



**Servizio
Sanitario
della
Toscana**



Regione Toscana

Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

La valutazione del rischio suicidario, l'autolesionismo e strategie di gestione

*di Lorenzo Bonamassa
U.O. Psichiatria Azienda USL 4 Prato*

Edizione III, 17 Febbraio 2015

Argomenti

1. Epidemiologia dei comportamenti suicidari nella popolazione generale e nella popolazione carceraria
2. Fattori predittivi dei comportamenti suicidari
3. Le specificità del Carcere
4. Focus sul rapporto tra autolesionismo e disagio psichico
5. Eziopatogenesi e psicopatologia dei comportamenti suicidari
6. Prevenzione dei comportamenti suicidari: le criticità in ambito carcerario
7. Strumenti di valutazione dei comportamenti suicidari: scale di valutazione e checklist
8. Interventi terapeutici: farmacoterapia, la rete di accoglienza, presa in carico e assistenza/cura del soggetto a rischio.

Bibliografia Essenziale

- Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria; Capitolo 18: “Il rischio di Suicidio”. A cura di Luciano Conti. Ed. S.E.E. Firenze, 1999.
- Il Suicidio e la sua prevenzione. A cura di Roberto Tatarelli e Maurizio Pompili. Ed. Giovanni Fioriti Editore s.r.l. Roma, 2008.
- Psicopatologia a clinica psichiatrica; Giovanni B. Cassano e Antonio Tundo. Ed. Utet 2006.
- Il Suicidio nelle carceri: stato dell’arte in Italia e nel Mondo, di Bonamassa L.; Review presentata al Convegno: “Anatomia del suicidio in carcere (conoscere e regolare per prevenire)”, Firenze 30 settembre 2001.
- Alcune riflessioni sulle condotte autoaggressive poste in essere negli istituti penali italiani, di Buffa P.: in “Rassegna Penitenziaria” n.3, Rivista del Ministero della Giustizia e del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, 2008.
- Delibera della Giunta Regionale Toscana del 30 maggio 2011, n. 441.
- Delibera della Giunta Regionale Toscana del 3 ottobre 2011, n. 842 con Allegato A: “La prevenzione del suicidio in carcere: linee di indirizzo”.
- Suicidio nelle carceri. II: La situazione italiana ed elementi di prevenzione, di Pompili M. et al., Psichiatria e Psicoterapia (2006) 25, 4, 309-322.

I suicidio miete più vittime di un conflitto armato!!

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità viene commesso un **tentativo di suicidio circa ogni tre secondi**, un suicidio completato ogni minuto!!

Gruppi ad alto rischio: giovani maschi (dai 15 ai 49 anni); persone anziane, soprattutto maschi; popolazioni indigene; persone con malattie mentali; persone con abuso di alcol o di sostanze; persone che hanno già effettuato un precedente tentativo di suicidio; **i detenuti.**

Suicidio nella Popolazione Generale

- E' una delle **10** principali cause di morte nel mondo
- La mortalità per suicidio cresce con l'aumentare dell'età: nelle donne vi è un aumento costante con l'età, **negli uomini si nota un picco dopo i 65 anni**
- Assume dimensioni più rilevanti **in età anziana** (per restringimento dei legami e per comparsa di patologie)

Suicidio nella Popolazione Generale

- Tra i **15 ed i 24 anni** è la terza causa di morte dopo: incidenti e tumori
- Tra i **25 ed i 44 anni** è la quarta causa di morte dopo: incidenti, tumori e malattie dell'apparato cardiovascolare
- Metodi più usati negli uomini: **impiccagione, armi da fuoco, defenestrazione**
- Metodi più usati nelle donne: **defenestrazione, impiccagione, annegamento**
- Zone più a rischio in Italia: Nord-Est e Sardegna

Tentativo di Suicidio nella Popolazione Generale Italiana

- Tasso del **5-6/100.000**
- Sopra i 25 anni è più frequente negli uomini
- Sotto i 25 anni è più frequente nelle donne
- **Ha un andamento inversamente proporzionale all'età** (questo suggerisce che il comportamento manipolativo sia meno frequente nella popolazione anziana)
- Nel giovane prevale il tentativo con mezzi meno violenti e meno letali (gesto liberatorio e cry for help)
- Negli anziani prevale il tentativo con mezzi più violenti e più letali (più spesso sono suicidi mancati)
- Metodi più utilizzati: **abuso di farmaci, lesioni con oggetti appuntiti, avvelenamento** (la scelta dipende da: disponibilità del mezzo; imitazione; tradizione culturale; intenzionalità suicidaria)

WHO e IASP, 2007

- Nel rapporto del 2007 inerente la prevenzione del suicidio nelle carceri, si evidenzia che **i detenuti costituiscono un gruppo di popolazione ad alto rischio di suicidio.**
- La detenzione in sé e per sé è un evento stressante anche per i detenuti non affetti da patologie psichiche, privando la persona di risorse basilari.

Istituzioni Totali (Goffman Z., 1969)

L'ambiente carcerario è regolato da norme interne rigide ed inflessibili che inducono uno *stato di anomia*, con notevoli conseguenze psicologiche e comportamentali sul detenuto.

(Durkheim E., 1983)

Si parla ancora oggi di *prisonization* cioè di quel processo psicologico comune nelle istituzioni carcerarie che elimina le differenze individuali, inducendo abitudini comuni, sminuendo la persona, alienandola dal Sé, sostituendola con l'istituzione.

(Clemmer S., 1940)

La costrizione dalla libertà, l'isolamento dalla socialità, l'anomia e la *prisonization* sono i passi salienti dell'instaurarsi di quei processi autodistruttivi che possono sfociare in una condotta suicidaria

(Spacca A. et al., 2007)

