

**Valutazione dell'esito clinico e sociale di un intervento  
riabilitativo con pazienti gravi affetti da disturbi psichiatrici e/o abuso  
di sostanze autori di reato e in posizione di arresti domiciliari**

Melegari AL.<sup>1\*</sup>, Boero ME.<sup>2\*</sup>, Jaretti Sodano A.<sup>3\*</sup>, Braida V.<sup>2\*</sup>

1 psicologa, Presidio Ospedaliero Beata Vergine Consolata Fatebenefratelli, San Maurizio C.se (TO); Centro A.Fa.R. c/o Presidio Ospedaliero Riabilitativo B V Consolata

2 psicologa, psicoterapeuta, Presidio Ospedaliero Beata Vergine Consolata Fatebenefratelli, San Maurizio C.se (TO); Centro A.Fa.R. c/o Presidio Ospedaliero Riabilitativo B V Consolata

3 dirigente medico, Presidio Ospedaliero Beata Vergine Consolata Fatebenefratelli, San Maurizio C.se (TO)

**Abstract**

Our paper has the aim to illustrate a Forensic Ward for psychiatric patients who committed crimes and are in domestic custody.

Objective: to study the value of some bio-psycho-social variables in order to verify the efficacy of rehabilitation treatment.

Methods: descriptive and multidimensional study with 24 inpatients. Assessments are made at admission and at discharge, with psychological tests that analyse bio-psycho-social factors, such as depression, anxiety, assertiveness, impulsiveness, spiritual aspects of Quality of Life.

Results give evidence for the efficacy of rehabilitation treatment, as depression, anxiety, impulsiveness decrease at discharge, while quality of life and assertiveness improve. The results show that a personal rehabilitation project is very important to favour reintegration into society of those patients with heavy psychiatric illnesses, sometimes associated with alcohol dependence or abuse and juridical problems

**Key words:** forensic psychiatry, rehabilitation project and personal therapeutic plan

**Abstract**

Lo scopo del lavoro è quello di far conoscere l'esperienza dell'U.O.Forense, unica realtà ospedaliera in Italia destinata ad accogliere pazienti psichiatrici autori di reato in posizione di arresti domiciliari.

---

\* *Melegari AL, Boero ME, Jaretti Sodano A, Braida V* – Presidio Ospedaliero Riabilitativo Fatebenefratelli “Beata Vergine Consolata”, Via Fatebenefratelli 70, 10077 San Maurizio C.se (TO) – Tel. 011.9263811 o 011.9263679

L'obiettivo è quello di offrire una valida alternativa al Carcere a soggetti con problematiche psichiatriche e/o dipendenza attraverso un percorso riabilitativo personalizzato.

Dal 2008 è stato avviato uno studio multidimensionale di tipo descrittivo per monitorare il processo riabilitativo del paziente e verificarne la sua efficacia. Si è effettuata una valutazione in ingresso e in dimissione su un campione di 24 utenti, approfondendo aspetti bio-psico-sociali e precisamente depressione, impulsività, assertività e qualità di vita legata alla spiritualità. I risultati dimostrano una significativa diminuzione e miglioramento di tali variabili alla fine del progetto riabilitativo. Tutti gli esiti positivi ottenuti permettono di sostenere che un progetto riabilitativo personalizzato è essenziale per far sì che soggetti con gravi patologie psichiatriche, talvolta miste a dipendenza, e con problematiche giuridiche abbiano un riscatto e un inserimento adeguato nella società.

**Parole chiave:** psichiatria forense, progetto riabilitativo, progetto terapeutico personalizzato

## **Introduzione**

Le Strutture Residenziali (SR) rivestono in Italia un'importante ruolo nel trattamento e nella riabilitazione (de Girolamo et al, BJP, 2002) dei pazienti psichiatrici gravi. A tale proposito sono sorte strutture diversificate per fornire una risposta terapeutica più appropriata ai bisogni di cura espressi da questa tipologia di pazienti.

Numerosi studi hanno mostrato che i comportamenti antisociali, in genere associati a disturbi psichiatrici, rappresentano un fattore che complica il trattamento e sono associati ad esiti negativi specie se in copresenza con uso di sostanze (Ogloff et al. 2004; Young, 2006); tra i pazienti afferenti a SR forensi è infatti frequente l'abuso di sostanze (Coid & Kahtan 2000; Peters et al., 2004). E' stato anche dimostrato che la comorbidità medica (es. HIV) è frequente in questa categoria di pazienti.

La complessità di tali disturbi richiede un trattamento integrato, multiprofessionale e specialistico (Grella CE, Stein JA., 2006; Mojtabai R., Am J, 2004) che contempra un intervento indirizzato agli aspetti psicopatologici, psichiatrici, medici e sociali.

