

Il disagio psichico in carcere: gestione ordinaria o straordinaria

20 Gennaio 2020

Dario Pietro Maugeri

Abstract

La Conferenza Unificata Stato-Regioni-Provincie autonome di Trento e Bolzano ha siglato l'accordo con il Governo contenente "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidiario dei detenuti".

Diventa essenziale il "presidio delle situazioni potenzialmente pericolose e a rischio".

Nel contesto detentivo il restringimento delle idee, il ritiro dal mondo relazionale libero, assumono una portata maggiore in termini di cristallizzazione del pensiero su un funzionamento di tipo dicotomico, in quanto la restrizione della libertà e la vita dentro il carcere, scandita da regole, disciplina, controlli, tempi rigidi, rende inevitabilmente il soggetto dipendente dal contesto in cui vive.

The Unified State-Regions-Autonomous Provinces Conference of Trento and Bolzano signed the agreement with the Government containing "Guidelines for the reduction of the self-injurious and suicidal risk of prisoners".

The "monitoring of potentially dangerous and risky situations" becomes essential.

In the detention context, the narrowing of ideas, the withdrawal from the free relational world, take on a greater significance in terms of the crystallization of thought on a dichotomous type of functioning, since the restriction of freedom and life within the prison, marked by rules, discipline, controls, rigid times, inevitably makes the subject dependent on the context in which he lives.

Indice:

1. La cornice normativa

2. Le aree di intervento

3. cos'è il Pensiero suicidiario?

4. La strategia della prevenzione

1. La cornice normativa

La prevenzione del rischio suicidiario in carcere e in ogni struttura a carattere detentivo, così come nelle strutture penitenziarie minorili, rappresenta una priorità ed una emergenza sia del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Ministero della Giustizia - sia del Ministero della Salute ed è caratterizzata da precise scelte metodologiche: innovatività, comune perseguimento degli obiettivi, integrazione delle reciproche competenze.

La Conferenza Unificata Stato-Regioni-Provincie autonome di Trento e Bolzano ha siglato l'accordo con il Governo nella seduta del 19 gennaio 2012 licenziando un documento normativo contenente "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidiario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale", che impone, in ogni regione e in ogni distretto provinciale la definizione di protocolli operativi di intervento da attivare per ciascun istituto per adulti e per minorenni.

I risultati elaborati sono confluiti (dopo un periodo di sperimentazione coordinato dal "Tavolo di consultazione permanente per la sanità penitenziaria istituito fin dal 2009 dalla Conferenza Unificata) nel **"Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidiarie nel sistema penitenziario per adulti"**, adottato dalla Conferenza unificata in data **27.07.2017**, pubblicato in **G.U. nr. 189 del 14 Agosto 2017** e richiamato dalla **Circolare attuativa del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria nr. 0322214 del 11.10.2017**.

Il Piano nazionale è stato elaborato per la prevenzione delle condotte suicidiarie in ambito penitenziario per adulti, poiché condivisa è stata la necessità di rinviare ad un ulteriore documento autonomo l'area della giustizia minorile in considerazione della specificità del settore e dei rischi peculiari che connotano i detenuti minorenni.

I principi generali condivisi nel Piano Nazionale elaborati secondo un approccio olistico del fenomeno sono:

1. Piena **condivisione degli interventi** da parte del Servizio Sanitario Nazionale e del Ministero della Giustizia;
2. **Organizzazione funzionale degli interventi** a livello centrale, regionale e locale;
3. Costante **monitoraggio degli interventi** sul piano della valutazione dei rischi e dei protocolli operativi;
4. Adeguata differenziazione degli eventi critici tenendo presente la peculiarità del **rischio suicidiario** da quelli autolesivi;
5. Consapevolezza che il rischio suicidiario sia **un evento derivante dalle condizioni di vita del soggetto e non necessariamente generato da condizioni di una patologia fisica**.

