

PROGETTO "LA PRESA IN CARICO DELL'AUTOLESIONISMO
TRA INTERVENTO PSICOLOGICO E LAVORO DI RETE"



Azione trasversale di supervisione
Aree tematiche di approfondimento teorico

"La prevenzione e il contenimento delle condotte
autolesionistiche all'interno degli Istituti: excursus delle
elaborazioni teoriche e delle circolari emanate dal D.A.P."

Attività di ricerca, sintesi e documentazione a cura della dott.ssa Catia Taraschi

PROGETTO "LA PRESA IN CARICO DELL'AUTOLESIONISMO TRA INTERVENTO PSICOLOGICO E LAVORO DI RETE"



1. Premessa.

Il riorientamento della cultura organizzativa interna verso logiche finalizzate alla soddisfazione dell'utenza ha portato a riconsiderare il servizio che l'Amministrazione Penitenziaria ha istituito nel 1987 per prevenire e contenere il fenomeno delle condotte autolesionistiche all'interno degli istituti, c.d. "Servizio Nuovi Giunti".

In questo scritto il "presidio" è collocato in una prospettiva storica. L'exkursus tocca sia le elaborazioni teoriche di cui negli anni è stato oggetto, sia le circolari emanate sull'argomento. Il nuovo regolamento d'esecuzione è lo scenario in cui inserire nuovi percorsi operativi declinati all'interno di una sostanziale "rifondazione" dell'intervento che veda lo spostamento del suo baricentro dalla prevenzione/prognosi di gesti autolesivi al presidio dei bisogni "identitari" del soggetto. Questo significa sostanzialmente affrontare il carcere come ambito di produzione di esperienza in cui il singolo gioca la propria possibilità di continuare ad essere individuo e definire un intervento che, partendo dall'analisi della vita quotidiana dei soggetti, contribuisca a modificare quegli elementi che risultano d'ostacolo all'individuo per la strutturazione autonoma della propria identità; identità intesa come sistema di relazioni e di rappresentazioni che comprende la capacità di un attore di riconoscersi e la possibilità di essere riconosciuto da altri attori.

E' ormai un luogo comune che "il cambiamento non avviene per decreto", ma richiede per consolidarsi, oltre a nuovi strumenti, anche un nuovo atteggiamento culturale degli attori coinvolti che devono "saper stare" nel cambiamento.

Lo sguardo mutuato dalle discipline psicosociali ci ha del resto orientato al convincimento che, allorché si persegue un cambiamento organizzativo, non si deve considerare solo la dimensione relativa alla natura del compito e degli obiettivi che ci si prefigge, ma dobbiamo attentamente tener conto di come, di fatto, i protagonisti del cambiamento vivono ed utilizzano la loro appartenenza all'organizzazione; diversamente, dovremmo spendere molte energie nell'affrontare le resistenze che inevitabilmente emergono.

1. L'istituzione del Servizio Nuovi Giunti.

Il suicidio nelle carceri è un tema che solo di recente ha polarizzato l'attenzione dei ricercatori; l'interesse è giustificato dal fatto che le persone recluse presentano un altissimo rischio per il suicidio, circa nove volte più elevato che nella popolazione in generaleⁱ, ma anche perché in diversi Paesi, tra cui l'Italia, la popolazione carceraria è in continuo aumento e ciò fa pertanto prevedere che sempre più persone verranno esposte ad un rischio così rilevante.

Dalla statistica sugli eventi critici negli istituti dell'anno 2000 apprendiamo, dallo studio della serie storica degli atti di autolesionismo e dei tentati suicidi, che tali eventi sono in lieve ma costante aumento. Per i suicidi in particolare si registra una progressione a partire dal 1992.

Le ricerche empiriche sul suicidio in carcere rimangono comunque molto limitate e sarebbero necessarie nuove ed approfondite indagini che esaminassero il fenomeno in termini di epidemiologia descrittiva e formulassero nuove ipotesi sui fattori di rischio.

Il primo studio sistematico sul fenomeno suicidario condotto dall'Amministrazione risale al 1976 ed è stato pubblicato sui "Quaderni dell'Ufficio Studi e Ricerche" della allora direzione generale degli istituti di prevenzione e di pena. La ricerca riporta un'indagine condotta sui suicidi tentati e consumati dal 1960 al 1969 e voleva contribuire all'analisi di un fenomeno poco approfondito nei suoi molteplici aspetti; attraverso un'approccio di tipo eziologico deterministico intendeva rilevare correlazioni tra tipologia di reato, tempo di permanenza in istituto, carcerazioni primarie o recidive, situazione processuale presenza di patologie mentali e gesto suicida fornendo una panoramica delle modalità elettive per l'effettuazione del gesto.

