

Case report

La storia di detenzione di un paziente complesso.

Esperienza di un lavoro integrato

Mariantonietta Milelli¹, Federico Agosta²

Il *case report* descrive l'esperienza del lavoro congiunto tra l'area Sanitaria e quella della Polizia Penitenziaria per la gestione di una situazione complessa caratterizzata dalla presenza di numerosi fattori di rischio – sia individuali che contestuali – che hanno inciso in maniera importante sull'adattamento in carcere di un detenuto con disabilità legata alla condizione di sordomutismo.

Negli istituti penitenziari sono ristrette anche persone in condizioni di disabilità *“che richiedono interventi specifici”*, il monitoraggio del 2015, ad opera della Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento, inerente il numero dei detenuti con limitazioni funzionali ha evidenziato la presenza negli istituti penitenziari di n.628 persone in condizioni di disabilità e la sordità ne rappresenta una minima parte. Per quanto il contesto detentivo si sia organizzato rispetto all'accoglienza delle persone con disabilità fisica, ponendo attenzione ad elementi strutturali per garantire la massima autonomia possibile al disabile, il panorama dedicato alle persone con disabilità uditiva appare limitato e meritevole di una revisione orientata alle specificità della condizione.

Per poter promuovere la libera espressione delle personali potenzialità all'interno del carcere è necessario garantire ambienti adeguati alle limitazioni funzionali della persona nelle diverse forme e gradi che la disabilità può assumere (limitazioni motori e posturali, mancanza o diminuzione del visus). Per quanto riguarda le limitazioni fisiche, ad esempio, l'eliminazione delle barriere architettoniche permette la libera ed autonoma circolazione all'interno dell'istituto. Appare chiaro che per il detenuto sordomuto e quindi per la persona ristretta di cui ci siamo occupati, i problemi e le barriere sono maggiormente di natura relazionale e comunicativa ed impongono una condizione gravosa di isolamento su cui è estremamente complesso intervenire, diversamente da quanto accade per altre problematiche di inserimento nel contesto dei pari.

Il progetto di promozione dell'adattamento al contesto, pensato per limitare il più possibile i fattori stressanti col fine di preservare l'autonomia e l'auto-direzionalità di Guido³, il soggetto del presente articolo, ha richiesto uno sforzo di lavoro congiunto di complessa definizione ed attuazione. La condizione di sordomutismo rappresenta, già nella popolazione generale, uno svantaggio da un punto di vista sociale ossia dal punto di vista delle difficoltà che una persona può incontrare nello svolgimento della propria vita autonoma e di relazione. Nel caso specifico di Guido, la disabilità uditiva ha rappresentato una limitazione significativa sin dal suo ingresso in carcere: problematiche connesse all'adattamento, alla relazione col gruppo dei pari, alla relazione con i referenti giuridici.

La storia di Guido è complessa e la narrazione della sua detenzione parte proprio dalla parola *“deficit”*, il primo elemento attorno al quale iniziano a ruotare le definizioni dei suoi bisogni: deficit uditivo, deficit di risorse, deficit del sistema. Si tratta di un giovane adulto di 28 anni, alla prima esperienza di privazione della libertà, la cui storia personale si sviluppa in un contesto di marginalità e di mancanza di reti supportive sia familiari sia assistenziali. Sin dal suo ingresso, in carcere è risultata delineabile una condizione di solitudine esistenziale: proveniente da una famiglia multiproblematica e non disponibile a fornire supporto affettivo e materiale, scolarizzazione bassa, problemi di dipendenza, vissuti persecutori e difficoltà ad instaurare legami di fiducia. Guido entra nel sistema penitenziario con un atteggiamento di chiusura e difesa rispetto

¹ Dirigente Psicologo Psicoterapeuta DSM Asl Roma 2, UOC Salute Mentale Penitenziaria e Psichiatria Forense.

² Ispettore di Polizia Penitenziaria, Responsabile Unità Operativa del Reparto G9, Nuovo Complesso, Rebibbia Roma

³ Guido: un nome di fantasia e non corrisponde al nome reale della storia narrata

al mondo circostante, rispondendo in maniera esplosiva e reattiva al contesto. Alla chiusura in camera di pernottamento Guido risponde con comportamenti aggressivi sia rivolti contro di sé che verso l'esterno ed i primi colloqui di conoscenza vengono proposti per effettuare una *de-escalation* rispetto alla sua aggressività ed impulsività.

