

PROGETTO SALUTE IN CARCERE

D.R.1096/2011

Il suicidio in carcere.



Anno dopo anno con una puntualità sconcertante si rinnova il bollettino della morte in carcere. Tutto ciò continua ad avvenire nella indifferenza più assoluta. Passano gli anni, ma purtroppo non cambia nulla. Una strage annunciata nel silenzio più assoluto.

Nell'arco dell'anno 2012 si sono registrati nelle carceri italiane **60** suicidi(di cui:

40 italiani e **20** stranieri,

57uomini e **3** donne.) **1** suicidio ogni **900** detenuti.

Numeri terribilmente preoccupanti che testimoniano in termini incontrovertibili il gravissimo disagio in cui vengono a trovarsi circa

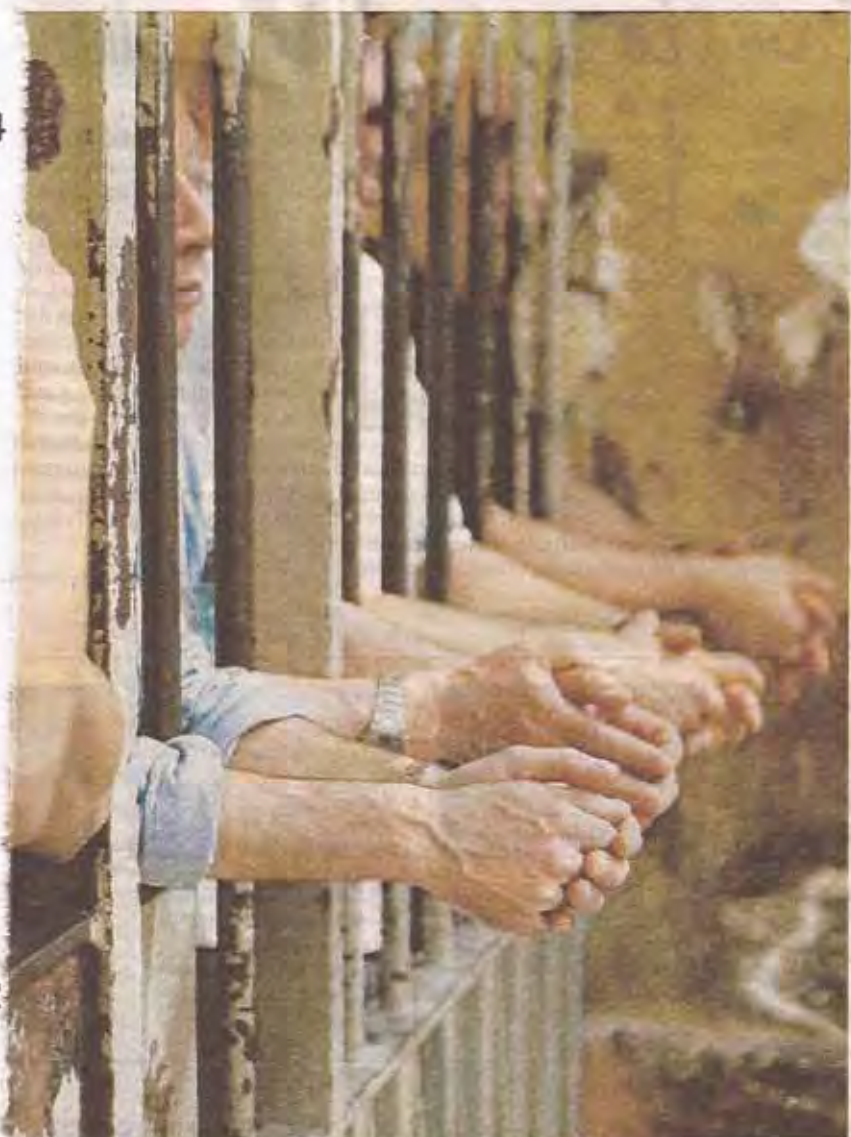
70.000 detenuti (comprensivi anche dei detenuti minorenni).

Mancano complessivamente 21.000 posti-letto.