Il tema, pur riconosciuto meritevole di approfondimenti, si è posto in modo sistematico all'attenzione del mondo penitenziario nel 1987, anno in cui l'Amministrazione ha istituito un apposito servizio di consulenza "allo scopo di prevenire e di impedire i ricorrenti e gravissimi atti di autolesionismo, in specie di suicidi, posti in essere dai detenuti e dagli internati, nonché gli atti di violenza di vario tipo da essi subiti

PROGETTO "LA PRESA IN CARICO DELL'AUTOLESIONISMO TRA INTERVENTO PSICOLOGICO E LAVORO DI RETE"



ad opera di altri compagni di detenzione e di internamento (circ. n. 3233/5683 del 30.12.87 n. 3256/5706 del 10.10.88 e n. 3245/5695 del 16.5.1988).

La nascita di questo servizio - che viene definita da Luigi Daga "una delle più incisive e valide iniziative di questa Amministrazione nel contesto dell'opera di umanizzazione delle pena"ⁱⁱ - s'inserisce in uno scenario normativo connotato dalle modifiche operate dalla 663/86 che vede l'affermarsi di una cultura organizzativa tesa a modificare gli stili di gestione del penitenziario.

La riforma, nel solco tracciato dall'ordinamento del 1975, cerca di superare i limiti emersi nel corso dei dieci anni di attuazione della legge 354 raccogliendo istanze e valori che nel decennio precedente avevano attraversato la società libera nella ricerca di un equilibrio tra i poli estremi di quelle due esigenze che già percorrevano il vecchio ordinamento, quella della difesa sociale e quella della progressiva proiezione all'esterno del trattamento penitenziario. Entrambi gli aspetti trovano la loro *ratio* ideologica nel criterio fondamentale della diversificazione del trattamento secondo la personalità del soggetto.

All'interno di tale filosofia, il penitenziario deve promuovere un circolo virtuoso tra adesione al trattamento rieducativo e possibilità di accesso alle misure alternative, e deve orientare la propria azione affinché alla diminuita tensione endocarceraria, intesa come passiva accettazione di norme, consegua una forma di positiva adesione alla cultura della società esterna.

A fianco del riduzionismo carcerario, in questo clima si afferma il principio del carcere trasparente. Il legislatore dell'86 sembra comprendere che il carcere rimane, malgrado la 354, luogo di esclusione e di desocializzazione dalla realtà esterna e centra le modalità di trattamento del condannato sulla costruzione, o non interruzione, del rapporto con quest'ultima, abbandonando il ruolo di monopolio nella gestione dell'esecuzione penale.

Certamente, come ricordato da Serra, sulla nascita del presidio nuovi giunti "hanno pesato i nuovi problemi che si profilavano all'interno dell'istituzione penitenziaria, in particolare quelli connessi alla tossicodipendenza, al fenomeno dell'aids alla presenza degli stranieri" ma, tuttavia, cogliendo una suggestione offerta dalla lettura dell'intervento di Daga, è plausibile pensare che è l'aumentata sensibilità al fenomeno a far sì che lo stesso venga selezionato come problema e a comprenderne la prevenzione nell'operatività penitenziaria attraverso l'istituzione di un intervento ad hoc.

Già prima del 1987 le condotte autolesive erano state oggetto d'attenzione da parte del legislatore; infatti, la prevenzione s'inquadra nel combinato di norme che riguardano la tutela della salute e della vita, ovvero, diritti che trovano il fondamento nell'art. 32 della Costituzione specificato nell'art. 11 dell'Ordinamento Penitenziario.

E' proprio sulla base del dettato costituzionale che l'Amministrazione ha il dovere di attuare l'esecuzione della pena nel rispetto del senso di umanità evitando qualsiasi forma di violenza fisica o morale ed ha il compito d'impedire che la sanzione penale assuma un'afflittività ulteriore rispetto alla strutturale limitazione della libertà. Tuttavia prima del 1987 la tutela era diretta soprattutto ad un intervento di tipo medico, massimo rilievo aveva la prima visita medica e l'assistenza sanitaria resa durante la permanenza in istituto. Nel nuovo contesto il trattamento recupera nuovi orizzonti di senso, non significa solo rieducazione ma concreto aiuto per limitare i danni del carcere attraverso azioni concrete, di qui allora la nascita di un servizio come il presidio nuovi giunti.