Il periodo storico ha aggiunto un ulteriore elemento di criticità alla già difficile condizione di Guido in quanto il suo ingresso in carcere avviene nel periodo di pandemia Covid-19, periodo grande complessità per gli istituti penitenziari che si ritrovano a gestire sopraggiunte forme di isolamento per necessità sanitarie. Com'è noto il periodo di primo ingresso in carcere è un momento delicato connotato da importanti elementi critici. Il servizio Nuovi Giunti, infatti, nasce per la tutela del paziente rispetto alla portata traumatica dell'ingresso ed i fondamenti di tale presidio si inscrivono nella prevenzione dei comportamenti auto ed etero aggressivi e del comportamento suicidario (Sbardella A., 2022). I colloqui psicologici di ingresso hanno caratteristiche di assessment, supporto ed inquadramento diagnostico nonché quello di individuare i fattori di rischio positivi per lo scompenso psicopatologico e/o autolesionismo. Guido entra in carcere con una posizione giuridica da "giudicabile" e, sin da subito, evidenzia le criticità relative alla detenzione; infatti nella sua storia tutti i fattori di rischio sono presenti: prima detenzione, difficoltà di adattamento, difficoltà a comprendere le regole del contesto, giovane età ed impossibilità ad entrare in relazione con il gruppo dei pari. La prima risposta di Guido alla restrizione è stata di tipo oppositivo-provocatorio con mancanza di fiducia verso gli operatori e paura del contesto.

I problemi relativi al percorso di inserimento sono stati complessi, Guido non riusciva a relazionarsi col gruppo dei pari per deficit sensoriali che rappresentavano un elemento di rischio per comportamenti etero-aggressivi ed ha manifestato, sin da subito, atteggiamenti paranoidei su base interpretativa per via delle sue condizioni cliniche che lo hanno portato ad osservare ed interpretare il contesto e le relazioni con gli altri. Il suo inserimento in stanza multipla portava a situazioni di rischio importanti non facilmente contenibili. Per via della sua impulsività ed angoscia, inoltre, non era neppure ipotizzabile una tutela presso una stanza singola per via dell'elevato rischio di comportamenti anticonservativi.

Da un punto di vista sanitario, la raccolta anamnestica del paziente è stata difficoltosa sia per le ovvie ragioni del comportamento oppositivo del paziente sia per la difficoltà di avere del personale specializzato per far fronte alla barriera comunicativa. Non è stato possibile, inoltre, accedere ad informazioni sulla sua storia attraverso familiari e conoscenti in quanto il paziente, di origine meridionale, trasferitosi da lungo tempo a Roma viveva in situazioni di marginalità, completamente sconosciuto ai servizi sanitari ed assistenziali. Durante i colloqui di accoglienza, è emerso che prima della detenzione Guido viveva in una casa nella periferia est di Roma totalmente privo di rete supportiva, viveva di espedienti e provava a mantenersi facendo lavoretti saltuari. Attraverso il suo legale siamo venuti a conoscenza del fatto che la famiglia di Guido non era disponibile ad entrare in relazione con lui e con gli operatori sanitari e penitenziari del carcere.

Durante la prima fase della detenzione, sono stati effettuati continui colloqui di supporto psicologico con lo scopo di conoscere il paziente, effettuare un assessment clinico ed aiutarlo nella comprensione del contesto nonché per iniziare a definire i suoi bisogni. Sono state effettuate diverse consulenze psichiatriche, spesso su richiesta del personale della Polizia Penitenziaria, nelle quali veniva evidenziata la non pertinenza dell'intervento dello specialista psichiatra in quanto non erano presenti problematiche attuali a connotazione psicopatologica e che le difficoltà del paziente erano da considerarsi come reattive alla condizione di "sordomutismo in carcere". La valutazione psichiatrica evidenziava la criticità ed incompatibilità del contesto poiché per tal paziente *"è più difficile leggere e comprendere il contesto, motivo per cui è suscettibile di facile irritabilità ed instabilità"*⁴. Il suo atteggiamento iniziale, a connotazione

