

## PROGETTO SALUTE IN CARCERE

**Il sovraffollamento carcerario si delinea come una delle cause più significative per il preoccupante aumento di incidenza dei suicidi.**

\*\*\*\*\*

In una recente convocazione alla Commissione Giustizia della Camera dei Deputati il Sottosegretario Antonino GULLO , rispondendo a un'interrogazione dei Radicali sui suicidi in carcere ha precisato che ***non è possibile istituire un rapporto di causa ed effetto tra il sovraffollamento carcerario e l'aumento dei suicidi.***

Il Sottosegretario Gullo naturalmente ha letto le solite 2 aride paginette predisposte dagli Uffici del DAP, senza alcuna personale conoscenza del fenomeno.

Questa dichiarazione sconcorda in quanto non è corrispondente alla realtà dei fatti.

Del resto basta passare in rassegna gli ultimi 10 anni e si può osservare in termini incontrovertibili che all'aumentare del sovraffollamento corrisponde sempre l'aumento dei suicidi in carcere.

In corrispondenza dell'indulto concesso nel 2006, al diminuire della popolazione detenuta diminuirono i suicidi in carcere.

E' una constatazione estremamente naturale che deriva dal passare in rassegna gli istituti penitenziari interessati da un preoccupante

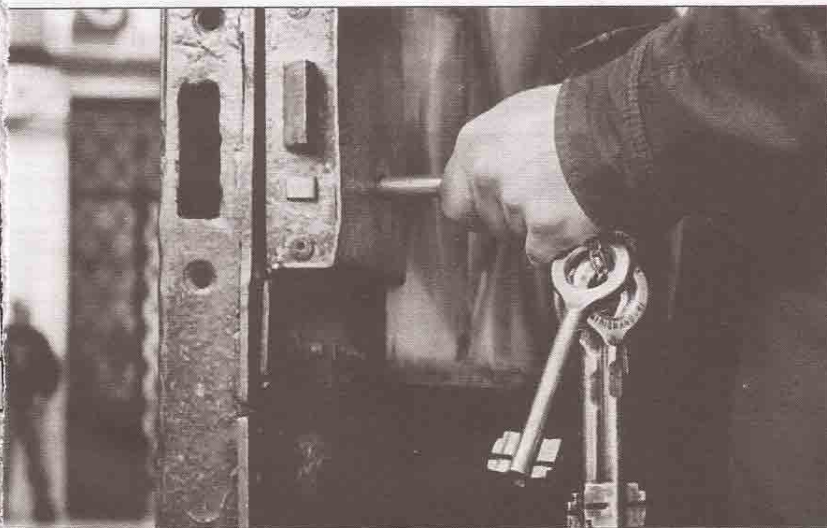
sovraffollamento. Sono gli stessi che fanno rilevare una maggiore incidenza di suicidi(**Firenze Sollicciano, Roma Regina Coeli, Napoli**

**Poggioreale, Milano San Vittore, Genova Marassi, Bologna, Torino, Viterbo, Lecce, Palermo Pagliarelli).**

A causa del sovraffollamento, viene alterata la stessa organizzazione dell'Amministrazione Penitenziaria.

Anni	Suicidi	Totale morti
2000	61	165
2001	69	177
2002	52	160
2003	56	157
2004	52	156
2005	57	172
2006	50	134
2007	45	123
2008	46	142
2009	72	177
2010	66	184
2011	66	186
2012*	37	102
<b>Totale</b>	<b>729</b>	<b>2.035</b>

\* Aggiornamento al 20 agosto 2012



Tratto da Ristretti Orizzonti

Con lo stesso, identico Personale (sanitario, trattamentale) viene gestito un numero sempre più crescente di detenuti.

Questo cosa vuol dire?

Che i Medici, gli Psichiatri, gli Psicologi, gli Educatori avranno sempre meno tempo da dedicare al singolo detenuto.

Saltano così gli stessi schemi di controllo.

Si rincorre esclusivamente l'emergenza clinica.

Non vengono applicate le più elementari norme di Medicina Preventiva.

La stessa organizzazione del carcere e il suo funzionamento rappresentano di per sé elementi di rischio.