L'intervento, che si colloca all'interno delle procedure di immissione, si sostanzia in un colloquio preliminare con il nuovo giunto dalla libertà, svolto da un esperto in psicologia o criminologia clinica ex art. 80 legge 354/75, nello stesso giorno dell'ingresso e prima dell'assegnazione. Il colloquio è diretto ad accertare, sulla base di parametri prestabiliti, il rischio che il soggetto possa compiere violenza su se stesso o subire violenza da parte di altri detenuti.

Tale accertamento deve avvenire in parallelo con la prima visita medica e con il colloquio di primo ingresso; i risultati devono essere trascritti su una scheda che riporta in forma prestampata una scaletta dei gradi di rischio, da allegare alla cartelle personale a quella sanitaria e da consegnare al sottoufficiale per i provvedimenti di custodia. **Il servizio deve attivare particolari forme di tutela ambientale e tempestivi interventi medico psicologici nei confronti dei soggetti più fragili.**

Negli istituti più grandi il presidio è istituito obbligatoriamente, mentre negli altri istituti la sua organizzazione è a discrezione del direttore a seconda della disponibilità del personale e delle esigenze contingenti, ferma restando la obbligarietà dell'attuazione. La differenziazione delle procedure, come specificato dalla circolare del 1988, è correlata al diverso indice d'ingressi nei vari istituti.

2. Il dibattito relativo all'istituzione del servizio, con particolare riferimento al ruolo dell'esperto.

Il Servizio Nuovi Giunti ritaglia una nuova dimensione all'esperto penitenziario, infatti in tale ambito il professionista non svolge nessuna delle attività tipiche del contesto penitenziario che potremmo riassumere in: osservazione, trattamento e sostegno per rispondere ad un mandato specifico, cioè valutare l'eventuale presenza di diversi livelli di rischio suicida, o rischio di subire violenza, in ciascun detenuto che fa ingresso in carcere.

Secondo più autori, la circolare va in direzione di una *"maggiore incidenza del ruolo dell'esperto sulle dinamiche istituzionali, infatti tale servizio se da un lato ritaglia una nuova configurazione del ruolo dello psicologo e del criminologo, accentuando le connotazioni di tipo specialistico-predittive attraverso l'indicazione di una funzione che deve tendere ad identificare deterministicamente nessi tra condizioni psicosociali del soggetto che entra nell'istituzione e possibilità di 'livelli di rischio' di commettere gesti autolesivi e di subire violenza, dall'altra formalizza la possibilità, per l'esperto, d'intervenire significativamente sulla collocazione del detenuto all'interno dell'istituzione e, soprattutto in relazione ai casi più difficili, di dare indicazioni in merito a precisi interventi di sostegno"*ⁱⁱⁱ; ed ancora: *"All'interno di questo servizio lo psicologo riveste un ruolo di fondamentale importanza ed è collocato in una posizione primaria rispetto alle altre categorie di operatori...lo psicologo sembra avere acquisito una funzione centrale, con una propria autonomia, così le aspettative rivolte all'esperto sono relative alla produzione di conoscenza specialistica con una stabile caratterizzazione tecnica che sembra conferire autorevolezza alle affermazioni, assicurando sulla scientificità di ciò che viene prodotto"*^{iv}.

"Il contatto dell'operatore con la vita carceraria è più ampio: viene a conoscenza degli atti di autolesionismo, di violenza, di follia, i paradossi si fanno sempre più evidenti e macroscopici. Gli operatori diventano detentori e bersaglio di situazioni di conflitto"^v.

Altri, di contro, sottolineano il carattere di "forzatura" di tale impostazione criticando il ruolo egemonico svolto dall'esperto all'interno di un'attività che non si configura né come osservazione scientifica né come trattamento (vedasi in questo senso la circolare del 1988 che parla di trattamento penitenziario in senso lato), sottolineando l'urgenza di attribuire tale compito a più figure professionali il cui stile operativo ricalchi la logica di un lavoro d'équipe (in questo senso N. Coco).