⁴ Citazione di una consulenza specialistica

aggressivo e provocatorio, veniva spiegato come un tentativo di difesa da parte del paziente *“che propone atteggiamenti aggressivi con lo scopo di distanziare l’altro”*⁵. In sintesi, Guido assumeva sempre una posizione di allerta ed ipervigilanza nel tentativo di osservare il contesto ed interpretarlo, cercando di comprendere le intenzioni degli altri, che venivano puntualmente lette in senso negativo. Il comportamento finale era quello di cercare di evitare la relazione e l’avvicinamento dell’altro. Tale continua ipervigilanza sul contesto, con facile irritabilità, diventerà più acuta nei mesi successivi allorquando i dispositivi di sicurezza Covid-19 incideranno pesantemente sulle sue già scarse possibilità di lettura del contesto (ad esempio rispetto alla lettura del labiale).

Nel corso del periodo di osservazione, in quanto nuovo giunto, sono stati numerosi infatti i tentativi di suicidio che hanno richiesto il provvedimento della Sorveglianza a Vista. Preme sottolineare, che anche questa soluzione, se da una parte assicura il controllo del paziente dall’altra incide in maniera pesante sul suo vissuto persecutorio proprio a causa della continuità dell’osservazione. Tutto avveniva in un contesto non in grado di spiegare (a causa della barriera linguistica) in maniera chiara le ragioni delle decisioni prese (fondamentalmente in sua tutela) amplificando i vissuti a connotazione negativa ed alimentando il senso di paura ed alienazione.

Guido permane a lungo, dunque, col provvedimento di videosorveglianza e non è stato possibile proporre la condivisione degli spazi con altri ristretti in quanto presentava uno stato di diffidenza ed interpretazione paranoidea a causa della deprivazione sensoriale rendendosi suscettibile di subire comportamenti etero-aggressivi. Il contestuale isolamento ha ulteriormente amplificato i suoi vissuti di esclusione ed abbandono, rendendo ancora più forte la deprivazione sensoriale. Le diverse consulenze psicologiche evidenziavano l’assenza di psicopatologia maggiore e descrivevano i comportamenti auto ed etero aggressivi come reattivi al contesto sottolineandone l’ovvia impossibilità di inserire il paziente in un reparto a custodia aperta. L’isolamento detentivo del paziente, dunque, corrispondeva ad un uguale isolamento ed esclusione dal mondo esterno (assenza di colloqui e legami di riferimento). Tale condizione di isolamento totale, dalla stanza singola in sorveglianza a vista alla situazione affettiva familiare hanno esasperato il suo vissuto di abbandono ed esclusione rendendo impossibile una progettualità futura. La detenzione di Guido è sempre stata multiproblematica con un rischio suicidario di elevata gravità e, sin dal suo ingresso, l’équipe dei nuovi giunti ha evidenziato l’incompatibilità del ristretto con il regime ordinario. La mancanza di relazioni esterne e di risorse ha impedito, inoltre, la concessione o definizione di misure alternative. Nel tempo delle varie osservazioni, Guido veniva spostato da reparto in reparto col fine di proporre condizioni detentive più sensibili ai suoi bisogni e con ripetuti sforzi di reinserimento, cercando l’accoglienza da parte di persone più in grado di tollerare le frustrazioni insite nella relazione con Guido. Il comportamento di Guido era sempre lo stesso: nuovo reparto, Sorveglianza a Vista, graduale adattamento, inserimento in vita comune, problemi col gruppo dei pari, tentativo di suicidio ed atti turbativi dell’ordine e della sicurezza che richiedevano un necessario ed ulteriore cambio di reparto. La frammentazione degli interventi a lui dedicati hanno ulteriormente creato terreno fertile per l’espressione del disagio: nelle relazioni di incompatibilità con il regime detentivo ordinario veniva più volte sottolineato l’imprevedibilità degli agiti anticonservativi. Guido in sintesi reagiva in maniera impulsiva al contesto, gli elementi di rischio erano maggiori rispetto a quelli protettivi pertanto il continuo monitoraggio del paziente non era sufficiente rispetto alla situazione critica. Anche nel momento in cui riusciva ad instaurare relazioni di fiducia, queste si dimostravano labili e fonte di stress alla prima criticità. Il lavoro effettuato, l’assunzione di responsabilità verso il ristretto, si è sempre svolto sul registro della criticità e riduzione del danno rendendo impossibile ipotizzare o definire una progettualità terapeutica o trattamentale senza un fondamentale adattamento. Tutto il lavoro svolto sul periodo detentivo di Guido avviene in una chiara definizione di incompatibilità, certificata nel 2020, in

