

MEDICINA PENITENZIARIA

I suicidi in carcere.

Nell'anno **2014** 43 detenuti si sono tolti la vita.

1. **41** uomini
 2. **2** donne
- **37** italiani
 - **6** stranieri

Età media 40 anni.

- **37** detenuti si sono impiccati
- **5** si sono asfissati con il gas del fornello
- **1** si è recisa di netto la carotide con una lametta da barba.



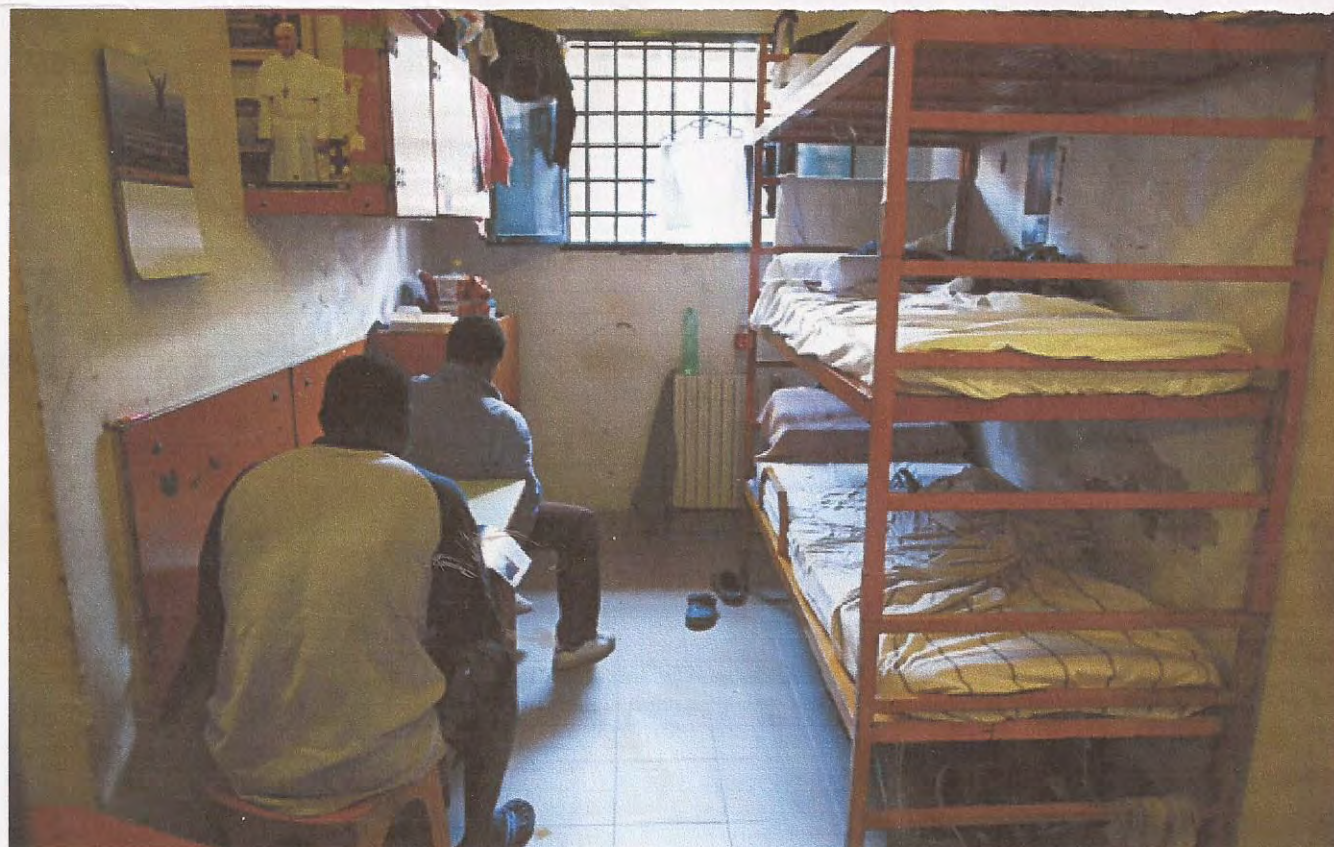
Gli istituti penitenziari nei quali si sono registrati più suicidi sono:

