

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