Da un lato l'attuale situazione politica e sociale prevede un lento ma continuo svuotamento degli OPG per trasferire l'assistenza dei pazienti autori di reato alle Aziende USL attraverso l'inserimento in Comunità specifiche, d'altro canto da più parti si richiede un maggior controllo sociale sui pazienti psichiatrici visti come potenziali

autori di reato. Per queste ragioni si ritiene indispensabile la possibilità di inserire tali pazienti in Comunità Terapeutiche che abbiano programmi riabilitativi ad hoc.

La letteratura corrente non dispone di studi che attestino l'efficacia dell'intervento riabilitativo in pazienti con problematica psichiatrica grave associata ad altri tipi di problemi quali l'abuso di alcol e/o altri tipi di sostanze o le pendenze di tipo giudiziario.

### **Presentazione della struttura**

L'U.O. Forense S. Riccardo Pampuri (20 posti) ha un'organizzazione di tipo comunitario e gestisce percorsi terapeutico riabilitativi.

L'équipe è composta da due medici, una psicologa responsabile dei progetti riabilitativi, un'educatrice, un'assistente sociale, il personale infermieristico-assistenziale.

L'invio dell'utenza avviene esclusivamente mediante ordinanza del giudice. L'obiettivo del ricovero è quello di offrire una valida alternativa al carcere per soggetti con problematiche psichiatriche attraverso un percorso riabilitativo che prevede interventi su vari livelli, ma soprattutto il recupero della "persona", indipendentemente dal reato commesso.

Nella Carta di Identità dell'Ordine FBF si legge infatti: "Dobbiamo dare un'assistenza che consideri tutte le dimensioni della persona umana: fisica, psichica, sociale e spirituale. Soltanto un'attenzione che consideri tutte queste dimensioni, almeno come criterio di lavoro e come obiettivo da raggiungere, potrà considerarsi come assistenza integrale" (Carta d'Identità dell'ordine FBF 5.1).

### **Premesse**

L'analisi della situazione esistente all'interno dell' U.O. Forense ha portato ad una riflessione sui fattori che contribuiscono alla buona riuscita di un progetto riabilitativo, sulle strategie e operatività, sulle criticità e i bisogni emersi, tutto ciò al fine di rispondere adeguatamente alla domanda di cura e riabilitazione dei pazienti stessi.

Il progetto di cura di questi pazienti è inserito all'interno di un sinergico lavoro di rete.

La rete è costituita da diverse figure professionali che programmano interventi sinergici e coordinati: l'équipe, i familiari, i giudici, i magistrati, gli avvocati, i periti d'ufficio e di parte, i servizi sociali e territoriali, i carabinieri, l'UEPE, (Ufficio di esecuzione penale esterna), il referente per i diritti dei detenuti, gli O.P.G. (Ospedale psichiatrico giudiziario), il D.S.M.(Dipartimento di Salute Mentale), le cooperative di

lavoro, le associazioni di volontariato.

Il concetto di presa in carico globale dell'utente rappresenta un aspetto cardine della Medicina Riabilitativa contemporanea; l'obiettivo che ci si propone, infatti, è proprio quello di permettere a questi soggetti di riscattarsi dal loro passato, riconoscere i propri limiti e, attraverso progetti riabilitativi individuali, porsi obiettivi a breve, medio e lungo termine.

Un tale approccio di cura tiene conto della persona nella sua complessità e completezza e presenta alcune differenze sostanziali rispetto alla visione più tradizionale dell'assistenza (O'Rawe, Amenta M., Bohnet L.N., 1986). Esso tiene conto che la persona ha tre fondamentali aree di bisogni, in stretta relazione secondo diversi gradi e modalità di comportamento: area biofisica, psicosociale e spirituale (Missinne E.L., 1990).

Questa è la ragione per cui abbiamo voluto soffermarci in modo particolare sugli aspetti spirituali della qualità di vita come elemento che influenza sin dall'inizio il percorso riabilitativo e come una sfida data la tipologia di paziente e data le caratteristiche della struttura in cui ci troviamo.

## **Obiettivi della ricerca**

La ricerca è stata effettuata al fine di valutare l'esito clinico e sociale di un intervento riabilitativo con pazienti con doppia problematica, psichiatrica e giuridica, in posizione di arresti domiciliari ed accolti presso la nostra Unità Forense, attraverso strumenti quali il monitoraggio della situazione clinica dei pazienti (tono dell'umore, aggressività, assertività) tenendo conto delle loro problematiche e della gravità della patologia di cui essi soffrono.

## **Materiali e metodi**

### *Tipo di intervento*

All'ingresso viene effettuata una valutazione multidisciplinare che porta alla condivisione di un progetto terapeutico riabilitativo personalizzato attraverso un lavoro di rete.

Il lavoro di rete permette una presa in carico del soggetto non solo dopo la dimissione, ma anche dopo che il paziente è uscito dal circuito penale.

