

## Un percorso di trasformazione nel nuovo assetto detentivo/riabilitativo post OPG: esposizione di un caso

### Un processus de transformation dans le nouveau dispositif d'emprisonnement / de réinsertion après la fermeture des hôpitaux psychiatriques judiciaires : une étude de cas

### A process of transformation within the new custodial/rehabilitative framework after the closure of the judicial psychiatric hospitals: a case-study

*Maria Serena Selvino, Chiara Rufo, Iliaria Stabile, Antonio Maria Pagano\**

#### **Riassunto**

L'articolo illustra il lavoro psicologico-clinico effettuato all'interno della "Articolazione per la Tutela della Salute Mentale in Carcere", nuovo contesto di cura ed assistenza nato alla luce dei radicali cambiamenti attivati dal processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e che accoglie soggetti autori di reato affetti da patologia psichiatrica, garantendone un'osservazione costante ed interventi riabilitativi ad alta intensità terapeutica. Il caso presentato, attraverso la narrazione del percorso detentivo/riabilitativo di un soggetto, iniziato con la reclusione in regime ordinario, proseguito con l'assegnazione all'OPG e con il successivo approdo presso l'Articolazione SMC (Salute Mentale in Carcere), ed esitato nel trasferimento in un contesto comunitario, mira ad essere esemplificativo della valenza trasformativa di un approccio rivolto al paziente che, nella gestione della patologia psichiatrica, superi i limiti di un assetto prevalentemente custodialistico, spesso predominante nei pregressi contesti ad essa dedicati, e dia priorità alle finalità terapeutico-riabilitative.

#### **Résumé**

L'article décrit le travail clinique-psychologique mené dans le « dispositif pour la protection de la santé mentale en prison » géré par les services locaux de santé de Salerne (Italie). Il s'agit d'un nouveau service de santé mentale et de traitement créé grâce aux changements radicaux apportés par la fermeture des hôpitaux psychiatriques judiciaires en Italie. Ce service accueille les criminels souffrant de pathologies psychiatriques, assurant leur contrôle régulier et des traitements de réadaptation à forte intensité thérapeutique.

L'étude de cas présentée dans cet article concerne l'histoire d'une personne initialement détenue en prison, puis transférée dans un hôpital psychiatrique judiciaire et, enfin, accueillie par le « dispositif pour la protection de la santé mentale en prison ». Au terme de ce parcours, cette personne a été déplacée dans un centre résidentiel communautaire.

Cette étude de cas a pour objectif d'expliquer les transformations de l'approche centrée sur le patient : de l'attitude dominante d'emprisonner à la priorité accordée à la thérapie et à la réadaptation.

#### **Abstract**

The article describes the clinical-psychological work carried out within the "framework for mental health protection in prisons" managed by the local health authority in Salerno (Italy). It is a new mental health care service and treatment created thanks to the radical changes due to the closure of judicial psychiatric hospitals in Italy. This service accepts criminals suffering from psychiatric pathologies, ensuring their regular monitoring and providing high intensity rehabilitation treatments.

The case-study presented in this article is about the story of a person initially detained in prison, then moved to a judicial psychiatric hospital, finally hosted by the "framework for mental health protection in prison". At the end of this path, this

\* Maria Serena Selvino è psicologa clinica e psicoterapeuta, ASL Salerno - UOSD Sanità Penitenziaria (Servizio Superamento OPG e Salute Mentale in Carcere); Chiara Rufo Maria è psicologa clinica e psicoterapeuta, ASL Salerno - UOSD Sanità Penitenziaria (Servizio Superamento OPG e Salute Mentale in Carcere); Iliaria Stabile è psicologa clinica e psicoterapeuta, ASL Salerno - UOSD Sanità Penitenziaria (Servizio Superamento OPG e Salute Mentale in Carcere); Antonio Maria Pagano, psichiatra, è responsabile Servizio Superamento Ospedale OPG e Salute Mentale in Carcere, ASL Salerno.

person was moved to a community house. This case-study aims to explain the transformation of the approach method towards the patient: from a prevailing custodial attitude to priority given to therapy and rehabilitation.

**Key words:** carcere; salute mentale; ospedale psichiatrico giudiziario; intervento psicologico-clinico.

## 1. Introduzione.

La complessità della gestione del disagio psichico in carcere è connessa alla compresenza di due fattori, quello dei disturbi mentali da un lato e dell'iter giudiziario dall'altro. L'autore di reato affetto da patologia psichiatrica necessita, dunque, di interventi in grado di tutelare il soggetto stesso ed al contempo la collettività, in particolare nei casi in cui sia riscontrata una condizione di pericolosità sociale. La promulgazione della legge n. 9/2012 e del Decreto Legge n. 52 del 31 marzo 2014, convertito nella Legge n. 81 del 30 maggio 2014, ha sancito il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, portando a termine il complesso percorso di cambiamento della gestione della Salute Mentale in Carcere.