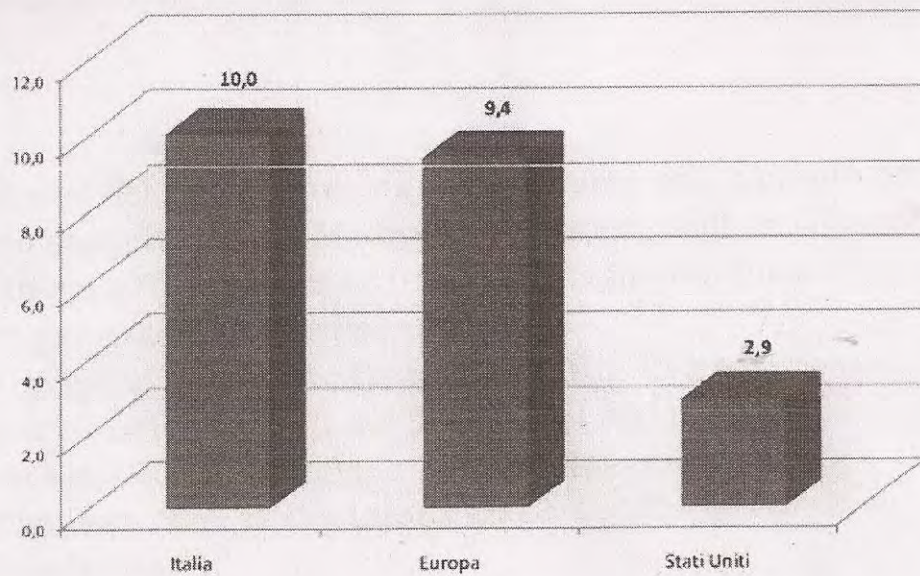
- **Napoli Poggioreale(4)**
- **Firenze Sollicciano(3)**
- **Padova Reclusione (3)**



La diminuzione dei casi di suicidio nell'anno 2014 trova le seguenti spiegazioni:

- 1. diminuzione di circa 10.000 detenuti (da 65.000 a 55.000)**
- 2. potenziamento dei servizi psichiatrici e psicologici da parte delle A.S.L. competenti per territorio.**
- 3. applicazione incisiva delle linee-guida in molti istituti sulla gestione del rischio suicidario in carcere.**





Le negatività del carcere sono tante e si sovrappongono una sull'altra.

Quando oltrepassano la soglia di tolleranza possono delineare il ricorso a soluzioni estreme.

Tutti gli studi concordano nell'attribuire agli eventi stressanti, i cosiddetti **life events**, un ruolo scatenante fondamentale nell'induzione al suicidio.

Prima fra tutti, qualunque evento che comporti una perdita, sia essa di una persona cara, del lavoro, della dignità.

L'ingresso in carcere, configurando il trauma da ingresso in carcere, rappresenta un evento esistenziale particolarmente stressante per chiunque e quindi possono svilupparsi sintomi da vero e proprio disturbo post traumatico da stress.

I primi giorni della carcerazione sono in assoluto il momento a più elevato rischio suicidario, in particolare se la persona è entrata in carcere per la prima volta, oppure è tossicodipendente, oppure è accusata di reati infamanti come la pedofilia o di omicidi a danno dei familiari. (Baccaro-Morelli)

Fasi di trasformazione del soggetto che entra in carcere:

Trauma d'ingresso

Iniziazione

Umiliazione

Contaminazione

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

Nel caso del suicidio paziente e medico si trovano l'uno contro l'altro, in quanto il primo desidera morire e l'altro deve fare di tutto per scongiurarlo.

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.

Chi sono i detenuti suicidi?

Nella maggior parte si tratta di persone che hanno sopportato una sofferenza psicologica per molto tempo e alla fine hanno scelto il suicidio come possibile soluzione ai loro problemi.

Il detenuto che tenta il suicidio alla domanda perché avesse deciso di morire, risponde che non vedeva più via d'uscita e che non riusciva più a confrontarsi con i suoi problemi.