Le brevi riflessioni sopra riportate sul ruolo dell'esperto sono il risultato dell'ampio dibattito che si è svolto sul servizio dalla sua costituzione ad oggi. Ci preme anzitutto sottolineare che lo spirito che attraversa le elaborazioni teoriche riflette nell'ambito del sottosistema qui considerato la tensione insita nella concezione riabilitativa della pena incentrata sul binomio trattamento-controllo che ha dato luogo ad una cospicua letteratura ed a eterogenee prassi applicative. Questa duplicità, mai risolta ed insita nella concezione utilitaristica della pena, fa leggere il servizio ad alcuni come strumento di controllo e di mantenimento dell'ordine, enfatizzandone gli aspetti iatrogeni, ad altri come 'setting d'incontro' in cui ammortizzare gli effetti destrutturati della carcerazione specie se primaria, allo stesso modo è alla base dell'ambiguità di ruolo dell'operatore, involontario interprete della ricorrente antinomia tra istanze rieducative e punitive della risposta penale generatrice del c.d. "doppio legame con l'utente" e delle conseguenze patologiche su cui la letteratura ha da tempo messo in guardia.

Nel 1997 l'Osservatorio nazionale sul fenomeno della tossicodipendenza, HIV e sindromi correlate in ambito penitenziario e sugli interventi riabilitativi ha avviato una rilevazione dettagliata dei casi di suicidio tentato e consumato tra i tossicodipendenti gli alcooldipendenti e gli affetti da HIV verificatisi negli istituti dal 1980 in poi; contemporaneamente ha svolto un'indagine conoscitiva sul servizio nuovi giunti. L'osservatorio ha effettuato un sondaggio d'opinione attraverso l'invio di due questionari, uno diretto ai medici ed agli esperti l'altro agli educatori, al fine di raccogliere informazioni e commenti da chi sul campo è impegnato nel lavoro e può "con cognizione di causa avanzare valutazioni, commenti proposte di riforma". L'indagine ha interessato l'universo degli istituti, attraverso l'intervento dei Provveditorati. Come sottolinea Coco, si è trattato del primo ed unico momento di controllo che il Servizio Nuovi Giunti ha ricevuto in 6 anni di applicazione. La ricerca ha messo in luce che gli intervistati risultavano sufficientemente concordi nel mantenere la struttura e l'impostazione originaria del servizio, limitandosi a suggerire miglioramenti organizzativi ed ambientali.

PROGETTO "LA PRESA IN CARICO DELL'AUTOLESIONISMO TRA INTERVENTO PSICOLOGICO E LAVORO DI RETE"



Negli anni precedenti l'argomento ha trovato una serie di elaborazioni molto interessanti all'interno del penitenziario.

Le prime considerazioni e riflessioni critiche sul servizio da parte degli stessi esperti, come ci ricorda Serra, risalgono al 1988, quando a Sanno si tenne il VII Congresso del coordinamento nazionale degli esperti penitenziari intitolato "Istituzione e violenza". L'argomento è stato anche oggetto di notevole interesse anche da parte della medicina penitenziaria che nel 1988 ha dedicato un intero convegno all'autolesionismo in ambiente penitenziario, ed anche negli anni successivi ha fornito diversi contributi di medici che in molti istituti svolgevano il presidio. Dai vari ambiti sono emerse analisi e proposte. Alcune si sono limitate a proposte di cambiamento degli strumenti metodologici, altre ne hanno investito la sua filosofia di fondo prima ancora che gli obiettivi e la prassi attuativa.

I primi contributi hanno messo in evidenza come le condotte autolesionistiche, essendo espressive di bisogni significativi per tutti i servizi penitenziari, dovessero essere affrontate non come onere di carattere specialistico ma con il contributo integrato di tutte le competenze istituzionali: "Fatti salvi alcuni casi nei quali è più evidente la necessità d'interventi specialistici nella maggior parte dei casi l'esito di un trattamento di prevenzione dipende in larga misura dal fatto che si verifichi intorno a quello specifico caso un atteggiamento coerente e congruente da parte dello staff che deve saper articolare in modo differenziato l'intervento a seconda della tipologia del gesto autolesionistico"^{vi}. Ed ancora: "Il riconoscimento delle situazioni a rischio non può essere circoscritto nell'ambito ristretto del colloquio Nuovi Giunti, in tale ambito possono essere prevalentemente individuati i fattori di più stretta pertinenza della sfera individuale in alcuni momenti che realizzano uno spaccato trasversale della situazione dell'individuo e della sua condizione istituzionale. Molti fattori di rischio possono così rimanere imponderati, ove non noti o non comunicati al momento dell'osservazione o dipendenti da circostanze ambientali in corso di evoluzione"^{vii}.

