

PSICOLOGIA PENITENZIARIA

La salute mentale dei migranti in restrizione di libertà

A cura di Ezio Benelli e Nicoletta Nicastro

Prato, 8 gennaio 2019

Nei nostri Istituti penitenziari è presente un elevato numero di migranti e tale dato è purtroppo in costante crescita. Facendo riferimento alle statistiche del Dipartimento dell'Amministrazione



Penitenziaria (DAP), in data 30 aprile 2018 erano presenti 58.285 detenuti, di cui 19.844 stranieri. Le maggiori presenze riguardano persone provenienti dal Marocco, Romania, Albania e Nigeria. Soltanto in Toscana sono presenti circa 3.300 detenuti, numero che

evidenzia un importante sovraffollamento. In particolare, sempre per ciò che concerne la regione Toscana, nella casa circondariale di Grosseto è presente un sovraffollamento del 180 %; nella Casa di reclusione di San Gimignano il 155,3 %; infine presso Sollicciano a Firenze è del 141 %.

Gli Istituti penitenziari Toscani sono soprattutto maschili, solo 3 strutture su 18 ospitano reclusi di sesso femminile (Sollicciano, Pisa ed Empoli).

Effettuando un maggiore focus sugli *aspetti socio-demografici* possiamo evidenziare che la popolazione di riferimento è composta prevalentemente da uomini (N=2,973; 96 %). L'età media dei detenuti rispetto alla popolazione libera si aggira fra i 40,6 anni – 52,9 anni. I detenuti stranieri in Toscana sono pari al 48,4 % rispetto al totale della media nazionale del 34 %. La suddivisione per Paese di provenienza non mostra, invece, particolari differenze.

Il livello culturale appare ancora molto basso con ben l'80% che non supera il diploma di scuola secondaria di I grado (49% registrato nella popolazione libera). Fra gli stranieri detenuti, il 40% ha conseguito soltanto la licenza elementare.

L'OMS promuove una lotta alle «disuguaglianze di salute» che risulta necessaria poiché la maggior parte dei detenuti provengono da contesti di forte svantaggio socio-economico. Sono cittadini i cui molteplici fattori, distali e prossimali, favoriscono l'insorgenza di gravi patologie croniche. Tutto questo rende particolarmente importanti gli interventi di *prevenzione* e di *cura* dei migranti.

Oltre agli aspetti suddetti, la tutela e la cura della loro salute rappresenta un criterio di civiltà che non solo protegge il singolo individuo ma l'intera società, nella quale essi rientreranno dopo l'allontanamento più o meno lungo in ragione del reato commesso.

Grandi gruppi ICDIX	2009 (N=2.985)	2012 (N=3.329)	2014 (N=3.403)	2017 (N=3.100)
Disturbi psichici	33,2	41	37,3	38,5
Malattie infettive e parassitarie	15,9	11,1	12,8	16,2
Malattie del sistema circolatorio	11,4	7,9	9,4	15,5
Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	9,5	9,2	8	12,1
Malattie dell'apparato digerente	25,4	14,4	11	9,5
Malattie dell'apparato respiratorio	6,2	5,4	4,4	4,4
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	11,1	8,4	7,2	3,5
Malattie dell'apparato genitourinario	2,9	1,6	2,3	3,2
Malattie del sistema nervoso	5,1	3,7	4,6	2,7
Traumatismi e avvelenamenti	6,6	4,3	4,1	2,4
Complicanze della gravidanza, parto e puerperio	n.d.	0,3	2,4	1,2
Malattie della pelle e del sottocutaneo	0	2,1	1,7	1,1
Tumori	1	0,5	0,6	0,9
Altre condizioni patologiche	5	10,5	6,3	5,7

Alla base dell'Ordinamento Penitenziario vige il principio di individualizzazione del trattamento con l'obiettivo di supportare e rieducare il detenuto attraverso non solo figure professionali esperte ma anche attraverso il mantenimento di elementi essenziali al benessere della persona quali la famiglia, l'istruzione, il lavoro, la professione del proprio culto, i rapporti con l'ambiente esterno ed attività ricreative sportive e culturali.

Sulla base di quanto appena detto, il Ministero della Giustizia e la Regione Toscana si impegnano nel porre iniziative che rendano concreto il principio della parità del trattamento penitenziario tra cittadini italiani e stranieri, nomadi ed apolidi, sia adulti che minorenni. Lo stesso Ordinamento Penitenziario all'art. 1 recita che il trattamento è improntato sul principio di uguaglianza e deve essere privo di discriminazioni e prevede inoltre che il trattamento sia attuato in rapporto alle specifiche condizioni dei soggetti.