Nella Regione Toscana nel 2012 si sono verificati 7 suicidi (6 uomini e 1 donna, 5 italiani e 2 stranieri). Mancano 1200 posti-letto.

Istituti penitenziari con maggior incidenza di suicidi:

FIRENZE SOLLICCIANO	5
BARCELLONA POZZO DI	6.4
TERAMO	4
ROMA REBIBBIA	4
GENOVA MARASSI	3
TORINO	3
MILANO OPERA	2
PADOVA	2
BOLOGNA	2
LECCE	2
NAPOLI POGGIOREALE	2
NAPOLI SECONDIGLIANO	2
ROMA REGINA COELI	2



E' senza dubbio possibile istituire un rapporto di causa ed effetto tra il sovraffollamento carcerario (**indice di 142% contro una media UE del 99%**) e l'aumento dei suicidi.

Lo individuano con puntuale precisione i numeri degli ultimi 10 anni.

Le condizioni di sovraffollamento rendono il trattamento penitenziario disumano e degradante. Lo ha confermato di recente per l'ennesima volta la Corte dei Diritti dell'uomo di Strasburgo, umiliando il nostro Paese, alla stregua di un paese del terzo mondo per violazione dell'Art.3 della Convenzione Europea che proibisce " la tortura e i trattamenti inumani e degradanti."

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

Saltano così gli stessi schemi di controllo.

Non vengono assicurate elementari norme di Medicina Preventiva.

Si rincorre con affanno esclusivamente l'emergenza clinica.

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

Espletano un ruolo fondamentale nella genesi dei suicidi i seguenti fattori:

- Il decremento progressivo dei livelli di sorveglianza determinato dalla riduzione del Personale di Polizia Penitenziaria ,adetto alla sorveglianza del detenuto.
- La contrazione delle opere di manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture con grave dequalificazione dei livelli igienico-sanitari
- 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.

- Si rende necessario ed improcrastinabile rivedere e modificare alcune procedure interne al carcere con l'individuazione di presidi più adeguati.

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

- 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 assicurata la somministrazione della terapia a vista, soprattutto per farmaci accumulabili, preferendo preparazioni di immediato utilizzo (gtt o depot) ed evitando la consegna diretta dei farmaci ai detenuti.

La carcerazione al momento attuale in un contesto di sovraffollamento e promiscuità assoluta 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 in cui sono costretti a vivere.

Tendono al suicidio più gli italiani che gli stranieri anche se nell'ultimo periodo questi ultimi sono aumentati in modo considerevole.

Più gli uomini che le donne. In merito all'età la media è 35 anni.

I tossicodipendenti rappresentano il 31% dei casi di suicidio.

Il metodo più frequentemente usato in carcere per suicidarsi è l'impiccagione alle sbarre con le stringhe ricavate dalle lenzuola (Il 90% dei suicidi nel 2012 è avvenuto con queste modalità).

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.

La fase più delicata è rappresentata dall'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.

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

Diventa un passaggio estremamente delicato e significativo intervenire con tempestività 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 tendenza o segno suscettibili di tradursi in atti autolesionistici.

E' importante anche l'allestimento della sezione di prima accoglienza e di attenzione , dove per 7-10 giorni il soggetto viene assiduamente seguito e monitorato. Il suicidio in carcere occupa il primo posto nella lista degli eventi sentinella che devono far riflettere su organizzazione, strategie e percorsi di cura.

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

31/XII/2012

Francesco Cerauda



Suicidi dietro le sbarre, una catastrofe del diritto

Figura 2 - Tassi suicidio nella popolazione italiana detenuta (1990-2011) (Edizioni Ristretti)

