

Il suicidio in carcere. Una catastrofe umanitaria.

Anno 2021 : si sono registrati 54 suicidi in carcere.

La maggior parte di essi è avvenuta a mezzo impiccagione.

Dall'inizio dell'anno 2022 si sono registrati già 4 suicidi.

“Il quadro complessivo delle strutture carcerarie risulta di gravissimo disagio, come indicano un tasso di suicidi di quasi 20 volte superiore a quello nazionale e un numero veramente impressionante di condotte autolesionistiche. Si ritiene che il carcere possa sospendere unicamente il diritto alla libertà, senza annullare gli altri diritti fondamentali come quello alla salute e alla risocializzazione, scontando una pena che non modifichi la dignità umana.”

Comitato Nazionale di Bioetica.

Gli istituti penitenziari con maggior incidenza di suicidi:

Firenze Sollicciano

Roma Rebibbia

Roma Regina Coeli

Cagliari

Palermo Pagliarelli

Milano Opera

Genova Marassi

C.R. Padova

Napoli Poggioreale

Napoli Secondigliano

Lecce

Parma

Le morti si concentrano soprattutto nelle strutture più grandi e dunque più sovraffollate.

Gli attuali, gravi disagi della vita in carcere in seguito al sovraffollamento e al sovrapporsi della pandemia da Covid 19 hanno creato le condizioni per una recrudescenza del fenomeno.

Il restringimento degli spazi e il deterioramento delle relazioni, insieme alla scarsità di opportunità sono correlabili non solo con il suicidio, ma più in generale con l'autolesionismo e con la reattività aggressiva nei confronti del personale.

Di carcere non si può morire e nel carcere non si deve morire.

Non sapremo mai quali motivi, quali sofferenze e quale esasperazione è culminata nei tragici gesti.

Anno	Suicidi	totale morti
2000	62	167
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	185

2011	66	186
2012	60	154
2013	49	153
2014	44	132
2015	43	123
2016	45	115
2017	52	123
2018	67	134
2019	53	
2020	62	
2021	54	

(ogni 900 detenuti presenti, uno ha deciso di togliersi la vita).

In definitiva dal 2000 si contano complessivamente 1222 suicidi.

Una catastrofe umanitaria, una tragedia che si consuma inesorabilmente quasi ogni giorno e che racconta la disperazione di uomini sfiniti che alla fine si sono arresi.

I numeri sono veramente preoccupanti e impongono una presa di coscienza immediata al fine di arginare un fenomeno che crea un profondo allarme sociale.

Ancora una volta il suicidio è la prima causa di morte in carcere.

Il Prof. Giovanni Conso, il cui ricordo è struggente unitamente a sentimenti di viva riconoscenza, nelle sue lezioni magistrali ai Congressi Nazionali e Internazionali di Medicina Penitenziaria aveva

l'abitudine di ricordare che è triste morire, ma è ancora più triste se uno muore in carcere.

Diceva un detenuto :“ Più che vivere, si tenta di sopravvivere con l'incessante desiderio di suicidarsi”.

La carcerazione nelle condizioni attuali in preda al Covid-10 è un fattore specifico di vulnerabilità all'autoaggressione.

Si parla in modo particolare di vulnerabilità bio-psico-sociale della popolazione detenuta.

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, possibili opzioni a disposizione.

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

Lo scopo del suicidio è trovare una soluzione: la volontà di uscire da una crisi, da una situazione insopportabile, da emozioni violente, da uno stato di angoscia inaccettabile. Significa lo sgravio di preoccupazioni, di disgrazie, di difficoltà dell'esistenza.

Significa fuggire la vita.

Dimenticare per sempre tutto.

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.

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

“In carcere i detenuti che si tolgono la vita-sostiene il detenuto ergastolano Carmelo Musumeci- scelgono di morire perché si sentono

ancora vivi, mentre molti rimangono in vita, perché hanno smesso di vivere”.

Chi sono i detenuti suicidi?

Sono individui sconvolti, scossi, disperati.

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.

A seconda dei singoli casi il suicidio in carcere può assumere un diverso significato: difensivo, punitivo, aggressivo, rivendicativo.

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

Il suicidio in carcere è il gesto finale e disperato dei soggetti che presentano seri disturbi psichiatrici.

Elementi correlati alla costituzione-emotività, turbe caratteriali, impulsività, labilità psichica nel corso di esperienze soggettive di frustrazione o di rifiuto- delineano le premesse alle tendenze suicide che si realizzano per il sopravvenire di un'esperienza 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.

