

AMAPI-ASSOCIAZIONE MEDICI AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA ITALIANA

Ufficio di Presidenza

*A conclusione del Corso di Perfezionamento in PSICHIATRIA
PENITENZIARIA tenutosi presso l'Università di PISA
nell'anno accademico 2005-2006 e diretto dal Prof. G.B. CASSANO,*

l'Ufficio di Presidenza dell'AMAPI

-rappresenta l'esigenza di favorire il dibattito e la conoscenza in merito ai problemi clinici ed organizzativi della PSICHIATRIA PENITENZIARIA che riveste particolare importanza nella gestione della Sanità in carcere.

I detenuti portatori di disturbi mentali costituiscono ormai una percentuale altamente significativa sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo .

In questo ambito analizzare bisogni di cura, metodologie d'intervento, strumenti di analisi, procedure clinico-organizzative e verificare il tipo di cultura professionale adottata ,va diventando sempre più importante.

Bisogna qualificare la funzione detentiva avviando, per quanto possibile, attività di cura rivolte a migliorare il comportamento deviante dei soggetti detenuti.

Diagnosticando gli aspetti psicopatologici di questi soggetti, si agevoleranno anche la cura e la riabilitazione psichiatrica in collaborazione anche con i servizi territoriali esterni.

Si rende inderogabile avviare un'attività centrale organizzata al fine di migliorare la conoscenza da parte dell'Amministrazione Penitenziaria dei connotati psichiatrici della popolazione detenuta, verificando l'efficacia dei trattamenti psichiatrici svolti .

Il disagio psichico è una componente costante dell'universo penitenziario, prevalente nella popolazione detenuta, in cui 1 soggetto su 5 ne mostra i sintomi.

Il carcere continua ad essere la frontiera ultima della disperazione e dei drammi umani.

La realtà è piena di desolazione.

La solitudine diventa una penosa radice del deterioramento dell'uomo.

Esiste un'emergenza psichiatrica nelle carceri.

Circa 1200 sono ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Ci potremmo chiedere il perché di tutti questi detenuti con disturbi psichiatrici.

Può essere fornita una duplice interpretazione.

Con la chiusura dei manicomi, non sempre sono state allestite delle strutture alternative in grado di ospitare gli ammalati, sicché molti soggetti con disturbi psichiatrici sono rimasti senza alcun controllo o rete di protezione con la conseguenza di finire con estrema facilità nelle maglie strette della giustizia.

Talora, invece, è il carcere stesso con i suoi ritmi ossessivi e con le sue abitudini a slatentizzare vere e proprie turbe psicopatologiche che in carcere acquisiscono una strutturazione solida e difficilmente curabile.

Il disturbo posttraumatico da stress, l'attacco di panico, la sindrome di separazione con riferimento particolare ai circa 15.000 detenuti extracomunitari, le reazioni depressive, le crisi ansiose, il disturbo bipolare, il disturbo ossessivo-compulsivo, i quadri psicotici, le crisi isteriche, i disturbi di personalità (borderline e antisociale), il discontrollo degli impulsi e le reazioni auto ed eteroaggressive costituiscono i

quadri psichiatrici che il Medico Penitenziarista riscontra con maggiore incidenza.

Vanno poi tenuti nella dovuta considerazione i disturbi psichiatrici in corso di infezione da HIV e il disturbo da uso di sostanze con la relativa doppia diagnosi.

E' tremendamente difficile gestire i malati di mente in carcere.

Esistono abissi di necessità.

La promozione e la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari vanno riguardate come obiettivi che nell'immediato bisogna porsi non solo ai fini più strettamente sanitari, ma anche ai fini della sicurezza negli istituti.

Un maggior benessere psichico, consentito da una risposta complessivamente più consona alla domanda che i detenuti formulano, non potrà che ridurre lo stillicidio di piccole e grandi emergenze che soffocano la vita penitenziaria e danno luogo ad un incessante disordine operativo.