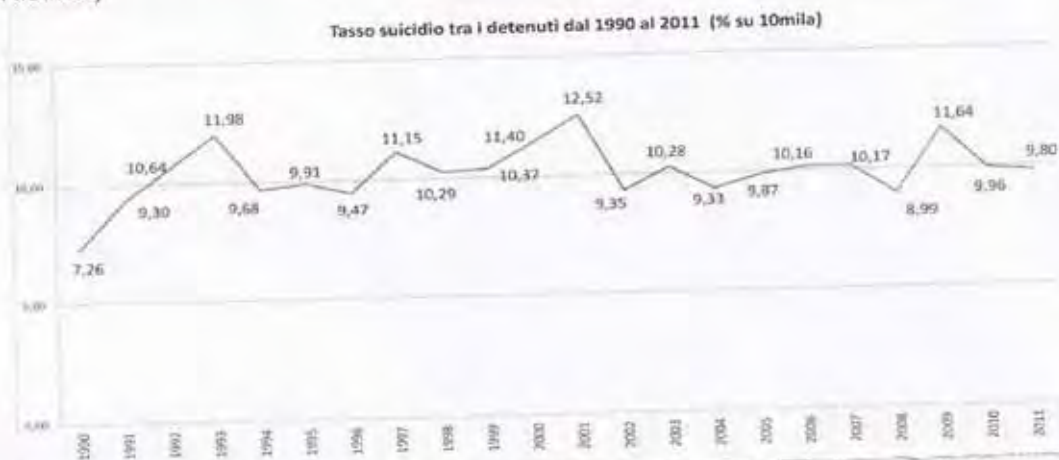


Figura 3 -suicidi nella popolazione italiana detenuta (1990-2011) (Edizioni Ristretti)

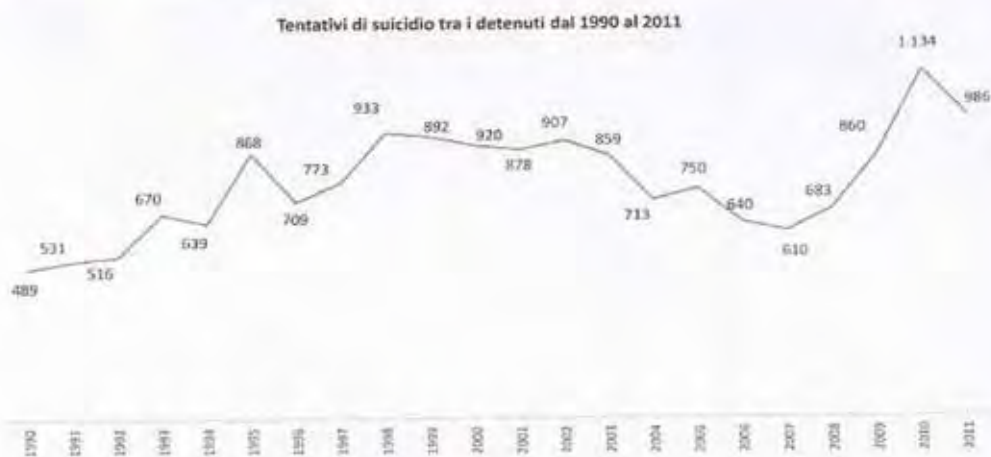
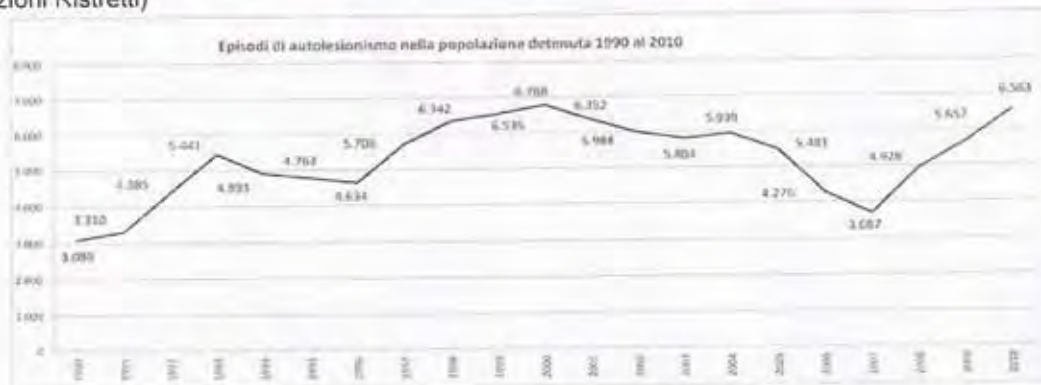


Figura 4 - episodi di autolesionismo nella popolazione italiana detenuta (1990-2011) (Edizioni Ristretti)



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	60	154
2013*	1	1
Totale	752	2.088

* Aggiornamento al 2 gennaio 2013

Fasi del processo suicidario

Non è possibile delimitare in tutte le sue espressioni un comportamento tipico delle fasi del processo suicidario.

