

Temi Romana

Editoriale

Pietro Rescigno

A colloquio con i lettori

Alessandro Cassiani

Saggi

Carmen Andreuccioli

Massimo Biffa

Ida Blasi

Irma Conti

Giulia D'Oro

Vincenzo Dresda

Giovanni Neri

Antonino Ordile

Antonella Pacini

Matteo Santini

Osservatorio legislativo

Centro Studi Ordine Avvocati di Roma

Cronache e attualità

Ereole Aprile

Giovanni Maria Flick

Filippo Lubrano

Giorgio Santacroce

Rassegna di Giurisprudenza

Samantha Luponio e Fabrizio Galluzzo



Lo psicologo penitenziario una specie in via di estinzione?

Le buone prassi: integrazione e criticità

Prevenzione rischio auto/etero lesionistico - nuovi giunti: diagnosi e trattamento psicologico

Antonella Pacini

Psicologa, Psicoterapeuta, Esperta ex art. 80 a Rebibbia NC, Psicologa SERT UOC Medicina Penitenziaria Regina Coeli

Lo Psicologo iscritto nell'elenco degli esperti penitenziari ex art. 80 L. 354/75 fa parte di uno staff multidisciplinare composto dal: direttore (dipendente dal Ministero di Giustizia), dal medico di guardia e dallo psichiatra (attualmente transitati alle dipendenze del Sistema Sanitario Regionale), dall'educatore (dipendente dal Ministero di Giustizia) e da altri esperti. Lo staff dovrebbe prevedere riunioni periodiche per determinare le linee operative e definire il protocollo. Attualmente ciò non è fattibile perché il monte ore previsto non consente agli operatori di poter partecipare, pagati, alle riunioni.

Accoglienza Nuovi Giunti

Il Protocollo operativo:

il servizio di accoglienza si articola su 2 livelli:

I LIVELLO

Le buone prassi prevedono che lo psicologo penitenziario effettui almeno un colloquio, all'atto dell'ingresso in istituto del detenuto: sia che esso provenga dalla libertà, che da altro carcere, che tossicodipendente.

Durante il colloquio lo psicologo farà interventi mirati a valutare il rischio che il soggetto possa operare atti di autolesionismo: che, nello specifico, possono andare dalla lesione cutanea fino al suicidio. Osserverà inoltre, prendendosi il tempo necessario (che attualmente non ha per i continui tagli al monte orario), se sussistono comportamenti, a carico del soggetto, che, nell'ambiente penitenziario, possano metterlo a rischio di subire violenza da parte di altri detenuti, oppure che abbia comportamenti tali da prevedere, che potrà diventare protagonista o essere coinvolto in atti aggressivi verso altri e segnalare all'equipe ed alla sorveglianza le misure per un contenimento immediato, ossia porre il soggetto a grande, grandissima sorveglianza o a rischio.

In questa fase lo psicologo dovrà, inoltre, porre particolare attenzione alle persone che presentino evidente disagio psichico o altri fattori di vulnerabilità che potrebbero esitare in un trauma da ingresso, come ad es.: persone con evidenti problemi psichiatrici; pazienti già in terapia presso DSM; soggetti con una labile identità di genere; persone alla prima esperienza detentiva; cittadini stranieri con difficoltà di comunicazione linguistico-culturale; soggetti estranei alla criminalità comune.

Tra gli "eventi critici" da osservare rientrano: i comportamenti

autolesionistici; la depressione, anche legata alla situazione contingente; oppure agiti volti ad attirare l'attenzione su di sé e sulle proprie vicende; se sussiste un'incompatibilità col regime carcerario; stilare l'anamnesi psicologica tenendo conto di: elementi emotivi, del contesto di provenienza, di elementi culturali e logistici, della valutazione delle risorse di base e trasversali, anche tecnico professionali.

Lo psicologo dovrà redigere diagnosi psicologica, basata, oltre che sulla descrizione dei sintomi anche sulle categorie stabilite dal DSM IV e/o IC10; l'operatore potrà avvalersi anche di strumenti psicodiagnostici, che verranno, con relativa relazione, conservati in cartella.

II LIVELLO

Si attiva per i soggetti a rischio e che pertanto necessitano di un periodo di osservazione.

Anche qui opera lo psicologo col compito di osservare il detenuto e monitorare periodicamente tutti i casi segnalati come a rischio.

L'osservazione del soggetto a rischio, per il principio della continuità terapeutica, potrà effettuarsi, per congrui periodi di osservazione, anche dallo stesso psicologo che ha effettuato il colloquio di primo ingresso; tutti i dati rilevati, sia nel primo che nei successivi colloqui, sono raccolti nella cartella clinica.

La continuità terapeutica costituisce principio fondante per l'efficacia degli interventi di cura e deve essere garantita dal momento dell'ingresso in carcere, durante gli eventuali spostamenti dei detenuti tra diversi Istituti penitenziari, e dopo la scarcerazione e immissione in libertà.

Lo psicologo che prende in carico il soggetto dovrebbe anche poter analizzare il contesto familiare e sociale del paziente, per collaborare, attraverso la sinergia con i servizi territoriali, a rimuovere gli ostacoli che gli impediscono di intraprendere un fruttuoso percorso di riabilitazione.

E quindi poter lavorare insieme all'area educativa ai progetti finalizzati al reinserimento sociale e alla prevenzione della reiterazione dei reati.

Per i condannati che intraprendono la strada del reinserimento sociale e che, avendo stabilito un "rapporto di fiducia", con lo psicologo nel corso dell'osservazione della personalità, desiderino comprendere se stessi rispetto alle dinamiche psicologiche devianti che hanno determinato il reato, ma anche per motivi

strettamente personali, di sofferenza o di realizzazione personale, dovrebbe essere prevista la possibilità di continuare ad essere seguiti anche al di fuori della struttura carceraria dallo stesso operatore che li seguiva all'interno, come avviene attualmente per il SERT.