Il malato di mente in carcere soffre le pene dell'inferno.

E' detenuto due volte: dal carcere e dalla malattia.

Mentre il detenuto normale dopo un certo periodo riesce in qualche modo ad adattarsi alla vita carceraria, il detenuto malato di mente non ha questa capacità, perché la malattia di fatto rappresenta un grave ostacolo all'adattamento.

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 trasferimenti ad altro carcere, sopravvenuta condanna in seguito a sentenza, efferati delitti, disgrazie familiari sono fattori stressanti che possono condurre alla determinazione di darsi la morte.

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

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

Particolarmente a rischio sono i giovani al primo arresto che devono ancora apprendere le strategie di sopravvivenza.

Sentimenti predominanti nell'animo dei detenuti nel contesto di un ambiente carcerario in preda a desolazione e ad emarginazione sociale ed affettiva:

- **Visione negativa di se stessi**
- **Aridità affettiva**
- **Pensieri ricorrenti di morte**
- **Sgomento, disperazione, tristezza**
- **Rallentamento del pensiero**

- **Disturbi del sonno**

Si uccidono più gli italiani che gli stranieri, più gli uomini che le donne.

I tossicodipendenti rappresentano il 30% dei casi di suicidio.

Gli stranieri rappresentano il 25% dei suicidi.

I periodi di maggior rischio sono subito dopo l'ingresso in carcere, dopo le sentenze e durante pene lunghe.

La maggior parte dei tentativi di suicidio viene messo in atto in celle singole, di isolamento, nei settori di massima sicurezza, in orari in cui diminuisce la vigilanza del personale di Polizia Penitenziaria.

Il carcere è malato.

Sempre più spesso viene usato come discarica in quanto serve a gestire fenomeni sociali quali:

- **Immigrazione**
- **Tossicodipendenza**
- **Povertà**
- **Emarginazione**
- **Malattia mentale**

Accanto ai suicidi bisogna considerare i gesti autolesionistici, in media 6000-7000 l'anno, che non si tramutano in tragedia anche per l'ammirevole impegno di pronto intervento dei Poliziotti Penitenziari.

I gesti di autolesionismo continuano a conservare sempre un'incidenza

preoccupante e purtroppo costante e suscitano nelle strutture carcerarie momenti di preoccupazione e di allarme, perché riescono ad infrangere apparenti equilibri e a scuotere con una sferzata la routine istituzionale.

- **Ferite da taglio, incisioni sulla pelle**
- **Cuciture delle palpebre, delle labbra e dell'organo sessuale**
- **Ingerire sostanze tossiche(candeggina ecc.)**
- **Darsi fuoco**
- **Ingoiare fogli di giornale (soffocamento)**
- **Sciopero della fame**
- **Rifiuto della terapia salvavita**
- **Ingestione di oggetti(lamette, pile, posate di plastica)**

Strumenti adoperati:

Lamette, pile, posate di plastica e di alluminio, bombolette del gas, candeggina, alcool, aghi da cucire, fili di rame per elettricità, detersivi vari.

Bisogna rimuovere tutti i possibili oggetti pericolosi: oggetti taglienti, cinture, lacci, corde, lenzuola, fornellini a gas, cinto dell'accappatoio, farmaci, alcool, candeggina.

I gesti autolesivi si possono inquadrare più generalmente nell'ambito delle condotte suicidarie.

Simili sembrano essere i meccanismi dinamici che li sottendono e i rapporti con i quadri psicopatologici nel corso dei quali più frequentemente si riscontrano.

A tal proposito bisogna riportarsi alle sindromi depressive e a quelle schizofreniche.

Nelle sindromi depressive il gesto autolesivo si colloca come un tentativo di sfuggire all'angoscia della depressione, in una situazione vissuta come priva di significato e di speranza, come può succedere soprattutto ai detenuti tossicodipendenti e ai detenuti malati di AIDS.

Nelle sindromi schizofreniche, invece, si determina in genere in maniera imprevedibile e bizzarra, sostenuta sempre da deliri a sfondo persecutorio o mistico e da fenomeni allucinatori uditivi sotto forma di voci di comando.

Molto frequentemente, però, il gesto autolesivo sottintende una condotta di tipo dimostrativo al fine preciso di poter richiamare l'attenzione su di sé.