Comunque è di comune osservazione che l'atto suicida sia preceduto (ad esclusione naturalmente del raptus suicida) da un periodo più o meno prolungato, in cui si manifestano tendenze suicide.

È tuttavia molto problematico valutare nel singolo caso la pericolosità di queste manifestazioni sia nella loro forma di propositi o idee di suicidio, sia per quanto riguarda mutamenti psichici e del comportamento.

Molti soggetti infatti, sia nell'ambito delle reazioni psicogene, sia in quello delle psiconevrosi e psicosi, manifestano apertamente propositi suicidi, oppure lasciano trasparire segni di disperazione che possono far sorgere il sospetto di una più o meno celata intenzione

suicida; di questi soggetti, però, solo pochi attuano il suicidio.

Ringel ha tentato di schematizzare le varie fasi di un processo che porta al suicidio.

Ad una prima fase dominata da un senso di insufficienza e d'incapacità con manifestazioni di ansia, di angoscia, di irrequietezza, di eccitazione, di disinteresse crescente della abituale sfera di attività, di negazione generalizzata, consegue una fase di restringimento psichico, con coartazione del corso del pensiero al solo contenuto angoscioso, in cui si sviluppano segni autoaggressivi (scoppi di rabbia o di disperazione), ma si possono anche riscontrare malcontento e depressione, smarrimento e bisogno di sostegno, sconfinata indifferenza fino alla muta rassegnazione, fino alla perdita di ogni speranza.

Finalmente nella terza fase si sviluppa un atteggiamento di «fuga nell'irrealtà» oppure di «anestesia psichica» con mancanza di qualsiasi senso di timore o di paura della morte.

Il passaggio all'atto suicida può avvenire sia in quest'ultima fase, sia in quella precedente di autoaggressione, che è la più pericolosa; difatti viene ritenuta la vera anticamera del suicidio.

Nei suicidi a tipo di raptus l'impulso autodistruttivo scaturisce bruscamente ed in modo imprevedibile anche per il soggetto stesso, che sembra esserne sopraffatto.

In alcuni suicidi esistono delle relazioni specifiche di comprensibilità rispetto alla sindrome psicopatologica.

Negli stati depressivi marcatamente diffusi nel carcere, in genere l'atto suicida è preceduto da idee e propositi suicidi ed è in rapporto chiaramente comprensibile con i temi di rovina, di peccato e conseguente stato di disperazione. Si ritiene che il rischio di suicidio sia maggiore in quei detenuti apparentemente distaccati e che sembrano più indifferenti al vissuto depressivo; questo comportamento è spesso dovuto alla perdita di speranza ed ad una più generale e profonda sfiducia.

L'atteggiamento quieto di questi detenuti può non allarmare le persone vicine e i medici penitenziari, a cui le possibili pulsioni autodistruttive rimangono celate.

La presenza di idee o sentimenti di suicidio deve essere, pertanto, esplorata con grande cura e risulta determinante ai fini della prevenzione dei nuovi tentativi autolesivi in detenuti depressi.

Il pensiero della morte rappresenta quasi una costante in tutti i

detenuti in cui la melanconia diviene profonda.

La credenza, comunque, che i soggetti che parlano di suicidio in genere poi non lo mettono in esecuzione, è senza dubbio da sfatare: risulta ormai accertato che otto suicidi su dieci manifestano in precedenza la loro intenzione, fornendo spesso indizi ed avvertimenti, ed è impressionante l'alta proporzione di suicidi che avevano incontrato un medico poco prima di togliersi la vita.

Un detenuto che dichiara di avere intenzione di suicidarsi provoca nel medico penitenziario un comprensibile disagio.

L'espressione di un desiderio di morte va sempre preso sul serio.

Il rischio di suicidio è, nella maggior parte dei casi, limitato nel tempo e coincide con un periodo di insopprimibile angoscia durante il quale la morte sembra essere l'unica soluzione possibile ed un grande sollievo.