L'organizzazione dell'assistenza ai soggetti autori di reato affetti da patologia psichiatrica ha subito nell'ultimo decennio radicali cambiamenti attraverso un lungo processo attivato dal D.P.C.M. del 1/4/2008 (1). Il Decreto ha sancito il passaggio di competenza delle funzioni assistenziali dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute, ovvero al Servizio Sanitario Nazionale, con l'obiettivo primario di costruire un assetto in grado di garantire una corretta armonizzazione fra le misure sanitarie e le esigenze di sicurezza. La realizzazione di tutte le azioni indicate per la tutela della salute mentale negli istituti di pena ha richiesto l'attivazione, all'interno dei contesti detentivi, di sezioni organizzate o reparti.

In riferimento alla regione Campania, a partire dal 2010, il processo di superamento degli OPG ha condotto alla graduale chiusura degli Ospedali

Psichiatrici Giudiziari di Napoli e di Aversa e, parallelamente, all'attivazione delle REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza) definitive nelle sedi di Calvi Risorta (CE) e di San Nicola Baronia (AV). Altresì, sono state rese operative le "Articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere" (2), quali luoghi sanitari in grado di garantire al reo con sofferenza psichica l'esecuzione della misura di sicurezza in una condizione di equità di trattamento rispetto alla popolazione psichiatrica non autrice di reato. Tali percorsi di cura sono rivolti alle persone destinatarie di un provvedimento detentivo che abbiano una sofferenza psichica, ai soggetti che presentano una minorazione psichica (Art. 111 DPR 230/2000) e a coloro che, durante l'espiazione di una pena in carcere, abbiano un'infermità psichica (Art. 148 C.P.) (3). Altresì, è ammesso il ricovero presso l'Articolazione SMC per i casi in cui sia necessaria un'osservazione per l'accertamento dell'infermità psichica (Art. 112 DPR 230/2000).

Prima della Legge 52/2014 non era prevista in ambito carcerario una sezione di competenza esclusivamente sanitaria, risultando in tal modo le attività di salute mentale in carcere espletate all'interno delle sezioni ordinarie, subordinate alla preminente organizzazione dell'amministrazione penitenziaria. L'attivazione dei nuovi contesti di cura, a gestione sanitaria, ha reso oggi possibile la presa in carico coordinata e continuativa dei soggetti autori di reato e portatori di sofferenza psichica per il tramite di un servizio del Servizio Sanitario Nazionale a ciò dedicato. I percorsi

terapeutici/riabilitativi sono realizzati grazie all'istituzione di équipes multidisciplinari territoriali, radicate nei processi di superamento e reinserimento, che rendono possibile condurre un lavoro clinico/assistenziale in continuità sia all'interno che all'esterno delle istituzioni carcerarie. A tale scopo sono stati istituiti, nella maggior parte delle ASL, i Servizi aziendali di Superamento degli OPG e Salute Mentale in Carcere (4), che hanno la funzione di gestire le strutture (REMS ed articolazioni) presenti nelle ASL, assicurare la tutela della salute mentale in carcere, provvedere agli interventi di prevenzione dei gesti autolesivi e dei tentativi suicidari negli istituti detentivi. Tali servizi, inoltre, rappresentano un'importante interfaccia tra il SSN e la magistratura per la gestione sanitaria di tutte le persone autrici di reato con problemi psichici interessate da una misura di sicurezza detentiva e non detentiva; essi, infatti, hanno l'ulteriore compito di definire, in collaborazione ed integrazione con i Servizi per le Dipendenze, i Servizi Sociali, le Comunità terapeutiche, ed inviare all'Autorità giudiziaria competente i Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali (PTRI). Dunque, i nuovi riferimenti normativi affidano compiti chiari ai servizi sanitari, impegnati in funzioni di cura e non di custodia per la realizzazione degli interventi finalizzati sia a prevenire l'applicazione delle misure di sicurezza detentive ed i ricoveri in REMS, sia a favorire le misure alternative richieste dalla legge n. 81/2014 (5).