L'insistenza sugli aspetti metodologici e la richiesta di oggettivare e rendere uniforme l'intervento rivelano la giusta preoccupazione di operatori investiti di un forte potere discrezionale, andando ad incidere con i loro provvedimenti sulla dislocazione del detenuto con tutti gli inevitabili rischi anche di ulteriore stigmatizzazione del soggetto che questo comporta.

In proposito occorre ricordare che l'educatore attua un suo proprio colloquio, almeno il giorno successivo e la sua presenza è del tutto esclusa da quelle primissime fasi della permanenza del soggetto in carcere durante le quali l'impatto con la realtà penitenziaria è più forte e, spesso, psicologicamente devastante.

Costanza Costa afferma che *"la punteggiatura del servizio diventa confusa nasce il conflitto tra ciò che viene considerata la causa e ciò che viene considerato l'effetto dell'intervento: l'istituzione di un reparto specifico per detenuti a rischio attiva il meccanismo della struttura che amplia il bisogno, induce il soggetto ad assumere quei comportamenti autolesionistici che l'intervento vuol prevenire: è la profezia che si autoadempie. L'essere stigmatizzato come soggetto a rischio diventa elemento ancora più penalizzante, fa aumentare la depressione e la reattività, apre una spirale di eventi perversi a catena. Il messaggio suona così: 'Più ti proteggerò, più ti controllerò più ti induco a fare atti autolesionistici'. La spirale si chiude con un etichettamento di malattia mentale, con l'uso di strumenti coercitivi, con l'invio all'ospedale psichiatrico giudiziario"^{viii}.*

Questi interventi evidenziano come nella circolare il problema della violenza venga sollevato quale fattore pertinente soltanto al detenuto, mentre non si parla della violenza in quanto elemento sistemico che coinvolge tutta l'istituzione.

3. Dalla circolare istitutiva al nuovo regolamento d'esecuzione.

Negli anni il servizio, avente all'inizio un carattere sperimentale, è stato sottoposto a modifiche ed aggiustamenti; l'Amministrazione è più volte intervenuta recependo molte delle istanze che abbiamo esposto in precedenza.

A qualche mese di distanza dall'entrata in vigore della prima circolare, la disposizione n. 3245/5695 del 16.5.1988 ("Chiarimenti relativi all'applicazione della circolare n. 3233/5683 del 30.12.87") evidenziava la consapevolezza da parte dell'Amministrazione "dell'impossibilità attraverso il colloquio di ottenere un esame completo di personalità ed una diagnosi che portino a previsioni infallibili ed assolute";

PROGETTO "LA PRESA IN CARICO DELL'AUTOLESIONISMO TRA INTERVENTO PSICOLOGICO E LAVORO DI RETE"



si ribadiva comunque la necessità di realizzare tutti gli interventi evitando di livellare sistematicamente e senza motivazione verso l'alto l'indicazione del grado di rischio; si aggiungeva che analoga procedura ed idonei interventi si sarebbero dovuti adottare anche in coincidenza con particolari avvenimenti della vita del soggetto che potessero accrescere i rischi di autolesionismi; sempre in tale sede, al fine di garantire l'uniformità d'applicazione, veniva posto il divieto di apportare modifiche alle schede che non fossero state approvate dall'Amministrazione. Nell'ottobre dello stesso anno venivano apportati ulteriori chiarimenti all'argomento: la circolare n. 3256/5706, oltre ad indicare alcune delucidazioni sulla figura professionale dell'esperto in risposta ad alcuni rilievi mossi da autorità giudiziarie, interviene prevedendo l'utilizzo di un interprete, in favore dei detenuti di nazionalità straniera che non conoscessero la lingua italiana.

Le disposizioni, il cui percorso applicativo ha oscillato tra interpretazioni ragionevoli e fiscali dando luogo a prassi eterogenee talvolta nate anche negli spazi lasciati vuoti dalla norma, sono state oggetto di rinnovata attenzione in anni a noi più recenti. **Nel febbraio 1998 sono state emanate le linee guida per un apporto migliorativo ed integrativo al sistema di prevenzione e di intervento ai fini di una riduzione del numero dei suicidi nelle carceri (circ. n. 14871/4).** Tali disposizioni, a parere di chi scrive, costituiscono una svolta epocale nel modo di considerare ed intervenire sul problema e risentono, se non di tutte, almeno di molte delle sollecitazioni sottolineate. Le linee guida individuano tre fasi di approccio al problema e di possibili interventi operativi:

La *prevenzione primaria* che focalizza l'attenzione sugli aspetti organizzativi (no all'isolamento, umanizzazione rapporti con lo staff, contatto con le famiglie, attenuazione della frattura con il mondo esterno).