Possiamo annoverare in questo gruppo strutture di personalità istrioniche, ma anche soggetti fragili e insicuri.

Di frequente in questi soggetti, in assenza di un evidente quadro psicopatologico, si riscontra un atteggiamento di tipo rivendicativo, ove risultano ipervalutati i torti subiti e trascurate le personali responsabilità.

Inoltre si possono evidenziare anche strutture di personalità rigide e diffidenti, poco adattabili, che pongono in atto tali gesti con determinazione e ripetitività se le loro rivendicazioni e le loro istanze non vengono subito recepite.

Rimane d'obbligo precisare e la cosa è facilmente intuibile, che personalità forti come i vari boss mafiosi o i detenuti politici irriducibili non ricorrono a questo specifico espediente.

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 introspezionare i meccanismi che si susseguono nella mente di una persona scaraventata in un mondo sconosciuto, subdolo e promiscuo.

Bisogna partire dal vissuto di chi, improvvisamente, si vede aprire uno dopo l'altro i cancelli di un carcere che scandiscono rumorosamente la vita prima e quella che sta per iniziare dal momento in cui il detenuto raggiunge la propria cella.

In un breve frangente tutto vacilla.

Si avverte la consapevolezza di aver perso molte libertà importanti per la vita: quella di muoversi, di comunicare, di gestire la propria quotidianità.

Improvvisamente si è soli.

La solitudine, l'essere segregati, la perdita di autonomia, il doversi adattare necessariamente a spazi ridottissimi, il senso pervadente di impotenza sono componenti significative nell'elaborazione suicidia.

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

I detenuti portatori di disturbi mentali costituiscono ormai una percentuale altamente significativa sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo.

La radice del disagio psichico è una profonda angoscia e un forte stato di solitudine e la crisi si manifesta quando il detenuto non è più in grado di tenere a bada il proprio dolore, il proprio senso di abbandono e si lascia invadere da quel nulla di esistenza che scatena comportamenti suicidi.

In questo ambito analizzare bisogni di cura, metodologie d'intervento, strumenti di analisi, procedure clinico-organizzative sta diventando sempre più importante.

L'accresciuto 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 a 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.

Fattori di rischio:

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

Fattori di rischio di ordine psicopatologico.

- Disturbi psichiatrici attuali o trascorsi.**
- Disturbi dell'umore. Disturbo bipolare.**

- **Disturbo da dipendenza alcolica o da sostanze**
- **Schizofrenia**
- **Disturbi di personalità**

Precedenti episodi di comportamento suicidario

Fattori socio-demografici

- **Interruzione di relazioni importanti (separazione, divorzio, vedovanza)**
- **Isolamento**
- **Disoccupazione**
- **Migrazione**

Fattori ambientali

- **Eventi di vita stressanti**
- **Disponibilità dei mezzi suicidari**
- **Esperienze dirette di suicidio o familiarità per comportamenti suicidari.**

Fattori situazionali

Un fattore importante è la collocazione nella cella di isolamento.

La carcerazione costituisce in definitiva un'esperienza vitale altamente traumatizzante e può dar luogo alla slatentizzazione di molteplici forme di patologia mentale prima ancora in fase di compenso.

Il disturbo post-traumatico da stress, l'attacco di panico, la sindrome da separazione con riferimento particolare ai detenuti

extracomunitari, le reazioni depressive, le crisi ansiose, il disturbo bipolare, il disturbo ossessivo-compulsivo, le crisi isteriche, i disturbi di personalità (borderline e antisociale) il discontrollo degli impulsi e le reazioni auto ed eteroaggressive sono i quadri psichiatrici che il Medico Penitenziario riscontra con maggior incidenza.

Da tenere nella dovuta considerazione anche i disturbi psichiatrici in corso d'infezione da HIV e il disturbo da uso di sostanze con la relativa doppia diagnosi.

Il suicidio è un atto eroico o una bancarotta esistenziale?

L'infarto dell'anima per alcuni.

La condotta suicida in carcere è retta da un polideterminismo psicologico.

Talora s'intersecano componenti psicologiche multiple: una componente difensiva, che risolve un conflitto angoscioso e senza valida uscita; una componente punitiva di riscatto della colpa; una componente aggressiva che esprime il desiderio di vendetta.

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

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

Significa non soffrire più.

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 talvolta anche un lungo periodo in cui la strategia per attuarlo viene meditata.