Al fine di un efficace trattamento bisogna tenere conto del disagio e della sofferenza psichica che caratterizza la storia personale di ogni migrante. La separazione dagli affetti e dalle proprie origini, la partenza, il viaggio, l'arrivo e l'incognito, creano situazioni di ansia e producono la rottura di equilibri prestabiliti.

La migrazione rimane un enigma per i clinici perché non tutti i migranti attraversano le stesse esperienze, o si situano in contesti sociali simili. Essi non preparano il loro viaggio allo stesso modo

e non sono mossi dalle stesse ragioni. È il processo migratorio stesso e i conseguenti aggiustamenti culturali e sociali ad avere un ruolo sulla salute mentale dell'individuo.

Il viaggio del migrante è qualcosa che viene preparato molto tempo prima. Inoltre il soggetto migrante è scelto dalla famiglia secondo qualità di forza e resistenza. Sarà dunque il più forte della famiglia a partire per il viaggio.

Le variabili psicologiche del migrante secondo il viaggio sono principalmente di tre tipi:

- variabili di origine, di partenza (pre-migratorie) tra cui la personalità dell'individuo, la cultura di provenienza;
- variabili di percorso, di tragitto (migratorie) tra cui la transizione fisica da un paese all'altro, l'attraversamento, lo stress;
- variabili di conclusione, di integrazione (post-migratorie) variabili connesse con l'integrazione, la differenza culturale, la ricerca del lavoro.

La migrazione sottopone individui e gruppi ad una diminuzione dei sistemi di compensazione e di difesa. Essa agisce sulle strutture psichiche e poi su quelle identitarie, come un evento plasmante.

La fase del processo migratorio che ha un maggiore impatto sulla salute mentale del soggetto è proprio l'arrivo. Poiché, per quanto la partenza e il viaggio siano stati dolorosi, l'arrivo è nell'immaginario del migrante la salvezza, la ricompensa al sacrificio e al rischio affrontato. A causa di questo, il momento dell'arrivo delude il migrante, che verrà a trovarsi in una condizione di disadattamento, povertà e solitudine. Probabilmente è proprio in questa fase che si delineano le prime predisposizioni al reato.

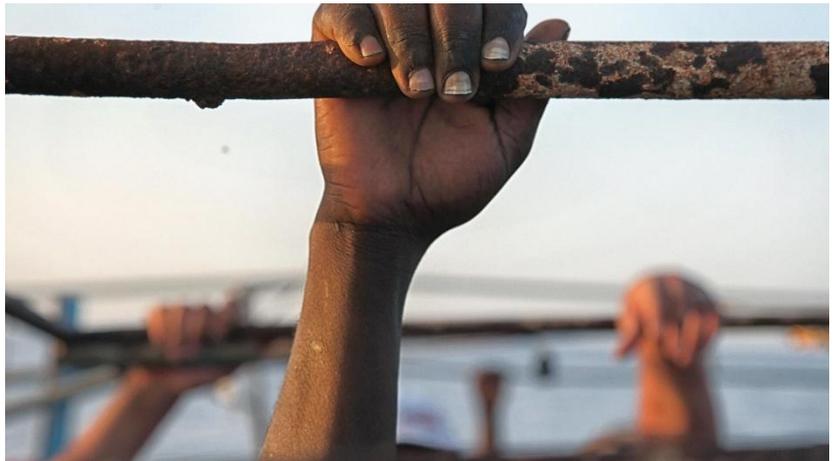
L'impatto doloroso dell'arrivo si evince anche dai risultati ottenuti al test LimFs, un questionario utilizzato per valutare le esperienze traumatiche e le difficoltà di vita in contesti migratori suddivise in tre momenti: prima della partenza, durante il viaggio e all'arrivo in Italia. Ciò che emerge, è che l'arrivo in Italia sembra essere il momento più traumatico per loro.

Tutto questo, infatti, rappresenta un momento contraddittorio di sofferenza e di aspettative. L'emigrante si trova a dover ridefinire il proprio progetto di vita e molto spesso anche la propria identità. Inoltre, viene esposto al lutto della separazione dalle proprie origini, dai legami affettivi interiorizzati nella sua costruzione psico-affettiva, sofferenze queste che sono molto complesse da elaborare.

Un altro momento delicato da prendere in considerazione come abbiamo detto è la partenza, le condizioni nelle quali è avvenuta, i motivi che sottostanno a tale scelta e che condizionano tutta la traiettoria del migrante. Per traiettoria non si intende soltanto una condizione geografica ma anche mentale ed emotiva. Altrettanto rilevanti sono le aspettative e le condizioni dell'arrivo poiché soprattutto se deludenti o sofferte possono condizionare tutto il percorso futuro.

