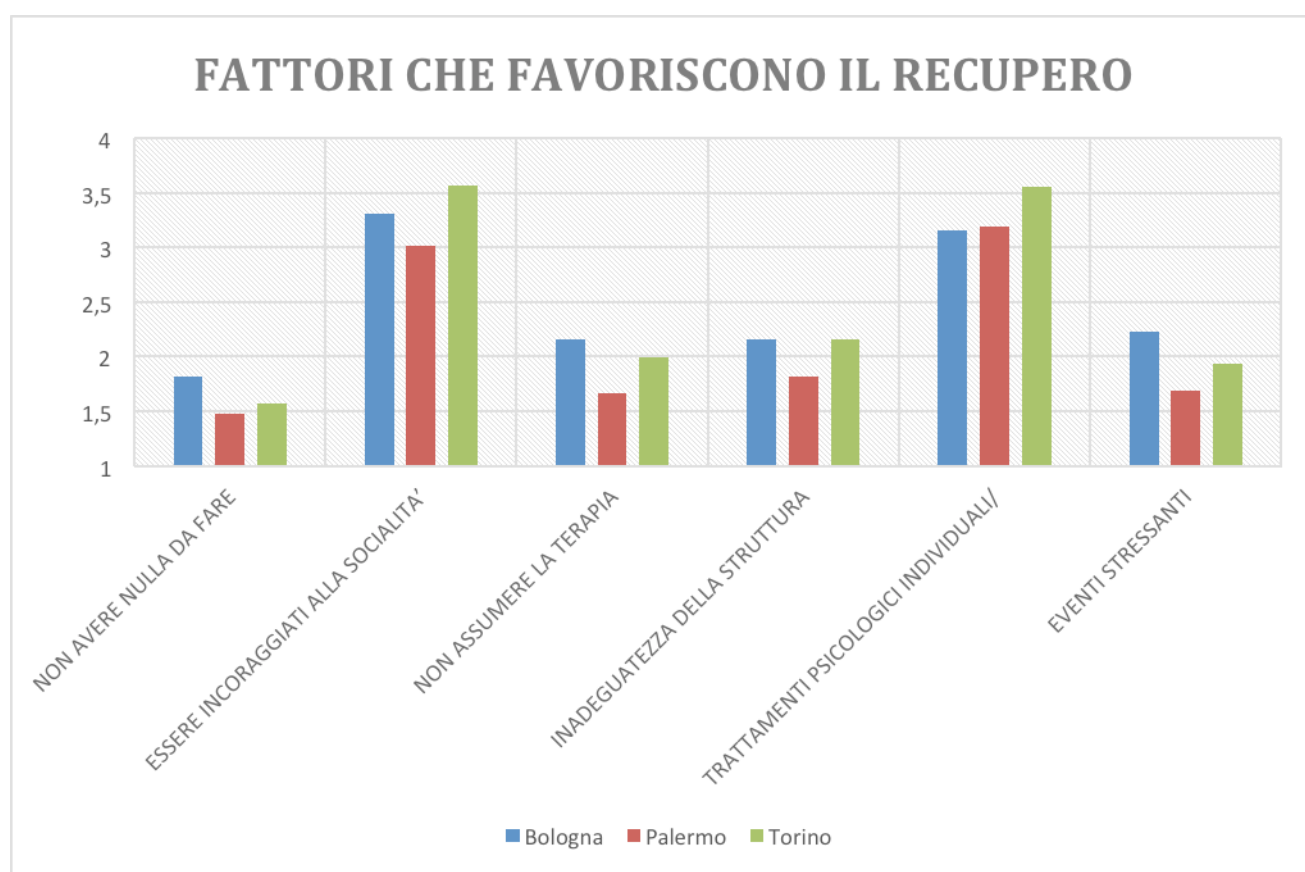
X(ordinata): Item

POLIZIA PENITENZIARIA
“FATTORI CHE FAVORISCONO IL RECUPERO”

Ai soggetti è stato richiesto di esprimere la propria opinione rispetto alle situazioni in ambito penitenziario che ritengono possano ostacolare il recupero in un soggetto affetto da disagio psichico. Lo strumento prevedeva la presenza di una serie di item (potenziali fattori di recupero) e da ciascuno di essi, il soggetto era chiamato ad esprimere, avvalendosi di una scala Likert, il proprio parere.