E' da ritenere che in molti casi, anche quando le parole del paziente non rivelano sempre i veri pensieri, le capacità intuitive ed empatiche del Medico Penitenziario 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 essere raccolti.

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.

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. Dice di aver perso fiducia nel futuro, ma che ama vivere, ma vuole vivere libero dalle sofferenze.

Domandando ai pazienti che presentano ideazione suicidaria e che hanno tentato il suicidio, si riceve spesso una descrizione di come l'angoscia li opprime nel corpo.

Parlano di un nodo alla gola, di un macigno sul torace, di una sofferenza intrappolata nelle viscere.

Affrontare le difficoltà 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 aumentare o diminuirne la sopportabilità.

Il Medico Penitenziario deve essere portato a 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 paziente.

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.

Si delineano eventuali segnali d'allarme.

Il detenuto prima di compiere l'atto letale spesso annuncia la sua scelta o usa espressioni tipo : *vorrei non essere mai nato.....vorrei potermi non svegliare più.....magari fossi morto.....ho intenzione di farla finitaspero di morire un giorno o l'altro e smettere di soffrire* oppure sceglie espressioni meno dirette come *...a che serve vivere? A chi importa se muoio?ben presto non dovrai più preoccuparti di me ... non riesco a fare nulla....non posso andare avanti così ...sono un perdente....gli altri staranno meglio senza di me.*

Un giorno un detenuto mi ha spiegato a suo modo perché talora si ricorra in carcere ad atti di autolesionismo: *"Lo chiamo generoso orgoglio vedere scorrere il proprio sangue. E' come riappropriarsi del libero arbitrio, si cancella l'invisibilità alla quale ti condanna lo stare in carcere."*

Queste idee, queste suggestioni vanno tenute nella dovuta considerazione perché nel paziente a rischio sono seguite, in tempi più o meno rapidi da un'ideazione anticonservativa più stringente e strutturata e/o da un tentativo autolesivo impulsivo.

Le idee di morte possono presentare nei giorni precedenti il tentativo, un tipico andamento crescente in intensità, frequenza e durata, fino a diventare pervasive.

In un paziente con precedenti comportamenti autolesivi dovrebbero mettere in allarme sia un recente aggravamento della quota ansiosa,

degli episodi di perdita di controllo, dei sentimenti di disperazione, sia modificazioni inaspettate del tono dell'umore.

Un rapido miglioramento associato a sentimenti di serenità, distacco, indifferenza, e, talvolta, a parole di rimpianto e di rimorso a ineffabili e sibilline allusioni alle sofferenze passate, è un antecedente frequente dei tentativi di suicidio pianificati.

I disturbi bipolari, e il particolare le forme caratterizzate da viraggi rapidi e improvvisi del tono dell'umore e gli stati misti, rappresentano forse la condizione clinica più imprevedibile e rischiosa.

Nell'indagare l'ideazione suicidaria è necessario usare tatto e discrezione, partendo da domande generali per raggiungere progressivamente il centro del problema.

Si potrà chiedere al paziente come si sente, quali sono i suoi pensieri, se c'è qualcosa che non va, se si sente giù, abbattuto, se prova difficoltà ad affrontare i problemi, se si sente scoraggiato, per passare a domande più dirette, se ha pensato che la morte possa essere una soluzione, se gli sembra che la vita non valga la pena di essere vissuta, se ha preso in seria considerazione il suicidio e fatto progetti in tal senso e, se sì, le modalità, gli eventuali preparativi.

I soggetti che ammettono di aver presa in seria considerazione il suicidio, ma affermano di non volerlo attuare per ragioni che possono essere religiose, morali, familiari sono generalmente credibili almeno in quel momento.

Pensieri, desideri o propositi suicidari, comunque vengono manifestati, testimoniano sempre del fatto che il paziente è disperato, si sente fallito, incapace di affrontare la vita.

Il Medico Penitenziario deve essere ben cosciente di questo e avvicinarsi a lui con comprensione e disponibilità all'ascolto senza drammatizzare eccessivamente, ma anche senza affrettate e superficiali rassicurazioni, senza porsi in atteggiamento di critica o di giudizio.

Il compito più importante per il Medico Penitenziario è quello di ascoltare efficacemente, cioè rendersi disponibile ad ascoltare il dolore che affligge il potenziale suicida.

Lo scopo 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.

