

I DOSSIER DEL CSD

Intervista ad Alessia Di Pucchio:
direttrice della UOC SMPPF del carcere di Rebibbia



Oggi abbiamo il piacere di intervistare la Dott.ssa Alessia Di Pucchio, direttrice ad interim della UOC SMPPF del carcere di Rebibbia. Lasciamo a lei la presentazione.

Sono Alessia Di Pucchio, medico, psichiatra e psicoterapeuta di formazione sistemico-relazionale. Lavoro a Rebibbia da 12 anni. Al momento sto sostituendo il direttore della UOC Salute Mentale Penitenziaria e Psichiatria Forense, e quindi coordino il gruppo di operatori (psichiatri, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali e educatori sanitari) che si occupa della salute mentale sul polo penitenziario di Rebibbia.

E sei il capitano di tutta quella ciurma. Parliamo, ovviamente, di salute mentale all'interno del carcere. Puoi spiegarci che cos'è il DPCM del 2008 e come ha cambiato il lavoro degli operatori della salute mentale in carcere?

Il DPCM del 2008 è un documento che sancisce il passaggio di tutte le questioni di salute dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute. I cambiamenti sono fondamentali: prima tutti gli operatori che avevano a che fare con la salute mentale erano dipendenti del Ministero della Giustizia, quindi consulenti. Con il passaggio al Ministero della Salute entrano in gioco le ASL all'interno degli istituti penitenziari, sia per la salute in generale che per la salute mentale. In questo modo si apre una nuova prospettiva: anche in carcere adesso la salute deve seguire tutte quelle linee guida che esistono per il cittadino libero, ad esempio il diritto ad avere un medico di base di riferimento, che segue l'iter diagnostico e terapeutico delle persone qualora ne avessero bisogno.

I medici che lavoravano per il Ministero della Giustizia diventarono dipendenti del Ministero della Salute e quindi medici ASL. Per la salute mentale è stato lo stesso ma non avevano un'organizzazione interna ossia rimanevano ancora fuori dal Dipartimento di Salute Mentale. Continuavano a lavorare esattamente come prima, ovvero come consulenti, senza una vera e propria presa in carico della persona che aveva necessità, ma effettuando delle visite su richiesta del medico.

L'entrata del DSM nel carcere, a Rebibbia in particolare, è avvenuta parecchio tempo dopo, nel 2017. In quell'anno è stata istituita una UOSD (Unità Semplice Dipartimentale), con un suo responsabile che ha dovuto conoscere il contesto e organizzare l'attività clinica. Piano piano abbiamo avuto l'inserimento di più figure professionali, una figura importantissima per noi e per il carcere è stata per esempio l'assistente sociale, che aiuta gli operatori che stanno all'interno dell'istituto a collegarsi con il territorio. Passaggio fondamentale e indispensabile per assicurare la continuità terapeutica: le persone, anche se in carcere, hanno diritto a proseguire tutti i trattamenti che seguivano in libertà.

La polizia penitenziaria viene formata in ambito della salute mentale?

Questo è un tasto importante: in realtà non esiste una formazione ufficiale per gli agenti di polizia penitenziaria, nonostante ce ne sarebbe bisogno. Una volta non era necessario, perché i pazienti con un disturbo psichiatrico serio permanevano pochissimo in carcere, negli istituti ordinari, ma venivano indirizzati altrove, come negli OPG (Ospedali Psichiatrici Giudiziari).

Oggi gli OPG sono stati chiusi, per fortuna, tuttavia a volte mancano alternative immediate. Le persone rimangono in carcere per tanto tempo in attesa, ad esempio, di REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza), o di un'alternativa, come l'articolazione per la salute mentale o progetti terapeutici extra-murari, il che comporta che gli agenti di polizia penitenziaria si trovano a gestire delle persone che hanno dei disturbi psichiatrici anche importanti e spesso non hanno gli strumenti per comprenderli e per relazionarsi con loro.

Quello che riusciamo a fare è una formazione sul campo con un lavoro di mediazione continua, spiegando come funziona quella persona, perché potrebbe essere utile un atteggiamento piuttosto che un altro. Ad esempio, spesso, nel vedere una persona agitata l'istinto degli agenti è quello di bloccarla: noi cerchiamo di spiegare che bisogna parlare a una certa distanza, mantenere un tono di voce basso ed evitare il contatto fisico e immediato. Questo naturalmente ha dei limiti importanti, perché spesso il contesto non permette interventi coordinati tra le diverse aree ed è impossibile agire nel modo più funzionale per quella persona.