Emerge che i fattori che hanno ottenuto un maggior grado di accordo tra i tre Istituti, sono:

- **Trattamenti psicologici individuali/gruppo;**
- **Essere incoraggiati alla socialità.**



Tab.3.21

Y(ascissa): valori scala Likert

X(ordinata): Item

In questa sezione ci si è posti l'obiettivo di rintracciare i punti di forza e di debolezza di quello che è l'intervento che viene attuato in carcere, quando si deve far fronte ad una situazione di disagio e sempre più spesso, ad una condizione di pericolo per il detenuto (basti pensare agli atti autolesionistici e tentati suicidi che sono sempre più in aumento).

Per uno studio minuzioso che chiarisca ciò che è stato individuato dall'analisi del questionario, si opta per una spiegazione del dato che viene meglio argomentato, considerando in maniera diversificata le varie figure professionali chiamate a rispondere ai quesiti. Tale metodica è stata scelta anche in vista delle proposte formative che saranno formulate a partire da ciò che emerge dall'analisi statistica.

Il questionario è stato ripartito in aree, per meglio focalizzare i diversi aspetti dell'indagine.

Per quello che concerne gli *educatori*, si è indagata la "situazione ottimale", che meglio favorisce la presa in carico del detenuto e la stragrande maggioranza si sente di poter rispondere adeguatamente ai bisogni del detenuto solo se in collaborazione con il Sistema Sanitario Nazionale. Tale dato fa ipotizzare ad una presa di coscienza degli operatori, ormai entrati nel *modus operandi* di dover far fronte alla nuova gestione della salute, non più a carico esclusivo del sistema penitenziario. Tale elemento avvalorava un'ulteriore posizione assunta dagli educatori, che ritengono di dover contattare uno specialista psichiatra, per la presa in carico di un paziente a cui è stato riscontrato un quadro sintomatico psicopatologico. Gli strumenti che ritengono utili per meglio individuare uno stato di malattia del detenuto, sono "una mezza giornata di training per imparare a riconoscere il disagio mentale" e "un video riassuntivo sulla malattia mentale". Si desume, pertanto, che l'area educativa ritenga utile una formazione che parta da una conoscenza di base del disagio mentale. Inoltre quando viene richiesto loro chi debbano essere i beneficiari di un corso di formazione sul disagio, individuano nella figura professionale dell'agente penitenziario un ulteriore destinatario di corsi che forniscano maggiori competenze sul tema proposto.

Per quel che riguarda l'area di competenza infermieristica, si ritiene utile ed interessante capire la posizione che viene assunta in merito ai tipi di trattamento da attuare all'interno dell'istituto, per il contenimento del disagio psichico. Ciò che emerge è una situazione ambivalente poiché se da una parte viene segnalato il "trattamento psicoterapico", inteso come intervento di supporto e sostegno psicologico che non escluda una presa in carico più consona al caso specifico, dall'altra parte si segnala il "ricovero in ambiente ospedaliero". Tale dato fa desumere che gli infermieri riconoscono il potenziale di un intervento psicoterapico, anche all'interno di un carcere, ma allo stesso tempo segnalano una loro perplessità al riguardo, ricorrendo ad un intervento più strutturato, come quello di un ricovero in ospedale. C'è il riconoscimento di una buona prassi, ma percepiscono il limite nell'attuazione. Difatti quando riferiscono quelli che, secondo loro sono gli ostacoli al recupero psicologico, rintracciano "l'inadeguatezza della struttura penitenziaria" come causa, oltre al non "assumere la terapia prescritta", che li tocca più da vicino dal punto di vista professionale, oltre al "il non avere nulla da fare", che rimanda nuovamente all'inadeguatezza della struttura penitenziaria che incentiva, perciò, uno stato di ozio e stasi.

I fattori che ostacolano gli interventi, attuabili all'interno di un carcere per fronteggiare il disagio psichico di un detenuto, emergono ancor di più con i dati ottenuti *dall'area sanitaria*. Nello specifico è stato richiesto come si interviene quando si verificano episodi di tentativi di suicidio o di autolesionismo e come cambia il tipo di intervento se il detenuto è già noto al DSM oppure no.