⁵ Ibidem

ingresso al carcere. Operatori sanitari e della Polizia Penitenziaria avevano ben chiaro che, nonostante i progressi, i fattori di scompenso erano maggiori e più potenti dei fattori protettivi. Un elemento a protezione del paziente sembrava essere la relazione di fiducia instaurata con il Responsabile dell'Unità Operativa⁶ del reparto di assegnazione G9, che aveva già conosciuto precedentemente durante il periodo trascorso al reparto G6.

Nei vari passaggi di reparto il paziente iniziava a sperimentare legami di fiducia verso due figure specifiche: lo Psicologo dell'Asl ed il Resp. UO del G9. Il cambiamento nella gestione della complessità inizia proprio con l'instaurarsi di queste relazioni che hanno permesso di integrare gli interventi sia dal punto di vista sanitario che penitenziario senza perdere la specificità del proprio mandato. L'ottica integrata ha permesso di strutturare interventi meno frammentati tra le due amministrazioni, armonicamente coordinati con la finalità di inserire il paziente/detenuto all'interno di una progettualità futura. Verranno proposte successivamente a Guido altre figure supportive (mediatore della lingua LIS con cadenza settimanale per uno spazio espressivo maggiore, volontaria del servizio civile nazionale per aiutarlo nella costruzione di modalità comunicative più funzionali al contesto) in base ai bisogni che piano piano emergevano. Dalla relazione di fiducia instaurata con lo Psicologo ed il Resp. UO si è passati poi ad una diffusione di legami più stabili: Guido ha sperimentato e ripetuto in sintesi la possibilità dell'aiuto.

In breve tempo, si sono formate delle micro-equipe spontanee di confronto e gestione del paziente, supportati da operatori della lingua LIS⁷: un volontario proposto dal Cappellano Don Lucio ed un volontario LIS del Comune di Roma, proposto quest'ultimo dallo psicologo dell'area Sanitaria. Chiaramente chi legge conosce i vari passaggi per poter definire l'ingresso in carcere di personale civile e dedicato alla definizione di un progetto, nulla di immediato e spesso dilatato nel tempo sia per caratteristiche istituzionali che per ragioni legate agli operatori. Nella paradossale situazione di deficit comunicativi del paziente il contesto ha attivato una maggiore chiarezza comunicativa a protezione del deficit sensoriale di base.

L'adattamento e l'inclusione vs disadattamento ed esclusione

La Convenzione delle Nazioni Unite⁸ sui diritti delle persone con disabilità definisce la condizione di disabilità come il *“risultato dell'interazione tra persone con menomazione e barriere comportamentali ed ambientali”* e secondo la *classificazione internazionale (ICF) la condizione di disabilità è la situazione delle persone con gravi difficoltà di carattere permanente in alcune funzioni (della vita quotidiana come lavarsi, vestirsi ecc., della mobilità corporea, della locomozione, della comunicazione e dell'inclusione e partecipazione alla vita sociale)*. Sono ben chiare le aree di difficoltà di Guido e cioè le permanenti criticità della comunicazione e dell'inclusione e partecipazione alla vita sociale, che in carcere assumono – già in generale – un carattere maggiormente restrittivo.

Nella fase di ingresso Guido ha mostrato differenti strategie comportamentali disfunzionali: da comportamenti anticonservativi a quelli etero-lesivi compresi distruzione suppellettili in stanza con una continua *escalation* della componente aggressiva. Tale scenario aveva come sfondo di base, nutritivo dei comportamenti disfunzionali, le comuni difficoltà della detenzione: isolamento, difficoltà ad accedere alle regole del contesto, interlocutori differenti non-coordinati nel loro agire, difficoltà nel tollerare la noia e la frustrazione, assenza totale di comunicazioni esterne. Alle difficoltà ordinarie, tipiche della vita detentiva, si aggiungeva la specifica condizione di Guido che maggiormente impediva una soluzione in positivo delle

⁶ Responsabile Operativo del reparto G9 in seguito verrà abbreviato in “Resp. UO”

⁷ Integrazione ed implementazione delle risorse grazie al sostegno e supporto della Dottoressa Alessia Forte, Comandante Dirigente di Polizia Penitenziaria del Novo Complesso.