Il miglioramento del servizio reso nel settore della salute mentale ha potenzialmente un ruolo decisivo nella prevenzione dei fenomeni di autolesionismo più o meno gravi e della protesta che il disagio sostiene, con indiscutibili effetti positivi anche sulla custodia.

Bisogna sgombrare il campo subito da equivoci.

Secondo la nostra specifica esperienza, i SERVIZI TERRITORIALI ESTERNI dovrebbero farsi carico dell'organizzazione e della gestione della psichiatria in carcere sulla stregua dei tossicodipendenti che sono e rimangono in carico al SERT.

Quanto sopra soprattutto per salvaguardare il concetto molto importante della continuità assistenziale e terapeutica.

E' ormai non più procrastinabile l'esigenza che accanto allo Psicologo inserito nell'AREA del TRATTAMENTO, venga contemplato lo Psicologo inserito nell'AREA SANITARIA come succede in tutte le organizzazioni sanitarie per curare specificatamente gli aspetti della psicoterapia e di tutte le modalità di intervento per il sostegno psicologico.

Nell'ambito degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e dei CDT è opportuno l'inserimento del Tecnico di riabilitazione psichiatrica.

Si rende necessario apportare delle modifiche al Codice di Procedura Penale perché la Psichiatria e soprattutto le malattie psichiatriche serie acquisiscano la loro dignità al pari delle malattie organiche in merito alla possibilità del riconoscimento da parte dell'Autorità competente di un beneficio di legge.

Allestimento Polo di Accoglienza.

L'accresciuto rilievo che ha assunto il disagio psichico in carcere impone l'esigenza di realizzare un servizio di presa in carico ben strutturato ed una strategia operativa realmente incisiva che porti ad incentivare ogni sforzo possibile di tutti gli Operatori Penitenziari per cercare quanto meno di ridurre nella misura massima possibile le condizioni di disagio e di precaria vivibilità nell'ambiente carcerario.

Le condizioni di oggettiva difficoltà in cui spesso si è costretti ad operare a causa anche della tipologia della popolazione detenuta, dove l'incidenza dei tossicodipendenti e degli extracomunitari è rilevante, impongono con forte determinazione l'esigenza di una più puntuale, rigorosa osservanza delle direttive emanate, a tutela della vita e dell'incolumità fisica e psichica della popolazione detenuta.

Al fine di potenziare la valutazione psichiatrica e psicologica del soggetto nuovo-giunto in carcere è indispensabile che lo Psichiatra abbia contatti diretti con la popolazione detenuta accedendo alle degenze del Centro Clinico, alle Sezioni e agli ambienti per l'attività in comune, per avere l'occasione di una diretta osservazione delle eventuali manifestazioni di disagio psichico e, nel contempo avviare un rapporto diretto con il paziente, propedeutico ad una scelta di adesione ad un percorso diagnostico e ad un eventuale trattamento terapeutico.

Linee-guida .Presenza in carico del malato psichiatrico.

L'attenzione e la cautela devono avere il loro momento più importante e significativo all'atto dell'ingresso del soggetto in carcere in particolar modo se per la prima volta. L'esperienza insegna che di frequente provengono dalla libertà soggetti giovanissimi o in condizioni di particolare fragilità.

A questi soggetti la privazione della libertà, specie se sofferta per la prima volta, può arrecare sofferenze o traumi particolari e tali da provocare in essi dinamiche autolesionistiche.

Il rischio non riguarda soltanto i nuovi-giunti dalla libertà, ma anche quelli che provengono da altri Istituti penitenziari che possono essere portatori di disagi o problematiche particolari.

Ecco l'importanza di intervenire tempestivamente al momento dell'ingresso in carcere allo scopo di accertare qualsiasi eventuale situazione personale di fragilità fisica o psichica e qualsiasi eventuale tendenza o segno suscettibile di tradursi in atti autolesionistici.

Il suicidio in carcere occupa il primo posto nella lista degli eventi sentinella che devono far riflettere su organizzazione, strategie e percorsi di cura.

I Medici Penitenziari devono tenere occhi, orecchie e cuore aperto su questo problema.