## **2. Il contesto dell'intervento: l'Articolazione per la Tutela della Salute Mentale in Carcere.**

Il lavoro di seguito presentato illustra l'intervento psicologico-clinico svolto presso l'Articolazione di

Salute Mentale del Servizio Superamento OPG (Ospedale Psichiatrico Giudiziario) e Tutela della Salute Mentale in Carcere (SMC) dell'Azienda Sanitaria Locale di Salerno, all'interno della Casa Circondariale "Antonio Caputo" di Salerno. Le attività di cura ed assistenziali in essa espletate sono realizzate nell'ottica di un'integrazione tra le diverse figure professionali ivi operanti, con particolare riferimento alla collaborazione tra il personale sanitario e quello penitenziario, resa necessaria dal duplice livello che coinvolge i soggetti destinatari degli interventi. Il ruolo dello psicologo in tale contesto consiste nella presa in carico dei soggetti autori di reato e portatori di patologia psichiatrica. Gli psicologi del Servizio SMC (6) partecipano, negli spazi e con metodologie e strumenti di propria competenza, alla presa in carico sanitaria dei detenuti ospitati in Articolazione. Punto cardine di tale intervento è l'assessment psicologico attraverso la somministrazione di una batteria testistica finalizzata sia alla valutazione del rischio autolesivo e suicidario, tramite la Scala di Blaauw (7), la Suicide Assessment Scale (SAS) e la Self-report Symptom Inventory (SCL-90-R), sia all'inquadramento diagnostico, mediante la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-24), la Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) (8), la Temperament Evaluation Memphis, Pisa, Paris and San Diego autoquestionnaire (TEMPS-A) (9), la Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS) (10) e la Positive and Negative Schizophrenic Symptoms (PANSS) (11).

La presa in carico psicologica dell'assistito consiste nell'avvio di un percorso individuale con colloqui settimanali e, compatibilmente con le condizioni cliniche del soggetto, nell'inserimento dello stesso in uno spazio gruppale, con incontri liberi o strutturati da un compito. Tali attività rientrano nel complessivo progetto di cura e riabilitazione che

coinvolge l'intera équipe sanitaria, dove gli psicologi co-operano costantemente con le altre figure professionali in campo: psichiatri, infermieri, operatori socio-sanitari e tecnico della riabilitazione.

### **3. La storia di D.: un percorso di migrazione dall'OPG all'Articolazione SMC alla Comunità terapeutica.**

L'esperienza detentiva ha inizio per D. nell'Aprile del 2009 per il reato di "maltrattamento in famiglia". Nel corso della detenzione si verifica l'esordio di disturbi dell'umore e del pensiero, con successivo trasferimento per esecuzione di pena detentiva in OPG ai sensi dell'art. 148 c.p., sino al mese di giugno del 2015 quando giunge presso l'Articolazione SMC dell'Asl di Salerno. Dalla ricostruzione anamnestica effettuata nel corso delle prime fasi di accoglienza ed, altresì, attraverso pregresse valutazioni realizzate durante la permanenza nei precedenti istituti detentivi ed in ambito peritale, emerge una diagnosi di "Disturbo schizoide di personalità" (12) in soggetto con pregresso uso di sostanze psicoattive. La valutazione del rischio autolesivo e suicidario effettuata all'ingresso produce esito negativo, non evidenziando nell'utente una intenzionalità anticonservativa.

D. ha 40 anni, si presenta corpulento, poco curato nella propria persona, scarsamente incline al contatto visivo ed allo scambio relazionale con gli operatori e, parimenti, con gli altri detenuti. Sin dall'ingresso è evidente un severo appiattimento affettivo associato ad un rallentamento psicomotorio, con ridotta iniziativa verbale e motoria, che rende complesso l'accesso ai contenuti del pensiero. E' orientato nei parametri fondamentali, lucido nello stato di coscienza, critico e coerente nell'ideazione, senza evidenziare sintomi

di marca psicotica. Nell'iniziale fase di permanenza in Articolazione SMC sono presenti lievi note di ansia, che risultano associate al cambiamento contestuale.