Nel Mondo

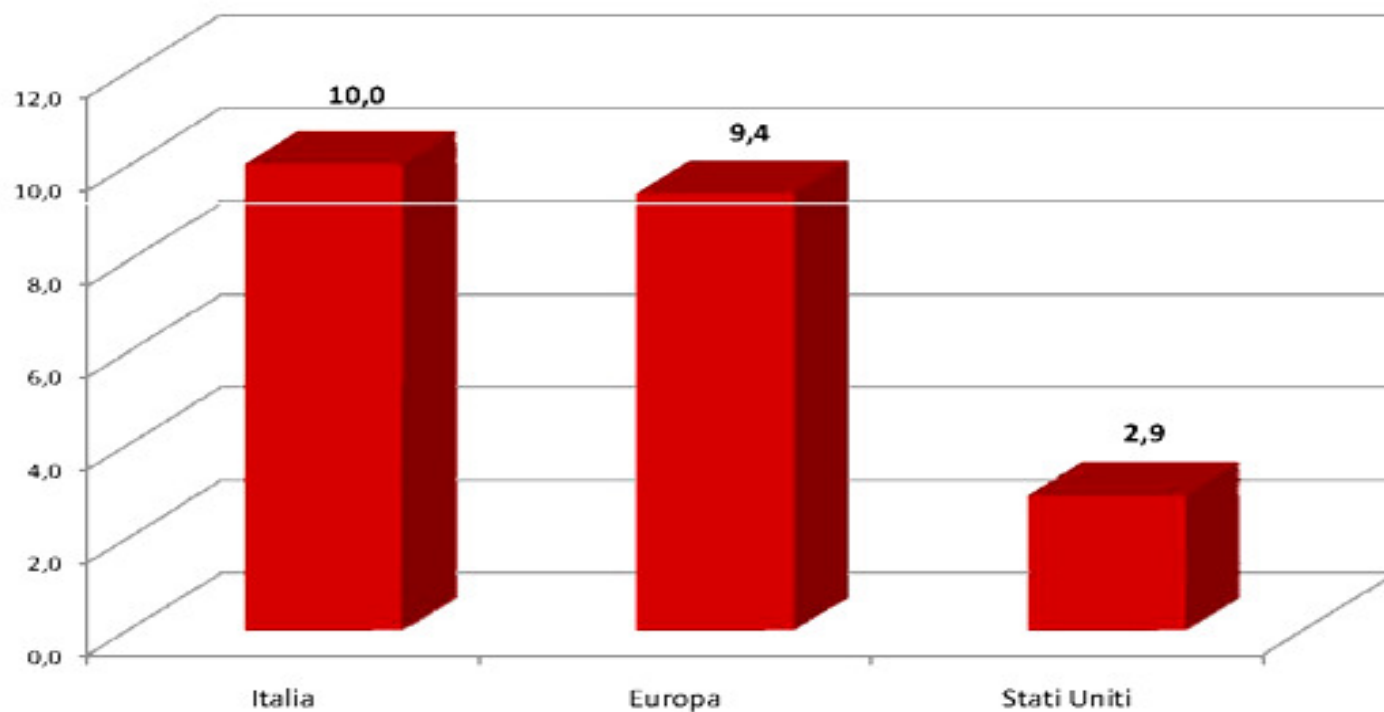
- Secondo l'OMS (2008): il tasso medio di suicidio nella popolazione mondiale è di **1,6 su 10.000 persone**.
- Il rischio di suicidio in carcere risulta di **11-14 volte più frequente** nella popolazione carceraria rispetto a quella generale (McKee G.R., 1998; Shaw J. et al., 2004).
- I detenuti in attesa di giudizio ed i detenuti condannati avrebbero un tasso di suicidio rispettivamente di **7,5 e 6 volte maggiore** rispetto alla popolazione generale (Jenkins R. et al., 2005).

Suicidi in carcere: confronto statistico tra l'Italia, i Paesi europei e gli Stati Uniti

Anni	Italia	Europa	Stati Uniti
	<i>N. Suicidi su 10.000 detenuti</i>	<i>N. Suicidi su 10.000 detenuti</i>	<i>N. Suicidi su 10.000 detenuti</i>
2005	9,8	10,2	2,7
2006	10,1	8,1	3,1
2007	10,2	9,9	2,9
Media 3 anni	10,0	9,4	2,9

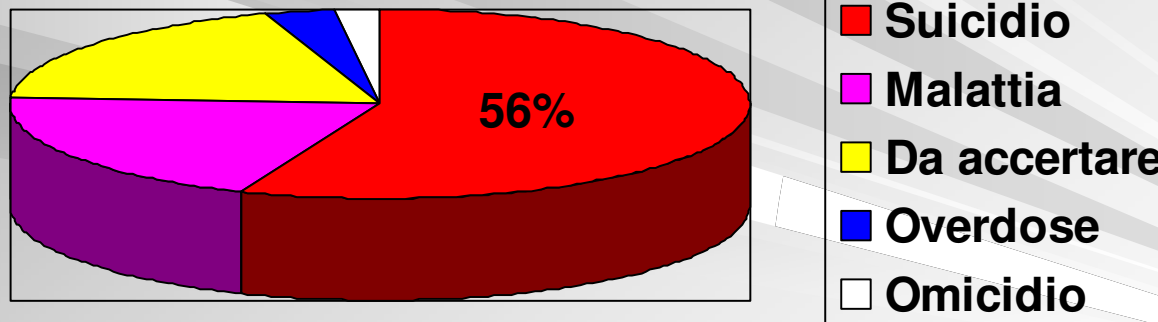
N.B.: il tasso dei suicidi è calcolato come valore medio (mean), quindi dividendo il numero totale dei detenuti presenti ogni anno per il numero dei suicidi che si sono verificati nell'anno stesso.

Suicidi in carcere: grafico confronto tra l'Italia, i Paesi europei e gli Stati Uniti