Dall'analisi sono emerse situazioni molto interessanti che, per certi versi, si configurano in maniera speculare. Se il soggetto è già noto al DSM allora l'iter sembra seguire una prassi piramidale: si parla con il soggetto e si tenta di contenere la situazione, dopodiché si attiva lo staff multidisciplinare e se ciò non è sufficiente a ridimensionare la situazione, si propone la grande sorveglianza. Ciò che ostacola questo tipo di intervento così descritto, sarebbe il timore che si possa avvicinare il personale non sanitario al soggetto affetto da psicopatologia e che il sistema penitenziario possa mettere in atto modalità che non aiutino il detenuto perché non adeguate ai suoi bisogni. Al contrario, se il detenu-

to non è noto al DSM, la situazione si inverte e si dispone dapprima la grande sorveglianza e poi si parla con il detenuto. La situazione che emerge sembra al quanto chiara e fa ben pensare che, se il soggetto è conosciuto c'è maggiore flessibilità e propensione, da parte del sistema penitenziario, ad attivare interventi più consoni alla situazione di disagio. Se il soggetto non è conosciuto l'intervento primo è quello di garantire la sicurezza e, il bisogno del detenuto, passa in secondo piano, delegando tutto agli agenti di polizia penitenziaria. Tutto ciò trova conferma nei limiti e negli ostacoli che vengono segnalati e che non è un caso, siano proprio la mancanza di un servizio di salute mentale e la carenza del personale preparato.

In parziale conclusione di questa sezione, l'ultimo dato da riportare, soprattutto per l'importanza di ciò che emerge, riguarda quello sulla polizia penitenziaria. Vengono segnalate come fonti di aiuto, a fronte di situazioni di disagio e malessere psicologico: il consultare lo psicologo e lo psichiatra, parlare alla famiglia e aderire ad un gruppo di auto-aiuto. Tutti questi input che la polizia penitenziaria invia, a parere di chi ha condotto l'analisi qualitativa e quantitativa, sembrano confermare l'ipotesi iniziale: esiste un dato sommerso e percepito che emerge attraverso le risposte fornite ai quesiti e che rivelano come vi sia la percezione del disagio del detenuto da parte degli operatori intervistati.

4. RILIEVI SUL DATO REALE

Palermo

Atti di autolesionismo effettuati nel periodo 1 gennaio 2013 - 31 dicembre 2013 e 1° quadrimestre 2014

AUTOLESIONISMO	DONNE		UOMINI	
	DA GEN- NAIO A DICEMBRE 2013	1° QUADRIMESTRE 2014	DA GEN- NAIO A DICEM- BRE 2013	1° QUADRIMESTRE 2014
LESIONI DA TA- GLIO	4	1	45	12
IMPICCAMENTO	3		8	
CUCITURE DELLA BOCCA			1	
AMPUTAZIONI				
INGESTIONE CORPI ESTRANEI			5	1
TOTALE	7	1	59	13

Tentato suicidio: dati per patologia nel periodo
1 gennaio 2013-31 dicembre 2013 e 1° quadrimestre 2014

DIAGNOSI	ITALIANI		EXTRACOMUNITARI		NEOCOMUNITARI	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
ALMENO UNA DIAGNOSI PSICHIATRICA	3		2		1	
DI CUI IN TRATTAMENTO	7	5	3			
NESSUNA DIAGNOSI	5					
TOTALE	15	5	5		1	

Tentato suicidio: dato per genere e paese di origine nel periodo 1 gennaio 2013-31 dicembre 2013 e 1° quadrimestre 2014

AZIONE	ITALIANI		EXTRACOMUNITARI		NEOCOMUNITARI	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
TENTATO SUICIDIO	15	5	5		1	
SUICIDIO	1					
TOTALE	16	5	5		1	

Dati per diagnosi, utilizzando il DSM-IV nel periodo 1 gennaio 2013-31 dicembre 2013 e 1° quadrimestre 2014