#### 3.1. Il contesto socio-familiare.

D. è primogenito di tre germani; al momento dell'arresto vive nell'abitazione della famiglia di origine insieme ai genitori. Il clima familiare è connotato, da un lato, da alta conflittualità, in particolare in riferimento al rapporto con la figura paterna, dall'altro da scarsa comunicazione, soprattutto all'interno dei legami tra D. ed i fratelli. I rapporti, infatti, sono definiti nel complesso buoni, ma nel corso dei colloqui psicologici emerge come i livelli di relazione siano sempre stati connotati da una superficialità e ridotta compartecipazione emozionale. Nella descrizione di D. la figura paterna è associata a caratteristiche di austerità: il padre, infatti, è percepito da D. come limitante, autoritario, ma al contempo come la principale figura di riferimento nell'ambiente domestico. La madre, affetta, al pari della nonna materna dell'utente, da psicosi delirante da circa 20 anni, è descritta come una persona "buona", ma poco presente nel corso dell'infanzia di D., che giustifica tale assenza con la patologia psichiatrica da cui ella è affetta. Nel racconto di D. sono descritte le crisi improvvise della madre che suscitavano in lui spavento e timore, vissuti che si associavano all'angosciante "sensazione di non riconoscere" la madre. A fronte della fragilità ed imprevedibilità della figura materna, il padre era, invece, esperito da D. come una figura maggiormente solida e stabile. La povertà relazionale connota anche la sfera dei rapporti con i pari; a partire dalla fase adolescenziale, infatti, D. stabilisce pochi contatti con i coetanei, con i quali gli scambi sono limitati alla condivisione

dell'esperienza di abuso di sostanze stupefacenti ed alle condotte delinquenti. Parimenti, la sfera delle relazioni sentimentali si riduce ad un unico rapporto affettivo con una ragazza, iniziato intorno ai 20 anni, e conclusosi dopo circa due anni. Ad esso hanno fatto seguito sporadiche relazioni occasionali, in cui il coinvolgimento di D. è scarso da un punto di vista emotivo, riducendosi esse a frequentazioni superficiali e di natura sessuale. L'area lavorativa è caratterizzata da instabilità e scarso impegno: interrotti gli studi, dopo aver conseguito la licenza media inferiore, D. inizia a svolgere svariati lavori, tra i quali meccanico, cameriere ed, infine, muratore, mancando, tuttavia, di impegno e costanza nello svolgere i compiti assegnati. Nella narrazione di D. tali fallimenti lavorativi sono ascritti alle vicissitudini legate all'abuso di sostanze ed in particolare alla difficoltà nel concentrare le proprie energie verso un obiettivo a lungo termine, nell'ottica di una progettualità futura, e nel procrastinare il soddisfacimento di bisogni immediati. Tra questi ultimi D. annovera la necessità di disporre di facili somme di denaro da investire nell'acquisto della sostanza da abuso, che avrebbe, stando al suo racconto, dato inizio alle condotte delinquenti, esacerbando la conflittualità intrafamiliare e la chiusura emozionale nel mondo sociale. Dunque, nella fase adolescenziale è collocato l'esordio dell'esperienza di tossicodipendenza con un uso massiccio di cocaina ed eroina; la presa in carico di D. da parte del Sert di competenza avviene a partire dal dicembre del 1999.

### 3.2 Il percorso psicologico individuale.

L'intervento psicologico presentato segue un orientamento psicodinamico, la cui finalità consiste nell'accogliere e comprendere la persona e i suoi vissuti emotivi, mediante un atteggiamento di

ascolto attivo, nonché nel tracciare una mappa del suo mondo interno ed esterno. Tale metodologia di intervento mira ad offrire un sostegno all'utente e ad ottenere cambiamenti interni a volte anche profondi, avviando un processo di conoscenza della propria modalità di funzionamento psichico. I punti cardine di un intervento psicologico in tal modo inteso sono rappresentati da un'attenzione ai vissuti transferali e controtransferali, attivati all'interno della relazione terapeutica ed una costante riflessione sull'*hic et nunc* della stessa che rinvia alle dinamiche del là ed allora attivate dal soggetto nel contesto relazionale di appartenenza. L'attenzione dell'operatore è posta, dunque, sulle specifiche dinamiche evolutive e relazionali che sembrano aver strutturato e fondato le modalità attraverso cui l'utente integra le diverse componenti interne ed esterne, soggettive e reali, della sua esperienza psichica. I colloqui, pertanto, non hanno una finalità esclusivamente diagnostica, che è comunque presente nell'attività di monitoraggio degli assetti difensivi, ma consentono anche all'operatore di aiutare le persone ad aiutare se stesse e a sentirsi efficaci (13), migliorandone l'adattamento al contesto.

