

REGIONE TOSCANA

CENTRO REGIONALE PER LA SALUTE IN CARCERE

DIRETTORE: Prof. Francesco Ceraudo

**Ai Responsabili del Presidio Sanitario Penitenziario
e.p.c.**

**Al Presidente della Regione Toscana ENRICO ROSSI
All'Assessore al diritto alla salute Daniela SCARAMUCCIA
Al Direttore Generale Vinicio BIAGI
Al Dr. Valerio DEL MINISTRO
Ai Direttori Generali Azienda USL
Ai Direttori Sanitari Azienda USL
Ai Referenti Aziendali per la salute in carcere
Al Provveditore Regionale Amm. Penitenziaria
Ai Direttori degli Istituti Penitenziari**

Sindrome da primo impatto carcerario

Nel contesto più vasto e certamente più complesso del trauma da carcerazione, **la sindrome da primo impatto carcerario**, rappresenta senza dubbio un'entità nosografica ben definita e specifica che il Medico Penitenziario può riscontrare senza eccessive difficoltà. Del resto rimane facilmente intuibile lo stato d'animo di chi, improvvisamente sradicato dagli affetti, dalle proprie abitudini, dai

propri interessi, dal proprio ambiente, è costretto un giorno a varcare il portone del carcere.

Vede cadere inesorabilmente tutto intorno a sé.

Prendono corpo l'idea di rovina, di angoscia, di vuoto esistenziale, il senso di emarginazione dalla società, l'umiliazione insita nella posizione stessa di detenuto, sicuramente l'incertezza del proprio futuro e talora lo stesso senso del rimorso che preme.

Tutto ciò ha un innegabile effetto disorganizzante.

E' ormai un individuo lacerato che si chiude come un guscio impermeabile dove nulla entra, dove nulla esce.

Però egli ha innanzitutto paura.

Paura dovuta alla sensazione, ancora non pienamente percettibile che qualche cosa si sta rompendo dentro e fuori di se stesso.

Si apre inevitabilmente un abisso tra ciò che si era un istante prima e ciò che si sarà dopo; una sensazione sgradevole di rottura irreversibile con tutto il contesto sociale di cui si era parte, con la propria realtà morale, psicologica e familiare.

Nell' *Istituzione negata* Franco Basaglia precisa che dal momento in cui il detenuto oltrepassa la soglia del carcere, entra in una dimensione di vuoto emozionale e viene immesso, cioè, in uno spazio che, originariamente nato per renderlo inoffensivo ed insieme curarlo, appare in pratica come un luogo paradossalmente costruito e predisposto per il completo annientamento della sua individualità, come luogo della sua totale oggettivazione.

E' di comune osservazione rilevare che al primo impatto carcerario molti detenuti rifiutano di alimentarsi.

In effetti non si tratta di un rifiuto volutamente intenzionale, ma di una vera e propria inappetenza corredata da altri disturbi per lo più associati nello stesso soggetto anche se d'intensità e gravità varia.

Al di là delle sbarre il detenuto non è più un uomo, in quanto è escluso dagli spazi normali dell'uomo.

Una volta davano il numero. Oggi non lo danno più, ma resta purtroppo, la realtà del numero.

I momenti disintegratori che scatenano la sindrome da primo impatto carcerario possono essere così rappresentati:

1) il soggetto arrestato appena oltrepassa la soglia del carcere viene portato all'Ufficio Matricola, dove viene sottoposto alla rilevazione delle impronte digitali, dei dati anagrafici ed antropometrici.

2) viene perquisito, gli viene tolto tutto, anche quel poco che può ricordare un legame alle persone, agli affetti.

3)viene spogliato nudo.In tale frangente l'uomo si sente mutilato, stroncato e nullificato.Qualche cosa che non si riesce a dimenticare,né a strapparsi dalla propria pelle ad ogni risveglio.

4)ultimo momento:l'isolamento.

Viene aperta una cella e viene buttato dentro.

Deve rimanere a disposizione dell'autorità giudiziaria.

Il silenzio è assoluto.La solitudine è totale.

L'impatto è così violento che fa crollare le difese più solide.

Il rumore dei ferri e delle chiavi che aprono e chiudono è l'unica cosa che si sente e sembra che renda perpetuo il monito della gravità del luogo.

La sindrome da primo impatto carcerario risulta caratterizzata da:

- tachicardia con precordialgie
- sudorazione
- sensazioni di freddo alternato a caldo con parestesie
- mani umide
- pollachiuria
- astenia e vertigini
- fame d'aria
- insonnia
- cefalea gravativa
- anoressia con impossibilità di ingerire anche sostanze semiliquide o liquide per spasmi esofagei,
- stipsi ostinata,
- stato d'ansia generalizzato o meglio stato d'allarme psichico alternato a profondi momenti di depressione e di prostrazione.

Questi stati possono sfociare in reazioni di collera,di esplosione con atteggiamenti di aggressione verso gli altri ,culminando anche in atti autolesivi o in perdita della coscienza seguita da contrazioni tonico-cloniche generalizzate.

Con maggior frequenza cade sotto la nostra osservazione la reazione d'ansia:**il soggetto è angosciato,oppresso,preoccupato,chiede aiuto.**

Alcune volte la sola parola confortevole del Medico,la soddisfazione di qualche piccolo desiderio,il cambiamento di reparto,in pratica qualunque atto dimostrativo di attenzione fa sì che la sintomatologia regredisca.

Al contrario qualunque manifestazione contraria da parte del personale o dei compagni di detenzione peggiora e prolunga la sintomatologia sino a raggiungere una vera e propria reazione di panico.

In questi casi è molto utile la psicoterapia oltre alla somministrazione di sedativi, specie diazepam, o cloropromazina.

Il complesso sintomatologico descritto compare già dopo 24 ore di permanenza in cella e raggiunge generalmente il suo acme dopo 2-3 giorni. La durata è varia ed è in rapporto oltre che con la gravità del caso anche con la possibilità di praticare una terapia efficace, sia essa psicologica che medicamentosa, terapia con la quale interferiscono diversi fattori in rapporto al reato, alle modalità degli interrogatori del Magistrato, alla personalità dei compagni di cella.

Generalmente la maggior parte dei sintomi regredisce in pochi giorni, ma in alcuni casi, particolarmente i disturbi dell'apparato circolatorio, possono persistere per diversi mesi, donde le richieste di frequenti visite mediche, ripetuti esami di laboratorio, ed in particolari soggetti, manifestazioni di insofferenza fino ad atti di vera indisciplina.

Tale complesso quadro sintomatologico viene riferito a volte con toni drammatici, a volte con obiettività, talora viene sofferto anche in silenzio.

Giova ricordare che la **sindrome da primo impatto carcerario** colpisce soprattutto coloro che per la prima volta subiscono la carcerazione, mentre i recidivi solitamente si dimostrano immunizzati verso questa sindrome o ne presentano un quadro attenuato.

A casi con esame obiettivo completamente silente possono far riscontro altri in cui vengono evidenziati i seguenti segni:

- tachicardia con la presenza di sporadiche extrasistoli
- lievi tremori alle dita delle mani
- modificazioni transitorie della pressione arteriosa per modesto aumento della pressione sistolica
- turbe elettrocardiografiche.

La sindrome è da mettere in relazione con lo shock provocato dalla improvvisa perdita della libertà.

In tali frangenti il Medico Penitenziario non può limitarsi a visitare meccanicamente il paziente, ma deve intervenire cercando di infondere speranza, ispirandosi sempre ai principi di sostegno morale e psichico. Va colmato il senso di abbandono e di vuoto e tra paziente e medico deve stabilirsi una situazione di sentita compartecipazione e di assistenza.

Il paziente va posto di fronte a sé e va ricomposto in tutte le sue componenti esistenziali ed affettive.

Dalle considerazioni sopra riportate si rileva il significato e l'importanza in merito all'allestimento di un Polo di accoglienza. Tale progetto è un percorso di informazione ,presa in carico ed accompagnamento interprofessionale rivolto alle persone che vengono arrestate e condotte in carcere al fine di garantire standard minimi di vivibilità.

Allo scopo di tutelare concretamente la dignità dei detenuti e l'umanità della pena,viene posto in essere una serie di iniziative volte a fronteggiare strategicamente le problematiche connesse con la carcerazione che presuppongono necessariamente anche l'attivazione di stabili raccordi tra carcere e territorio utili al successivo reinserimento della persona detenuta.

L'ingresso in carcere è un momento particolarmente traumatico soprattutto per talune categorie di soggetti appartenenti a fasce deboli o di marginalità sociale(tossicodipendenti,giovani o persone alla prima esperienza detentiva).E' proprio in questi momenti che si rileva in termini preoccupanti un'alta incidenza di suicidi o di tentati suicidi. L'accoglienza consiste in interventi e colloqui cadenzati,integrati e coordinati con la messa a disposizione della Carta dei servizi sanitari con una scheda informativa su come muoversi in carcere e su come relazionarsi con gli Operatori.

E' importante l'elaborazione di linee guida nell'ambito di un modello organizzativo che riguarda le procedure di accoglienza,al fine di limitare,attenuare gli effetti traumatici della privazione della libertà e di predisporre gli interventi a tutela della incolumità fisica e psichica in carcere.Bisogna diffondere la consapevolezza di quanto sia importante l'attività di osservazione dei nuovi giunti con capacità di ascolto delle loro problematiche esistenziali.

Bisogna migliorare gli ambienti per renderli più vivibili.

Bisogna umanizzare la condizione detentiva.

Francesco Ceraudo