Il metodo più frequentemente usato in carcere per suicidarsi è l'impiccagione alle sbarre con le stringhe ricavate dalle lenzuola(87%).

I principali punti di legatura sono le sbarre delle finestre, lo sciacquone, le ringhiere dei letti, armadi, porte.

Solitamente viene utilizzato anche uno sgabello o una sedia.

Si uccide anche per asfissia(infilando la testa in sacchetti di plastica nel 7%).

Negli ultimi tempi sono quasi del tutto scomparsi i suicidi per ingestione di tranquillanti e ipnotici che il detenuto riusciva ad accumulare, sia perché il tranquillante o l'ipnotico deve essere assunto alla presenza del personale infermieristico, sia perché il Medico Penitenziario, per scongiurare inutili tentazioni, è portato a sostituire le compresse e le capsule con l'equivalente in gocce.

Particolare attenzione deve essere posta:

- Ai tossicodipendenti**
- Ai detenuti giovani**

- **Ai detenuti con disturbi psicopatologici**
- **Ai malati di AIDS**
- **Ai recidivi**
- **Ai politici**
- **Ai detenuti che hanno compiuto efferati delitti**
- **Ai malati di Covid-19**

Una collocazione specifica è rappresentata dal suicidio d'onore per il padrino.

Dall'introduzione del carcere duro nel 1992, sono stati 39 i detenuti del 41bis a togliersi la vita.

Fino all'ultimo attimo della loro esistenza vogliono dimostrare che non sono uomini qualunque.

Ciò che per tutti gli altri rappresenta l'estremo gesto di debolezza e fragilità al di là di ogni apparenza, per loro diventa segno di forza.

E' una sfida: quella finale. Per non accettare la resa. Per non subire la sconfitta. Per non provare la vergogna. E comunicare alla propria gente che-per uomini speciali ed eletti come loro-una soluzione c'è sempre. Senza più speranza e senza più futuro, i mafiosi del terrore e delle stragi scelgono la via della morte. Già li chiamano i suicidi d'onore. E lasciano il mondo violentemente così come lo hanno vissuto

senza macchiarsi dell'infamia più grave: quella di collaborare e tradire l'organizzazione.

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

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.

Bisogna rimuovere dalla cella (cosiddetta cella liscia) tutti gli elementi a valenza autolesiva(fornellino a gas, accumulo di farmaci, lamette, pezzi di vetro e tutto ciò che può essere utilizzato per l'impiccagione).

In caso di necessità bisogna utilizzare le lenzuola di carta.

Va messo 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 distoglierlo dalle sue idee fisse.

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, attività sportive per distoglierlo dal suo ozio avvilente.

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

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

Resta centrale l'obiettivo di perseguire una maggiore umanizzazione tra detenuti e Operatori Penitenziari.

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

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

Occorre allestire un piano generale di prevenzione del suicidio che contempli i seguenti punti:

- A) Un programma di formazione per gli Operatori Sanitari e per gli Operatori Penitenziari che li aiuti a riconoscere i detenuti a rischio suicidario.
- B) Bisogna porre particolare attenzione all'ambiente carcerario e soprattutto all'igiene ambientale. Da ciò discende la riqualificazione e la gestione degli spazi.

La qualità del clima sociale è molto importante nel ridurre al minimo i comportamenti suicidari. Negli ultimi tempi purtroppo si è registrata la contrazione delle opere di manutenzione ordinaria

e straordinaria delle strutture con grave dequalificazione dei livelli igienico-sanitari.

- C) Procedure di screening sistematico dei detenuti sia all'ingresso che durante la detenzione per identificare gli individui con un rischio elevato. Allestimento del Polo di accoglienza. Si rende necessario sottoscrivere il patto per la tutela della salute prefigurando una diversa modalità di offerta sanitaria basata su un modello di Medicina d'iniziativa.

Incremento della presenza di Psichiatri e Psicologi.

- D) Strategie per favorire la comunicazione e le informazioni tra il Personale Penitenziario sui soggetti a rischio.
- E) Rimozione delle bombolette a gas. 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 suicidi preterintenzionali di soggetti alla ricerca di effetti stupefacenti.

- F) Devono trovare legittima estrinsecazione gli interessi affettivi.

A proposito si porta l'esempio edificante della Spagna, dove allo stesso numero di detenuti dell'Italia corrisponde la metà del numero dei suicidi. In Spagna il detenuto gode di una maggiore socialità ed ha la possibilità di coltivare gli interessi affettivi in modo esaustivo.