⁸ CRPD. Convention on the Right of Person with Disabilities, New York, 13 dicembre 2006

criticità menzionate. L'impennata di escalation rappresenta in sintesi un alzare il tono, tentativo finalizzato ad attirare l'attenzione su di sé. La risposta iniziale del sistema è stata di controllo continuo del paziente attraverso la disposizione del regime di Sorveglianza a Vista, provvedimento che verrà adottato ripetutamente nel tempo, per poi effettuare inserimenti in vita comune. Inizialmente, il reparto di maggior periodo di permanenza è stato il G6 transito, piccola sezione di isolamento e luogo di transito e fondamentalmente, di allocazione per le situazioni che necessitano di videosorveglianza. Il G6 a causa dei continui movimenti (detto appunto "transito") non permette attività intramurarie, elemento che peggiorerà pochi mesi più tardi a causa della pandemia che ridurrà al massimo i momenti interattivi incrementando, invece, il senso di vuoto ed angoscia. Successivamente all'allocazione al G6 si è provato ad inserire il paziente presso altri reparti, tentativi volti a fallire in breve tempo con una richiesta del paziente stesso di poter far rientro al G6, la sua richiesta era più che altro relazionale in quanto in tal reparto aveva instaurato una relazione di fiducia con il Resp. UO del G9 motivo per cui Guido lo seguirà anche nel successivo incarico presso altro reparto detentivo: dal G6 al G9. La relazione instaurata, nonostante le criticità di Guido, appare chiara e ben definita e si configura come idonea per la promozione di comportamenti più funzionali. È grazie a tale relazione di fiducia, infatti, che si interrompe il circolo vizioso dei continui spostamenti e si inizia a proporre a Guido l'assegnazione non più al "reparto", ma ad una équipe specifica: attuale Resp. UO del G9 e lo Psicologo della UOC Salute Mentale Penitenziaria e Psichiatria Forense. L'idea condivisa era quella di proporre a Guido una stanza singola in sezione a custodia aperta, con un patto ben definito: colloqui ravvicinati con lo psicologo, confronto continuo tra Psicologo e Resp. UO, spazio congiunto per analizzare e definire progettualità. L'idea comune, sanitaria e penitenziaria, era quella di aiutarlo nell'esperienza di un adattamento in sezione tenendo conto delle esperienze precedenti.

Il primo passo è stato quello di far comprendere al paziente le criticità rispetto alla detenzione, ed aiutarlo a definire il proprio contributo rispetto ai vari momenti critici trascorsi in carcere. Per una chiara comunicazione e meta-comunicazione inerente il proprio comportamento, come precedentemente accennato, è stato attivato l'ausilio di un mediatore LIS: focus degli incontri è stato quello di aiutare Guido a comprendere le proprie azioni ed il proprio comportamento che all'interno dell'istituto lo hanno inserito in dinamiche disfunzionali (vittimizzazione e sfruttamento da parte di altri detenuti, atteggiamento provocatorio). La continua sorveglianza delle relazioni di Guido ha richiesto uno sforzo da parte della Polizia Penitenziaria che è stata prontamente sensibilizzata sulla specificità del paziente, soprattutto per quanto riguarda i suoi atteggiamenti persecutori ed interpretativi. E non solo, Guido nel tentativo di attirare l'attenzione su di sé, utilizzava vocalizzazioni continue e spesso disturbanti il contesto, è stato necessario e utile aiutarlo ad utilizzare modalità più chiare e meno interpretabili come "comportamento aggressivo". Appare chiaro che i comportamenti di compensazione del paziente possono essere interpretati come eccessivi agli occhi di persone non formate alla relazione con tale disabilità. Il lavoro effettuato dalla Polizia Penitenziaria è stato proprio quello di sensibilizzazione degli operatori in generale. Tale lavoro ha avuto un effetto positivo a cascata e, in breve tempo, si è registrato un maggiore equilibrio di Guido rispetto al contesto. Appariva, quindi, meno teso durante i colloqui, più disponibile a chiedere aiuto nei momenti di difficoltà, in grado di tollerare le frustrazioni e la solitudine della stanza singola. Si mostrava, inoltre, meno reattivo e soprattutto non venivano più messe in atto azioni anticonservative alle prime difficoltà. Il paziente ha iniziato a considerare gli operatori del contesto come persone a cui rivolgersi nei momenti critici, interfacciandosi ad esempio sia con gli infermieri di reparto (ai quali chiedeva aiuto di continuo, ma con atteggiamento più congruo rispetto alle situazioni) sia con gli agenti di Polizia Penitenziaria di Reparto che si dimostrano autorevoli e degni di fiducia.