CATEGORIE DIAGNOSTICHE	TOTALE ANNO 2013	1° QUADRIMESTRE 2014
DISTURBI SCHIZOFRENICI	40	19
DISTURBI PSICOTICI	10	16
DISTURBI DI PERSONALITÀ	38	30
RITARDO MENTALE	6	2
DISTURBI DELL'UMORE	50	45
DISTURBI DELL'ANSIA	85	40
DISTURBI CORRELATI ALL'ALCOOL	10	2
ALTRI	28	20
DIAGNOSI DUBBIE	7	4
TOTALE	274	178

Torino

Atti di autolesionismo effettuati nel 2013 e 1° quadrimestre 2014

Nessuna risposta al quesito

Tentato suicidio: dati per patologia nel periodo 2013 e 1° quadrimestre 2014

Nessuna risposta al quesito

Tentato suicidio: dato per genere e paese di origine nel periodo 2013 e 1° quadrimestre 2014

Nessuna risposta al quesito

Dati per diagnosi, utilizzando il DSM-IV nel periodo 1 gennaio 2013-31 dicembre 2013 e 1° quadrimestre 2014

CATEGORIE DIAGNOSTICHE	TOTALE ANNO 2013	1° QUADRIMESTRE 2014
DISTURBI SCHIZOFRENICI	2	
DISTURBI PSICOTICI	40	13
DISTURBI DI PERSONALITÀ	51	12
RITARDO MENTALE	6	
DISTURBI DELL'UMORE	4	3
DISTURBI DELL'ANSIA	26	6
DISTURBI CORRELATI ALL'ALCOOL	70	11
ALTRI		
DIAGNOSI DUBBIE/NO DIAGNOSI	45	11
TOTALE	244	56

Bologna

Atti di autolesionismo effettuati nel periodo 1 gennaio-31 dicembre 2013 e 1° quadrimestre 2014

AUTOLESIONISMO	DONNE		UOMINI	
	DA GEN- NAIO A DICEMBRE 2013	1° QUADRIMESTRE 2014	DA GEN- NAIO A DICEMBRE 2013	1° QUADRIMESTRE 2014
LESIONI DA TA- GLIO			10	4
IMPICCAMENTO			1	
CUCITURE DELLA BOCCA				1
AMPUTAZIONI				
INGESTIONE CORPI ESTRANEI			7	5
TOTALE			18	10

Tentato suicidio: dati per patologia nel periodo 2013-1° e quadrimestre 2014

Nessuna risposta al quesito.

Tentato suicidio: dato per genere e paese di origine nel periodo 2013-1° e quadrimestre 2014

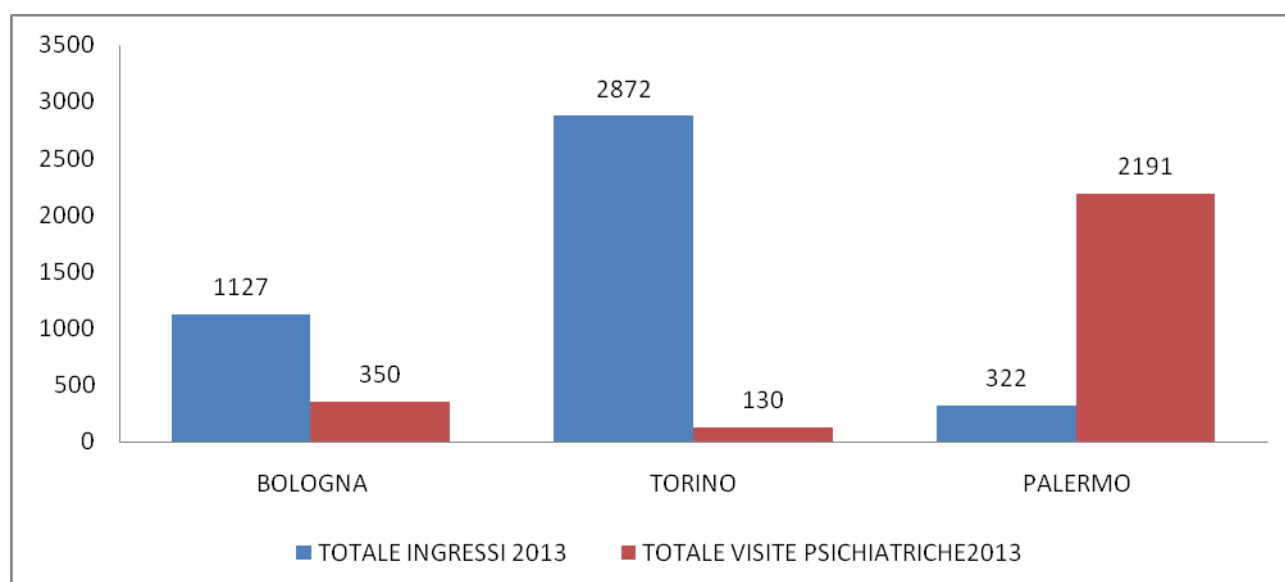
Nessuna risposta al quesito.