L'intervento riabilitativo comprende: il trattamento farmacologico; un trattamento riabilitativo psicoeducazionale; dei trattamenti psicoterapici di gruppo e/o individuali; l'attenzione agli aspetti spirituali indipendentemente dalla specifica fede di

appartenenza; il supporto sociale e psicologico ai familiari dei pazienti; l'inserimento lavorativo e sociale sia durante il ricovero, sia dopo le dimissioni; gli incontri d'équipe con i servizi territoriali per la condivisione dei progetti riabilitativi.

Le attività riabilitative dell'U.O. sono: Psicoterapia di Gruppo; Gruppo di espressione corporea e comunicazione non verbale; Journal Club e Movie Club (film tematici); Giardinaggio, Bricolage, Arteterapia; Educazione Alimentare e Laboratorio Cucina; Laboratorio linguistico; Attività sportive; Laboratorio teatrale.

In conformità con le modalità degli interventi richiesti ci siamo soffermati con particolare attenzione verso gli aspetti personali (problematiche legate alla storia individuale del paziente, oltre che al tipo di patologia psichiatrica, abuso di sostanze, eventuale tipologia di reato); gli aspetti relazionali e sociali, importanti per il benessere psichico e la realizzazione della persona (si pensi, per esempio, all'isolamento, alla solitudine, all'emarginazione e alla disapprovazione sociale, alla perdita della libertà); gli aspetti psicologici (capacità cognitive e comportamentali, assertività, aggressività, depressione); gli aspetti relativi alla qualità di vita e al benessere soggettivo, ossia le percezioni che gli individui hanno del loro modo di vivere in rapporto a scopi, aspettative, interessi, credenze, abbracciando anche aspetti spirituali nel rispetto delle diversità religiose e culturali; gli aspetti lavorativi (si pensi al disagio economico legato alle difficoltà nel trovare un lavoro che permetta uno stile di vita in accordo con le proprie esigenze, problematiche ancora più accentuate nelle persone che presentano una situazione di tipo detentivo); gli aspetti farmacologici (si pensi all'aumento di peso spesso lamentato dai soggetti che assumono psicofarmaci).

Anche gli aspetti spirituali hanno un loro peso sul percorso riabilitativo. Essi sono stati indagati dall'O.M.S. attraverso il questionario WHOQOL- SRPB che esplora il modo in cui le convinzioni spirituali possono influenzare la qualità della vita, attraverso otto fattori strettamente collegati alla spiritualità: legame con un'entità o forza spirituale, significato della vita, stupore, senso di completezza e interezza, forza spirituale, pace interiore, speranza, fede (Saxena S., O'Connell K, Underwood L., 2002)

Tutti questi elementi insieme forniscono indicazioni circa il funzionamento personale e sociale dei pazienti e sono degli indicatori significativi dell'efficacia dell'intervento riabilitativo.

### *Disegno dello studio*

Il progetto ha previsto il reclutamento di pazienti con doppia problematica giuridica e psichiatrica, autori di reato in posizione di arresti domiciliari, ricoverati per esigenze di recupero e riabilitazione presso la nostra Unità Forense

I pazienti hanno ricevuto un assessment diagnostico completo con l'ausilio di test diagnostici clinici e psicologici. I pazienti reclutati hanno ricevuto l'intervento farmacologico e riabilitativo previsto.

### *Campione*

Sono stati coinvolti nello studio un totale di 24 pazienti.

I criteri di inclusione sono stati; diagnosi psichiatrica, psicosi o grave disturbo di personalità e/o abuso di sostanze; ambo i sessi; ben conservati dal punto di vista cognitivo; età < 75 anni; esclusione di comorbidità psichiche o somatiche fortemente invalidanti tali da non consentire un intervento riabilitativo.

I pazienti che hanno risposto ai criteri di inclusione sono stati informati ed è stato loro richiesto il consenso al piano di trattamento.

### *Outcomes*

Gli outcomes sono stati: la verifica di una riduzione dell'aggressività; la verifica di un miglioramento nella assertività; la verifica di un miglioramento del tono dell'umore.

### *Metodi*

La valutazione clinica si è avvalsa di un assessment cognitivo-comportamentale, del tono dell'umore, dell'aggressività, dell'assertività all'ingresso (T0) e alle dimissioni (T1) oppure in itinere dopo sei mesi, per quei pazienti per cui non è stata possibile la dimissione.

Lo studio ha comportato la raccolta dei dati socio-anagrafici e dei dati clinici come previsto dalla cartella clinica per la valutazione del paziente in trattamento riabilitativo.

E' stata effettuata la valutazione in modo sistematico all'ingresso e alla dimissione di indicatori in grado di misurare l'efficacia dell'intervento riabilitativo in termini di riduzione dell'aggressività, riduzione della depressione, miglioramento dell'assertività.

All'ingresso è stata effettuata una valutazione della qualità di vita negli aspetti spirituali, per verificare il valore degli aspetti spirituali nella vita dei pazienti in esame.