Adattamento e progettualità

Il progetto integrato, condiviso e continuamente ridefinito tra Resp. UO del G9 e lo Psicologo ha permesso di realizzare altri percorsi puntualmente co-costruiti insieme a Guido. Dopo aver trovato una forma di

adattamento in sezione, sperimentato uno spazio di sicurezza e tranquillità, abbassato il livello di attivazione Guido, infatti, inizia a fare richieste che rispecchiano effettivamente i bisogni reali. La sua iniziale richiesta è quella di poter “impiegare il tempo” in attività finalizzate a ridurre il vissuto di noia e solitudine. La richiesta di poter svolgere un’attività quotidiana e strutturata ha anche un valore clinico nonché un risvolto positivo rispetto alla vita detentiva. L’esperienza di occuparsi di qualcosa, di avere un tempo più organizzato permette di abbassare i livelli di tensione, usufruire di uno spazio mentale libero dai continui pensieri ed ossessioni, sentirsi importante ed anche utile per gli altri, vedersi riconosciuto come persona capace di impegnarsi ed assumersi delle responsabilità. Insomma piccole attività lavorative veicolano spesso contenuti di dignità, autostima, responsabilità, senso e fiducia.

Le attività definite per Guido sono sempre state concordate tra il Resp. UO del G9 e lo Psicologo con l’obiettivo di far sperimentare a Guido la possibilità della pianificazione degli interventi: da poche ore giornaliere in reparto arriverà ad avere un tempo più strutturato con la possibilità di uscire anche dal reparto. L’obiettivo del lavoro integrato è stato quello di proporre attività per contenere e limitare il disagio interiore legato soprattutto ad una storia di invisibilità. La storia di Guido è la storia di una persona invisibile, sin dalla sua storia familiare: riferirà durante i colloqui che in carcere ha avuto la prima esperienza dell’attenzione e della cura. Un sistema di regole, di accoglienza e sostegno che hanno permesso un senso di fiducia ed appartenenza. I piccoli passi effettuati, hanno sempre richiesto un continuo confronto tra l’Area Sanitaria e la Polizia Penitenziaria, perché nonostante i miglioramenti Guido rimaneva comunque incompatibile col regime ordinario ed ogni minima criticità assumeva un potenziale regressivo.

Dall’adattamento in carcere alla visione sul futuro

Il lavoro continuo ed integrato, di scambio costante di idee e valutazioni, si è mostrato come modello di intervento funzionale. Appare degno di nota che, di fronte al deficit comunicativo del paziente, il sistema abbia risposto con modalità compensatorie, incrementando le interazioni tra le differenti parti: Polizia Penitenziaria, sanità, cappellano, volontari, esperti LIS. Successivamente, oltre ad un pensiero dedicato alla vita quotidiana in carcere, specifica per un adattamento in sezione, si è passati ad approfondire il tema delle risorse attuali del paziente e la sua progettualità futura. La domanda a cui si è cercato di dare risposta era: *“Come dare alla persona una possibilità oltre al carcere?”*. Nella chiara consapevolezza che la maggior sofferenza nasce proprio dalla difficoltà di ipotizzare o vedere il proprio futuro, Guido portava dentro sé il peso delle visioni negative delle triadi cognitive⁹ tipiche del pensiero suicidario: pensiero negativo su di sé, sul presente e sul futuro.