Il Piano nazionale di prevenzione prevede tre livelli organizzativi - **Centrale, Regionale e Locale** - in cui sono costantemente rappresentate le istituzioni sanitarie e penitenziarie ed è stato elaborato dallo specifico Tavolo sulla sanità penitenziaria presso la Conferenza Unificata.

In coerenza con il presente Piano Nazionale di prevenzione, le Regioni formulano un protocollo di propria competenza per fornire ai livelli locali le indicazioni vincolanti e le azioni condivise per le proprie articolazioni, dopo avere costituito una rete di referenti che saranno indicati al Tavolo di consultazione permanente.



L'elaborazione dei piani regionali e locali costituisce il nucleo centrale del Piano Nazionale, sulla considerazione che è necessario coordinare il protocollo degli interventi e il metodo operativo, tuttavia è, altresì, necessario che il livello locale attivi una rete di attenzione e di analisi del fenomeno la più possibile estesa e capillare in armonia con la specificità del proprio territorio.

A tal proposito, il fine di tutelare l'integrità fisica e psicofisica del detenuto nel più ampio quadro della tutela della salute della persona, sancito dalla **Costituzione** all'**articolo 32**, assume una fondamentale funzione di garanzia dell'umanizzazione della pena, nella misura in cui la tutela della salute corrisponde non solo al trattamento di una patologia, ma, anche, al recupero psichico della persona.

2. Le aree di intervento

A tal fine, presso ogni istituto penitenziario deve essere vigente un "Piano Locale di Prevenzione (PLP)" elaborato dalla Direzione della struttura detentiva con l'Azienda sanitaria territorialmente competente, conforme alle direttive del livello centrale e regionale, che assicura una funzione prettamente tecnico-operativa e viene inserito nell'ambito del progetto annuale di Istituto, integrato dalla nomina di un referente locale specifico del PLP.

Metodologicamente, sono individuate, a tutti i livelli, centrale, regionale e locale, tre aree operative che devono integrare, **secondo il metodo olistico**, l'opera e l'azione di tutte le componenti professionali (Polizia Penitenziaria, esperti del trattamento e professionisti ex art. 80 O.P.):

1. **Area dell'attenzione e del sostegno tecnico e clinico:** personale specialistico
2. **Area della attenzione a-technica:** il personale del ruolo degli Educatori penitenziari (funzionari giuridico pedagogici) e di Polizia Penitenziaria assicurano un presidio ed una costante presenza durante le fasi della carcerazione.
3. **Area della Decisione:** è costituita dalla Direzione dell'Istituto, coadiuvata dai responsabili tecnici delle singole aree dell'istituto.

Nel descrivere le aree di intervento operative rilevanti nell'elaborazione di un efficace Piano Locale di Prevenzione (d'ora in poi PLP) diventa essenziale il "presidio delle situazioni potenzialmente pericolose e a rischio".

3. Il Pensiero suicidiario

Il pensiero suicidiario è considerato il primo fattore di rischio per il comportamento suicidiario, al quale è associato un incremento del rischio di suicidio e dei tentativi. La prevenzione di tale comportamento diventa più efficace se si è in grado di riconoscere, tempestivamente, il pensiero suicidiario.

Nella concettualizzazione di Shneidmann, il suicidio è il risultato di un dialogo che nasce da uno stato di costrizione psicologica, una visione a “tunnel” o “binaria”, un restringimento delle soluzioni normalmente disponibili per risolvere lo “psychache”, cioè il “tormento” nella psiche. **Il ruolo del suicidio, quindi, sarebbe quello di porre fine ad un “dolore mentale”, insopportabile, che nasce da sentimenti di colpa, vergogna, rabbia, solitudine e disperazione definiti “ingredienti base del suicidio”.**

Nell’individuo suicida, la presenza di questi ingredienti nascono da bisogni psicologici frustrati, tanto che l’autore sopra citato propone la definizione che segue: *“attualmente, nel mondo occidentale, il suicidio è un atto conscio di auto-annientamento, meglio definibile come uno stato di malessere generalizzato in un individuo bisognoso che alla prese con un problema, considera il suicidio come la migliore soluzione”.*

Il pensiero suicidiario è, dunque, un pensiero dicotomico, ovvero quel pensiero, definito come “black and white thinking”, che ragiona in termini di “tutto o nulla”, che azzera le complessità, le opzioni, le sfumature.