Nel corso dei primi mesi D., pur partecipando ai colloqui psicologici con disponibilità e senza mostrarsi oppositivo o aggressivo, assume un atteggiamento generale di apatia ed insofferenza connesso al mancato soddisfacimento di aspettative legate alla possibile concessione di misure alternative, auspicata da tempo. Egli mostra di riuscire a gestire tali frustrazioni operando un controllo su di sé, ma continuando ad utilizzare modalità difensive di chiusura e ritiro. Nel corso dei colloqui oscilla tra momenti di apertura e disponibilità ad altri di scarsa collaborazione ed interesse ad affrontare il disagio psichico,

utilizzando lunghi silenzi o risposte concise che non lasciano spazio al confronto. Il discorso è di frequente polarizzato su tematiche riguardanti l'iter giudiziario, rendendo complessa una riflessione su altri aspetti; tale atteggiamento è ricondotto da D. in parte alla delusione rispetto alle proprie aspettative, in parte ad una costitutiva tendenza all'introversione e ad una scarsa fiducia degli altri. Emerge la difficoltà di D. nell'affidarsi all'altro, sostenuta dall'idea di non trovarsi in una condizione di bisogno e dal desiderio di dare un'immagine di sé come di un soggetto autonomo. La medesima dinamica sembra connotare anche le relazioni con i familiari, ai quali, parimenti, D. riferisce di non volersi mostrare fragile, e di attendere passivamente una dimostrazione di affetto da parte degli stessi, non ricercata in modo attivo. Con il procedere dei colloqui, tuttavia, D. inizia a riflettere sulla natura ed il significato del "ritiro affettivo" nel quale pare essersi rifugiato in tale fase di permanenza presso l'Articolazione, modalità che appartiene al suo modo di gestire i vissuti interni e l'ambiente e che sta riproponendo nel nuovo contesto. Egli, infatti, sembra aver assunto una posizione difensiva di passività, reagendo con chiusura relazionale e noia alla frustrazione esperita.

La complessità del lavoro terapeutico con D. risiede nell'individuare la giusta distanza che consenta di esplorare il suo mondo interno senza suscitare angosce di intrusione, dando prova di tollerare i suoi silenzi. I vissuti di impotenza attivati da questi ultimi sono da considerarsi come esemplificativi del meccanismo dell'"identificazione proiettiva" (14) per mezzo del quale il terapeuta è portato a sentire la profonda fragilità del paziente.

Focus dell'intervento in tale fase è costituito dal promuovere una riflessione in D. sulla tendenza al ritiro che caratterizza il suo modo di entrare in

relazione, nell'intento di stimolare un miglioramento nelle aree che, di conseguenza, risultano deficitarie, con riferimento ad aspetti sia concreti, quali la cura di sé e dei propri spazi, che relazionali.

A partire dal mese di novembre D. si mostra attivo nell'utilizzare lo spazio psicologico, con una maggiore predisposizione all'espressione dei pensieri ed interesse all'esplorazione dei vissuti interni.

La sensazione di generale benessere, associata alla percezione da parte di D. di aver raggiunto una certa integrazione nel contesto relazionale dell'Articolazione, consente di spostare il focus del lavoro terapeutico sulla complessità dei legami familiari. La possibilità di trascorrere alcuni giorni di permesso a casa nel periodo natalizio fa emergere in D. l'ambivalenza nei confronti del contesto familiare che se, da un lato, egli desidera esperire dall'altro attiva ansie e preoccupazioni, connesse al timore di non trovare corrispondenza alle proprie aspettative per quel che concerne sia un piano affettivo che materiale. D. sottolinea come, nel corso di un colloquio con i genitori, abbia ricordato loro di tale permesso concessogli, evidenziando come alla base di tale atteggiamento vi sia il "timore di essere dimenticato" dai propri cari. Un pensiero alimentato da alcuni episodi in cui, a partire dalla sua infanzia, avrebbe percepito di "non trovare un posto nella mente" delle figure di riferimento. La rabbia e la delusione attivate da tale vissuto sono riconosciute dallo stesso D. come connotanti il suo mondo interno.

Lo spazio psicologico, è in questa fase utilizzato da D. come contenitore di ansie e timori che, stando alla ricostruzione della sua storia di vita, sono sostenuti dalle pregresse esperienze vissute come "negative", incentrate su condotte delinquenti e sulla dipendenza da sostanze stupefacenti. D.

colloca nel periodo adolescenziale l'inizio di tali comportamenti devianti, che riconduce all'immaturità ed all'inesperienza; fattori che lo avrebbero indotto a non proseguire nell'iter scolastico ed a ricercare, a seguito di fallimenti nella sfera professionale, facili modalità di guadagno con l'aiuto di quelle che egli definisce "cattive compagnie". D. racconta del disagio provato per le delusioni procurate ai familiari, in virtù delle proprie condotte delinquenti, arrivando a percepire le relazioni con questi ultimi come connotate da una mancanza di fiducia nei propri confronti. Tale dinamica sembra, dunque, alimentare il timore abbandonico di D.