I dati sono stati raccolti attraverso i seguenti strumenti:

- Scheda socio-anagrafica clinica
- Rilevazione psicodiagnostica: diagnosi secondo i criteri del DSM-IV per eventuale presenza di comorbidità psichiatrica
- Rilevazione dell'assertività: SIB – Scale for Interpersonal Behaviour (Arrindell et al., 2004);

- Rilevazione della depressione: BDI – Beck Depression Inventory (BDI-II, 1996; Patton J.H. et al , 1995; Fossati A et al, 2001)
- Rilevazione dell'aggressività: BIS – Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11, 1995)
- Rilevazione della Qualità della Vita WHOQOL - SRPB (WHO, 2006) per la valutazione della qualità della vita nei suoi aspetti spirituali

## Risultati

### *Analisi descrittiva*

Il campione, costituito da 24 ospiti dell'Unità Forense, si presenta prevalentemente di sesso maschile (96%), con un'età media di 41 anni (DS=10.22) per la maggior parte celibi\nubili (63%).

La media degli anni di scolarità è di 8.88 (DS = 2.63); di questi soggetti, il 63% è disoccupato e solo il 38% vive da solo.

Provengono soprattutto dal carcere (50%) ma anche da SPDC (21%), da casa (17%), e dall'OPG (13%).

La tipologia di reato varia da soggetto a soggetto, perciò si sono distinti 3 gruppi: 1) reato contro la persona (58%); 2) reato contro il patrimonio (13%); 3) reato contro la persona e il patrimonio (29%).

Le diagnosi predominanti sono state raccolte nella tabella seguente (Tab2):

*Tab. 2 – Distribuzione percentuale delle diagnosi del campione*

<i>Classificazion e DSM-IV</i>	<i>Disturbi</i>	<i>%</i>
Disturbi dell'umore	Disturbo bipolare	8,34
Disturbi di personalità	Disturbo di personalità schizoatipico	4,17
	Disturbo borderline di personalità	4,17
	Disturbo depressivo di personalità	4,17
Disturbi d'ansia	Disturbo ossessivo-compulsivo	4,17
Schizofrenia e disturbi psicotici	Schizofrenia paranoide	16,67
	Disturbo schizoaffettivo	4,17
Disturbi dell'adattamento	Disturbo dell'adattamento con aspetti emozionali misti	4,17
Disturbi correlati a sostanze	Pregresso etilismo cronico in disturbo di personalità NAS	33,34
Ritardo mentale	Ritardo mentale in disturbo di personalità NAS	8,34
Altro	altro	8,34

Sin dall'ingresso in struttura, si condivide il progetto riabilitativo con il paziente stesso ed i servizi territoriali di riferimento: dai dati emerge che nel 46% dei casi tale progetto viene condiviso e portato a termine fino alla dimissione, nel 21% dei casi si avvia una collaborazione di rete che non viene mantenuta, nel 33% dei casi il servizio non risponde a nessuna forma di collaborazione (ne sono un esempio il gruppo di soggetti che sono ancora degenti presso la nostra U.O.).

La valutazione psicodiagnostica è stata effettuata all'ingresso ( $T_0$ ) e alla dimissione ( $T_1$ ) su tutti i 24 soggetti.

Per i pazienti ancora presenti in struttura, è stata effettuata una valutazione in itinere dopo 6 mesi dall'ingresso.

Presentiamo innanzitutto la tabella riassuntiva dell'andamento della depressione, dell'aggressività e dell'assertività nell'intero campione (*Tab 3*):

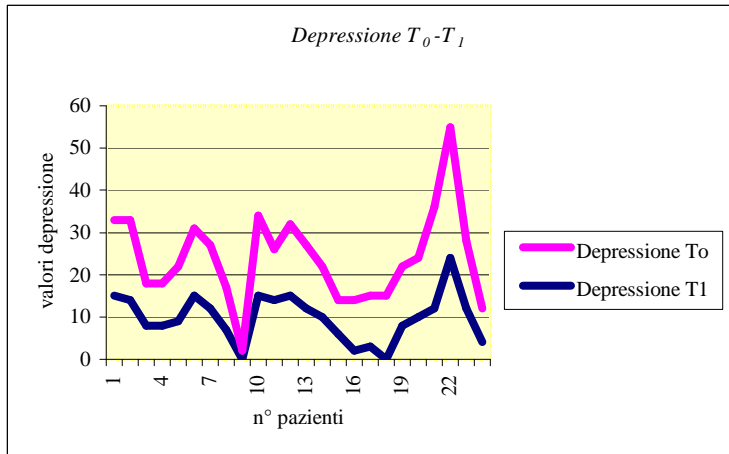
*Tab. 3 – Media depressione, aggressività e assertività del campione a  $T_0$  e a  $T_1$*

Indici valutati		Media (x)	D.S.
BDI: Depressione	T <sub>0</sub>	14,25	5,73
	T <sub>1</sub>	9,79	5,63
BIS: Aggressività	T <sub>0</sub>	67,54	7,96
	T <sub>1</sub>	62,38	7,73
SIB: Assertività	T <sub>0</sub>	52,04	10,10
	T <sub>1</sub>	44,42	7,75