Dati per diagnosi, utilizzando il DSM-IV nel periodo 2013 e 1° quadrimestre 2014

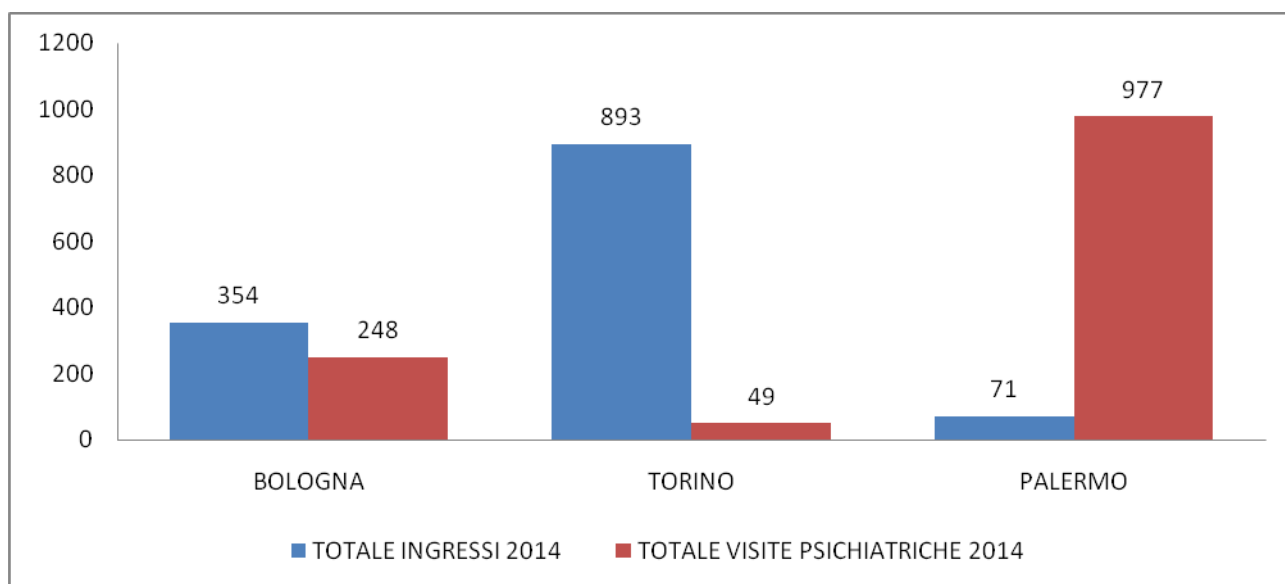
CATEGORIE DIAGNOSTICHE	TOTALE ANNO 2013	1° QUADRIMESTRE 2014
DISTURBI SCHIZOFRENICI	2	2
DISTURBI PSICOTICI	13	7
DISTURBI DI PERSONALITÀ	160	90
RITARDO MENTALE	6	2
DISTURBI DELL'UMORE	75	30
DISTURBI DELL'ANSIA	40	25
DISTURBI CORRELATI ALL'ALCOOL	100	45
ALTRI		
DIAGNOSI DUBBIE	100	80
TOTALE	496	281