Come sottolineato da vari autori la vita soggettiva della persona schizoide sarebbe pervasa dall'ambivalenza circa l'attaccamento, desiderando ella l'intimità, ma sentendo al contempo la minaccia di essere inghiottita dagli altri, cercando la distanza per la separatezza ma soffrendo per la propria alienazione. A tal proposito McWilliams (15) sostiene che il conflitto relazionale primario di tali soggetti riguarda il rapporto tra vicinanza e distanza, amore e paura. Esemplificativa di tale dinamica nel caso presentato è l'interruzione del percorso militare, esperito come un evento negativo da D. che riferisce di aver vissuto in quel periodo un forte distacco dall'ambiente familiare. Emerge nella sfera interpersonale, a fronte di un apparente disinteresse per le relazioni sociali, un bisogno di costante supporto e vicinanza. D. riflette sul disagio provato, collegandolo ad eventi portatori di "cambiamenti" che, turbando l'equilibrio raggiunto precedentemente, lo portano a dover gestire una situazione non conosciuta, incrementando insicurezze ed il timore di perdere il controllo sull'ambiente circostante.

La difficoltà di adattamento a nuove realtà sembra aver connotato diverse esperienze passate che sono ripercorse nello spazio terapeutico da D., il quale riflette su alcuni errori che sente di aver commesso. Questi sono ricondotti da D. all'immaturità ed all'insicurezza che lo avrebbero indotto, con modalità adesive ed imitative, ad assumere il comportamento del gruppo dei pari, spinto dal timore di essere escluso e da una pervasiva paura della solitudine. Il ritiro sociale, al quale egli ha fatto in passato ricorso, rifletterebbe tali ansie e sarebbe presumibilmente un tentativo difensivo dai vissuti angoscianti.

Si giunge in tal modo a cogliere nella freddezza dell'utente, come sottolineato da McWilliams (16) in riferimento al soggetto schizoide, una difesa elaborabile e non una barriera che impedisce la relazione con l'altro. In particolare, D. riporta di avvertire la mancanza affettiva dei familiari riuscendo ad effettuare, con adeguato investimento cognitivo ed affettivo, un bilancio della propria vita passata, con riferimento alle esperienze descritte come "negative" ed individuate nella tossicodipendenza, nelle vicissitudini relazionali con i genitori ed, in particolare, con la madre correlate alla patologia psichiatrica della stessa. D. riflette su quanto, a causa dei succitati eventi critici e della propria tendenza al ritiro sociale, abbia perso in termini relazionali e professionali e sulle concrete attuali possibilità di investimento sul proprio futuro, rispetto al quale conserva una buona progettualità.

### 3.3 Esito.

Nella fase conclusiva del percorso psicologico D. si mostra nel complesso alquanto proiettato sul futuro e concentrato sull'individuazione di strategie che gli consentiranno di riprendere in mano la sua vita, una volta terminata l'esperienza di detenzione. D.

sembra maggiormente consapevole delle difficoltà e degli ostacoli che dovrà affrontare per la realizzazione dei propri desideri ed aspirazioni. Sono stati osservati progressi nella capacità di riflettere su di sé e sulla realtà esterna e di progettare adeguatamente il proprio futuro, immaginato anche sulla scorta dei ricordi di esperienze passate, sia buone che negative. Fattore proattivo e costruttivo è costituito dalla fiducia nelle proprie risorse, dalla conoscenza ed accettazione dei limiti personali e della necessità del rispetto per le regole. Si è rilevata, inoltre, una buona capacità di esprimere, riconoscere e condividere i vissuti interni, a fronte della passata compromissione a carico di tale area, che risultava connotata da una sostanziale riduzione del tono emozionale. Nell'ultimo periodo di permanenza in Articolazione SMC lo stesso D. percepisce i rapporti con gli altri ospiti come buoni e le relazioni con i familiari distese ed improntate a reciproca fiducia. Emerge, tuttavia, in fase di dimissione, come elemento principale di criticità la scarsità dei rapporti sociali limitati al momento ai genitori, che continuano a rappresentare le principali figure di riferimento.

E' risultato di fondamentale importanza per D. raggiungere una stabilizzazione umorale, comportamentale ed affettiva, quale condizione basilare per affrontare eventi futuri e vicissitudini sia di tipo giuridico che relazionale. Il percorso giudiziario ed assistenziale per D., alla luce di quanto sinora descritto, in considerazione dei bisogni terapeutici e di cura del soggetto, trova, dopo 9 mesi di permanenza presso l'Articolazione SMC di Salerno, durante i quali ha partecipato ad attività psicoterapeutiche gruppali ed individuali, una naturale evoluzione nell'inserimento, a partire dal mese di marzo del 2016, in un contesto

comunitario all'interno del quale è a tutt'oggi collocato.