- Il decremento progressivo dei livelli di sorveglianza causato dalla riduzione del Personale di Polizia Penitenziaria, addetto alla sorveglianza del detenuto.
- La contrazione delle opere di manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture con grave dequalificazione dei livelli igienico-sanitari imposti dalle stesse normative nazionali per gli spazi di vita ,validi anche in carcere.
- Il depauperamento qualitativo e quantitativo del trattamento penitenziario e delle attività lavorative con effetti molto negativi sulla riabilitazione del detenuto e sui percorsi di reinserimento sociale.
- Il maggior turnover dei detenuti negli istituti penitenziari dei grandi centri urbani della Regione.

Alcune procedure interne al carcere devono necessariamente essere riviste e modificate con l'individuazione di presidi più adeguati.

La concessione di fornellini a gas va interdetta , perché oggetto di un diffuso e non governabile commercio interno e, pertanto, causa di molti suicidi preterintenzionali di soggetti alla ricerca di effetti stupefacenti.

E' necessario prevenire il rischio agendo sulla disponibilità di tali strumenti soprattutto ai detenuti tossicodipendenti e ai malati psichiatrici, provvedendo a dotare i reparti detentivi di luoghi attrezzati, con presidi di cottura sicuri o a minor rischio (piastre elettriche, forni a microonde) così da ottemperare a quanto previsto dal Regolamento Penitenziario (riscaldarsi bevande o cibi).

Deve essere scongiurato l'accumulo e lo scambio illecito degli psicofarmaci (di cui si registra un grande abuso) all'interno delle strutture penitenziarie.

In merito deve essere sempre più garantita la somministrazione della terapia a vista , soprattutto per farmaci accumulabili, preferendo preparazioni di immediato utilizzo (gtt o depot) ed evitando la consegna dei farmaci ai detenuti.

Il suicidio nelle carceri è al momento attuale un grave problema di salute e rappresenta la seconda causa di morte.

E' un evento drammatico che sconvolge l'ambiente carcerario e interroga la responsabilità professionale di tutti gli Operatori Penitenziari.

Partono subito le inchieste: quella giudiziaria e quella amministrativa per rilevare eventuali disfunzioni nell'organizzazione.

La carcerazione è senza dubbio un fattore specifico di vulnerabilità all'autoaggressione che è un chiaro, inequivocabile segnale del grave stato di disagio, di malessere in cui i detenuti vengono a trovarsi e a vivere.

Elementi correlati alla costituzione (emotività, turbe caratteriali, labilità psichica) o appresi nel corso della vita attraverso esperienze soggettive di frustrazione o di rifiuto, valgono a stabilire le premesse necessarie, ma ancora non sufficienti, alle tendenze suicide che si realizzano per il sopravvenire di un'esperienza vissuta di interesse vitale eccezionale, catastrofica che con riferimento allo stato di carcerazione, può essere il dolore, il conflitto, la rovina, l'abbandono, il disonore, la solitudine, talora il rimorso che preme e sconvolge ogni difesa.

Lo scopo del suicidio è trovare una soluzione: la volontà di uscire da una crisi, da una situazione insopportabile, da emozioni intollerabili, da uno stato di angoscia intollerabile.

La suicidalità risulta caratterizzata dal dolore mentale insopportabile e dalla visione tunnel, ossia il poter vedere solo in un'unica direzione senza mai avere altre opzioni a disposizione.

I soggetti a rischio suicidario sembrano incapaci di pensare costruttivamente e progettare soluzioni presenti e future.

Sono individui sconvolti, scossi e disperati.

Affrontare le difficoltà e i dolori della vita fa parte della nostra natura, ma esiste una soglia di tolleranza del dolore psicologico del tutto individuale, dipendente da alcune caratteristiche di personalità che possono aumentarne o diminuirne la sopportabilità.

I suicidi sono più frequenti tra coloro che meno socializzano con gli altri detenuti, che non si fanno amici, che meno sono impegnati nelle diverse attività.

Particolari avvenimenti come la stessa efferatezza del delitto, trasferimenti ad altro carcere, sopravvenuta condanna, disgrazie familiari sono fattori stressanti che possono condurre alla decisione di darsi la morte.

I periodi di maggior rischio sono subito dopo la carcerazione (3-10 giorni), dopo 2 mesi e durante pene lunghe.

Secondo lo studio condotto da Manconi il 61% dei casi di suicidio riguarda reclusi da meno di 1 anno.

Sempre secondo Manconi ,particolarmente a rischio sono i giovani al primo arresto che devono apprendere le strategie di sopravvivenza.

Non ci sono l'impatto claustrofobico e la perdita di libertà ,c'è anche lo scontro traumatico con un universo sconosciuto, linguaggi, codici di comportamento, subculture, gerarchie.