Questo stato d'animo non può protrarsi all'infinito, nel senso che il detenuto in questione o si uccide, o riacquista una visione più equilibrata dei suoi problemi. In questo senso la dichiarazione da parte del detenuto di volersi uccidere, configura un'emergenza medica che necessita di tempestività nell'intervento.

Ciò che fa oscillare il pendolo verso la decisione di togliersi la vita è spesso l'esito infelice di una sentenza di tribunale, il rifiuto di un trasferimento, notizie catastrofiche del proprio nucleo familiare. In questo senso il togliersi la vita rappresenta un gesto aggressivo verso il mondo che ignora o rifiuta la sofferenza del detenuto-suicida.

Particolarmente pericolose in carcere sono le condotte suicidarie su base reattiva e caratteriale propria di quei detenuti che fanno ripetuti tentativi di suicidio in concomitanza di ogni singola circostanza conflittuale o frustrante.

Dopo una serie di tentati suicidi che riescono a richiamare intorno al detenuto le persone ricattate da questa costante minaccia, può accadere che un ennesimo tentato suicidio tragicamente riesca.

Il rischio di suicidio è la più imperativa delle urgenze psichiatriche, per cui il medico penitenziario non deve assolutamente dare scarsa importanza a quegli elementi che in definitiva, poi, presagiscono questa eventualità.

Rimane estremamente importante saper valutare la serietà del gesto o la determinazione suicida.

Non esistono schemi di individuazione e di quantificazione sui

termini di gravità del potenziale detenuto suicida.

Sono, particolarmente, la sensibilità clinica e l'intuito i principali fattori che possono far prevedere la reale esistenza di una intenzione fortemente e decisamente determinata al suicidio, riuscendo a cogliere una disperazione incolmabile, un'angoscia autodistruttiva irrevocabile ed un vuoto di speranza, al di fuori di atteggiamenti e di comportamenti magari apparentemente normali.

L'atteggiamento corretto deve essere attivo nel senso che il medico penitenziario deve discutere con il detenuto le sue problematiche esistenziali e tutte le ragioni che lo spingono al suicidio, richiamando alla memoria possibili ricordi, possibili affetti, possibili meriti.

Il medico penitenziario non deve comunque considerare il rischio di suicidio come un fatto privato tra lui ed il detenuto, ma deve cercare, deve esigere la collaborazione di quanti (il direttore, il magistrato di sorveglianza, la magistratura competente, il cappellano, gli educatori, gli esperti psicologi, gli agenti di custodia) possano rappresentare un aiuto valido nell'assistenza del detenuto.

Il medico penitenziario deve sentirsi, in questa particolare circostanza, meno legato che in altre occasioni al segreto professionale e deve mettersi in contatto con chi di dovere per discutere i provvedimenti immediati da prendere.

Quando il medico penitenziario viene chiamato ad intervenire per un tentativo di suicidio deve prima di tutto stabilire le modalità adottate dal soggetto nel porre in atto il tentativo, gli eventuali strumenti lesivi utilizzati, la gravità delle lesioni provocate e la minaccia di una azione lesiva ritardata tipica per es. dell'ingestione di sostanze tossiche. Quindi prenderà in esame la presenza o meno di lesioni organiche (quantità di sangue perduto, stato tossico, condizioni cardiorespiratorie). Gli stati soporosi o comatosi da farmaci, da trauma esigono l'assistenza anestesiologicala e medico-chirurgica generale e quindi il ricovero immediato in ambiente ospedaliero.

Quando invece il detenuto è cooperante ed il colloquio può chiarire la momentaneità o la rapida modificabilità dell'intenzione autoaggressiva, può essere sufficiente la somministrazione di adeguata terapia ed un accurato controllo dell'evoluzione del quadro clinico con visite specialistiche psichiatriche a breve termine.

Quando vengono superate le risorse intramurarie, lo psichiatra

può fare la proposta di invio presso un Ospedale Psichiatrico Giudiziario per un periodo di osservazione e cure.

CONCLUSIONI

Di fronte a questo abisso di necessità come si può collocare l'intervento del medico penitenziario?