Suicidio nelle Patrie Galere

Nelle Carceri Italiane il Suicidio
è la prima causa di morte: dal 2002 al 2012



Tot decessi nel decennio 2002-2012 = 915

Suicidio nelle Carceri Italiane

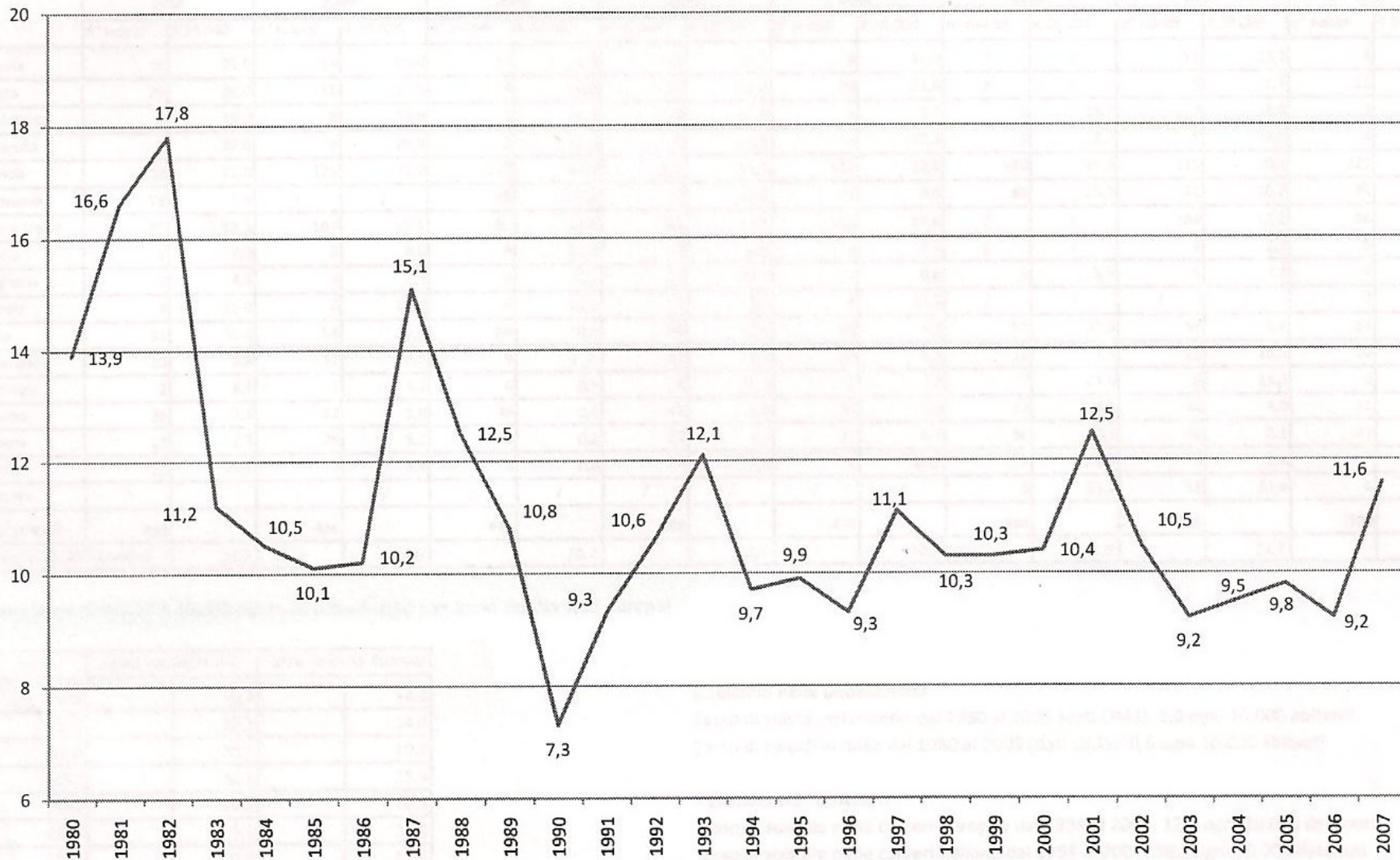
Il tasso di suicidio carcerario è aumentato del 300% dagli anni '60 ad oggi.

Ogni anno si registra mediamente:

- 1 suicidio ogni 20.000 persone abitanti in Italia,
- 1 suicidio ogni 924 detenuti nelle carceri italiane,
- 1 suicidio ogni 283 detenuti in regime di 41-bis,
- 1 tentato suicidio ogni 70 detenuti,
- 1 atto di autolesionismo ogni 10 detenuti,
- 1 sciopero della fame ogni 11 detenuti,
- 1 rifiuto delle terapie mediche ogni 20 detenuti.

Fonte: D.A.P., 2010; elaborazione statistica del Centro Studi di "Ristretti Orizzonti"

Italia: tasso di suicidio ogni 10.000 detenuti dal 1980 al 2007



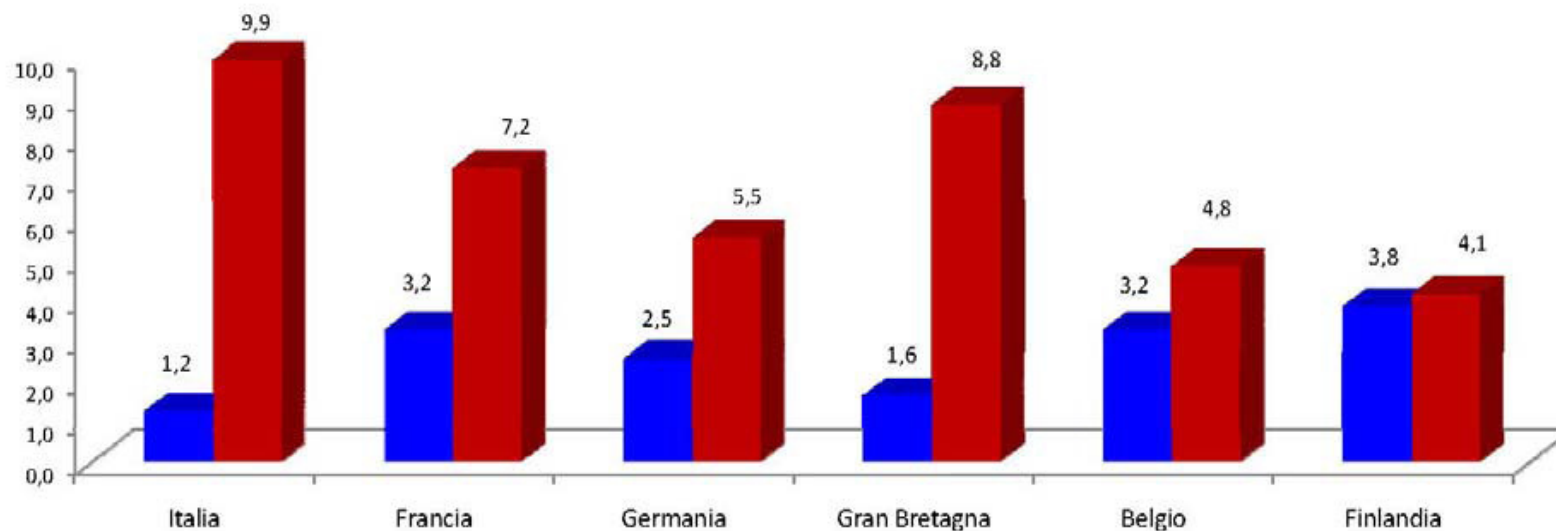
Fonte: Elaborazione statistica del Centro Studi di "Ristretti Orizzonti" su dati del Ministero della Giustizia, del Consiglio d'Europa e dell'U.S. Department of Justice – Bureau of Justice Statistics).