È, altresì, considerato una **forma di distorsione cognitiva che offusca le “skills cognitive”, la capacità di prendere decisioni e riduce tutto ad una visione bipolare “bianco o nero”.** Ciò in quanto la visione a tunnel è una distorsione percettiva della realtà, sia interna che esterna, nella quale si vede una sola ed unica soluzione rispetto ai problemi.

Infatti lo stato emotivo in cui si sviluppa questo pensiero ristretto è riferibile all’hopelessness-helplessness, cioè la sensazione che null’altro possa essere fatto e che nessuno possa aiutare, in una visione senza via d’uscita. Il contesto cognitivo in cui matura tale distorsione percettiva è una forte ambivalenza tra la vita e la morte, vissuta nel restringimento assoluto di opzioni ed alternative, in una totale stagnazione delle idee, che isola l’individuo dal mondo esterno, ambiente relazionale.

Nel contesto detentivo il restringimento delle idee, il ritiro dal mondo relazionale libero, assumono una portata maggiore in termini di cristallizzazione del pensiero su un funzionamento di tipo dicotomico, in quanto la restrizione della libertà e la vita dentro il carcere, scandita da regole, disciplina, controlli, tempi rigidi, rende inevitabilmente il soggetto dipendente dal contesto in cui vive, anche per l’appagamento di molte esigenze fondamentali individuali, come il vitto, la pulizia, la salute, sia per esigenze relazionali e comunicative.

Inoltre, il carcere (che rappresenta, come riconosciuto, una “istituzione totale”, certamente indispensabile per il funzionamento della giustizia e il diritto alla certezza della pena dei cittadini), per ragioni legate al suo mandato “custodiale”, tende ad imporre regole, valori, abitudini comuni, che limitano le differenze individuali, mettendo a rischio le identità personali, quale rischio calcolato.

Per questo motivo, **si deve partire dalla conoscenza del pensiero di tipo suicidiario, dal riconoscimento e dall'esplorazione dello specifico disagio, attraverso un'anamnesi contestuale e storica della persona**. Tale esplorazione è utile per mettere subito in luce i fattori di rischio, per riconoscere vulnerabilità e punti di forza, a cui dare una risposta operativa pronta ed efficace, all'interno di uno specifico programma di intervento individuale.

4. La Strategia della Prevenzione

Il suicidio è sempre un evento di enorme tragicità.

In base a quanto premesso si possono delineare, nell'ambito delle principali aree di intervento, i diversi "step" di intervento che corrispondono agli stadi di evoluzione del fenomeno suicidiario: l'individuazione del disagio (**intercettazione**), integrazione degli interventi (**azione condivisa multidisciplinare**), gestione del caso in staff (**approccio olistico**), monitoraggio dello stesso (**osservazione continua**), risoluzione del caso (**proposte risolutive**).

In questo senso è fondamentale l'importanza da attribuire alla c.d. "area della attenzione".