I colloqui di primo ingresso vengono attualmente effettuati nell'orario e nei giorni, anche festivi, stabiliti da ciascun istituto secondo le proprie esigenze.

Il setting

Per fare i colloqui ogni istituto dovrebbe mettere a disposizione dello psicologo una stanza pulita, con un tavolo e 2 sedie confortevoli, nel reparto, detto di "transito", ove i detenuti attendono una collocazione definitiva presso le altre sezioni.

Attualmente le stanze a disposizione nelle varie sezioni, in molti casi, non sono né pulite né confortevoli, inoltre sono condivise con tutti gli altri operatori: cappellani, volontari, educatori, etc., con conseguenti lunghe attese per poter effettuare i colloqui, che decurtano il già magro monte ore.

Criticità

Il recente DPCM 1/4/2008 non ha inserito gli psicologi ex art. 80 nel transito al Servizio Sanitario Regionale e ciò sta creando delle gravi criticità.

Il discorso del passaggio degli psicologi penitenziari alle ASL come psicologi ambulatoriali, non può prescindere dal concetto che le attività che gli psicologi espletano nell'ambito penitenziario sono tutte di tipo sanitario.

Ad esempio lo psicologo che presta servizio all'accoglienza nel Servizio Nuovi Giunti, deve, in tempi molto ristretti, analizzare, diagnosticare, relazionare e segnalare i casi a rischio; il potenziale autolesionista e/o suicida; la personalità violenta che potrebbe recare danno e quello passivo che potrebbe essere oggetto di violenza.

Per fare questo deve fare un'anamnesi e una diagnosi e queste sono azioni di tipo sanitario, la segnalazione di rischio all'istituto e allo psichiatra, nonché al medico di guardia sono azioni sanitarie.

L'osservazione della personalità, anche se richiesta dal Ministero e dal Magistrato di sorveglianza a scopo consultivo, per la concessione delle misure alternative alla detenzione o per verificare che il detenuto sia psicologicamente in grado di sostenere la punizione dell'isolamento (art. 14 codice penitenziario) è sempre un atto di tipo sanitario; non è un caso che nelle commissioni di disciplina è richiesta anche la presenza di un medico.

Le varie direzioni ASL stanno cercando di trovare la strada meno conflittuale, ma senz'altro più confusa per entrare in carcere e cercare di riorganizzare i servizi.

Attualmente col passaggio in atto si stanno configurando delle incongruenze organizzative, perché mentre i medici, gli infermieri e gli psicologi ex dipendenti dal Ministero di Giustizia

entrati nei ruoli della dirigenza ASL sono coordinati da un dirigente ASL, gli psicologi ex art. 80 dipendono ancora dal Ministero di Giustizia. Non essendo inclusi nel passaggio non hanno neppure la dipendenza funzionale dalle ASL, com'era avvenuto nel 2001 per i SERT.

Principalmente per questo motivo il servizio è, almeno nel Lazio, autogestito dagli operatori stessi che hanno più volte espresso per scritto questo stato di cose e le conseguenti difficoltà a mantenere uno standard qualitativo di efficienza ed efficacia. Di fatto gli psicologi rimasti a convenzione col Ministero di Giustizia non vengono neppure invitati alle riunioni indette dalle ASL per la riorganizzazione dei servizi, perché di ciò si deve far carico il Direttore dell'istituto e non la ASL.

L'Amministrazione Penitenziaria ha difficoltà ad integrarsi con l'esterno, in particolare con l'organizzazione delle ASL, perché non è una struttura "democratica", ma verticistica e monolitica. L'integrazione con le ASL gli sta gradualmente anche se lentamente imponendo di definire protocolli di collaborazione discussi e condivisi in cui gli psicologi non debbano subire, come finora è accaduto, decisioni che ignorano il loro lavoro e la loro professionalità; ma siano ascoltati come professionisti con un'esperienza trentennale del sistema e delle patologie ad esso legate, in grado di proporre programmi, progetti e modificazioni funzionali ai servizi, come sta già accadendo ai SERT interni agli Istituti.

Sia il Servizio di Osservazione e Trattamento che quello dei Nuovi Giunti sono stati vittima, anche recentemente, dal 1/5/2009, di ulteriori tagli al monte ore. Col risultato che nel carcere di Regina Coeli che ospita una media di 900 detenuti, i colleghi possono dedicare attualmente, circa 20 minuti a detenuto. A Rebibbia, il servizio di accoglienza è espletato da 2 psicologi: 1 psicologo dirigente dipendente, rientrato nel passaggio del DPCM e l'altra dipendente con contratto a tempo determinato, che devono seguire anche i giudicabili.

Tutti gli psicologi che lavorano nel penitenziario, nonostante il Ministero di Giustizia lo abbia riconosciuto solo agli psicologi dipendenti che erano impiegati come educatori, o come formatori (psicologi del lavoro) o ancora come amministrativi, hanno tutti ruolo e mansioni sanitarie.

Con l'ingresso in istituto dei DSM le ASL potranno costruire una progettualità più efficace integrando il lavoro degli operatori dei SERT già presenti, degli psichiatri già transitati, ma come potranno integrare anche gli psicologi che, secondo il DPCM, non possono essere inseriti nelle ASL?

Attualmente i DSM non hanno ancora avviato azioni di collaborazione ad integrazione né con le direzioni degli istituti, né con gli psicologi, che continuano a lavorare in un limbo d'isolamento professionale apparentemente senza ritorno.

Date queste premesse si deduce che attualmente è impossibile esplicitare buone prassi sia in questo servizio che nella pratica dell'osservazione e del trattamento psicologico.