Confronto del tasso di suicidio in carcere e nella popolazione libera in alcuni Paesi europei

Anni 2002 - 2006, elaborazione su dati Istituto Nazionale francese di Studi Demografici (INED)

Anni	Italia	Francia	Germania	Gran Bretagna	Belgio	Finlandia
	Suicidi su 10.000	Suicidi su 10.000	Suicidi su 10.000	Suicidi su 10.000	Suicidi su 10.000	Suicidi su 10.000
Popolazione libera	1,2	3,2	2,5	1,6	3,2	3,8
Detenuti	9,9	7,2	5,5	8,8	4,8	4,1

Grafico tasso di suicidio in carcere (rosso) e nella popolazione libera (blu)

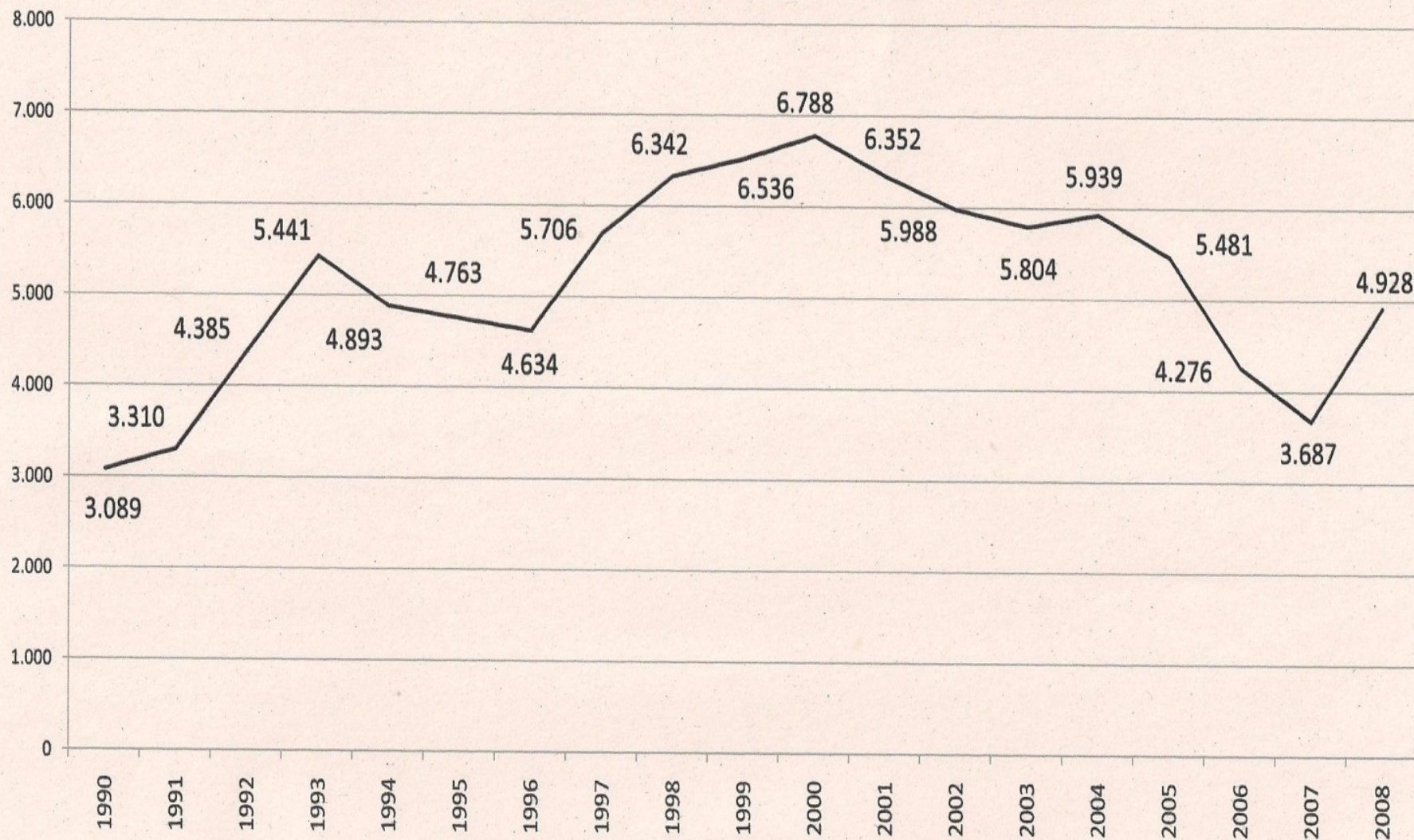


Tentativi di Suicidio & Autolesionismo

- Nella popolazione generale italiana il tasso di tentativi di suicidio negli anni 2001-2004 si attesta tra il **0,51 e 0,59 ogni 10.000 persone.**
- Tentativi di suicidio in carcere dal 1990 al 2010: tasso medio annuo di **149,95 su 10.000 detenuti.**
- I soggetti stranieri che dal 2000 al 2005 hanno tentato il suicidio sono stati mediamente il 34% ($m=259,4$ $ds=32,5$) del totale. Quindi tentano di più il suicidio i detenuti italiani.
- Episodi autolesivi: tasso medio nel periodo 1990-2008 di 963,1 su 10.000 detenuti, con picchi fino a 1279,6 nel periodo 1998-2000, ridottosi poi leggermente degli anni successivi.

Fonti: Spacca A. et al., 2007; D.A.P., 2010

Episodi di autolesionismo nella popolazione detenuta 1990 al 2008



Fonte: Elaborazione statistica del Centro Studi di "Ristretti Orizzonti" su dati del Ministero della Giustizia, del Consiglio d'Europa e dell'U.S. Department of Justice – Bureau of Justice Statistics).

Tentativi di Suicidio nelle Donne

- Le donne che hanno tentato il suicidio in carcere negli anni 2001-2005 vanno dal 4,7% (n=8) del 2002 al 10% del 2004 (n=31).
- Sempre più elevate le percentuali di TS nelle donne italiane rispetto a quelle straniere. Tale rapporto raggiunge il suo valore minimo nel 2004 con il 43,7% (n=31) di donne straniere che hanno tentato il suicidio.
- Globalmente le donne che tentano il suicidio rappresentano una percentuale maggiore rispetto alle donne che commettono suicidio in carcere.

In Toscana

- Negli ultimi anni si è verificato un aumento del tasso di suicidi superiore a quello nazionale.
- Nel periodo 2006-2009 in Toscana si è registrato un tasso medio del 15/10.000 detenuti a fronte, nello stesso periodo di un tasso medio in Italia del 10,2.
- Dal 2010 si nota un'inversione di tendenza con un tasso del 6,6 su 10.000 detenuti rispetto a quello nazionale del 9,9.

Fonte: Agenzia Regionale di Sanità Toscana, 2010

Sempre in Toscana...

- Nell'anno 2008, in Italia sono stati registrati 3327 tentativi di suicidio corrispondenti a 5,6 su 100.000 residenti. Per la Toscana questo valore si attesta su 5,9 per 100.000 residenti (N = 218).
- Assumendo come dato epidemiologico la segnalazione da parte dei medici della presenza nella storia clinica del detenuto di almeno un tentativo di suicidio, è stato ottenuto un valore del 4,3%.
- Questa pratica è maggiore tra i detenuti italiani rispetto a quelli stranieri (5,1% vs 3,4%).
- Mentre il dato ISTAT sulla popolazione toscana non raggiunge l'unità (0,006%), fra i detenuti nelle carceri toscane, circa 4 persone su 100, hanno tentato il suicidio almeno una volta.
- Nel 2013, secondo il sindacato Uilpa, nelle carceri toscane sono occorsi 101 tentativi di suicidio. Per quanto riguarda l'autolesionismo, circa il 10% dei detenuti ha messo in atto almeno una volta azioni autolesive.