#### **4. Conclusioni.**

Il caso presentato è esemplificativo della complessità e specificità dell'intervento psicologico espletato in un contesto sanitario/detentivo all'interno del quale è necessario considerare le diverse variabili intervenienti che possono integrarsi tra loro, quali le peculiarità psichiatriche, criminologiche e psicologiche dell'utente, la durata della pena e le caratteristiche psicosociali specifiche dell'istituzione penitenziaria. E' necessario che l'operatore psicologo che lavora in siffatto contesto istituzionale ne conosca gli aspetti antropo-socio-psicologici. Vi sono pazienti che spesso percepiscono di non essere stati valorizzati come persone non solo nel corso della loro vita al di fuori del carcere, ma anche all'interno dello stesso. Tra i detenuti spesso domina un clima di diffidenza e/o di aggressività che rende difficile l'accettazione e la gratificazione reciproca, rischiando di cristallizzare gli abituali schemi difensivi ed esacerbare la patologia psichiatrica. Emerge, dunque, come centrale la necessità di strutturare un contesto di cura dalle caratteristiche di continuità tempo/spaziale in grado di accogliere il bisogno del soggetto di essere accettato e compreso.

Nel caso in oggetto, il ritiro sociale, che trova le sue origini nell'infanzia e fanciullezza di D., sembra essere stato ulteriormente alimentato dall'esperienza detentiva e dalla permanenza in OPG, dove il contatto con quella che D. definisce "follia mentale" ha messo a dura prova le capacità soggettive di adattarsi in modo funzionale al contesto. Per molti di questi pazienti poter parlare con personale medico, paramedico, psicologi ed assistenti sociali equivale ad essere ascoltati ed accettati da qualcuno,

rappresentando un'esperienza gratificante ed in grado di stimolare il recupero di una progettualità per la propria vita futura.

In conclusione, si sottolinea l'importanza di una costante osservazione del paziente garantita dal nuovo contesto dell'Articolazione SMC che consente di realizzare, nell'ottica di una presa in carico globale della persona, un intervento psicologico-clinico finalizzato all'individuazione, in concerto con gli organi giudiziari, del percorso di cura più idoneo alla stessa. Si ritiene, infatti, che il rafforzamento di siffatti interventi ad alta intensità clinico-assistenziale, sostenuti da un modello integrato fondato sull'analisi dei "fatti e dei bisogni" dei singoli pazienti, sia funzionale alla concretizzazione di un percorso individualizzato (17). Obiettivo resta il reinserimento nella società con strumenti e risorse interne ed esterne, realizzabile mediante, da un lato, un lavoro clinico intensivo sulla persona, dall'altro attraverso il potenziamento della rete psicosociale in cui essa è inserita, compreso il coinvolgimento delle strutture sanitarie e riabilitative che operano sul territorio.

#### Note.

- (1). D.P.C.M. 1 aprile 2008 "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria". GU 30 maggio 2008, n. 126.
- (2). Decreto Commissario ad Acta della regione Campania 30 settembre 2014 n. 104 "Adeguamento del Programma per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della regione Campania" (Campania, BUR 6 ottobre 2014, n. 69).
- (3). L'infermità psichica può dar luogo a conseguenze diverse in relazione al momento in cui è accertata. Prima dell'inizio del processo di superamento degli OPG, se la manifestazione della patologia aveva luogo posteriormente alla sentenza di condanna ed era tale da impedire l'esecuzione della pena si provvedeva al ricovero in OPG o in casa di cura e custodia fino alla cessazione della malattia e la revoca del provvedimento di ricovero, ex art. 148 c.p. (Infermità psichica sopravvenuta al condannato).
- (4). Decreto Commissario ad Acta della regione Campania N. 64 Del 19.06.2012 - Programma regionale per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Regione Campania ex Allegato C al D.P.C.M. 1°Aprile 2008

e Legge 17 febbraio 2012 n. 9, art. 3/ter – BURC Regione Campania n. 40 del 26 giugno 2012.

(5). Legge 30 maggio 2014, n. 81 – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n.52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. (GU Serie Generale n. 125 del 31/5/2014).

(6). Dal 1° aprile 2015, l'Asl dirige la struttura dell'Articolazione della Salute Mentale in carcere presso la Casa Circondariale di Salerno "Antonio Caputo". Detta Articolazione prevede l'operare congiunto di diverse figure professionali atte a garantire, ognuna secondo le proprie competenze, una presa in carico integrata del malato di mente reo.