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.

Nei soggetti che si suicidano sembra essere una maggiore vulnerabilità al dolore psicologico che, unito a molti altri fattori, conduce quel soggetto a cercare la morte.

Il Medico Penitenziario deve essere portato ad interrogarsi su tale comportamento estremo e a sviluppare un suo sistema di valori, sugli

eventi e sulle cause, che potrebbero, se non giustificare, quanto meno rendere più comprensibile la determinazione al suicidio di un suo paziente.

Particolari avvenimenti come trasferimenti improvvisi ad altro carcere lontano dal proprio nucleo familiare, sopravvenuta condanna in seguito al processo, disgrazie familiari sono fattori stressanti che possono condurre alla decisione di darsi la morte.

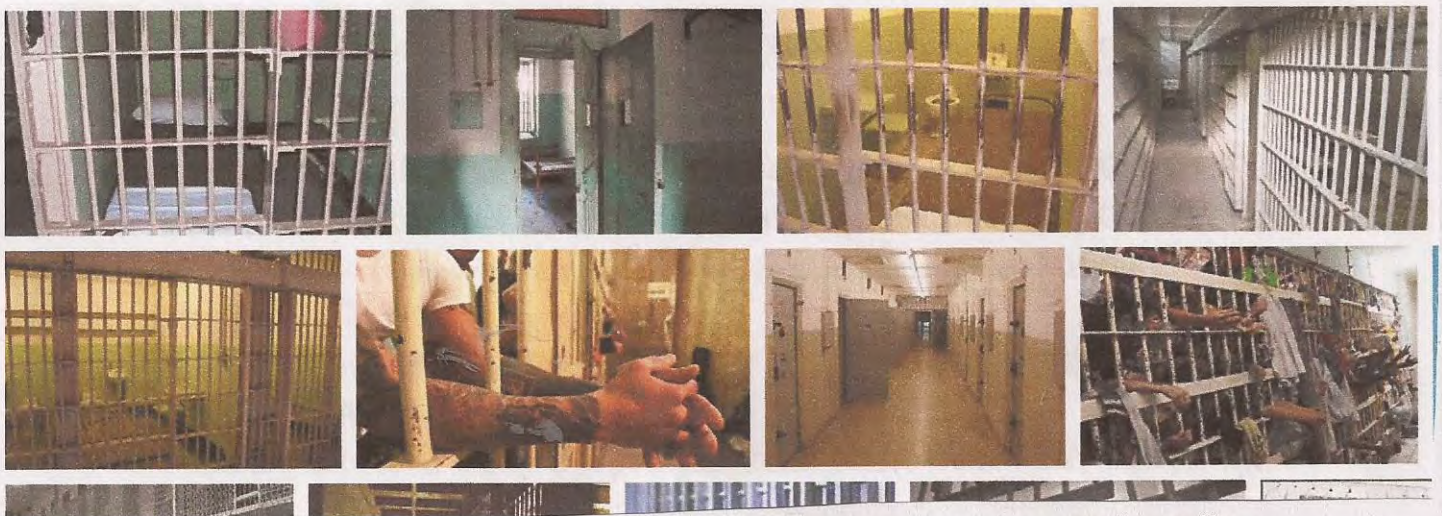
I periodi di maggior rischio sono subito dopo la carcerazione (3-10 giorni), dopo 2 mesi e durante pene lunghe.

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 ancora apprendere le strategie di sopravvivenza.

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

Quanto sopra in un contesto vergognoso di sovraffollamento, dove dominano la miseria, la sporcizia e la promiscuità.



La maggior parte dei tentativi di suicidio viene messo in atto in celle singole di isolamento, in settori di massima sicurezza o in istituti di

pena particolarmente sovraffollati, in orari in cui diminuisce la vigilanza (spesso nelle ore notturne).

Cosa succede in carcere?

I detenuti diventano dei residui di umanità che vivono al di fuori dei cicli di natura.

Il carcere è un mondo sperimentale di regressione e provoca la spoliatura umana e sociale dell'uomo.