Ma è importante che, ponendo piano piano le basi, si stabiliscono delle relazioni funzionali tra le diverse aree che portino ad una gestione condivisa delle persone che hanno una patologia psichiatrica e si trovano ristrette in carcere.

Come gestite la convivenza con il sovraffollamento e lo stress nelle carceri?

Questo è un grandissimo problema: il sovraffollamento non è solo una questione di spazi ma anche di accesso alle visite, alle telefonate, ai progetti, alle attività sportive e trattamentali all'interno dell'istituto. Quindi le persone tra di loro stanno strette, questo è vero, infatti nell'immaginario si può pensare al sovraffollamento come tante persone in uno spazio piccolo, ma in realtà è soprattutto un tempo di inattività enorme. Le persone sono praticamente inattive quasi tutto il giorno e per di più in uno spazio piccolo, dove gestire le emozioni diventa più difficile.

Parlo in generale, non solo dei pazienti: le persone in carcere sono persone che hanno commesso o sono accusate di aver commesso reati spesso anche violenti. Trovarsi tanto tempo tutti insieme in uno stato di inattività crea delle dinamiche che possono facilmente diventare di scontro. Per quanto riguarda i nostri pazienti la situazione è ancora più difficile: per una persona che ha una difficoltà a contestualizzare e a relazionarsi, stare in questa situazione vuol dire anche rischiare di subire isolamento e violenze da parte degli altri.

La soluzione a cui noi pensiamo immediatamente è avere un posto sicuro per i nostri pazienti dove possano stare al riparo da possibili rischi ma d'altra parte questo vorrebbe anche dire ghettizzarli. È una continua ambivalenza: vorremo uno spazio dedicato ai nostri pazienti dove svolgere attività riabilitative e organizzare la vita quotidiana con delle piccole cose funzionali al loro equilibrio, ma nel concreto questi spazi sono sempre molto ridotti e soprattutto chiusi, pertanto diventano ancora più restrittivi un carcere in un carcere.

Ci sono state delle complicità con l'avvento del DPCM?

In realtà è stato un cambiamento necessario e indispensabile. Le complicità si sono avute a causa del confronto di due amministrazioni diverse: da una parte l'amministrazione penitenziaria e dall'altra quella sanitaria.

Una volta il medico era un dipendente dell'amministrazione penitenziaria, il che vuol dire che lavorava in coordinamento con il direttore rispetto a tutte le questioni che riguardavano le sue mansioni.

Con il DPCM, come dicevamo, è entrata in gioco l'ASL: i professionisti, soprattutto quelli venuti dopo, spesso non avevano chiare le dinamiche interne del carcere. Per me e per tutti i colleghi la priorità è sicuramente la salute della persona, mentre per l'amministrazione penitenziaria è la sicurezza. Delle volte queste cose non combaciano. C'è un continuo scontro quotidiano rispetto all'esigenza di salute e all'esigenza di sicurezza. Non è facile, ma è una complicazione secondo me necessaria a cui non si poteva non arrivare.

C'è una differenza tra il genere maschile e quello femminile nella qualità e nella quantità del disagio mentale?

Sì, c'è una differenza importante. La popolazione femminile in carcere è molto inferiore numericamente rispetto a quella maschile.

Inoltre per la popolazione delle donne detenute è più alta la prevalenza di disturbi legati all'uso di sostanze, provengono da situazioni sociali e familiari spesso difficili. Ultimamente stiamo vedendo anche molti quadri clinici riferibili a disturbi cognitivi, nella Casa Circondariale Femminile, e questo è un segnale negativo: ci dice che non c'è stata un'attenzione ad una patologia che non può essere certo considerata acuta. Ci troviamo quindi davanti a persone che non hanno mai avuto contatti o reti di supporto, nonostante sia evidente il disturbo cognitivo anche grave.

È la dimostrazione di quanto i servizi territoriali non abbiano le risorse e a volte non siano efficaci o efficienti nell'intercettare un disagio evidente. Nel senso: un bambino che ha un disturbo cognitivo e va a scuola, viene segnalato dalla scuola stessa perché ha un bisogno evidente; se non viene segnalato forse è perché quel bambino, quella bambina, a scuola non è andato, e questo è un grande segnale di allarme.

Come è suddivisa Rebibbia e che differenze ci sono tra i vari istituti?

Rebibbia è un polo penitenziario costituito da quattro istituti. L'istituto più grande e più popolato è il Nuovo Complesso (al momento ci sono circa 1.650 detenuti all'interno). È organizzata in reparti che si chiamano G (Giudiziario), e sono il G14, G12, G11, G9, G8, G6. È una Casa Circondariale, vuol dire che comprende tutte le persone arrestate che ancora sono sotto processo, oltre ai definitivi, per qualsiasi tipo di reato, dai reati comuni, come possono essere spaccio e furti, ai reati di associazione mafiosa. C'è quindi un grande turnover di persone che entrano ed escono. All'interno si trova l'Alta Sicurezza, il 41 bis, un'"ala" per le persone transgender e un intero reparto per i detenuti così detti precauzionali, ossia coloro che hanno reati invisibili alla popolazione detenuta (maltrattamento intrafamiliare, violenza sessuale e pedofilia). Nella casa circondariale abbiamo inoltre uno spazio adibito all'osservazione psichiatrica conforme all'articolo 112, incluso nel DPR 230 del 2000, che autorizza il personale medico specializzato a fare un "periodo di osservazione psichiatrica", cioè un periodo di 30 giorni, deciso da un magistrato, per definire la diagnosi di quella persona e se è compatibile o no con il regime detentivo ordinario.

Poi c'è la Casa di Reclusione, che è un istituto dove sono detenute persone che hanno una pena definitiva abbastanza lunga da espiare. Al momento ci sono poco meno di 400 persone, quindi è ovviamente una situazione più vivibile e di stabilità rispetto alla C.C..

La particolarità della Casa di Reclusione è la sezione dei "Minorati psichici", che è un vecchio lascito dell'amministrazione penitenziaria, risponde all'articolo 111 del DPR 230 del 2000, che viene applicato alle persone che hanno un disturbo psichiatrico e che devono espiare una pena e non hanno possibilità di accesso ad una misura di sicurezza alternativa, come ad esempio le REMS. Questa sezione è un piano di un reparto con 15 stanze singole, una piccola cucina, un locale lavanderia e un grande atrio, con un'equipe dedicata formata da un tecnico della riabilitazione psichiatrica, uno psicologo, uno psichiatra e un assistente sociale.

Come terzo istituto abbiamo la Casa Circondariale femminile (intorno alle 400 detenute), in cui ci sono sia reati definitivi che non. Qui stiamo aprendo un'articolazione per la tutela della salute mentale che comprenderà 7 stanze singole, di cui una anche per una possibile disabilità fisica.

L'ultimo istituto è la Terza Casa, chiamato ICAT, ossia Istituto a Custodia Attenuata. Nasce per detenuti con una pena definitiva e un disturbo da dipendenza da sostanze che hanno dimostrato di aver effettuato un percorso valido e ottenuto l'articolo 21 dell'Ordinamento Penitenziario, ossia il lavoro all'esterno con uscita la mattina e rientro la sera.

I vostri pazienti che non si trovano negli articoli 111 e/o 112, sono insieme ai detenuti comuni?

Sono insieme ai detenuti comuni quando tutto va bene, ovvero riescono ad integrarsi e a raggiungere un minimo di adattamento al contesto detentivo.

In questo momento abbiamo alla Casa Circondariale 22 persone certificate come non compatibili con regime carcerario ordinario alcuni sono in attesa di REMS, altri di trasferimento in ATSM: un numero consistente di queste persone è sottoposto al provvedimento di sorveglianza a vista (ovvero una stanza singola dove vengono osservati tramite video sorveglianza 24 ore su 24, per la loro sicurezza), perché non c'è altra possibilità di sistemazione all'interno dell'istituto. Questa è la parte più dura del nostro lavoro: vedere una persona chiusa in una stanza 24 ore su 24. In questi casi è difficile una prospettiva terapeutica, anche potendola visitare ogni giorno quello che riusciamo a fare è solo un'azione di supporto più che terapeutica.

Qual è la differenza con le REMS?

Le REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza) sono delle strutture sanitarie che hanno sostituito gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, e all'interno operano solo operatori sanitari. È presente una vigilanza all'esterno che può intervenire solo in caso di necessità.

Sono strutturate più o meno come delle comunità: l'unica differenza sostanziale è che la REMS non è volontaria ma obbligatoria.

Ma i posti letto sono sottodimensionati rispetto alla necessità. Tantissime persone negli istituti penitenziari, negli SPDC (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura) e sul territorio sono in attesa di REMS. Noi cerchiamo di lavorare a stretto contatto con i colleghi della REMS, quando le persone vengono loro assegnate gli forniamo una relazione e ci interfacciamo.

Ad esempio, un nostro paziente che è stato trasferito aveva difficoltà ad adattarsi, e c'è stato bisogno che lo psichiatra della nostra unità gli parlasse per telefono e gli spiegasse perché non poteva più stare da noi in carcere.

Questo è l'aspetto bello del nostro lavoro: nonostante tutto, riusciamo a instaurare delle relazioni importanti e funzionali con i nostri pazienti. Il carcere a volte diventa la prima occasione per avere una relazione terapeutica con uno specialista, che può essere psichiatra, psicologo, tecnico della riabilitazione ecc...

Ci sono abbastanza operatori per gestire tutti i pazienti?

Rispetto ai dati Agenas, che calcolano il fabbisogno di operatori per i sistemi sanitari, dall'ultimo documento della Regione, ci dovrebbero essere almeno 7 psichiatri solo per il Nuovo Complesso.

Noi in tutto siamo 6, in totale per tutti gli istituti, compresa me, che devo spesso occuparmi della parte burocratica, più che dei pazienti, quindi dai numeri ufficiali sì, assolutamente, siamo sottodimensionati. È vero, però, che è un momento difficile per tutti. I CSM hanno una carenza di operatori, lo stesso vale per le comunità e gli SPDC. Noi a Roma siamo un poco più fortunati, perché in provincia i colleghi sono veramente disperati, magari c'è un solo psichiatra per un CSM, una cosa improponibile. Sono dell'idea che, vista la carenza di

operatori, andrebbe riorganizzata l'attività clinica, ci sarebbe bisogno di spazi adeguati per gli interventi: per esempio sarebbe fondamentale avere spazi adeguati agli interventi come stanze dedicate, riducendo i tempi di attesa, spazi per interventi di gruppo. Credo molto nell'intervento di gruppo sia perché permette di fare interventi su più persone contemporaneamente ma soprattutto per la funzione di rispecchiamento del gruppo stesso. In carcere paradossalmente tutti esternano un vissuto di solitudine e isolamento: lamentano il fatto di non avere delle relazioni soddisfacenti con il gruppo di pari, che i discorsi sono sempre gli stessi (reati, processi, fine pena, eccetera). Condividere vissuti più personali è molto difficile così come esternare emozioni. Avere la possibilità di fare un gruppo in carcere permette la condivisione di esperienze e di vissuti, a creare relazioni in una situazione che ti allontana da ogni relazione significativa pregressa.

Puoi raccontarci la tua giornata tipo?

La mattina ci incontriamo tutti al Nuovo Complesso, anche gli operatori che lavorano negli altri istituti, per fare un breve raccordo rispetto alle questioni più rilevanti. È molto importante il lavoro di equipe, anche per sostegno reciproco. Dopodiché ognuno ha la sua organizzazione e va nei singoli istituti a fare il proprio lavoro.

Le cose sono un po' cambiate nella Casa Circondariale nell'ultimo anno: nell'istituto penitenziario tutti gli specialisti hanno sempre avuto degli ambulatori dove visitano, tranne lo psichiatra e l'infettivologo. Questa sembra una banalità, ma in realtà è una questione importante perché il risultato è che siamo associati all'infettivologo, all'isolamento per questioni sanitarie. Come per le patologie infettive le patologie psichiatriche vengono considerate come qualcosa da "isolare/contenere", questa convenzione è fortemente stigmatizzante.

Visitare in un ambulatorio piuttosto che nelle sezioni fa davvero la differenza, perché in carcere la privacy non esiste. Quando si chiede all'agente penitenziario di poter visitare una persona, l'agente al microfono dice: "Mario Rossi dallo psichiatra", che non è una cosa piacevole, soprattutto in quel contesto. Nei reparti poi bisogna trovare le stanze per fare le visite, non si ha uno spazio adibito alla visita psichiatrica o psicologica o all'intervento riabilitativo o sociale. A volte, quando non si trova la stanza, le visite vengono fatte in corridoio, che è una cosa inaccettabile sia per la privacy del paziente che per la tranquillità e la valutazione dello specialista. Avere un ambulatorio vuol dire garantire prima di tutto la privacy del paziente, uno spazio adeguato che permetta alla persona di usufruire di un momento di tranquillità dove può esternare le cose che non potrebbe dire o che non vorrebbe dire in presenza di altri. Finalmente dal primo gennaio dell'anno scorso siamo riusciti ad avere accesso agli ambulatori anche se solo per gli psichiatri.