Per una efficace e appropriata presa in carico del paziente-detenuto vanno contemplate le seguenti, specifiche attività:

Anamnesi

L'anamnesi completa, raccolta in un clima possibilmente il più accogliente che favorisca la comunicazione tra operatore e paziente, è uno strumento essenziale per l'identificazione dei fattori di rischio da monitorare.

La valutazione del rischio di suicidio si avvale di:

* ricostruzione storica della vita del paziente (diagnosi cliniche e valutazione psicosociale), considerando in particolare progressi atti autolesivi e familiarità per il suicidio, abusi sessuali, avversità significative anche recenti (ad esempio un lutto familiare).

Resta opportuno precisare che circa il 30-40% dei suicidi ha già tentato il suicidio;

* analisi delle caratteristiche anagrafiche e socio-culturali del paziente.

Vanno considerati almeno:

sexso (i maschi sono più a rischio)

età (compresa tra i 18 e i 30 anni o superiore a 60 anni), isolamento sociale.

* accertamento delle condizioni cliniche con particolare riferimento alle sindromi cerebrali organiche, patologia psichiatrica (depressione, disordine bipolare, schizofrenia e altri disturbi psicotici, disordini di personalità con comportamento aggressivo o narcisistico, personalità borderline o antisociale, disturbo della condotta, abuso/dipendenza (da alcool, stupefacenti e/o psicofarmaci), eventuali diagnosi multiple, ansia, attacchi di panico.

* esame obiettivo per cogliere i segni tipici dell'alcolismo nonché eventuali sindromi da astinenza.

* rilevazione di altri segni tra cui:

difficoltà di ragionamento, commenti o espressioni sul suicidio, affermazioni concernenti l'assenza di speranza, assenza di significato, inutilità, impotenza, disperazione, rabbia, bassa stima di sé, autodenigrazione, percezione che gli eventi

siano catastrofici, ipergeneralizzazione, lettura degli eventi come fatti personali, agitazione, scarso controllo degli impulsi, ridotta capacità di giudizio, allucinazioni concernenti il suicidio, senso di colpa, mancanza di progetti per il futuro.

Una migliore valutazione del rischio e la conoscenza del problema consentono di mantenere un adeguato livello di vigilanza se il paziente è turbato o paradossalmente, se i sintomi sembrano affievolirsi.

Particolare attenzione deve essere rivolta ai detenuti fragili e a coloro che

presentano una chiara patologia psichiatrica
manifestano una sindrome organica confusionale
giungono in carcere e manifestano tale ideazione
hanno una reazione suicidaria in carcere

Dopo aver raccolto l'anamnesi, bisogna soffermarsi nei casi specifici in cui sia emerso un sospetto da approfondire o possibili fattori di rischio.

Il rischio di suicidio è massimo nei primi giorni di carcerazione.

La presa in carico del paziente richiede l'integrazione delle diverse competenze al fine di cogliere i segni premonitori dell'atto suicidario.

Acquisiscono un ruolo fondamentale la consulenza psichiatrica e psicologica.

Bisogna rimuovere tutti i possibili oggetti pericolosi:

OGGETTI TAGLIANTI, CINTURE, CORDE, FARMACI, FORNELLINI A GAS, LENZUOLA,

Processi organizzativi.

E' necessario informare tutto il personale sanitario e di custodia e predisporre procedure specifiche basate su linee-guida e percorsi assistenziali.

Bisogna evitare nel modo più assoluto di lasciare soli i pazienti a rischio ed eventualmente definire modalità per la vigilanza sulla base della gravità del rischio.

Particolare attenzione deve essere prestata nelle ore serali e notturne, quando il rapporto numerico tra personale e pazienti è ridotto.

Per affinare la capacità degli Operatori di rilevare la predisposizione dei pazienti al suicidio e adottare idonee misure di prevenzione, vanno incrementate le attività di orientamento e formazione del personale rispetto a tale problematica, nonché garantiti Richiami sulla comunicazione e sui rischi connessi al suicidio in tutte le attività formative.

Il Presidente AMAPI
Francesco Ceraudo