VISITE PSICHIATRICHE EFFETTUATE NEI TRE ISTITUTI

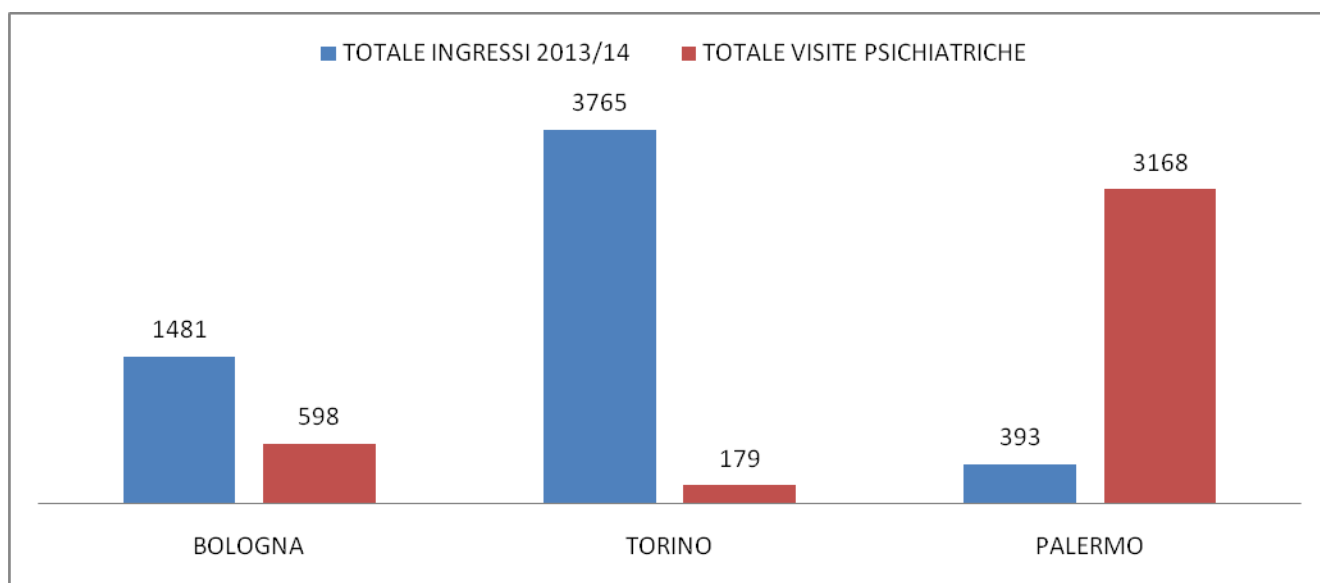
Di seguito si riportano i grafici, riguardanti le visite psichiatriche dichiarate nei tre istituti e per una maggiore valenza del dato si è optato per un confronto con gli ingressi registrati negli anni 2013-2014.



Tab. 4.1



Tab. 4.2



Tab. 4.3

Questa sezione è dedicata alla rilevazione del “dato reale”, inteso come il dato che non è stato estrapolato da nessuna analisi squisitamente statistica, ma è il mero numero che è stato riportato in tabelle, che sono state create ad hoc, proprio per quantificare gli atti autolesionistici, i tentati suicidi e le diagnosi conclamate sulla base dei criteri diagnostici del DSM-IV. Inoltre è stata creata una micro sezione, che contempla solo le visite psichiatriche effettuate nei tre istituti negli anni 2013-2014.

È doveroso premettere che l'incompleta compilazione della maggior parte dei quesiti, riguardanti questa sezione, non permette di approfondire e meglio correlare i “dati reali con quelli percepiti”. Ma il “dato mancante” assume una connotazione diversa, che consente di avanzare un'ipotesi che trova immediata risposta proprio nel numero assente. I dati riportati in maniera più completa provengono dall'istituto di Palermo, l'unico carcere in cui il passaggio della sanità dall'amministrazione penitenziaria alle ASL non è ancora avvenuto. La realtà dei fatti, da ragion di credere che probabilmente, proprio questo mancato passaggio, renda l'assistenza sanitaria più efficiente e in grado di fornire un bilancio di ciò che sono le prestazioni fornite dal servizio sanitario. L'apparente incongruenza nelle risposte del servizio erogato dall'istituto di Palermo, dove le visite superano di molto gli ingressi, in realtà è intesa come una sovrapposizione di visite, di diversa area sanitaria, che sono state effettuate allo stesso detenuto, che a parere di chi ha condotto l'analisi, non significa una scarsa risposta del servizio, ma al contrario è indice di un servizio più completo, che garantisce al detenuto un'assistenza sanitaria più efficiente nonostante non sia regolamentata dal SSN.