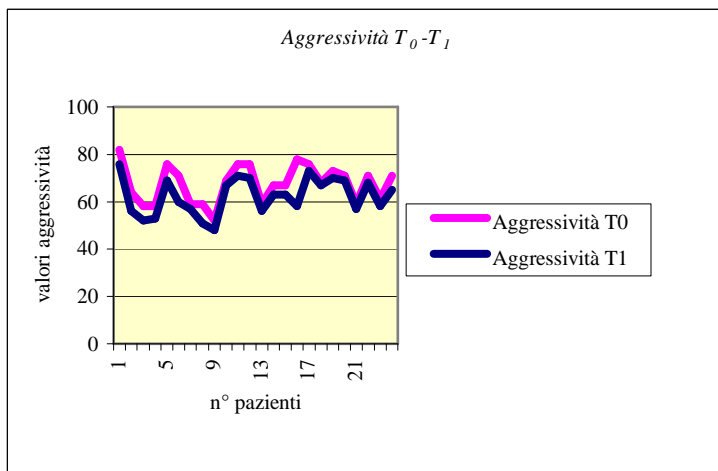
Dai dati risulta che all'ingresso i pazienti in media hanno una depressione lieve ( $x = 14.25$ ), tendenze impulsive e aggressive superiori ( $x = 67.54$ ) alla media campionaria dello strumento ( $x = 63.8$ ), un disagio contenuto nelle relazioni interpersonali ( $x = 52.04$ ).

Di seguito sono riportati i grafici relativi all'andamento della depressione, aggressività e assertività dall'ingresso fino alla dimissione o valutazione in itinere.

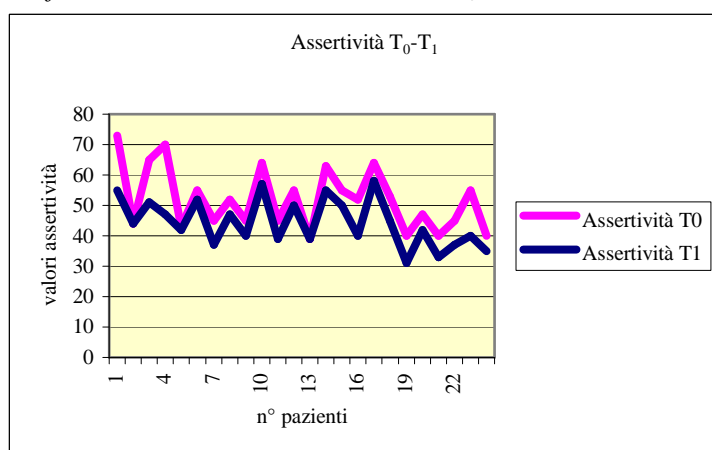
Graf.1 – Valori della depressione tra  $T_0$  e  $T_1$



Graf.2 – Valori dell'aggressività tra  $T_0$  e  $T_1$



Graf.3 – Valori dell'assertività tra  $T_0$  e  $T_1$



Per tutti diminuiscono depressione e aggressività. Migliora anche l'assertività.

Si è deciso anche di approfondire gli aspetti del campione distinguendolo in base alla tipologia di reato commesso.

Si nota come la depressione si attesta a livello moderato per i reati più gravi (i reati contro la persona e il patrimonio:  $x = 17.43$ ), mentre nei restanti casi è lieve o assente.

L'impulsività e l'aggressività risulta elevata per tutte le tipologie di reato, specie per chi ha compiuto reato contro il patrimonio ( $x \text{ BIS} = 73.67$ ) come si può osservare dal grafico:

Anche l'assertività presenta un andamento simile nelle varie tipologie di reato, con un disagio contenuto spesso collegato alle difficoltà nelle relazioni interpersonali.

Anche la spiritualità è stata analizzata in base alla tipologia di reato commesso: la percezione della qualità di vita collegata agli aspetti spirituali si presenta superiore alla media in tutte le tipologie di reato.

Attraverso il questionario dell'OMS, il WHOQOL-SRPB, si sono indagati gli aspetti spirituali legati alla qualità di vita.