La realtà quotidiana è allarmante, piena di stress e di desolazione.

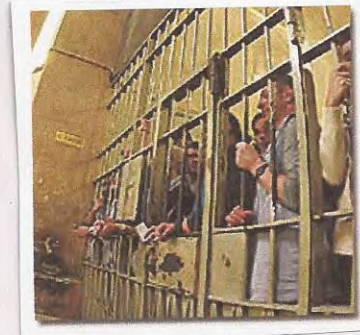
Profonde sono le lacerazioni psicologiche.

Del resto vivere la condizione del detenuto significa necessariamente essere in conflitto con una parte di se stessi e l'influenza sconvolgente che l'ambiente carcerario esercita sull'individuo ristretto è la fonte originaria cui bisogna risalire per meglio introspezzare i meccanismi che si susseguono nella mente di una persona scaraventata in un mondo sconosciuto e subdolo.

Circa il 90% delle vittime di suicidio o di TS ha una diagnosi di disturbo psichiatrico.

Fattori di rischio :

- alcuni tratti personalogici
- disturbi psichiatrici
- comorbidità di abuso di droghe e/o alcool
- tentati suicidi pregressi
- fattori stressanti acuti e cronici



Elementi di rischio insiti nell'organizzazione carceraria:

- Sovraffollamento
- Decremento progressivo dei livelli di sorveglianza, causato dalla riduzione del Personale di Polizia Penitenziaria.
- Contrazione delle opere di manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture con grave dequalificazione dei livelli igienico-sanitari.

- Depauperamento qualitativo e quantitativo del trattamento penitenziario (a causa del sovraffollamento) e delle attività lavorative.
- Il turn-over dei detenuti.

Procedure.

Vi sono procedure interne al carcere che devono essere rivisitate e necessariamente modificate con l'individuazione di presidi più adeguati.

- Deve essere interdetta la concessione di fornelli a gas ai detenuti e in particolar modo ai tossicodipendenti e ai disturbati mentali, perché a grave rischio.
Bisogna provvedere a dotare le sezioni detentive di luoghi attrezzati, con presidi di cottura sicuri (piaste elettriche, forni a microonde).
- Bisogna scongiurare l'accumulo e lo scambio illecito degli psicofarmaci.
Deve essere assicurata la somministrazione della terapia a vista dando la preferenza a formulazioni di immediato utilizzo (fiale, gocce, sciroppo).
Bisogna evitare di consegnare direttamente gli psicofarmaci ai detenuti.
- Bisogna rimuovere dalla cella tutti gli elementi a valenza autolesiva, rimuovendo sedie e sgabelli e utilizzando nel caso le lenzuola di carta.

Emblematica è la checklist di Arboleda-Florez per il controllo del rischio suicidario.

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 di supporto:

Nella maggior parte dei casi un comportamento suicidario non viene messo in atto in modo improvviso, ma segue un periodo di sofferenza e pensieri di morte .

E' da ritenere che in molti casi, anche quando le parole del paziente non rivelano sempre i veri propositi, le capacità intuitive ed empatiche del Medico Penitenziario ,dello Psichiatra e dello Psicologo possono cogliere le fantasie e il desiderio di morte del potenziale suicida.

Nonostante l'impulsività costituisca spesso il momento finale del processo suicidario , gran parte dei pazienti prima di arrivare a mettere in atto il tentativo lascia e/o esprime segnali premonitori che possono e devono essere raccolti.

Si avverte in questi specifici casi la necessità inderogabile di tirar fuori il mal di vivere che ha il detenuto.

Un elemento peculiare è costituito dalla comunicazione del soggetto sulla volontà di volersi togliere la vita: la letteratura ci ha insegnato che più della metà dei soggetti che si toglie la vita aveva espresso l'intenzione di farlo.

Domina l'erronea convinzione che chiedere direttamente al paziente se stia pensando al suicidio possa esporlo a maggior rischio facendogli nascere l'idea di metterlo in atto.

La condotta suicidaria in carcere è sostenuta da un polideterminismo psicologico.