Una volta giunto l'immigrato si trova nello stesso tempo a dovere riorganizzare la sua vita e ricostruire il senso della sua esistenza.

Possiamo comprendere come essi si ritrovano così a vivere un enorme disagio che può manifestarsi attraverso varie forme di somatizzazione; la sofferenza dell'essere escluso, del sentirsi di troppo diventa talvolta



insopportabile. Tahar Ben Jelloun nell'”Estreme solitudine” ha messo in risalto l'importanza del corpo nelle manifestazioni del disagio e nella percezione di sé in relazione con la società. Situazioni quali la solitudine, l'esclusione sociale, le condizioni lavorative pesanti, l'assenza di una rete familiare di supporto possono portare a un “vuoto affettivo” nell'immigrato che corre il rischio di divenire straniero a sé stesso. Il grande antropologo Ernesto De Martino, parlava di “crisi della presenza” per spiegare i processi di alienazione e di depersonalizzazione nelle situazioni di crisi psichica. Il non esserci nel mondo e col mondo, sono vissuti che possono rappresentare molti immigrati.

E' evidente dunque come l'intervento sul disagio del migrante sia un processo particolarmente delicato. Inoltre, se come già detto il trattamento penitenziario si basa anche sul mantenimento dei rapporti familiari, lavorativi, scolastici, religiosi e sociali, è abbastanza evidente come tali elementi siano più complessi da restaurare nel migrante detenuto. Si corre così il rischio che la misura restrittiva perda il suo valore rieducativo e diventi un'ulteriore esperienza di emarginazione, solitudine e sofferenza.

La maggioranza degli stranieri in detenzione ha una elevata fragilità sia dal punto di vista fisico che psichico, spesso sono malate a causa delle trascuratezze sanitarie e con rilevanti disagi psichici pertanto il carcere diventa così un luogo materiale di contenimento, così da rendere complessa la comprensione critica del reato commesso. Il migrante all'interno della comunità detentiva è di frequente oggetto di emarginazione e di inferiorità sociale.

Al momento dell'ingresso in regime di restrizione, così come i detenuti italiani, i migranti effettuano non senza difficoltà di genere linguistico, dei colloqui con lo Psichiatra, lo Psicologo ed altri esperti del Servizio Nuovi Giunti per rilevare i disagi della persona e individuare la presenza di un rischio autolesionistico e suicidario. I vissuti di emarginazione, solitudine e lontananza dagli

affetti, sono elementi importanti da tenere in considerazione per il monitoraggio del rischio di suicidio.

Così come l'ingresso, anche il momento della scarcerazione è particolarmente critico, molto spesso con l'assenza di punti fermi e di supporto la persona straniera può facilmente tornare a delinquere.

Uno dei principali ostacoli è la lingua e che si manifesta sin dall'ingresso in Istituto. Le difficoltà linguistiche incidono notevolmente sul senso di emarginazione e isolamento rispetto agli operatori, agli altri detenuti, al personale di polizia penitenziaria e diventa più complesso osservare le regole di vita dell'istituto penitenziario, registrando così rapporti disciplinari in cui l'interessato non ne comprende a pieno il valore rieducativo. Un importante aiuto potrebbe essere rappresentato da corsi linguistici all'interno del penitenziario.

I colloqui in carcere rappresentano una ulteriore criticità, poiché la lontananza delle famiglie e le estreme difficoltà di collegarsi con loro anche attraverso vie postali e telefoniche risulta difficile in relazione alle distanze geografiche e comunque sono meno efficaci di un contatto diretto.

La religione, come detto pocanzi è uno degli elementi essenziali alla base del trattamento rieducativo penitenziario. I dati statistici sopra riportati evidenziano la prevalenza della componente di persone appartenenti alla religione islamica. A tale proposito, l'articolo 26 dell'ordinamento penitenziario, sancisce la libertà di professare la propria fede religiosa praticandone i riti con la possibilità di richiedere l'assistenza dei ministri del proprio culto. I Ministri del culto possono dunque accedere agli istituti anche senza particolari verifiche da parte della Direzione del carcere, contrariamente avviene per alcune religioni tra cui quella dell'Islam, le quali sono praticate da ministri di culto attraverso una disciplina più complessa.

Una tematica che richiede particolare attenzione professionale, soprattutto in termini preventivi, è quella dell'autolesionismo, di cui si è già accennato sopra. Essa costituisce spesso un mezzo per comunicare la propria sofferenza, la propria alienazione.