(7). Blaauw E., Winkel F.W., Kerkhof A.J.F.M., "Bullying and suicidal behaviour in jails", *Criminal Justice and Behaviour*, vol. 28, n. 3, 2001, pp. 279-299.

(8). Conti C., *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*, Tomo Primo, S.E.E. Società Editrice Europea di Nicodemo Maggiulli & C. snc, Firenze, 1999.

(9). Preti A., Vellante M., Zucca G., Tondo L., Akiskal K., Akiskal H., "The Italian version of the validated short TEMPS-A: the temperament evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego", in *Journal of Affective Disorder*, vol. 120, nn. 1-3, Gennaio 2010, pp. 207-212.

(10). Anselmetti S., Poletti S., Ermoli E., Bechi M., Cappa S., Venneri A., Smeraldi E., Cavallaro R., "The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia. Normative data for the Italian population", in *Neurological Sciences*, Vol. 29, Aprile 2008.

(11). Conti C., *op. cit.*

(12). Il Disturbo Schizoide di Personalità (DSM V) è caratterizzato da una modalità pervasiva di distacco dalle relazioni sociali e da una gamma ristretta di esperienze e di espressioni emotive nei contesti interpersonali, che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in una varietà di contesti. Tra i criteri presenti vi sono la mancanza di desiderio e piacere nelle relazioni strette, la preferenza per attività solitarie; scarso interesse per le esperienze sessuali, assenti o limitati rapporti amicali, freddezza emotiva, distacco o affettività appiattita.

(13). Davis H., Fallowfield L., "Counselling theory", in *Counselling and Communication in Health Care*, New York, John Wiley and Sons, Chichester, 1991.

(14). Melanie Klein, in *Note su alcuni meccanismi schizoidi* (1946), introduce il concetto di "identificazione proiettiva", inteso quale meccanismo di difesa, caratteristico della posizione schizoparanoide, in cui è attivo il fantasma di introdurre sé, o parti scisse di sé all'interno dell'oggetto (madre o caregiver) al fine di possederlo e controllarlo. Tale meccanismo è stato successivamente riconsiderato da numerosi autori, in particolare nella teorizzazione bioniana, soprattutto per le implicazioni nel setting terapeutico e per la funzione svolta dall'identificazione proiettiva nell'ambito della comunicazione umana. Bion (1962) ha sviluppato tale teoria avvalendosi della metafora del contenitore, intendendo l'identificazione proiettiva come un meccanismo mediante il quale avviene l'esteriorizzazione di parti di sé in un oggetto esterno.

(15). McWilliams N., *La Diagnosi Psicoanalitica. Struttura della personalità e processo clinico*, Astrolabio, Roma, 1999, pp. 212-222.

(16). *Ibidem.*

(17). Cimino L., "Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: un'analisi critica", in *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, n. 2, 2014, pp. 29-45.

## Bibliografia.

- Anselmetti S., Poletti S., Ermoli E., Bechi M., Cappa S., Venneri A., Smeraldi E., Cavallaro R., “The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia. Normative data for the Italian population”, in *Neurological Sciences*, Vol. 29, Aprile 2008.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition*, Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2013 (Edizione italiana: *DSM V. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano, Raffaello Cortina, 2014).
- Bion W., *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma, 1972.
- Blaauw E., Winkel F.W., Kerkhof A.J.F.M., “Bullying and suicidal behaviour in jails”, in *Criminal Justice and Behaviour*, vol, 28, n. 3, 2001, pp. 279-299.
- Cimino L., “Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: un’analisi critica”, in *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, n. 2, 2014, pp. 29-45.
- Conti C., *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*, Tomo Primo, S.E.E. Società Editrice Europea di Nicodemo Maggiulli & C. snc, Firenze, 1999.
- Davis H., Fallowfield L., “Counselling theory”, in *Counselling and Communication in Health Care*, New York, John Wiley and Sons, Chichester, 1991.
- Klein M., “Note su alcuni meccanismi schizoidi”, in *Scritti 1921-1958*, Torino, Boringhieri, 1978.
- McWilliams N., *La Diagnosi Psicoanalitica. Struttura della personalità e processo clinico*, Astrolabio, Roma, 1999.
- Preti A., Vellante M., Zucca G., Tondo L., Akiskal K., Akiskal H., “The Italian version of the validated short TEMPS-A: the temperament evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego”, in *Journal of Affective Disorder*, vol. 120, nn. 1-3, Gennaio 2010, pp. 207-212.