Tab. 4 – Punteggi medi dei vari item che compongono il WHOQOL-SRPB

<i>Item spiritualità</i>	<i>M edia</i>	<i>D .S.</i>
	<b>3</b>	<b>0</b>
Spiritualità	<b>,59</b>	<b>,81</b>
	3	0
	,81	,82
	<b>3</b>	<b>1</b>
Legame con entità spirituale	<b>,00</b>	<b>,15</b>
	3	1
	,20	,21
	<b>3</b>	<b>0</b>
Significato della vita	<b>,51</b>	<b>,77</b>
	3	0
	,85	,76
	<b>3</b>	<b>0</b>
Stupore	<b>,49</b>	<b>,79</b>
	3	0
	,58	,75
	<b>3</b>	<b>0</b>
Completezza	<b>,42</b>	<b>,77</b>
	3	0
	,41	,80
	<b>3</b>	<b>0</b>
Forza spirituale	<b>,33</b>	<b>,88</b>
	3	1
	,01	,27
	<b>3</b>	<b>0</b>
Pace interiore	<b>,29</b>	<b>,77</b>
	2	0
	,83	,80
	<b>3</b>	<b>0</b>
Speranza	<b>,50</b>	<b>,74</b>
	3	1
	,56	,05
	<b>3</b>	<b>1</b>
Fede	<b>,29</b>	<b>,11</b>

	3	1
	,33	,13

La tabella riporta i punteggi medi del nostro campione (in corsivo) confrontati con i punteggi (in neretto) del campione di riferimento (relativo a 2231 uomini). Si può notare che i punteggi del nostro campione sono mediamente più alti del campione di riferimento, in quasi tutti gli items ad eccezione degli items forza spirituale e pace interiore dove sono più bassi.

Per approfondire quest'ultima osservazione, al questionario dell'OMS abbiamo aggiunto due domande: una per indagare la percezione che i pazienti hanno della fede come aiuto per superare le problematiche legate ai problemi giuridici, l'altra per sondare la criticità rispetto al reato commesso, sulla base dei seguenti punteggi su scala Likert 1= per niente; 2=poco; 3=abbastanza; 4=molto; 5=moltissimo.

All'ingresso i pazienti si sentono poco colpevoli del reato commesso.

All'uscita è migliorata la percezione del reato e delle condizioni problematiche in cui si sono messi e il senso di colpevolezza aumenta: in media si sentono "abbastanza" colpevoli.

Distinguendo i soggetti in base all'esito del progetto riabilitativo si sono individuati 4 gruppi:

1. Gruppo progetto lavoro
2. Gruppo comunità
3. Gruppo carcere
4. Gruppo ancora degenti

Per ogni gruppo è stato riscontrato un miglioramento dei sintomi depressivi, una diminuzione delle tendenze impulsive e aggressive, un cambiamento positivo dell'assertività (Tab. 7).

Tab. 7 – Valutazione a  $T_0$  e a  $T_1$  di depressione, aggressività e assertività.

Gruppi	B	B	BI	BI	SI	SI
	DI T <sub>0</sub> me dia	DI T <sub>1</sub> me dia	S T <sub>0</sub> me dia	S T <sub>1</sub> m edia	B T <sub>0</sub> m edia	B T <sub>1</sub> m edia
Gruppo progetto lavoro	14, 42	8,9 2	68, 75	62 ,5	53 ,08	44 ,33
Gruppo comunità	14, 5	10, 75	60, 25	56	46 ,75	40 ,25
Gruppo carcere	14, 33	10, 67	73, 67	70 ,33	57 ,67	51 ,33

Gruppo degenti	13, 6	10, 6	66, 8	62 ,4	50 ,4	43 ,8
-------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

In particolare, per il gruppo di pazienti con cui si è messo in atto un progetto di inserimento lavoro si dimostra una significativa riduzione di tutti e tre gli aspetti considerati: depressione, impulsività e assertività, rispetto agli altri gruppi di pazienti.

Per i pazienti con cui è stato attuato un progetto di inserimento in comunità si nota un miglioramento della depressione, l'aggressività e soprattutto l'assertività.

Per il gruppo di pazienti che è rientrato in carcere, dalla valutazione effettuata in itinere, continua ad evidenziarsi un miglioramento per tutte le variabili, soprattutto per l'impulsività.

Anche per il gruppo di pazienti ancora degenti in struttura si dimostra un miglioramento di tutti gli aspetti, specie della depressione e assertività.

Alla conclusione del percorso riabilitativo si nota come depressione e aggressività diminuiscono e migliora anche l'assertività.

### **Analisi delle correlazioni**

Dall'analisi delle correlazioni di Pearson è emerso che, tra le variabili sociodemografiche considerate, l'età è significativamente correlata con l'utilizzo di sostanze psicotrope ( $r=.405$ ;  $p=0.05$ ), così come l'utilizzo di sostanze è significativamente correlato con l'assertività ( $r = .400$ ;  $p = 0.05$ ).

Si è scelto di indagare attentamente la tematica della spiritualità. Nel complesso la fede sembra avere un ruolo "abbastanza" ( $x=3.17$ ) importante nel fornire un aiuto per il superamento delle problematiche legate al reato.

L'analisi delle correlazioni ha permesso di individuare una significativa correlazione tra gli aspetti depressivi misurati con la Beck Depression Scale ed alcune sottoscale del questionario sulla spiritualità. C'è correlazione negativa tra depressione e spiritualità ( $r = -0.54$ ;  $p =0.01$ ), senso di completezza ( $r = -0.47$ ;  $p =0.05$ ), forza spirituale ( $r = -0.50$ ;  $p =0.01$ ), pace interiore ( $r = -0.59$ ;  $p =0.01$ ), speranza ( $r = -0.41$ ;  $p =0.05$ ), significato della vita ( $r = -0.52$ ;  $p =0.01$ ).