Vengono individuati concordemente i seguenti indici rivelatori di rischio:

1. **Assenza o carenza** di rete familiare oppure grave conflittualità in ambito familiare;
2. Assenza o carenza di una rete di relazioni sia all'esterno che all'interno della vita detentiva;
3. **Impatto** della detenzione in sé sull'individuo, inteso come trauma della carcerazione, in specie se alla prima esperienza detentiva;
4. **Tipologia** del reato per il quale la persona esprime sentimenti di vergogna, di etichettamento, di colpa, di preoccupazione per la propria vicenda giudiziaria;
5. Presenza di patologie psichiatriche, di dipendenza, di sofferenza cronica, di patologie acute e significative;
6. **pregressi** e/o attuali eventi critici come comportamenti autolesivi, tentativi di suicidio, comportamenti di tipo dimostrativo, azioni strumentali e plateali, reazioni sproporzionate di natura violenta etero e autodiretta;
7. **famigliarità** di comportamenti suicidiari;
8. forme di sofferenza diffusa di carattere psicopatologico (abuso pregresso di sostanze e conseguente dipendenza cronica, crisi di panico, insonnia, pigrizia cronica, estrema irrequietezza, disturbi del sonno, disturbi alimentari, sbalzi di umore, perdita di interesse nelle attività e/o relazioni, ripetuti rifiuti di cure e/o richieste ingiustificate di aumento del dosaggio dei farmaci);
9. eventi stressanti (udienze, condanne, rigetto di istanze, eventi anche esterni attuali o precedenti alla carcerazione).

I fattori di rischio non rappresentano però gli elementi esclusivamente determinanti del comportamento suicidiario. Occorre sottolineare che i fattori di rischio entrano in relazione con caratteristiche individuali, emotive, relazionali e contestuali che potenziano o riducono tali fattori.

Questi fattori possono essere complessi, ben nascosti, imperscrutabili, spesso indecifrabili nell'immediato ed enigmatici ad una normale osservazione, ma sempre accomunati ad una strutturazione del **pensiero suicidiario che rappresenta un punto di congiunzione tra i predetti indici del disagio.**

Ciò in quanto la condotta suicidaria è sempre determinata da una molteplicità di fattori e anche il concomitare di più fattori di rischio non riesce, secondo le attuali conoscenze, a concretizzarsi in una soddisfacente capacità predittiva, se si considera che anche un "tumulto emozionale negativo" (es. un grave lutto familiare, la rottura improvvisa di una relazione affettiva familiare) connesso a fattori accidentali e all'impulsività soggettiva possono determinare ed innescare lo scatenamento del comportamento autosoppressivo.

Si comprende, dunque, come spesso il suicidio in un ambiente coercitivo e chiuso come il carcere può risultare un'evenienza tanto probabile quanto imprevedibile nel tempo e nelle modalità.

TAG: carcere, detenuti, lesioni

Avvertenza

La pubblicazione di contributi, approfondimenti, articoli e in genere di tutte le opere dottrinarie e di commento (ivi comprese le news) presenti su Filodiritto è stata concessa (e richiesta) dai rispettivi autori, titolari di tutti i diritti morali e patrimoniali ai sensi della legge sul diritto d'autore e sui diritti connessi (Legge 633/1941). La riproduzione ed ogni altra forma di diffusione al pubblico delle predette opere (anche in parte), in difetto di autorizzazione dell'autore, è punita a norma degli articoli 171, 171-bis, 171-ter, 174-bis e 174-ter della menzionata Legge 633/1941. È consentito scaricare, prendere visione, estrarre copia o stampare i documenti pubblicati su Filodiritto nella sezione Dottrina per ragioni esclusivamente personali, a scopo informativo-culturale e non commerciale, esclusa ogni modifica o alterazione. Sono parimenti consentite le citazioni a titolo di cronaca, studio, critica o recensione, purché accompagnate dal nome dell'autore dell'articolo e dall'indicazione della fonte, ad esempio: Luca Martini, La discrezionalità del sanitario nella qualificazione di reato perseguibile d'ufficio ai fini dell'obbligo di referto ex. art 365 cod. pen., in "Filodiritto" (<https://www.filodiritto.com>), con relativo collegamento ipertestuale. Se l'autore non è altrimenti indicato i diritti sono di Inforomatica S.r.l. e la riproduzione è vietata senza il consenso esplicito della stessa. È sempre gradita la comunicazione del testo, telematico o cartaceo, ove è avvenuta la citazione.