Talora si intersecano componenti psicologiche multiple:

- una componente difensiva che risolve un conflitto angoscioso e senza via d'uscita;
- una componente punitiva ,di riscatto dalla colpa;
- una componente aggressiva che esprime il desiderio di vendetta .

Il suicidio in carcere è inteso però soprattutto come una protesta ed una sfida contro una potenza sopraffattrice e rappresenta per chi lo mette in atto l'ultima espressione di libertà con fuga da una realtà intollerabile.

La nefandezza particolare di un reato commesso, l'esito infelice di una sentenza di tribunale, la risposta negativa a una richiesta avanzata al magistrato, la revoca di una misura alternativa, il rifiuto di un trasferimento ad un altro carcere ,le notizie catastrofiche dal proprio nucleo familiare con particolare riferimento all'abbandono della propria moglie o della propria fidanzata sono elementi molto significativi che comportano e richiedono il massimo dell'attenzione da parte degli Operatori sanitari.

La morte attraverso il suicidio in carcere significa lo sgravio di preoccupazioni, di disgrazie, di difficoltà dell'esistenza.

Significa fuggire una vita invivibile.

Dimenticare tutto.

Non soffrire più.

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.

Parecchi casi di suicidio si sono registrati attraverso l'inalazione di gas dal fornellino in dotazione per riscaldare le vivande.

Diventa indispensabile rimuovere dalla disponibilità del potenziale suicida oggetti pericolosi:

- Cinture
- Corde
- Lacci di scarpa
- Cinta dell'accappatoio
- Fornellini a gas
- Lenzuola (sostituire con quelli di carta)
- Oggetti taglienti
- Psicofarmaci
- Fili elettrici
- Detersivi vari



L'accresciuto rilievo che ha assunto il disagio psichico in carcere impone l'esigenza di realizzare un servizio di presa in carico ben strutturato e 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.

Il compito più importante è quello di ascoltare efficacemente, cioè rendersi disponibili ad ascoltare il dolore che affligge l'individuo suicida.

La finalità è creare un contatto che porti alla risoluzione della sfiducia, della disperazione e che possa dare speranza alla possibilità di cambiare in meglio le cose.

Occorre delineare delle prospettive di cambiamento.

Le condizioni di oggettiva difficoltà in cui spesso si è costretti ad operare ,a causa del crescente sovraffollamento ,dell'inadeguatezza degli spazi a disposizione e 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.

Particolare attenzione deve essere rivolta :

- 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, anziani, 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.

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 con una presa in carico multiprofessionale (Medico, Psichiatra, Psicologo, Infermiere) allo scopo di accertare qualsiasi eventuale situazione personale di fragilità fisica o psichica e qualsiasi tendenza o segno suscettibili di tradursi in atti autolesionistici.

Presa in carico multiprofessionale del nuovo-giunto (Medico Penitenziario, Psichiatra, Psicologo, Infermiere)

Lo Psichiatra redigerà la scheda di valutazione del rischio suicidario.

Lo Psicologo redigerà il profilo psicologico con particolare riferimento al rischio suicidario.

Serve, pertanto, prima di tutto un diverso modo di accogliere chi viene portato in carcere, una accoglienza multidisciplinare e professionalmente qualificata, in grado di individuare i bisogni e in grado di coinvolgere in una progettualità condivisa tutti gli Operatori nel versante sanitario e in quello trattamentale.

Si richiama l'importanza delle attività di sensibilizzazione verso i compagni di cella e di sezione opportunamente selezionati, dei soggetti in crisi e a rischio.

Coinvolgere tali compagni può significare riuscire ad avere preziose e tempestive informazioni atte a rendere possibili interventi di salvaguardia e di aiuto.

Il soggetto a rischio suicidario non va mai allocato in cella singola, ma opportunamente deve essere scelta una compagnia debitamente sensibilizzata in grado di aiutarlo e di sostenerlo.

Va messo in atto opportunamente una concreta politica di recupero, di ricostruzione degli equilibri infranti, attraverso il colloquio, il dialogo, il contesto umano.

Soltanto in questi termini si può tentare di far uscire il detenuto dal suo pauroso isolamento, di distorglielo dalle 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.

