

L'esperienza di mediazione sanitaria nel Carcere di San Vittore

Dott. A.D.Cospito (Coordinatore Regionale Istituti di Pena della Lombardia)

Quando ho sentito chiudersi le porte del cancello dietro di me, tantissimi anni fa, ed ho visto delle facce colorate che mi osservavano mentre lentamente camminavo lungo il corridoio del 1° raggio per raggiungere il pronto soccorso del carcere, guardandoli negli occhi mi sono chiesto: cosa vorranno da me queste persone?

Vorranno forse un farmaco per riposare o un antidolorifico?

Cosa ho sentito? Cosa ho provato e pensato in quei pochi secondi che a me parevano un'eternità?

Per un attimo è come se mi avessero ricatapultato nel lontano '74 quando per la prima volta vedevo la stazione centrale di Milano scendendo dal treno che mi aveva portato lontano dalla mia terra verso una regione nuova con più speranze.

Anch'io ero solo.

Gli odori, i colori, il modo di parlare erano diversi. Nulla mi ricordava la mia terra. Anche il cielo sembrava avere un colore diverso.

Mi ricordo che all'improvviso fui pervaso da una profonda sensazione di vuoto, di paura, di abbandono, di tristezza, ma soprattutto di profonda solitudine.

Ecco cosa stavo leggendo e riconoscendo negli occhi di quei detenuti lontani dalla loro terra.

Cosa speravo io che accadesse dopo essere sceso da quel treno?

Non aspettavo altro che qualcuno mi tendesse una mano, che mi chiedesse se avessi avuto bisogno di aiuto, ma soprattutto che mi "riconoscesse come persona".

Anche i detenuti con i loro sguardi andavano cercando "riconoscimento" ed aiuto lasciando trasparire però la stessa diffidenza che io avevo un tempo provato per quei nuovi individui incontrati su un marciapiede di una stazione.

Soltanto avendo vissuto in prima persona certe esperienze, potevo comprendere la portata e la "drammaticità" di quanto sia fondamentale un rapporto umano di "calore", una conversazione "interessata", uno scambio "sincero".

Questo andavano e vanno cercando tutti i pazienti detenuti durante le visite mediche.

Soltanto dopo la presa di coscienza di questa realtà, ho cominciato, per quanto fosse in mio potere, cercare di farli sentire a casa "in terra straniera", perché, non dimentichiamoci, che il carcere "destruttura" ogni essere umano con il quale entra in contatto. Paziente e medico penitenziario, giorno per giorno, in modo prima traumatico e poi lentamente, in modo quasi impercettibile subiscono una destrutturazione sia fisica che emotiva.

Non dimentichiamoci che il carcere è un grande serbatoio di emarginati, sbandati, tossicodipendenti, disturbati mentali che richiedono non solo approcci terapeutici differenziati, ma anche norme di sicurezza specifiche che tengano conto non solo della gravità del reato o della pericolosità dell'individuo, ma anche dell'etnia di appartenenza.

Differenze regionali e quindi culturali erano già evidenti anni prima quando avevo a che fare con una popolazione detenuta prevalentemente italiana. Anche se era difficile per il medico penitenziario comunicare con i pazienti detenuti per via della loro nota "riservatezza" e diffidenza era comunque possibile farlo, perché la comune lingua italiana ce ne dava la possibilità. Se si

riusciva a creare un rapporto di reciproca stima e fiducia era anche possibile instaurare un “rapporto diretto” tra medico e paziente.

Nella situazione attuale delle carceri italiane questo non è più possibile, perché troppo differenziate sono le etnie che le popolano. E’ impossibile ipotizzare la presenza di medici penitenziari “multilingue” e, per questa ragione è stato necessario introdurre una nuova figura che è quella del MEDIATORE CULTURALE il quale però non può essere un semplice traduttore, ma deve diventare un “educatore” del medico penitenziario istruendolo sugli usi e costumi delle diverse etnie. Solo conoscendo questi dati, il medico penitenziario può instaurare con il paziente detenuto un rapporto di fiducia, perché quest’ultimo si sente rispettato e compreso nella propria “differenza”. Il medico diventa per lui l’unico realmente motivato ad occuparsi della sua salute fisica ed emotiva contenendo così notevolmente le manifestazioni di autolesionismo, i suicidi, la violenza che sono tipici in coloro che provano un profondo senso di abbandono e sono quindi portati a vivere la malattia e la morte come fonte di liberazione dalla sofferenza.