Ci sono poi le visite che dobbiamo per forza fare nei reparti, ad esempio per le persone sottoposte a sorveglianza a vista; l'Istituzione non permette che vengano in ambulatorio, non perché siano agitati o violenti, ma proprio per una questione di regolamento interno. Anche le urgenze vengono fatte nei reparti: quando entri in istituto, a meno che non vai in ambulatorio, spesso vieni trasportato come se fossi una barca in mezzo al mare, vai per vedere Mario Rossi, ma ti chiamano per Marco Bianchi o per un'altra cosa, perché in realtà i bisogni sono tanti, sia prettamente clinici che legati a situazioni di tensione dovuti al contesto, perché noi facciamo anche questo lavoro, oltre che di mediazione per i nostri pazienti, anche di mediazione per detenuti comuni.

Ad esempio, quando una persona ha un atteggiamento oppositivo, viene subito richiesto l'intervento dello psichiatra, anche se il detenuto magari sta avendo solo una manifestazione

oppositiva rispetto a un diritto, come telefonare a casa. In questi casi il nostro intervento consiste in una mediazione: spesso ci troviamo a dover decodificare una richiesta che non trova altro modo per farsi sentire se non attraverso atteggiamenti violenti che siano verso l'esterno o verso se stessi come l'autolesionismo. Di solito quelle espressioni di disagio sono precedute da una miriade di richieste formali (attraverso le cosiddette domandine) a cui non è seguita alcuna risposta e quella che ci troviamo ad affrontare è solo l'exasperazione di un uomo che cerca di attirare l'attenzione in un modo che non può essere ignorato. L'istituzione risponde a quel tipo di richiesta chiamando lo psichiatra perché si aspetta un intervento farmacologico ma noi ci rifiutiamo categoricamente di dare una terapia farmacologica a chi non ne ha bisogno. Non si può psichiatrizzare qualsiasi manifestazione di disagio.

Fare questo lavoro, a livello professionale ed emotivo, che cosa ti porta?

Per me non ci sono grandi differenze, ho lavorato nelle strutture convenzionate, nelle cosiddette "antiche cliniche", in una comunità psichiatrica, al CSM, in SPDC. Se uno vuole fare questo lavoro, lo vuole fare perché ha piacere di farlo, perché trova gratificazione, perché lo sceglie, quindi secondo me tra fare lo psichiatra in carcere, in comunità, in SPDC o nel CSM non c'è una grande differenza.

Non trovo grandi differenze nemmeno dal punto di vista emotivo, di relazione con il paziente. Ovviamente nel CSM è il paziente che viene da te, mentre in carcere vai tu dalla persona, a volte anche senza una richiesta diretta. Il contesto è complicato anche perché in qualche modo vieni "assimilato" all'istituzione penitenziaria, perché se lavori lì dentro sei un pezzo del carcere. Per questo noi andiamo in giro con il cartellino attaccato al collo, perché spesso è importante sottolineare la differenza, far capire che siamo dei professionisti dell'area sanitaria e siamo lì per dare una mano per i loro bisogni. Il carcere è una sfida importante, è l'ultima istituzione totale, e noi crediamo fermamente che si possa fare la differenza su tanti aspetti, perché non tutto è psichiatrico.

In aggiunta lì intercetti un tipo di popolazione che non puoi intercettare da nessun'altra parte. Anche per il sistema sanitario in generale, non solo della salute mentale, per qualsiasi patologia, si trovano persone che scoprono di avere l'HIV in carcere, o di avere altre patologie, magari non hanno mai fatto una radiografia del torace anche se fumano due pacchetti di sigarette al giorno.

Per il sistema sanitario è un'occasione importantissima, perché le persone che finiscono in carcere, nella maggior parte dei casi, sono persone che vengono da un tessuto sociale ed economico di disagio. La criminalità a volte è una questione di necessità. Forse per me la differenza è questa, in carcere a fare la differenza non sono solo gli operatori, ma il sistema, e secondo me questa è la cosa più importante.