Fonte: l'Agencia Regionale di Sanità Toscana, 2010

La Polizia Penitenziaria

- Trend in crescita dal 2006 dell'incidenza dei suicidi tra il personale di polizia penitenziaria delle carceri italiane.
- Nel maggio 2010 sono stati registrati 4 suicidi tra gli Agenti di Polizia Penitenziaria, con 20 nei tre anni precedenti.
- Il tasso di suicidio nella Polizia Penitenziaria Italiana è di 1,3 ogni 10.000, contro lo 0,6 nella popolazione generale.

Fonte: Elaborazione di "Ristretti Orizzonti" su dati del Ministero della Giustizia Italiano, 2010

L'IMPORTANZA DEI FATTORI ESOGENI

Negli studi più recenti sul disagio in carcere si sposta l'attenzione dalle variabili endogene e patologiche, ad altre **variabili di natura esogena, d'ordine sociale ed istituzionale**.

Sono variabili più legate alle **condizioni materiali ed ambientali proprie delle strutture di reclusione**.

Lo studio delle variabili sociologiche e di contesto lascia intravedere una possibilità organizzativa concreta che può, ad esempio, consentire di utilizzare meglio le figure professionali d'aiuto, indirizzando e concentrando il loro contributo solo nei confronti delle persone che esprimono con l'autolesionismo un disagio esistenziale profondo.

Manconi L., Boraschi A., 2006; Buffa P., 2008

VARIABILI TEMPORALI (il trauma dell'ingresso)

- Ci si toglie la vita con maggiore frequenza nel **primo anno di detenzione** (nel biennio 2000-2001 il 64,5%, nel 2002 il 61%, nel 2003, il 63%)
- Fra i suicidi del primo anno, la gran parte si concentra **nei primi giorni e nelle prime settimane.**
- Secondo un report del 2002, la maggior parte dei suicidi in carcere ha luogo nel primo mese di detenzione: **l'11% nelle prime 24 ore, il 33% nella prima settimana, il 47% nel primo mese** (HM Prison Service Internal Report Safer Custody, 2002).

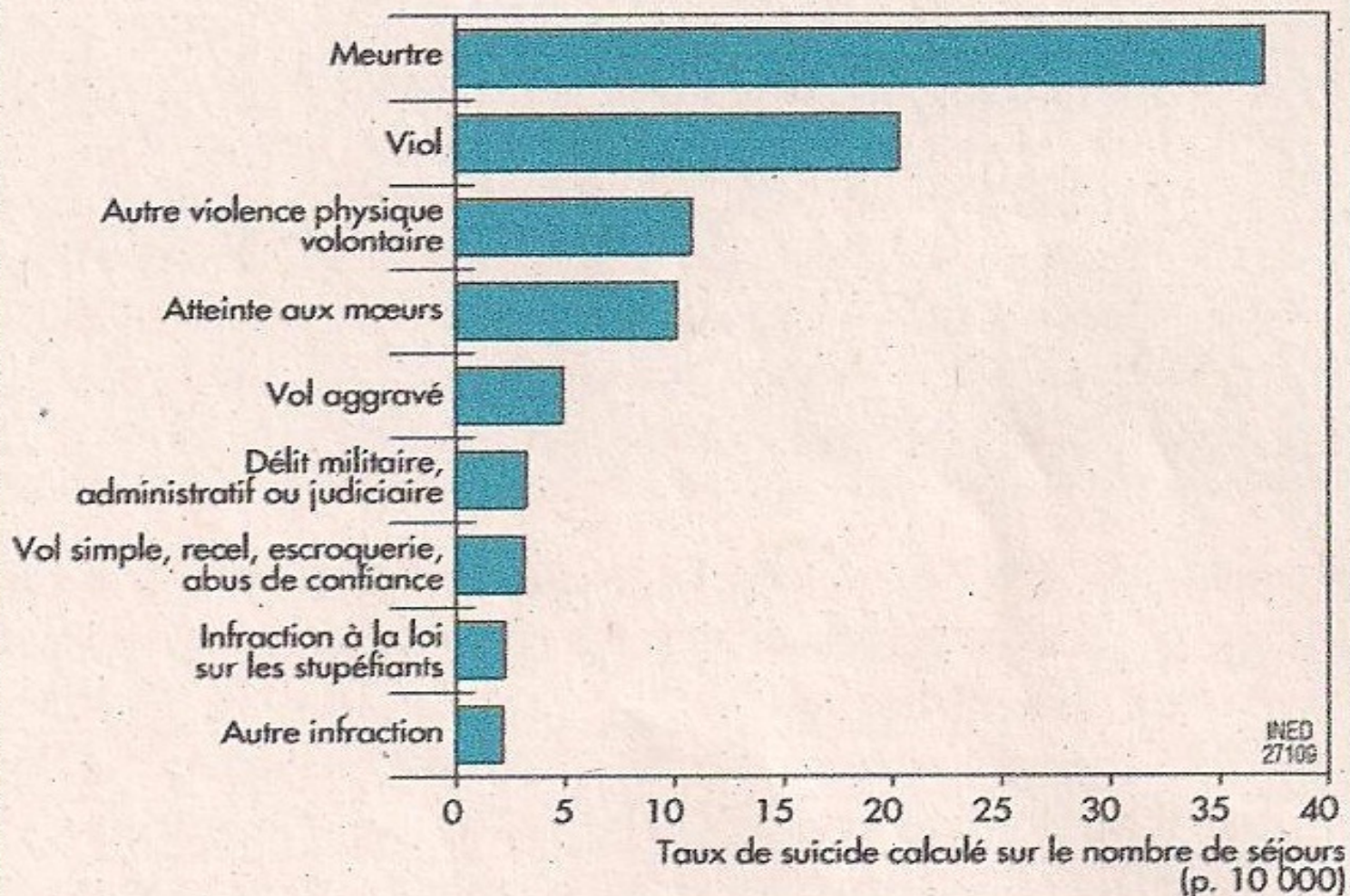
VARIABILI GIURIDICHE

- Il suicidio nelle carceri italiane è più frequente in chi è in attesa di rinvio a giudizio o di sentenza di primo grado o di appello (Buffa P., 2003; Buffa P., 2008; CNB, 2010).
- Negli anni 2000/2001 il 44,2% dei suicidi è stato commesso da detenuti definitivi; nel 2002, il 36,4%; nel 2003, il 48,3% (CNB, 2010).
- Alcuni studi non confermano questo dato rilevando la quasi parità tra imputati e condannati (Manconi L., 2002; Manconi L., Boraschi A., 2006).

L'ATTESA DEL GIUDIZIO...