Si è cercato, con le azioni congiunte, di aiutarlo a sperimentare e costruire una migliore immagine di sé e del momento detentivo (passando dal suo contenuto di “io vittima” ad uno più attivo centrato sulla possibilità di agire e non subire), anche attraverso la strutturazione di spazi di lavoro, infatti è stato possibile aumentare il suo senso di potere ed azione, farlo sentire più attivo e meno gestito. Ciò ha portato ad un presente più accettabile ed edificabile nel senso che inizia a strutturare una concezione di sé come parte attiva nella propria storia ed inizierà, in tal modo, ad essere meno succube dall’altro. Tali passaggi hanno portato anche ad ipotizzare insieme a lui il futuro. Elemento principale rispetto a tale tema è stato la totale assenza di legami di riferimento: la rete assistenziale e familiare di Guido è pressoché inesistente e, a complicare ciò, sopraggiunge l’elemento di non consapevolezza di tale criticità da parte del paziente. Guido chiede continuamente dei familiari e di poter usufruire di misure alternative presso il loro domicilio, in realtà la famiglia non ha mai accolto le richieste di Guido, chiedendo esplicitamente di non essere

⁹ Diversi Autori, come ad esempio Beck (1975), hanno definito come elementi importanti per la valutazione del rischio suicidario la *hopelessness* – ossia la mancanza di speranza – e la *helplessness* – cioè l’impossibilità di ricevere aiuto. Tali sentimenti sono positivamente correlati col rischio elevato di suicidio e sono alla base della cosiddetta “Triade cognitiva” (visione negativa di sé stessi, del mondo e del futuro).

contattati. Ad aiutarlo a “pensare in maniera diversa il suo futuro” e costruire un contesto di riferimento è stato il Cappellano del carcere, Don Lucio. Attraverso la sua rete ha permesso un duplice lavoro: interno al carcere con un volontario LIS per momenti di studio e supporto affettivo. Attraverso le ore di studio Guido ha iniziato ad incrementare le sue capacità di scrittura, inizialmente deficitarie a causa della bassa scolarizzazione e del disturbo sensoriale. L’impegno scolastico congiunto a quello lavorativo hanno portato a situazioni sempre più distese. Attraverso questa nuova relazione è stato possibile ottenere la concessione del beneficio ad opera del Magistrato di Sorveglianza richiesto dal gruppo di Osservazione e Trattamento attraverso il dispositivo dell’artt. 57 (legge sull’ordinamento penitenziario). Il primo beneficio concesso consisteva in un Permesso Premio di una giornata presso la “Casa del Sordomuto”, esperienza rivelatasi positiva e ricca di significato soprattutto per Guido che attraverso tale misura inizia a conoscere nuovi contesti relazionali disponibili a fornirgli aiuto e sostegno in maniera ampia uscendo così da una situazione critica e iatrogena. Tali miglioramenti hanno portato così alla concessione di una misura alternativa presso la “Casa del Sordomuto”, dove attualmente Guido si trova.

Il lavoro con Guido per noi operatori all’interno del contesto detentivo si conclude con la concessione di una misura alternativa fortemente voluta ed ipotizzata dai suoi referenti (Psicologo Asl e Resp. UO) che hanno avuto modo di far confluire il proprio agire in una visione comune. La storia di Guido non è molto diversa da altre storie, che come la sua, nascono e si sviluppano in un contesto di svantaggio, dove si intersecano marginalità, abbandono e disabilità. Le privazioni che caratterizzano l’esperienza esistenziale di Guido sono lontane nel tempo, la sordità arriverà in maniera traumatica durante l’infanzia. Il suo deficit incontra, infine, nel contesto detentivo un ambiente composto da figure attente e responsive disponibili a relazionarsi in maniera diversa e costruttiva, compiendo uno sforzo di sintonizzazione e coordinamento per rispondere in modo più congruo ai suoi bisogni. L’esperienza di lavoro integrato ha potenziato le nostre capacità di ascolto del paziente/detenuto e, soprattutto, ci ha permesso di assumere una *posizione percettiva più fine del lavoro dell’altro*, che non si contrappone alla propria identità professionale, ma la completa portando specificità differenti a sostegno dell’unicità della persona detenuta.

Riferimenti bibliografici e sitografici

Beck A. T., Kovacs M., Weismann A., 1975), Hopelessness and suicidal behavior. An overview., J Am Med Ass 1975;234:1146-9.

Sbardella A. (a cura di): Salute mentale e carcere. Aracne editore, Roma, 2022

Convenzione Nazioni Unite, CRPD. Convention on the Right of Person with Disabilities, New York, 13 dicembre 2006

www.giustizia.it, Monitoraggio 2015, Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento,