

## **E la salute non sia con voi...**

### **Alcune osservazioni sul passaggio della sanità penitenziaria al SSN**

*di Laura Baccaro (Associazione Psicologo di strada)*

A tutt'oggi sono pochi gli Istituti penitenziari dove il "passaggio funzionale" della Sanità Penitenziaria al SSN è avvenuto e... funzionante, malgrado il DPCM che lo prevede risalga al 2008. La maggior parte delle carceri naviga ancora nel buio più completo, lasciate al buon senso (nel migliore dei casi)... ma a volte anche all'indifferenza degli operatori.

Soltanto alcune Asl si differenziano: Prato, oppure Caserta, è stato attivato il Laboratorio Territoriale Sperimentale per la Sanità penitenziaria "*Eleonora Amato*", coordinato da Giuseppe Nese".

#### *Prevenzione al suicidio*

La frequenza dei suicidi (realizzati o tentati) non è uniforme in tutto il sistema penitenziario italiano, ma si presenta più o meno elevata in rapporto all'offerta di "alternative alla cella" che ogni singolo istituto riesce a realizzare. Con il dossier "Morire di carcere" (2000-2012) abbiamo registrato il livello di criticità più alto (numero episodi/numero detenuti mediamente presenti) nelle Case Circondariali di Cagliari, Teramo, Sulmona, Siracusa, Livorno... e quello più basso in Istituti come Milano Bollate, Milano Opera, Roma Rebibbia Reclusione, quindi laddove una parte consistente della popolazione detenuta è impegnata in attività lavorative, scolastiche, culturali, etc... dove anche il regime delle celle aperte è applicato (come indicato nelle circolari) indipendentemente dalle offerte lavorative o di trattamento.

La prima forma di prevenzione del rischio suicidario in carcere è quindi il dare contenuti costruttivi al tempo della detenzione.

Dal 2008 (anno del DPCM) il numero dei suicidi e degli atti di autolesionismo sembra essere stato indipendente dall'applicazione o dalla percezione dei detenuti rispetto il passaggio alla sanità pubblica.

#### *L'ingresso delle Aziende Sanitarie nelle carceri*

Le nuove regole e prassi operative in materia di sanità penitenziaria, derivanti dalla Riforma e dall'ingresso delle Aziende Sanitarie nelle carceri, richiedono in parallelo il coordinamento di regole e prassi operative del personale penitenziario, in particolare del Settore Sicurezza soprattutto nei casi di criticità derivanti da comportamenti auto-aggressivi dei detenuti anche se nella Circolare del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (DAP), 25 novembre 2011, è scritto chiaramente che "*deve essere superato il concetto di sorveglianza, oggi alla base delle misure utilizzate per prevenire gesti auto soppresivi; a questo deve sostituirsi quello di sostegno*".

Ad esempio per coordinare l'uso consueto degli agenti di porre il detenuto a rischio suicidio a regime di grande sorveglianza oppure di sistemarlo in cella singola!!! Chi dispone la sorveglianza a vista? Un protocollo condiviso rispetto alle decisioni su queste problematiche è fondamentale nell'ottica della prevenzione.

Non dimentichiamo che i tentativi di suicidio non vengono "psichiatrizzati" da subito, ma piuttosto sanzionati... come l'ordinamento penitenziario prevede. Diventa una questione di responsabilità professionale e personale sia verso le persone detenute che verso i propri referenti

dell'Amministrazione penitenziaria da una parte (se un detenuto si suicida in cella, l'agente risponde di omicidio colposo, per omissione di diligenza nella sorveglianza) e dell'Asl dall'altra.

Altro esempio quotidiano: episodio di autolesionismo del detenuto. L'agente segnala.... A chi? Capo posto o Comandante? Poi c'è una procedura che segnali automaticamente anche al medico e questa segnalazione "interrompe" la sanzione amministrativa (art. 77 Regolamento di Es. dell'OP) oppure no?

Su questi temi delle Linee guida condivise, che non confliggano con le prescrizioni dell'O.P. sono essenziali a tutelare i lavoratori da una parte e i detenuti dall'altra. Cioè che gli agenti siano autorizzati, in base ai loro regolamenti, a "fare insieme" al personale sanitario.

Sappiamo che detenuti che tentano il suicidio o a seguito atti autolesionismo vengono trasferiti e non certamente su prescrizione medica ma nell'ottica della sicurezza o meglio della sanzione. Altri, nel triste gennaio 2013, vengono trasferiti ancora in OPG. Cosa che viene vissuta, molto giustamente, dal malcapitato e dai suoi compagni, come una punizione ulteriore. I commenti sono di questo tenore: "gli fanno una puntura e poi lo rimandano indietro come uno zombie!". Questo nell'ottica del mantenimento del "vecchio" sistema oppure qualcuno mi spieghi la Riforma che dice che negli OPG non dovrebbero entrare nessuno perché si dismettono...

Sappiamo che nessun protocollo sanitario e di prevenzione ai suicidi, neanche la Conferenza Unificata, prende in considerazione la "banale" idea dell'obbligo d'informare i familiari, specie quando dopo un tentativo di suicidio, il detenuto viene trasferito.

Sappiamo che detenuti non amano frequentare gruppi-tristi, cioè di prevenzione al suicidio, cosa prescritta quale azione principale invece nei protocolli di prevenzione. Sembra quasi abbiano tutti visto e copiato da "Qualcuno volò sul nodo del cuculo" e che i "gruppi siano terapeutici"! Dimenticandosi banalmente che chi tenta il suicidio in carcere NON è un paziente psichiatrico ma un detenuto che sta scontando la sua pena oppure magari è pure in attesa di giudizio! Dovrebbero essere gruppi-attività, cioè gruppi che diano un senso al tempo dello stare in carcere. E paradossalmente dare senso vuol dire parlar d'altro!!! Gruppi d'evasione, cioè.

Il rischio della psichiatrizzazione delle persone che compiono comportamenti autolesivi è altissima: gli psichiatri e i farmaci diventano la salvezza giuridica per tutto il personale (sanitario e agenti). Si deve presidiare questo fronte tendendo sempre in mente che il carcere è una "fabbrica di malattia".

Osservazioni varie

Parlare di salute in carcere: bisogna capire cosa è per il detenuto la salute e cosa e quanto vale per lui! Questo è un punto critico non capito, a mio avviso, da parte degli operatori "nuovi" del SSN i quali danno per scontato che sia un valore da "mantenere bene" mentre per i detenuti è un valore da "spendere" anche in autolesionismo o altri comportamenti perché il valore maggiore è altro, la libertà. Qualsiasi azione sanitaria che non tenga conto di questo è destinata al fallimento, perché durante la pena l'ossessione in testa al detenuto è la pena stessa.

Alcuni, però diventano dei maniaci della cura del corpo sia dal punto di vista estetico che dal punto di vista "salutista", ovvero possono rasentare l'ipocondria. In questi casi non si dovrebbe pensare che le azioni di prevenzione alla salute abbiano avuto successo, in quanto i meccanismi di "incorporazione" del carcere sul detenuto hanno fatto la loro parte. In barba al SSN.

Anche le continue richieste di farmaci, visite, etc. spesso sono motivate e legittime altre sono richieste d'attenzione, specie dopo richieste inascoltate rivolte alla magistratura o al Direttore.

I medici e gli operatori della salute che ho incontrato sembrano non sapere o dimenticare che il corpo è l'unico spazio di autonomia che il detenuto ha. E quindi di rivendicazione.

I medici inoltre non informano in tempi reali quando le condizioni di salute sono precarie, non dicono i risultati delle analisi, non dicono che farmaco ti prescrivono... cioè i medici del SSN sembra abbiano già assunto la cattiva abitudine "penitenziaria" di non informare nessuno rispetto la "cura" del loro paziente! E poi parlano di salute....

La salute proprio perché è quella sorta di equilibrio psico-fisico.. etc. etc. (OMS) DEVE essere collocata negli spazi del carcere, ovvero gli operatori della sanità devono rendersi conto che parlare di salute a chi sta in una branda 22 ore al giorno è prenderlo in giro.

Mi spiego: compito degli operatori della salute è promuovere che i detenuti si possano alzare da quella nefasta branda e uscire dalla cella. Il diritto alla salute passa attraverso le sezioni aperte, occasioni di chiacchiere, mantenimento delle aperture del blindi, docce libere, ecc.

Parlare di salute in carcere vorrebbe anche dire parlare di dipendenze dai farmaci, dagli psicofarmaci, cosa che nessuno vuol sentir nominare. Vuol dire parlare di soldi pubblici spesi per sedare e ammorbare migliaia di persone.

In carcere, tenendo conto degli aspetti psico-fisiologici, si dovrebbe sollevare anche il problema della corretta cura del dolore, in quanto il consumo di antidolorifici di tutti i tipi è altissimo. Varrebbe la pena di chiedersi se in galera finiscono proprio solo le persone di salute cagionevole, con problemi psichiatrici o se qualche mese di permanenza nelle nostre carceri promuove questi cambiamenti!

Ogni ASL è ha applicato i propri modelli organizzativi e questo fa sì che il detenuto non capisca a chi deve rivolgersi e cosa può chiedere. Non parliamo poi se hai la sventura di essere trasferito in altra Regione. Anche gli operatori sono spaesati in quanto il confine tra "cura e custodia" non è definito e gli attori si confondono. Anche i Direttori non sembrano in alcuni casi specifici avere bene le idee chiare.

Di più si può aggiungere che sembra esserci una sottile linea di conflittualità o rivendicazione che separa il personale di sorveglianza da quello sanitario, anche in questo caso dovuto alla non chiarezza o, peggio, alla presenza di protocolli chiari d'intervento in casi di suicidio, autolesionismo, ricovero d'urgenza, ecc. ma che perseguono obiettivi opposti.

In alcuni protocolli regionali si nota come la confusione tra i ruoli e le organizzazioni sia completa poiché il personale sanitario medico è stato inserito a pieno titolo anche nelle commissioni disciplinari, e non certo per valutare se le condizioni di salute del detenuto possono sopportare la pena o l'isolamento (misura prescritta dall'O.P.). Mi fa pensare questo ad una chiara manovra di "governabilità" degli operatori sanitari a seguito incorporamento nelle stesse procedure-pastoie del Ministero della giustizia. La salute non sia con voi.