- Rispetto alla posizione giuridica, viene evidenziato che la maggior parte degli autori delle condotte autoaggressive non ha ancora una condanna definitiva (56,4%). Il divario fra reclusi non definitivi e definitivi si allarga ancora di più quando si considerano i suicidi (65,9%) e i tentati suicidi (62,1%) (Buffa P., 2008).
- Le persone non ancora definitivamente condannate vivono una **condizione di insicurezza e di attesa rispetto al futuro** e questo può costituire elemento di angoscia esistenziale.
- La maggiore frequenza dei suicidi negli imputati può spiegarsi attraverso lo **shock psicologico della carcerazione**: il dover affrontare un giudizio morale e giuridico, la difficoltà di adattamento ad un mondo di forti costrizioni come la privazione della libertà; la rivelazione pubblica del crimine o del delitto che comporta dover fare i conti non solo con l'istituzione giudiziaria ma anche con gli altri detenuti e con il resto della società; l'ostracismo e l'emarginazione in carcere derivanti da specifiche cause di incarcerazione (Duthé G. et al., 2009).

Figure 4 - Taux de suicide selon le type d'infraction, période 2006-2008



(G. Duthé, A. Hazard, A. Kensey, J.-L. Pan Ké Shon, *Population & Sociétés*, n° 462, Ined, décembre 2009)

Champ: population écrouée (France entière).

Source: DAP.

L'ETÀ

In carcere si uccidono per lo più **giovani uomini**. In confronto alla popolazione libera compresa tra 18 e 34 anni, i detenuti della stessa fascia di età hanno un tasso di suicidio 50 volte superiore

(Manconi L. e Boraschi A., 2006).

IL GENERE

- L'autoaggressività pare essere un fenomeno prevalentemente maschile.
- In una recente ricerca di Buffa (2008), la percentuale di donne che hanno fatto ingresso negli istituti è risultata pari all' 8.1% del totale ma tale gruppo ha fatto segnare appena il 3.3% del totale delle condotte autoaggressive. Gli uomini, viceversa, hanno espresso un livello di autoaggressività proporzionalmente maggiore al numero degli ingressi: il 97.6% dei suicidi, il 93.7% dei tentativi di suicidio, il 95.6% delle condotte autolesive e il 98.0% di quelle astensive.

NAZIONALITÀ

I suicidi, i tentati suicidi e le condotte autolesive hanno visto una **quota di autori stranieri inferiore agli autori italiani** (rispettivamente il 26.9%, 42.1% e 39.6%). Solo nel caso delle condotte autolesive è stata registrata una incidenza superiore al dato generale, pari al 53.7%.

Buffa P., 2008

MODALITA' DI SUICIDIO

- Il metodo più usato è l'impiccagione seguita dal taglio dei polsi, dal soffocamento con oggetti vari e in alcuni casi anche da overdose con farmaci psichiatrici (Felthous A.R. et al., 2001; Pèrez-Càrceles M. et al., 2001; Shaw J. et al., 2004).
- Nelle carceri italiane: **l'87,6% si dà la morte per impiccagione**, il 7% inala gas (Buffa P., 2008).

SOVRAFFOLLAMENTO

- Il tasso di suicidio nelle carceri sovraffollate è circa **10 volte superiore** rispetto a quelle non affollate (Preti A. et al., 2006).
- In 9 carceri, dove l'affollamento medio è del 22% oltre la media nazionale, **si è registrata una frequenza dei suicidi più che doppia** rispetto al complesso della popolazione detenuta.

Fonte: Dossier 2010 dell'Osservatorio Permanente sulle Morti in Carcere

NON È TANTO IL SOVRAFFOLLAMENTO QUANTO...

Il concetto di **contesto vitale**:

1. Vivibilità (non solo il restringimento degli spazi)
2. Legame tra relazioni umane possibili
3. Reattività a condizioni di vita relazionali e materiali
4. Particolari regimi detentivi
5. Scarsità di opportunità e tempismo
6. Capacità di coping e di adattamento
7. Vulnerabilità bio-psico-sociale

Non sarebbe quindi il sovraffollamento in sé a far degenerare la situazione personale, quanto **l'interazione tra l'inadeguatezza del contesto vitale e l'incapacità individuale a procurarsi condizioni di vita migliori in un ambiente di forte concentrazione umana.**

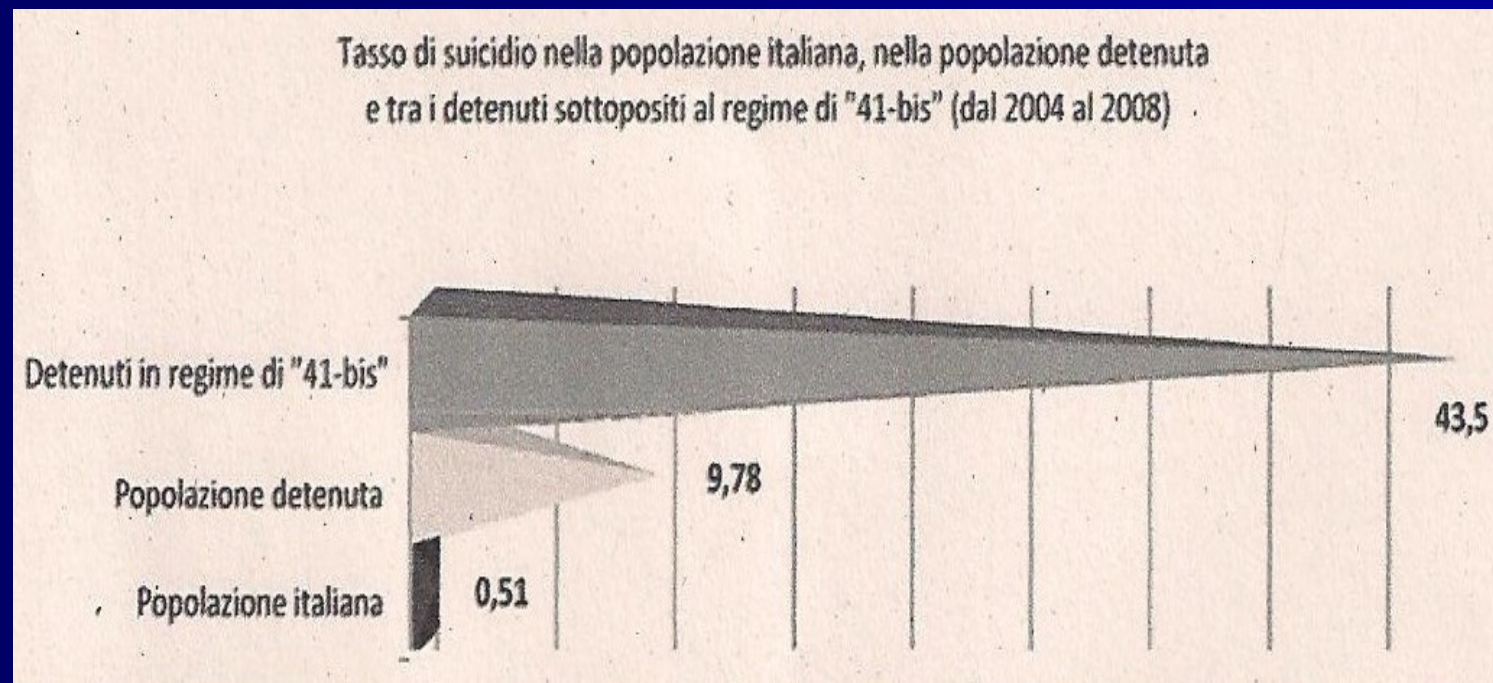
AD AVVALORARE IL CONCETTO DI CONTESTO VITALE