Alcuni esperti Psicologi, sostengono che la solitudine dello straniero in carcere è probabilmente causata dalla sua assenza di ruolo e di funzione. Inoltre, il migrante trovandosi in una terra differente dalle sue origini non riuscendo ha delle difficoltà nell'introyettare il disvalore e la necessità di rispetto delle regole proprio perché appartengono a un Paese a cui non appartiene.

Attraverso l'istruzione, la buona pratica religiosa, la formazione professionale e la possibilità di accedere al lavoro anche esterno si può favorire una risposta incisiva volta a promuovere un processo di integrazione che favorisca una conoscenza della nuova società a cui il migrante si trova ad appartenere.

Un ulteriore importante intervento è sicuramente di tipo preventivo che possiamo distinguere in prevenzione primaria, secondaria e terziaria. La prima è volta ad eliminare o comunque ridurre le

condizioni criminogene presenti in un contesto fisico o sociale, quando ancora non si sono manifestati segnali di pericolo. La seconda è costituita da misure rivolte a gruppi a rischio di criminalità; la terza interviene quando l'azione criminale è stata già commessa, per prevenire ulteriori recidive. Analizzando la relazione tra stress post-immigrazione e salute mentale (Li S.S. et al, 2016) è stato confermato che i rifugiati dimostrano **elevati tassi di PTSD e di altri disturbi psicologici**. I risultati indicano fattori socioeconomici, sociali e interpersonali nonché relativi al processo di asilo e alla politica di immigrazione. Una ricerca (Guardia D., 2016) ha cercato di fornire l'incidenza di disturbi mentali nei migranti di prima, seconda e terza generazione ed ha confermato **che la migrazione costituisce un elemento di rischio psicopatologico**. Nella comunità sud-asiatica presente in Gran Bretagna, per esempio, è stato riscontrato un **maggior tasso di incidenza di psicosi** rispetto alla popolazione nativa; risultati simili sono stati rilevati nella minoranza etnica caraibico-africana.

I dati di tutte le ricerche esaminate confermano che i fattori di stress post-migratori o legati all'ambientamento e all'integrazione sono stati i principali correlati della salute mentale negli immigrati umanitari.

Diventa necessario quindi programmare interventi di prevenzione e di riduzione del danno (programmi di assistenza psicosociale e psicologica).

Risulta importante creare appartenenza. Attraverso l'istruzione, la buona pratica religiosa, la formazione professionale e la possibilità di accedere al lavoro anche esterno si può favorire una risposta incisiva volta a promuovere un processo di integrazione che favorisca una conoscenza della nuova società a cui il migrante si trova ad appartenere.

Per un intervento quanto più efficace a livello di prevenzione, sostegno, cura e riabilitazione del disagio psichico del migrante è importante impegnarsi professionalmente in una dimensione multidisciplinare che possa condurre al benessere del soggetto e del contesto sociale in cui è inserito.

In conclusione, è opportuno sottolineare che alla luce di tutti questi fattori di rischio e di fragilità che espongono maggiormente i migranti alla possibilità di sviluppare disturbi mentali è necessario realizzare percorsi strutturati che coinvolgono equipe multidisciplinari (etnopsichiatri ed etnopsicologi, medici, mediatori linguistico culturali) che possano affrontare un fenomeno tanto complesso quanto collettivo.

I beneficiari di questi interventi non possono essere solo i diretti interessati nella migrazione ma anche le generazioni successive poiché i fattori di rischio per il disagio psichico non si esauriscono alla prima generazione ma possono avere ripercussioni fino alla terza generazione.

Fonti bibliografiche e sitografia:

Abye Tasse... et al., *Culture a confronto. La gestione della diversità*. Roma, Fondazione Silvano Andolfi, 2000.

Alain Goussot, *Disagio psichico e immigrazione*.

Ambrosini Maurizio, *La fatica di integrarsi. Immigrati e lavoro in Italia*. Bologna, Il Mulino, 2001.

Cianconi P., *Psicologia e Psicopatologia delle migrazioni*, 2018.

Di Rosa G., *Le solitudini in carcere. il detenuto malato e il detenuto straniero: dialogo a tre voci*, 2018.

L. Grinberg, R. Grinberg, *Psicoanalisi della emigrazione e dell'esilio*. Edizioni Franco Angeli collana Serie di psicologia, 1990.

G. Lavanco, C. Novara, *Psicologia della notizia: Migrando da sé stessi*, 2005.

Tahar Ben Jelloun, *L'estrema solitudine*. Edizioni Bompiani, 1999.

www.consecutio.org/2016/10/presenza-e-crisi-della-presenza-tra-filosofia-e-psicologia/

https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_7_1.page?contentId=SCA144231&previousPage=mg_1_4_7

<http://www.ristretti.it/areestudio/giuridici/op/opitaliano.htm>