- G) Devono trovare adeguato sviluppo gli spazi sociali e ricreativi.

- H) Bisogna implementare le attività lavorative.

- I) Le misure alternative e di comunità per i tossicodipendenti.

- J) Di fronte a gravi quadri psicopatologici si deve delineare lo stato di incompatibilità con la carcerazione.

Il Comitato di Bioetica raccomanda di predisporre un piano d'azione nazionale per la prevenzione dei suicidi in carcere, secondo le direttive formulate dagli organismi europei.

Il piano dovrebbe prevedere indirizzi:

- 1)per lo sviluppo di un sistema di pene più aderente ai principi costituzionali;**
- 2)per una maggior trasparenza delle regole interne al carcere ;**
- 3)per una maggiore personalizzazione del trattamento contrastando le pratiche deresponsabilizzanti e infantilizzanti che riducono all'impotenza e umiliano le persone detenute;**
- 4)per una prevenzione specifica in merito alla tempestiva individuazione e intervento sulle situazioni a rischio in grado di travalicare la soglia di resistenza delle persone detenute;**
- 5)per lo sviluppo del monitoraggio e della ricerca intorno al fenomeno ;**
- 6)per la formazione specifica degli Operatori a partire dall'esame dei singoli casi di suicidio;**
- 7)istituire gruppi di attenzione per individuare le situazioni critiche al loro insorgere;**
- 8)istituire gruppi di aiuto da parte di detenuti per sostenere i soggetti che sembrano più fragili;**

il suicidio costituisce solo un aspetto di quella più ampia e complessa crisi di identità che il carcere determina, alterando i rapporti e le relazioni, disgregando le prospettive esistenziali, affievolendo progetti e speranze.

Il suicidio in carcere oltre che come spia del disagio soggettivo del detenuto rispetto alla perdita della libertà deve essere considerato come sintomo d'inadeguatezza sociale, non tanto a proteggere i detenuti, quanto a rispettarne i diritti fondamentali.

L'obiettivo è quello di adottare un modello di detenzione che, marginalizzando le condizioni di passività, di ozio avvilente e di segregazione sia in linea con i parametri costituzionali di finalità rieducativa della pena e sua umanizzazione.

Tutto ciò nella prospettiva di contrastare efficacemente il ruolo infantilizzante, miseramente afflittivo e inabilitante dello spazio della pena.

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 a 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 che si vuole suicidare.

Lo scopo 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.

Anche se molte volte non ci è dato prevedere con precisione se e quando un detenuto tenterà il suicidio ,gli Operatori Sanitari e

il Personale Penitenziario (Poliziotti, Educatori ,Psicologi, Cappellani, Volontari) possono essere messi nella condizione di identificare detenuti in crisi suicidaria, stimare il loro rischio e trattare eventuali gesti suicidari.

L'implementazione di programmi generali per la prevenzione del suicidio è uno degli strumenti più validi che possiamo mettere in campo per ridurre sistematicamente il loro tragico numero.

E' vero che il suicidio è un atto di volontà frutto di una scelta individuale, a volte difficilmente comprensibile agli altri nelle sue motivazioni. Come tale va sempre guardato con cautela e rispetto.

Ma il rispetto per il travaglio insondabile di chi decide il gesto estremo non solo non contrasta, ma, al contrario spinge all'impegno collettivo per rimuovere tutte le condizioni capaci di favorire o far precipitare l'evento.

Lo stesso Prof. Luigi Manconi, Presidente della Commissione per la tutela dei Diritti umani, ricorda che in 10 anni si sono uccisi anche quasi 100 Agenti di Polizia Penitenziaria a dimostrazione che è il sistema carcere e l'organizzazione di quella macchina ad essere patogena.

I Medici Penitenziari devono tenere gli occhi, le orecchie, il cuore aperti verso questa drammatica circostanza.

La chiave di volta sta nel promuovere cambiamenti che intacchino le fonti del dolore che possono mettere a repentaglio la vita del detenuto.

La prevenzione del suicidio rientra a pieno titolo nella difesa della salute e della vita, quale promozione di un ambiente che rispetti le persone e lasci aperta una prospettiva di speranza e

**un orizzonte di sviluppo della soggettività in un percorso di
reintegrazione sociale.**

Prof. Francesco Ceraudo

Già Presidente Associazione Medici Penitenziari (AMAPI)