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

Devono essere coltivati e richiamati gli affetti familiari anche attraverso l'intervento del servizio sociale.

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

Resta insopprimibile la possibilità di implementare i rapporti affettivi con la propria famiglia attraverso specifici incontri e contatti telefonici.

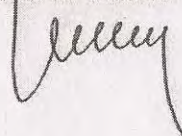
Di fronte ad un detenuto che tenta più volte il suicidio si impone la valutazione della incompatibilità alla carcerazione .

Recenti decisioni della Magistratura precisano che- *anche le affezioni di natura psicopatologica, qualora siano alla base della malattia afferente alla sfera psicologica, ovvero ne aggravino la sintomatologia ed il decorso, sono idonee a giustificare l'applicazione di misure alternative al carcere-*.

Per una presa in carico del disagio psichico finalmente incisiva si rende necessario implementare il monte orario degli Psichiatri e degli Psicologi.

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

Francesco Ceraudo

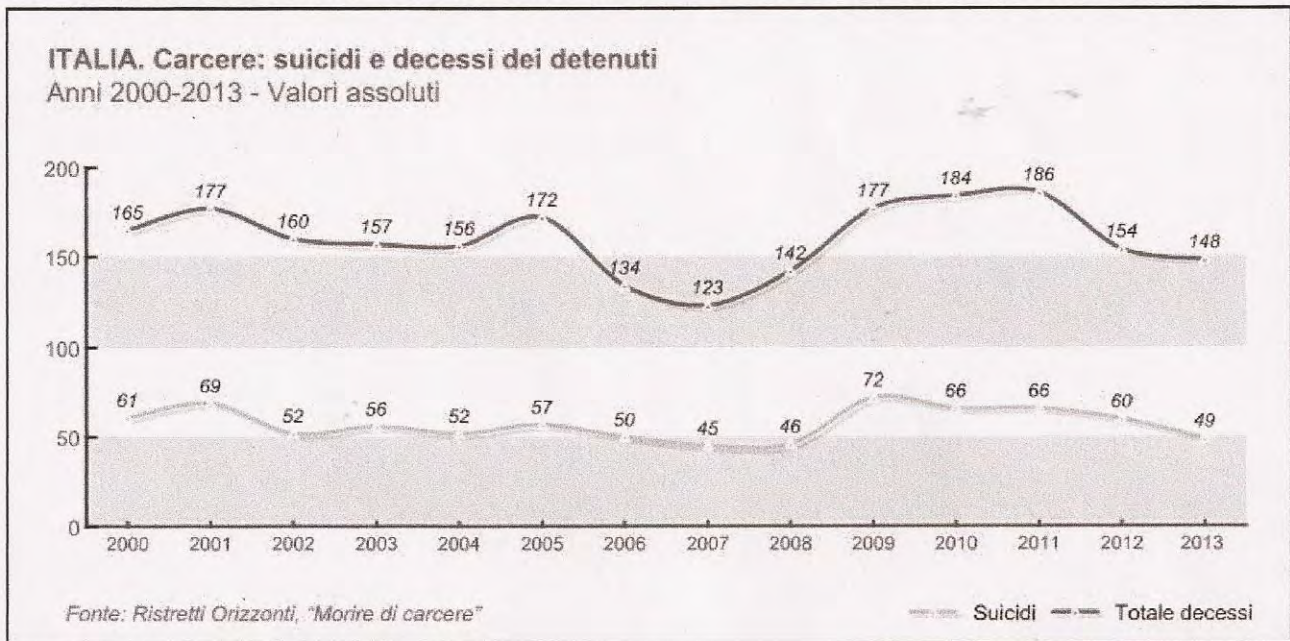


Morire di carcere: dossier 2000 - 2014

Suicidi, assistenza sanitaria disastrosa, morti per cause non chiare, overdose

Detenuti morti dal 2002 al 2014: per cognome, età, data e luogo del decesso

Morire di carcere in Toscana: time-line a cura de "Altracittà" e "perUnaltracittà"



Share 1.8k

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	49	153
2014*	43	130
Totale	844	2.368