Per l'istituto di Bologna ci sembra di cogliere una fragilità del servizio – non conosciamo la tipologia delle persone entrate e neanche quale tipologia di domanda di salute esprimano- con un numero di visite psichiatriche inferiore al 50% degli ingressi.

Infine per una maggiore chiarezza del dato, si ritiene opportuno precisare, che i numeri dell'istituto di Torino non si riferiscono alle visite psichiatriche ma al-

la presa in carico delle persone detenute presso il reparto psichiatrico dell'istituto, a fronte degli ingressi totali.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Nel giungere alle conclusioni appare utile ricordare, anche se si tratta di una considerazione propria di ogni risultato legato a questo tipo di indagine conoscitiva e non statistica, che il suo significato è conseguente alla metodologia applicata e ai limiti che essa stessa racchiude, e che quindi i risultati sono validi limitatamente ai parametri considerati e potrebbero portare ad altre valutazioni aggiuntive se gli stessi venissero diversamente confrontati, ancor più tenendo conto della ricaduta della prevista attività d'aula quale parte integrate del progetto in esame.

La metodologia da noi scelta è risultata essere idonea al compito che ci siamo prefissati, ovvero di un'indagine conoscitiva, in gran parte qualitativa, orientata a far emergere il dato "percepito", sempre più spesso verbalizzato e già da tempo richiamato, e non solo nel nostro Paese.

Il New York Times del 5 marzo 1998, infatti, così titolava: *Le prigioni prendono il posto degli ospedali per i cittadini affetti da malattie psichiche*; segnalando come almeno duecentomila detenuti, più del dieci per cento dell'intera popolazione reclusa, risulti affetta da gravi patologie psichiatriche.

La situazione negli Stati Uniti è certo molto diversa da quella italiana ma segnala come il carcere sia divenuto nel breve tempo di alcuni decenni, un luogo estremo di raccolta del disagio psichico e, necessariamente, di cura.

Occorre pertanto ipotizzare e costruire un modello operativo che non sia soltanto un dispositivo terapeutico "in" carcere, ma costruirlo "con" il carcere⁴.

A fronte comunque della attese nel merito del riscontro possibile da parte del personale dei tre Istituti chiamati a collaborare, dalla raccolta e valutazione del questionario si evidenzia un'alta percentuale 20% di schede approssimativa-

⁴ De Risio A. (1999); *La relazione che cura: linee di indirizzo sulla razionalizzazione dell'intervento psicoterapeutico e psichiatrico in ambito penitenziario*. In: Richiesta e offerta di psicoterapia. (A cura di) Pier Maria Furlan, pagg. 487 - 492, Centro Scientifico Editore, Torino

mente o solo parzialmente compilate, tali da essere “annullate” o con commenti tutt’altro che edificanti nel merito delle azioni caratterizzanti i campi d’indagine.

Tale evidenza ci porta ad ipotizzare lo scarso grado di coinvolgimento e di interesse (**motivazione estrinseca**) da parte dell’indicata percentuale di soggetti. La rilevazione anagrafica (cfr. tab. da 1.1 a 1.8) del personale raggiunto nei tre Istituti target, pone in evidenza l’alta percentuale (70%) maschile a fronte di quella femminile (30%), in una età media di 34.5 anni e la fascia di età più rappresentativa si colloca in un *range* di 35-44 anni.

All’interno di questa area si pone in evidenza come l’esperienza sul campo risulti essere lo “strumento” di conoscenza (cfr. tab. da 1.9 a 1.12) ad uso delle professionalità intervistate, sebbene questo dato richiami una fragilità nei percorsi base/post base fruiti dai diversi operatori, siano essi dell’Amministrazione penitenziaria che del SSN.

Nello specifico, la categoria sanitaria (tab. 1.13;1.14;1.15) rimanda percentualmente ad una scarsa incidenza della medicina specialistica, dato questo che potrebbe di fatto sottendere da un lato, la paura del contagio fisico, così come dal dato riportato nelle tabelle che richiamano i vissuti di criticità del detenuto; dall’altro, un uso non proprio degli psicofarmaci, anche in risposta ai bisogni di sedazione del disturbo nevrotico di adattamento, reattivo alla carcerazione.