- **Geografia del disagio:** l'auto ed etero aggressività in carcere non si distribuisce in modo omogeneo all'interno degli istituti, ed ha una concentrazione maggiore in specifici reparti.
- **Prevalgono di gran lunga le condotte finalizzate al riequilibrio della tensione.** Oltre il 92% delle condotte autoaggressive non è associato a vera e propria volontà autosoppressiva. Si tratterebbe nella maggior parte dei casi di agiti volti a compensare l'angoscia reattiva al contesto vitale inadeguato.
- Nel carcere di Sollicciano: **più frequenti i gesti autolesivi** seguiti da aggressioni contro operatore e da aggressione contro altro detenuto.
- **I gesti autolesivi sono marcatamente più frequenti in soggetti che risultano essere disciplinarmente più irrequieti.** Al contrario chi ha scelto di tentare il suicidio, a prescindere dal risultato di tale atto, è risultato largamente scevro da precedenti disciplinari. Si conferma quindi la relazione, tra le condotte auto ed etero aggressive quale espressione di una analoga radice reattiva.

Fonti: Buffa P., 2008; Tomasi R., Brandi G., Iannucci M., Gervasi R., 2007

IL REGIME DI ISOLAMENTO

- Dei 64 suicidi compiuti nel 2010 nelle carceri italiane, 38 (il 60%) hanno riguardato detenuti in isolamento, alta sicurezza, etc.
- Gli “art. 41-bis” si uccidono con una frequenza 4,45 volte superiore a quella registrata sul totale della popolazione carceraria.



IL CONTINUUM DI AUTODISTRUZIONE

- La manipolazione non esaurisce affatto le motivazioni alla base dell'autolesionismo carcerario.
- C'è un **continuum di autodistruzione strettamente correlato al concetto di contesto vitale**, in cui i vari tipi di gesti possono avere motivazioni differenti ed essere di maggiore o minore gravità, in rapporto alle capacità di coping dei soggetti nelle specifiche situazioni di stress.
- Il suicidio o il tentativo di suicidio sarebbero atti di fuga da un disagio insopportabile, mentre l'automutilazione sarebbe un tentativo patologico di rigenerazione emotiva.
- l'autolesione servirebbe ad "interrompere" "**stati di morte emotiva**".

Caglio F., Piotti A., 2007; Gonin D., 1994

Fattori Individuali

- Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, in generale i fattori di rischio variano per Continenti e Paesi diversi, secondo variabili culturali, sociali ed economiche.
- **I disturbi psichici sono associati al 90%** dei suicidi. In particolare la depressione, la schizofrenia ed i disturbi della personalità. Segnalati come fattori di rischio anche l'abuso di sostanze, l'alcolismo, malattie fisiche croniche e dolorose, cancro e HIV in primis, ma anche disturbi neurologici.
- **De Leo e Pavan identificano:** sesso maschile; separati o divorziati; disoccupati; storia di comportamenti criminali; familiarità suicidiaria; episodi di violenza negli ultimi 5 anni; condizioni di isolamento sociale; precedenti tentativi di suicidio; personalità antisociale; storia di trattamenti psichiatrici in corso; alcolismo o dipendenza da droghe.

Fattori Socio-Relazionali

- Problemi di relazione e familiari, violenze subite, lutti, divorzi e separazioni, altri eventi traumatici recenti, solitudine. **Influiscono in modo rilevante le condizioni economiche, tracolli finanziari, povertà, disoccupazione, emigrazione.**
- I suicidi sono **più frequenti tra coloro che meno socializzano** con gli altri detenuti o esprimono più spesso **etero-aggressività**. Particolari avvenimenti quali **trasferimenti ad altro carcere, sopravvenuta condanna e disgrazie familiari** rappresentano ulteriori fattori stressanti come anche la mancanza di sessualità ed affetti.
- I soggetti suicidi sono spesso **vittime di bullismo** (Blaauw E. et al., 2001), hanno avuto recenti conflitti con altri detenuti, sono stati oggetto di sanzioni disciplinari, hanno ricevuto notizie negative o traumatiche dall'esterno senza alcun filtro (Way B.B. et al., 2005), **si sono trovati a tradire la propria parte**, si ritengono vittima di un giudizio iniquo e/o offensivo, sono stati collocati in cattiva compagnia.

Profilo 1: Detenuti in Attesa di Giudizio

- Maschi, giovani (20-25 anni), non sposati, alla prima carcerazione, arrestati per crimini minori, spesso connessi all'abuso di sostanze.
- Solitamente al momento dell'arresto sono sotto l'effetto delle sostanze e commettono il suicidio nelle prime fasi della loro carcerazione, spesso proprio nelle prime ore.
- Altro momento critico: le ore precedenti un'udienza in tribunale, specialmente quando si prevedono giudizi di colpevolezza e sentenze dure.
- Inoltre, dopo 60 giorni di reclusione è stata riscontrata una sorta di esaurimento psicologico spesso chiamato "burn-out" (Frottier P. et al., 2002).

Fonte: WHO, 2007

Profilo 2: Detenuti Condannati

- Sono generalmente più vecchi (30-35 anni), sono colpevoli di reati violenti e decidono di togliersi la vita dopo aver passato un certo numero di anni in prigione (spesso 4 o 5).
- Questi suicidi possono essere preceduti da conflitti con altri detenuti o con l'amministrazione, litigi in famiglia, separazioni, o questioni legali come un'udienza persa o la negazione della libertà vigilata.
- Con il tempo, l'incarcerazione porta stress aggiuntivi come il conflitto con l'istituzione, la vittimizzazione, le frustrazioni legali e l'esaurimento fisico e nervoso. Di conseguenza, il tasso di suicidio dei detenuti a lungo termine sembra crescere con la durata della pena (Frottier P. et al., 2002). Gli ergastolani in particolare sembrano possedere un rischio molto elevato (Borrill J., 2002; Liebling A., 2006).