La necessità che la *valutazione del rischio* venga formulata su parametri quanto più possibili oggettivi, tra i quali assumono particolare rilevanza, la condizione di tossicodipendenza, i pregressi gesti anticonservativi, la presenza di sindromi depressive, disturbi della condotta di tipo violento ed, infine, il fenomeno dell'angoscia. La necessità di integrare l'intervento con approfondimenti degli eventuali problemi psicopatologici.

L'importanza di *interventi terapeutici* e di *pratica attivazione* quali la separazione dei tossicodipendenti in reparti specifici; la necessità di evitare l'isolamento sottolineando le potenzialità preventive della vita in comune; la priorità di rivedere l'organizzazione degli spazi dove si svolge il servizio, intesi come veicolo di comunicazione e di ridurre le inutili permanenze nel reparto nuovi giunti al fine di evitare controproducenti commistioni di soggetti di varie categorie; **la promozione di un lavoro di rete formale ed informale che si avvalga di tutte le figure significative per il soggetto compresi i compagni di detenzione, veicolo di comunicazione di situazioni critiche non diversamente raggiungibili dagli operatori;** valorizzazione delle potenzialità insite nel buon funzionamento dei processi comunicativi dello staff; infine, l'attivazione degli esperti anche per le necessità improvvise del soggetto, che potrebbero verificarsi anche dopo l'ingresso.

Da ricordare, infine, sia l'intervento n. 577373 del 3.6.1999 ("Intervento psichiatrico negli istituti penitenziari") sia la circ. 3524/5974 del 12.5.2000 ("Atti di autolesionismo e suicidi in ambiente penitenziario").

Il servizio di psichiatria viene individuato, nella particolare accezione conferitagli dalla circolare, come portatore di valore aggiunto al servizio, "gli psichiatri assicureranno altresì il necessario approfondimento diagnostico dell'eventuale disagio individuato dal Servizio Nuovi Giunti all'atto dell'ingresso della persona in carcere "l'ultima circolare richiama essenzialmente all'osservanza delle linee guida, centrando il *focus* sulla necessità di ridurre l'isolamento, sul maggior coinvolgimento del personale di polizia penitenziaria, degli operatori dell'area trattamentale e psichiatrica, sull'importanza dell'intensificazione del controllo specie dei detenuti recidivi, ricordando infine la necessità di promuovere il coinvolgimento di tutte le forze istituzionali e non, con specifico riferimento al volontariato.

4. Ipotesi di lettura e percorsi utili all'operatore penitenziario.

Concordiamo quindi con la necessità di porre l'attenzione su tutta l'organizzazione penitenziaria, cercando d'individuare come e che cosa cambiare del contesto in cui una persona è inserita: "*Il meccanismo autodistruttivo va ripercorso all'interno dell'istituzione, alle dinamiche che s'instaurano tra*

PROGETTO "LA PRESA IN CARICO DELL'AUTOLESIONISMO TRA INTERVENTO PSICOLOGICO E LAVORO DI RETE"



internato e staff, ai codici interni, alle stereotipizzazioni delle forme comunicative come risposte alla totalizzazione esperienziale e percettiva in cui il soggetto incorre^{ix}. Questa opzione di fondo ha come logica conseguenza la reinterpretazione del servizio che non si può limitare a prevederne il miglioramento delle capacità diagnostiche e predittive apportando dei correttivi metodologici alla scheda valutativa, ma inserisca questo intervento all'interno di una nuova connotazione che rivisiti gli obiettivi dell'intervento, si interroghi preliminarmente sul significato del termine servizio alla luce delle emergenti concezioni sul tema, nello sforzo di ridurre insieme ai rischi di atti auto ed eteroaggressivi quell'insieme di motivazioni che sono alla base del rischio medesimo.

Il nuovo approccio, discostandosi da quegli interventi che inquadrano il fenomeno come esclusivo problema clinico e quindi affrontabile soprattutto attraverso la rivisitazione degli interventi psicologici, deve spostare il baricentro del servizio e della sua filosofia dall'enfatizzazione del dato sintomatico e selettivo alla centralità dei bisogni del soggetto prevedendo l'accentuazione analitica delle sue esigenze rispetto all'accertamento di rischio autoeteroaggressivo.