I disturbi mentali che sembrano maggiormente compromettere l’equilibrio psichico del soggetto detenuto, come in evidenza nelle correlazioni espresse in tab. 2.1 della Polizia Penitenziaria, sono i disturbi depressivi, stress da carcerazione, simulazione per fini giudiziari, uso di droghe, uso eccessivo di psicofarmaci e psicosi. Trovano concordanza, seppur in percentuale più bassa il senso di colpa per il reato e il panico omosessuale.

Quest’ultimo dato, viene altresì in evidenza nella voce del personale infermieristico (tab. 2.10 Infermieri), associato anche al timore dei aver contratto una malattia sessualmente trasmissibile.

Detta evidenza rimanda sia all'effetto iatrogeno della carcerazione in se, nei suoi aspetti ambientali che giudiziari, sia agli aspetti personologici e socio familiari del soggetto.

Come espresso in premessa la peculiarità dello studio è quella di individuare non solo il mero disagio mentale reale e/o percepito, ma anche quello di rilevare le strategie d'intervento, attuabili all'interno dell'istituto penitenziario, che siano rivolte anche al personale che quotidianamente opera in questi luoghi e che costantemente si confronta con tali situazioni. Dall'analisi del dato emerge che i soggetti ritengono necessario un aggiornamento sulle tematiche del disagio psichico in una percentuale che varia tra il 75% (Bologna e Palermo tab. 3.5 e 3.6) ed il 57% (Torino tab. 3.7). Valori che fanno riflettere sulla forte carenza di conoscenza a riguardo e allo stesso tempo sulla proposizione di formarsi al fine di migliorare la qualità del proprio intervento. Necessità quest'ultima avvalorata anche dai dati ottenuti in merito alle cosiddette "fonti d'aiuto" ove i tre istituti convergono nel sottolineare l'impellente necessità di aggiornamenti tecnico-professionali, corsi di formazione, formazione interprofessionale e corsi sulla comunicazione (tab. 3.13 "fonti d'aiuto").

Restando nell'area delle strategie d'intervento, un altro dato che è doveroso riportare riguarda i tipi di trattamento che si ritiene possano migliorare la risposta al disagio, tra essi quelli che hanno ottenuto un maggior grado di accordo risultano essere il trattamento psicoterapico ed il ricovero in ambiente ospedaliero (cfr. tab. 3.14 "tipi di trattamento"). È fondamentale inoltre focalizzare l'attenzione sul trattamento psicoterapico, la cui importanza è evidenziata anche rispetto ai fattori che favorirebbero il recupero indicati dalla polizia penitenziaria, che rintracciano negli stessi trattamenti psicologici individuali/ di gruppo e nell'incoraggiamento alla socialità la chiave risolutiva al disagio (cfr. tab. 3.21 "fattori che favoriscono il recupero" Polizia Penitenziaria). Da una lettura qualitativa dei dati sin ora riportati si ipotizza che la forte attenzione dalle diverse figure coinvolte rispetto alla necessità di incrementare il trattamento psicologico, possa di fatto essere un forte indicatore della sostanziale carenza nei numeri di un intervento psicologico che miri a contenere il disagio. In ac-

cordo con quanto appena detto i soggetti hanno individuato quali fattori che ostacolerebbero il recupero psichico il non assumere la terapia prescritta, il non avere nulla da fare, l'inadeguatezza della struttura penitenziaria ed eventi stressanti (cfr. tab 3.19).

Dunque appare importante sottolineare un dato di evidente rilevanza, l'accento posto sull'inadeguatezza architettonica degli ambienti fisici e spazi di aggregazione limitati e, per effetto della anche della *spending review*, fin troppo spesso abbandonati, imponendo così lunghe permanenze nelle "celle di pernottamento", ove l'ozio diviene concausa di forme di disadattamento. Contrastare la tendenza all'ozio, anche a tutela dell'economia psichica del detenuto, vuol dire permettere una maggiore relazione con le persone (familiari, istituzioni comunitarie, volontariato) utili, anzi indispensabili, a non isolare il soggetto. Isolamento favorito già dallo stato morboso, spesso dissimulato, a fronte del timore di una pericolosa marginalizzazione. Ci pare quindi una operazione che non impegna il legislatore, ma rimanda ad una più attenta lettura dell'Ordinamento Penitenziario.