Sulla base della mia esperienza personale, sono proprio i detenuti extracomunitari quelli che chiedono con più insistenza il colloquio con il medico, perché loro non ricevono visite, non hanno nessuno per cui “farsi belli”. Familiari, amici, affetti sono lontani. Solo il medico può ascoltare il loro vissuto ed i loro drammi ed è attraverso questo “ascolto attivo” che il medico può raccogliere le informazioni necessarie per formulare una corretta diagnosi sul loro stato di salute fisica ed emotiva.

Pertanto non solo la sintomatologia fisica diventa importante, ma lo diventano soprattutto le cause psico-emozionali che li hanno generati.

Naturalmente il medico penitenziario, pur privilegiando l’ascolto, non deve dimenticare l’insorgenza di ben precisi meccanismi psichici nel paziente detenuto.

Il più diffuso è l’insorgenza in lui della consapevolezza che, “dimostrare uno stato morboso”, può diventare “lo strumento” per sottrarsi temporaneamente alle costrizioni carcerarie.

Dal punto di vista reattivo, ho potuto constatare che questo meccanismo psichico si sviluppa in tre fasi:

- fase di allarme
- fase di adattamento o ribellione
- fase di speculazione.

Vediamole nei dettagli:

- la fase di allarme è quella fase in cui non c’è proporzionalità tra la gravità della malattia del detenuto diagnosticata e la descrizione che egli ne dà. Ciò è ricollegabile al suo bisogno di far crescere l’attenzione del medico nei suoi confronti. Non dimentichiamoci che un detenuto non può scegliere il medico e non è in grado di valutarne la competenza;
- la fase di adattamento o ribellione è quella in cui inizia ad accettare ciò che il medico gli dà sotto forma sia di attenzione che di cura. Dopo aver protestato, accusato l’ambiente carcerario della sua nuova condizione di malato si accorge che qualcuno, ascoltandolo, si è veramente interessato a lui e lo ha riconsiderato come essere umano. Questo qualcuno è soltanto il medico.

Nello stato di malattia, il paziente non solo ha potuto godere di privilegi di ordine pratico, ma soprattutto psicologico. Si è sentito considerato, protetto, ha ricevuto parole di conforto, ha potuto comunicare. Questa seconda fase è altamente riscontrabile proprio nel detenuto extracomunitario.

- nella fase di speculazione il paziente detenuto non accusa più i sintomi, ma impara a recitare. Spesso se ne inventa di nuovi per ricreare le condizioni “allentanti” la pressione della normale vita carceraria.
In questo stadio diventa fondamentale per il medico penitenziario saper interpretare questi sintomi-segnali nella giusta prospettiva, ossia riconoscerli come normali.
Tenendo conto di tutte le suddette osservazioni, appare evidente come stia emergendo una nuova branca nell’ambito della medicina penitenziaria: la MEDICINA TRANSCULTURALE.
E’ proprio con questa che il medico penitenziario deve fare i conti e non è cosa facile, perché ciò implica una riorganizzazione delle modalità operative all’esterno ed una “ristrutturazione interna” del medico stesso. E’ qui il punto più difficile, perché, non dimentichiamoci, che anche il medico penitenziario è un essere umano esposto alle stesse pressioni carcerarie del detenuto. Molto spesso, quando varca la soglia di un carcere per la prima volta, può provare una sorta di crisi d’identità, perché anche lui si viene a trovare solo all’interno di un microcosmo in cui tutti i rapporti interpersonali sono stravolti.
Anche lui non può sentirsi accettato come persona, perché sa di dover essere accettato forzatamente. Non può venir ricusato. Sentendosi spesso impreparato in un ambiente che è impossibile conoscere attraverso i testi di medicina, può, nel tentativo di farsi accettare, o per paura di minacce o ritorsioni, cercare di rendersi più disponibile, di dimostrarsi competente più di quanto non farebbe al di fuori dell’ambiente carcerario.
Questo non fa altro che aumentare il suo stato d’ansia e di tensione emotiva portandolo, molte volte, a rinunciare all’incarico se non mette in atto dei meccanismi difensivi soprattutto a livello emozionale.
Quale diventa quindi il suo requisito di base?
L’imparare a lasciar “scorrere” nel senso che nessun detenuto può essere e deve diventare speciale, ma nel contempo lo sono tutti. Egli non deve dimenticare che esiste anche un mondo fuori dal carcere nel quale i detenuti prima o poi torneranno. Quindi la sua vita sarà fuori e dentro il carcere. Non dovrà quindi operare una fusione di realtà ben distinte, ma dovrà imparare a tenere scissi i due mondi con valori e regole differenti.