Aumentando gli aspetti depressivi diminuisce il senso di completezza, la pace interiore, la speranza, la forza spirituale.

Non si riscontrano invece correlazioni tra spiritualità e aggressività, né tra spiritualità e assertività.

### **Conclusioni**

Secondo quanto emerso dalla analisi dei dati relativi al campione di 24 degenti presso l'U.O. Forense, è stato possibile verificare l'efficacia dell'intervento riabilitativo, attraverso gli indicatori che riguardano il funzionamento personale e sociale.

I risultati emersi dall'analisi descrittiva evidenziano come le variabili considerate (depressione, impulsività e assertività) migliorano significativamente alla fine del progetto riabilitativo.

Tra queste variabili si nota come la depressione sin dall'ingresso non sia elevata ( $x = 14,25$ , depressione lieve), pur trattandosi di persone autori di reato e private della loro libertà, non più padrone di disporre liberamente di qualsiasi decisione della loro vita.

E' interessante notare che la maggior parte di loro presenta livelli bassi di depressione, nonostante abbiano spesso commesso reati molto gravi, specialmente contro la persona (58.3 %).

Una possibile spiegazione di questo dato si può ricercare nella scarsa consapevolezza del reato commesso da un lato, e dal bisogno di riscatto dall'altro.

Da approfondimenti derivati dai colloqui clinico-psicologici, infatti, questi pazienti non si riconoscono nel reato commesso e allo stesso tempo, desiderano dimostrare agli altri che l'etichetta "malato/detenuto" non appartiene loro, rivelando una forte voglia di "riscatto sociale", di recupero della condizione di stigmatizzato o di persona screditabile (Goffman, 1983).

Tale asserzione, tuttavia, merita ulteriori approfondimenti, anche perché non esiste una letteratura approfondita sull'argomento specifico.

È importante, inoltre, considerare la diminuzione della depressione nei pazienti che hanno intrapreso un percorso di inserimento lavorativo: l'impegno lavorativo porta ad una diminuzione dei pensieri negativi e ad un miglioramento del tono dell'umore.

L'impulsività e l'aggressività, invece, risultano elevate sin dall'ingresso per tutte le tipologie di reato (media BIS = 67,54), specie per chi ha compiuto un reato contro il patrimonio (media BIS = 73.67, elevata impulsività). L'elevata impulsività è in linea con la letteratura recente che sottolinea come l'aggressività, sia essa fisica, verbale, gestuale o simbolica, è spesso associata sia a patologie psichiatriche sia a patologie di dipendenza (Manna V., Daniele M.T., Pinto M., 2007)

È interessante notare elevati livelli di impulsività per chi ha commesso reato contro il patrimonio: qualsiasi ipotesi esplicativa non ha trovato conferme, meritando quindi ulteriori approfondimenti.

L'assertività presenta un disagio contenuto (media SIB = 52,04). È singolare notare come questi soggetti con elevate tendenze impulsive, abbiano poi nel complesso una buona capacità di adattamento nelle varie situazioni sociali. Quest'ultima osservazione è stata verificata in più situazioni, dove emergeva un forte senso di desiderabilità sociale: questi soggetti cercano di offrire un'immagine positiva di sé e spesso sono riluttanti a rilevare opinioni o comportamenti ritenuti indesiderabili. Questo aspetto è maggiormente evidente durante le attività risocializzanti svolte da tali pazienti,

specie durante catering organizzati all'interno del nostro Presidio. Anche questa osservazione merita ulteriori approfondimenti.

La percezione della qualità di vita collegata agli aspetti spirituali si presenta superiore alla media in tutte le tipologie di reato. Si ipotizza che anche in questo caso la desiderabilità sociale giochi un ruolo determinante sia per le caratteristiche personali di questi pazienti, sia per le caratteristiche della nostra struttura che è un istituto gestito dai Fatebenefratelli, un ordine religioso che da secoli lavora nell'ambito della sanità, in aree spesso molto difficili, quali la cura di pazienti psichiatrici anche gravi.

Dall'analisi delle correlazioni emerge una correlazione significativa tra assertività e utilizzo di sostanze ( $r = .400$ ;  $p = 0.05$ ). Questo dato sottolinea le caratteristiche di comportamento psicosociale di questi pazienti. Si tratta solitamente di persone con difficoltà nelle situazioni interpersonali, spesso fragili, con poche relazioni anche intime.

Correlazioni significative si evidenziano anche tra spiritualità e depressione. All'aumentare degli aspetti depressivi diminuisce l'interesse per tematiche spirituali. Questo dato è in linea con la sintomatologia tipica dello stato depressivo, caratterizzato principalmente da sconforto e profondo disinteresse per ogni cosa.