Va messa in atto opportunamente una vera politica di recupero, di ricostruzione degli equilibri infranti, attraverso il colloquio, il dialogo, il contesto umano. Solo in questi termini si può tentare di far uscire il detenuto dal suo pauroso isolamento, di distorglierlo dalla sue idee fisse.

Il detenuto deve essere aiutato a considerare obiettivamente i suoi problemi; si potrà ottenere un cambiamento del suo modo di vedere le cose e la situazione potrà divenirgli più tollerabile.

Il detenuto va incoraggiato a cambiare le cose che possono essere cambiate e ad accettare le cose che non possono essere cambiate.

Deve essere stimolato a sviluppare interessi nuovi, attività lavorative, attività ricreative per distoglierlo dal suo ozio avvilente.

In definitiva bisogna soprattutto comprendere i sentimenti ed i pensieri del detenuto, in modo da aiutarlo a comprenderli e a sua volta accettarli.



Handwritten signature or scribble.



"Carceri disumane", l'Europa condanna l'Italia

HOME INCHIESTA

Tweet 28

Consigli 612

GALERE DA TERZO MONDO

Sessantottomila detenuti intrappolati in un sistema fatto per poco più di 45 mila. Strutture vecchie, condizioni igieniche disperate, cibo degno di cani, salute a rischio anche per le guardie, tasso di suicidi altissimo. È la foto impietosa del nostro sistema penitenziario. Riuscirà il governo a porvi rimedio?

LA SITUAZIONE 1

Sporche, fredde, sovraffollate e invivibili L'"inconcepibile orrore" delle carceri

Un quadro ormai insostenibile, stigmatizzato anche dal presidente della Repubblica, Napolitano: oltre 68mila detenuti rinchiusi in edifici destinati a non più di 45.654 persone. Una qualità della vita indegna di un paese civile. Il ministro della Giustizia, Paola Severino ne riferisce oggi alla Camera: "Le difficoltà non possono essere un alibi". E promette interventi per cominciare a svuotarle almeno parzialmente

Celle da quattro metri quadrati, polemiche sulla nuova norma



IL VIDEO 2

Bari, viaggio all'inferno oltre le sbarre

Repubblica TV



00:00/01:57

Nel capoluogo pugliese ci sono 500 reclusi a fronte di una capienza massima di 210 persone. Trascorrono 20 ore al giorno rinchiusi e hanno a disposizione solo quattro ore al giorno di "aria" in un piccolo cortile. La vicedirettrice: "Mancano spazi di socializzazione e aree verdi, ma siamo nel centro della città, la struttura non può essere ampliata". E anche il sindacato di polizia penitenziaria lancia l'allarme di FEDERICO FORMICA

Puglia, dove la prigione è un Calenita. E i detenuti chiedono i danni

La sentenza che fa Storia "Risarcite il prigioniero"

Alessandro Stomeo, avvocato penalista, ha ottenuto per il suo assistito, un tunisino rinchiuso per due anni nel carcere di Lecce, un risarcimento dal grande valore simbolico: 220 euro per le condizioni "disumane e degradanti" subite nel corso della reclusione di FEDERICO FORMICA



L'INTERVISTA - RITA BERNARDINI 7

"Il 90% degli istituti è fuori dalla legalità"

L'allarme della deputata radicale: "La detenzione diventa una sorta di morte civile, occorre puntare di più sulle misure alternative". E la situazione è drammatica anche per gli agenti: "Ci sono penitenziari dove il personale deve ancora recuperare le ferie di quattro anni fa"

I DATI 8

Ogni 100 detenuti 47 sono di troppo

Sono 67510 i reclusi in Italia, 45572 i posti disponibili. Un tasso di sovraffollamento del 149% contro il 99% della media europea. Resta alto il numero dei suicidi: 684 nel 2011. E dal 2000 sono 85 gli agenti di polizia penitenziaria che si sono tolti la vita



I DATI 9

Celle piene: è colosso il record è in Puglia

I dati nei penitenziari cittadini. A Regina Coeli ci sono 724 posti e 1197 detenuti, metà dei quali tossicodipendenti. A Torino, nel carcere Le Vallette, 1500 a fronte di una capienza di 1000. E a Genova 157 agenti sorvegliano 730 reclusi