Le proposte di miglioramento mirano ad inserire il colloquio prognostico nel quadro di un intervento d'accoglienza all'interno del quale si configuri come "filtro d'ascolto" di tutti i detenuti per l'individuazione dei soggetti più deboli ai quali offrire un'opportunità di relazione nella fase di vuoto comunicazionale e di "sequestro emotivo" proprie dell'ingresso, aiutandoli ad attenuare gli elementi di personalizzazione, presidiandone i bisogni.

In tale circostanza è fondamentale che lo stile dell'intervento ricalchi la logica del lavoro d'équipe per una serie di motivi che andiamo di seguito ad esporre.

La presenza di più operatori rappresentativi del contesto costituisce un dato di realtà "forte" che può ridimensionare le attese e gli investimenti salvifici sul singolo operatore intervenendo con azioni di sistema.

La presenza di più professionalità che comprendano quella dell'operatore di polizia penitenziaria consentirebbe di coniugare i profili diagnostici con gli aspetti più direttamente organizzativi della quotidianità del nuovo giunto. Il colloquio diverrebbe la sede in cui chiarire al detenuto la situazione in cui si trova fornendo indicazioni di vita all'interno dell'istituto (ovvero di quell'insieme di norme non solo di condotta ma anche e soprattutto di interazione sociale che "*scandiscono il fluire apparentemente ordinato degli eventi*"). Quest'aspetto è particolarmente importante perché è nella vita quotidiana che il detenuto gioca la propria possibilità di continuare ad essere individuo, è in questo ambito che il soggetto struttura una serie di relazioni sociali e d'interazioni che incidono fortemente sulla sua personalità ed identità. Per questo è fondamentale fornirgli gli strumenti di lettura del contesto e metterlo in grado di utilizzare le risorse che il sistema mette a sua disposizione. Congiuntamente l'équipe potrebbe favorire il nuovo giunto nell'esigenza di programmazione della successiva vita in istituto, consentendogli un recupero dell'orizzonte temporale in un momento caratterizzato da inevitabili sentimenti di perdita e di "abbandono", riducendo contestualmente le barriere ansiogene e la destrutturazione del modello ordinario della vita in libertà.

Gli operatori attraverso il colloquio dovrebbero stilare una valutazione congiunta e di sintesi a riguardo dello stato e delle necessità contingenti, con l'indubbio vantaggio di un intervento di portata multifattoriale che eviti di ridurre la prevenzione ad un atto custodiale (applicazione della grande/attenta sorveglianza) all'interno di un altro atto custodiale quale è quello della carcerazione.

La sintesi dell'intervento dovrebbe fornire un orientamento precoce verso il trattamento più adeguato da adottarsi in seguito che, diversamente da quanto è avvenuto in passato, non deve operare una distinzione dicotomica tra chi è a rischio e chi non lo è, ma deve prevedere una presa in carico che offra una certa quantità di opzioni di servizio per articolare gli interventi a seconda che si tratti di soggetto in cui non si sono manifestate intenzioni suicidarie, soggetti che le hanno manifestate oppure recidivi (c.d. prevenzione primaria, secondaria, terziaria).

Laddove non si possa prevedere una continuità di presa in carico quanto mai auspicabile al fine di evitare la sovrapposizione di figure professionali da parte degli stessi operatori lungo tutto l'iter istituzionale, per favorire l'attenuazione dei rigidi confini tra i servizi interni all'istituto è fondamentale che l'équipe si doti di strumenti metodologici (elaborazione di una scheda o griglia) ad uso di chi in seguito continuerà ad occuparsi del detenuto.

In questa prospettiva potrebbe recuperarsi al servizio quella peculiare veste di sostegno da vedersi come la preferibile soluzione alla previsione di futuri disagi.

5. Il servizio nel nuovo regolamento d'esecuzione.

Quanto indicato nel regolamento d'esecuzione recentemente rinnovato sollecita nella direzione sinora descritta.

Di fronte alla complessità del problema, il legislatore pare aver chiaro che non è più sufficiente l'intervento del singolo o l'iniziativa estemporanea, tutto quanto viene realizzato deve potersi ricondurre ad una progettualità mirata e sinergica che veda l'interconnessione tra gli attori presenti.