Un dato rilevante è la scarsa consapevolezza non solo della propria posizione giuridica, ma anche del proprio stato di malattia. Questo tema infatti viene a lungo affrontato sia nei colloqui clinico-psicologici sia nei gruppi psicoterapeutici. Alla dimissione i pazienti dimostrano un senso di colpevolezza maggiore, si sentono abbastanza colpevoli (41.7%), segno di una introspezione personale migliorata: riconoscono maggiormente le loro colpe e sono più coscienti delle proprie difficoltà. Questo è dimostrato dai risultati del gruppo di pazienti con cui è stato attuato un progetto di inserimento lavoro: rappresenta il gruppo di soggetti che descrivono un andamento di cambiamento sostanziale (*Tab. 7*).

Tale studio merita ulteriori approfondimenti, come già evidenziato nella discussione dei risultati ottenuti, e la nostra equipe curante sta già provvedendo all'avvio di un nuovo protocollo di ricerca capace di superare i limiti e approfondire aspetti emersi da tale studio, aumentando il campione e cercando di individuare anche dei gruppi di controllo in altre strutture che ospitano questa tipologia di utenti.

Non è stato possibile, infatti, organizzare un gruppo di controllo di pazienti con caratteristiche simili, non trattati o trattati diversamente, date le caratteristiche di singolarità della nostra struttura e della tipologia di pazienti.

Tutti gli esiti positivi ottenuti (in termini di miglioramento degli indici calcolati: depressione, aggressività, assertività) ci permettono di sostenere che un progetto riabilitativo personalizzato è essenziale per permettere a soggetti con gravi patologie psichiatriche, talvolta miste a dipendenza, e con problematiche giuridiche, un riscatto e un inserimento adeguato nella società.

## Bibliografia

Amy Rex Smith (2006) Using the Synergy Model to Provide Spiritual Nursing Care in Critical Care Settings, *Critical Care Nurse* 26: 41-47

Buchanan A. (2008) Rehabilitating the therapeutic ideal, *Crim. Behav. Ment. Health*,; 18, 1: 14-7

Eik-Nes N. (2008), The effect of exercise on psychological & physical health outcomes: preliminary results from a Norwegian forensic hospital, *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* Jul;46, 7:38-43.

Goffman E. (2003), *Stigma. L'identità negata*, Ombre Corte

Guilmette T.J., Hagan L.D., Giuliano A.J. (2008) Assigning qualitative descriptions to test scores in neuropsychology: forensic implications *Clin Neuropsychol.* Jan; 22,1:122-139

Hillbrand M., Young J.L., (2008) Instilling hope into forensic treatment: the antidote to despair and desperation. *J Am Acad Psychiatry Law*;36(1):90-4.

Kertzman S, Reznik I, Grinspan H, Weizman A, Kotler M, (2008) Antipsychotic treatment in schizophrenia: the role of computerized neuropsychological assessment *Isr J Psychiatry Relat Sci.*;45, 2:114-120

Kjelsberg E, Friestad C. (2008) Social adversities in first-time and repeat prisoners. *Int J Soc Psychiatry* Nov;54(6):514-26.

Lafferty S, Davidson R. (2006) Putting the person first, *Ment Health Today*, Mar: 31.3

Manna V., Daniele MT, Pinto M., (2007) Impulsività ed aggressività tra i pazienti trattati in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura: considerazioni cliniche e proposte terapeutiche *Difesa Sociale* LXXXVI(3):pp. 9-28.

Missinne E.L., (1990) Cristian Perspective on Spiritual Needs of a Human Being. *Journal of Religious Gerontology*.; 143-152.

Neville P, (2005) Helping people back into society, *Nurs. Times*, Apr 5-11; 101,14:70

O'Rawe Amenta M., Bohnet L.N., (1986) Ethical and Legal consideration in *Nursing Care of the Terminally III*. Boston: Little, Brown and Company.

S.Saxena, K.O'Connel, L.Underwood, (2002) Cross-Cultural Quality-of-Life Assessment at the End of Life. *The Gerontologist*,42.81-85

Saloppé X, Pham TH. (2007) The impact of mental disorders on quality of life perceived by patients discharged from a security psychiatric hospital *Encephale* Dec;33(6):892-901

Sellbom M, Ben-Porath YS, Baum LJ, Erez E, Gregory C (2008) Predictive validity of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales in a batterers' intervention program. *J Pers Assess* Mar;90(2):129-35

Waldram JB (2008) The narrative challenge to cognitive behavioral treatment of sexual offenders, *Cult Med Psychiatry*, Sep;32(3):421-39.

Walters GD, Knight RA, Grann M, Dahle KP. (2008) Incremental validity of the Psychopathy Checklist facet scores: predicting release outcome in six samples, *J Abnorm Psychol*. May;117(2):396-405.