Tendono al suicidio più gli italiani che gli stranieri.

Più gli uomini che le donne.

I tossicodipendenti rappresentano il 31% dei casi di suicidio, i detenuti per omicidio invece risultano il 13%.

Il metodo più frequentemente usato in carcere per suicidarsi è l'impiccagione alle sbarre con le stringhe ricavate dalle lenzuola.

I principali punti di legatura sono le sbarre delle finestre, lo sciacquone, le ringhiere dei letti, armadi, porte. Solitamente viene utilizzato uno sgabello o una sedia.

La maggior parte dei tentativi di suicidio viene messo in atto in celle singole, di isolamento, in istituti di pena sovraffollati ,in orari in cui diminuisce la vigilanza del personale.

**Particolare attenzione deve essere posta :**

- ai tossicodipendenti
- ai detenuti giovani
- ai detenuti con disturbi psicopatologici
- ai collaboratori di giustizia
- ai malati di AIDS
- ai recidivi (coloro che hanno già tentato gesti di autolesionismo)
- ai politici
- ai detenuti che hanno compiuto efferati delitti

La fase più delicata è rappresentata dall'ingresso in carcere e dall'isolamento giudiziario.

L'attenzione e la cautela devono avere il loro momento più importante e significativo all'atto dell'ingresso della persona in carcere in particolar modo se per la prima volta.

L'esperienza insegna che di frequente provengono dalla libertà soggetti giovanissimi, tossicodipendenti, soggetti in condizioni fisiche o psichiche precarie o comunque in condizioni di particolare fragilità, soggetti tutti ai quali 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.

Ecco l'importanza di intervenire tempestivamente al momento dell'ingresso in carcere attraverso una presa in carico incisiva da parte dello staff di accoglienza (**Medico SIAS, Psichiatra, Psicologo,**

**Infermiere e Educatore**) allo scopo di accertare qualsiasi, eventuale situazione personale di fragilità fisica o psichica e qualsiasi tendenza o segno suscettibili di tradursi in atti autolesionistici.

Vi è la disponibilità di checklist (**Arboleda-Florez**) per il controllo del rischio. Le risposte affermative ad alcuni item segnalano il rischio di suicidio e dovrebbero portare a interventi mirati:

- il detenuto è tossicodipendente
- il detenuto esprime di solito un alto livello di vergogna, colpa e preoccupazione sull'arresto e sulla carcerazione;

- il detenuto esprime disperazione o paura per il futuro, mostra segni di grave depressione, pianto, mancanza di emozioni, diminuzione di espressioni verbali;
- il detenuto ammette attuali pensieri riguardo il suicidio ;
- il detenuto ha in precedenza ricevuto trattamenti per problemi di salute mentale;
- il detenuto è correntemente sofferente per una condizione psichiatrica, così come mostra difficoltà a mantenere costante il focus di attenzione, ascolta voci;
- il detenuto ha commesso uno o più precedenti tentativi di suicidio;
- il detenuto ha poche risorse supportive;

E' importante anche l'allestimento della sezione di prima accoglienza e di attenzione, dove per 7-10 giorni il soggetto viene assiduamente seguito.

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

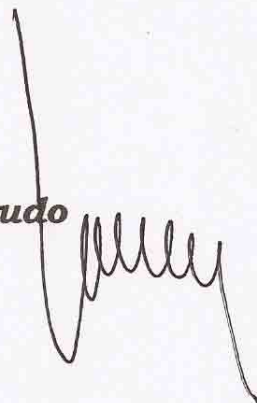
Resta centrale l'obiettivo di perseguire una maggior umanizzazione nei rapporti relazionali tra detenuti e staff.

Resta insopprimibile la possibilità di implementare i rapporti affettivi con la propria famiglia.

Devono trovare sviluppo gli spazi sociali.

**I Medici Penitenziari devono tenere gli occhi, le orecchie, il cuore aperti verso questo drammatico problema.**

**Francesco Ceraudo**



N.B.

Le cronache dei giornali si interessano dei suicidi in carcere ,creano notizia, ma non evidenziano mai nei termini adeguati i tanti suicidi che vengono sventati all'ultimo minuto dalla Polizia Penitenziaria che nonostante la sua presenza sia sempre più sacrificata nelle sezioni , adempie con grande spirito di sacrificio e di alta professionalità la propria funzione istituzionale e di questo l'intera società civile deve rendere merito.