L'orientamento del legislatore va verso l'abbandono dell'enfasi che in passato si è posta sulla relazione diadica operatore/detenuto per promuovere azioni positive verso una persona sempre più concepita come sistema complesso, risultato della vasta trama di relazioni personali e sociali, sulla quale si deve intervenire con interventi di sistema.

Il nuovo testo legislativo appare particolarmente attento ad affrontare il danno fisico e psichico, da prisonizzazione, e in più parti cerca di ribadire che solo il regime di vita all'interno ha il potere d'incidere in modo significativo.

In tale direzione va il comma 3 dell'art. 16 che trova la sua *ratio* nel contenimento degli effetti negativi della restrizione fisica delle persone in ambiente chiuso, prescrivendo che devono esistere ed essere effettivamente utilizzati gli spazi per lo svolgimento di attività fisica, fruibili anche per attività sportive, ricreative e culturali prevedendo al comma 2 i servizi sanitario e psicologico nell'indicazione delle più adeguate soluzioni strutturali e di gestione.

In tal senso, sempre relativamente alla fase d'ingresso del detenuto, è illuminante la disposizione riguardante la sottoposizione al regime d'isolamento che rappresenta, come sappiamo, una condizione di coltura del trauma. Rispetto al testo precedente, il nuovo offre alla direzione degli strumenti per intervenire sul regime di vita disposto dall'autorità giudiziaria. Il comma 6 dell'art. 22 fa carico alla direzione dell'istituto di richiedere all'autorità giudiziaria - che abbia omesso di indicare o indicato incompletamente "le modalità i limiti e la durata dell'isolamento - le integrazioni necessarie; la direzione deve anche segnalare all'autorità giudiziaria "l'eventuale insorgenza di stati di sofferenza psicofisica della persona".

L'attenzione a questi aspetti si esprime anche attraverso le disposizioni relative all'assistenza sanitaria generale focalizzando l'attenzione sulle attività di medicina preventiva con lo scopo, come indicato al comma 9 dell'art. 17, di segnalare ed intervenire in merito alle situazioni che possano favorire lo sviluppo di patologie, comprese quelle collegabili alle prolungate situazioni d'inerzia e di riduzione del movimento e della attività fisica. Nello specifico dell'intervento psichiatrico, momento strettamente correlato al servizio, l'art. 20 interviene in due direzioni che risentono della diversa impostazione tra l'intervento psichiatrico di oggi e quello dell'epoca in cui il regolamento fu redatto (prima della riforma dell'assistenza psichiatrica di cui alla legge 180/78).

Il focus dell'intervento, declinato secondo il nuovo modello di malattia mentale, è spostato dalla riduzione del danno per l'organizzazione alla cura del soggetto che deve mettere in campo i rapporti familiari ed intensificare le attività trattamentali evitando l'isolamento, prevedendo a tal fine il coinvolgimento del servizio sanitario pubblico per determinare la presa in carico sia durante la detenzione che all'esito della stessa.

Nella consapevolezza che le singole azioni non determinano un intervento di sistema, il nuovo regolamento al comma 3 dell'art. 23 dispone che, in relazione agli esiti del colloquio, si dovrà procedere con azioni adeguate da parte dell'area trattamentale, coinvolgendo, se del caso, anche gli organi giudiziari che potrebbero far cessare le situazioni di rischio significativo e il servizio tossicodipendenze operante in istituto se si tratta di tossicodipendente.

PROGETTO "LA PRESA IN CARICO DELL'AUTOLESIONISMO TRA INTERVENTO PSICOLOGICO E LAVORO DI RETE"



Note

ⁱ Taggi F., Tatarelli R., Polidoro G., Mancinelli I., 1997

ⁱⁱ Daga L. in "Violenza e istituzione" a cura di Serra C.

ⁱⁱⁱ Pantosti e Pellegrini in "Lo psicologo criminologo" a cura di De Leo G.

^{iv} Serra C. "psicologia penitenziaria", Giuffrè

^v Costa C. "la pena tra retribuzione e rieducazione" in rassegna ital.crim.genn 1990

^{vi} Galliani I., in "Aspetti criminologici degli autolesionismi in ambiente penitenziario" L'autolesionismo in ambiente penitenziario, congresso di medicina penitenziaria 1991

^{vii} ibidem

^{viii} Costa C., La pena tra retribuzione e rieducazione, op.cit.

^{ix} Coco N., "I servizi psicologici penitenziari" in *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, a cura di Ferracuti F., vol. XI