Fonte: WHO, 2007

Profilo 3: Il Nuovo Giunto

- A questi profili è necessario aggiungere il profilo del Nuovo Giunto, cioè del soggetto che affronta il trauma della carcerazione. A queste persone è rivolto il Servizio Nuovi Giunti istituito nelle Carceri Italiane dal 1987 (Circolare “Tutela della vita e dell’incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati”, n. 3233/5683 del Ministero XXX, del 30/12/1987).
- Tale Servizio ha il compito di effettuare una valutazione d’ingresso eseguendo un assessment penitenziario del rischio suicidario.
- Molti studi, tuttavia, confermano la parziale efficacia di tale Servizio, che opera in maniera non integrata con gli altri presidi di cura (Medico di Medicina Generale e Medico di Guardia, personale infermieristico, Salute Mentale e Ser.T interni al carcere).

Fonti: WHO, 2007; Linee di Indirizzo per la Prevenzione del Suicidio in Carcere Reg. Toscana, 2011)



Vulnerabilità bio-psico-sociale

- L'OMS individua, nella popolazione generale, le seguenti categorie a rischio di suicidio: **i giovani maschi, le persone con disturbi mentali, le persone socialmente isolate, i soggetti con problemi di abuso di sostanze psicoattive** (il 62% dei decessi per suicidio in carcere riguarda utilizzatori problematici di sostanze) **ed i soggetti con precedenti suicidari.**
- Nelle carceri tali categorie sono sovra-rappresentate (WHO e IASP, 2007). Significa che la popolazione carceraria può essere considerata di per sé una popolazione con una particolare **vulnerabilità bio-psico-sociale.**



La Specificità del Carcere

- ❑ Nelle carceri si ammassa una popolazione con una **particolare vulnerabilità bio-psico-sociale**.
- ❑ Tale popolazione può presentare di per sé numerosi fattori individuali che predispongono alle condotte suicidarie.
- ❑ Vi si aggiunge l'insieme di variabili ambientali caratteristiche della carcerazione.
- ❑ **La miscela che ne deriva può risultare terribilmente esplosiva**, giustificando abbondantemente i preoccupanti livelli di autodistruzione in ambiente carcerario.

Fattori Predittivi Endogeni indipendenti dalla carcerazione

- Patologia psichica di Asse I (principalmente: Psicosi, Disturbi dell'Umore, Disturbi d'Ansia gravi, Doppia Diagnosi) e Asse II (Disturbi di Personalità del Cluster B);
- Abuso e Dipendenza da Alcool e Sostanze;
- Precedenti tentativi di suicidio o autolesionismo senza intenzionalità di morte;
- Presenza di ideazione suicidaria e di hopelessness;
- Sentimenti di vergogna, insufficienza e inadeguatezza;
- Sentimenti di colpa;
- Sentimenti di rabbia per un torto subito;
- Sentimenti di inutilità, impotenza, bassa stima di sé e autodenigrazione;
- Percezione catastrofica degli eventi di vita;
- Lettura degli eventi esterni come fatti personali (autoriferimento);
- Mancanza di progetti per il futuro;
- Fattori associati a disfunzione del lobo frontale: impulsività (motoria, cognitiva e assenza di pianificazione degli agiti) e disinibizione, rigidità cognitiva con deficit delle abilità di coping (deficit di adattamento ad eventi stressanti), aggressività;
- Familiarità per suicidio e per disturbi psichici;
- Traumi infantili/violenze subite;
- Malattie fisiche invalidanti;
- Credenze culturali e religiose;
- Stigma associato alla necessità di aiuto;
- Maschi tra 18 e 44 anni.



Fattori Predittivi Esogeni indipendenti dalla carcerazione

- Isolamento ed emarginazione sociale;
- Disoccupazione o disagio socio-economico o povertà;
- Mancanza di legami affettivi stabili;
- Conflitti familiari;
- Gravi esperienze di perdita;
- Eventi traumatici recenti;
- Emigrazione;
- Periodo successivo ad una dimissione ospedaliera, specialmente in ambiente psichiatrico;
- Emulazione (effetto Werther);



Fattori Predittivi Endogeni correlati alla carcerazione

- Shock psicologico della carcerazione (impatto traumatico con l'ambiente carcerario);
- Incapacità di adattamento alla privazione della libertà;
- Stato di Morte Emotiva;
- Storia di comportamento criminale;
- Provvedimenti disciplinari ed eteroaggressività nei confronti del personale e degli altri detenuti;
- Gravità del reato commesso;
- Attesa di giudizio;
- Condanne lunghe e pesanti;
- Convinzione di aver tradito la propria parte soprattutto nel ruolo di "pentiti" o "collaboratori di giustizia";
- Essere considerato un "infame";
- Ritenerne di aver avuto un giudizio iniquo e/o offensivo;
- Difficoltà di socializzazione;
- Disgrazie familiari durante la carcerazione;
- Mancanza di sessualità ed affetti.



Fattori Predittivi Esogeni dipendenti dalla carcerazione

- Primo mese di detenzione;
- Accesso ad “armi letali” (fornellini a gas, smercio di farmaci);
- Ostracismo ed emarginazione da parte del personale e degli altri detenuti;
- Bullismo;
- Restringimento degli spazi e sovraffollamento;
- Regimi di “carcere duro”;
- Deterioramento delle relazioni interpersonali esterne;
- Cattiva compagnia in cella;
- Eccessivo tempo passato in cella;
- Scarsi opportunità e tempismo dell’Istituzione;
- Assenza di filtro o filtro inadeguato per le notizie che arrivano dall’esterno;
- Trasferimento in altro carcere.

Segnali d'Allarme



- Parlare di suicidio o di morte;
- Segnali verbali espliciti;
- Segnali verbali impliciti;
- Isolamento volontario;
- Convinzione che la vita non abbia senso;
- Disfarsi di cose care;
- Intenzione suicidaria e pianificazione del gesto;
- Accesso ad “armi letali”;
- Aggravamento di una patologia fisica o psichiatrica;
- Sentimento di perdita di speranza;
- Grave senso di colpa o rabbia;
- Comportamento impulsivo e aggressivo;
- Intossicazione da alcool o sostanze o recente incremento dell'uso;
- Miglioramento improvviso ed inspiegabile dell'umore;
- Trascuratezza;
- Riduzione dell'attività finalizzate;
- Disappetenza;
- Cambiamenti dell'umore;
- Insonnia;
- Agitazione.



Sintomi di Rischio Suicidario Imminente

1. ideazione suicidaria pressoché costante
2. elevata intenzionalità autosoppressiva
3. progetti concreti di realizzazione del suicidio
4. agitazione
5. disforia
6. impulsività
7. scarsa capacità di giudizio
8. gravi sintomi psichiatrici (psicosi)
9. tentativo di suicidio nelle ore precedenti
10. nel caso di tentativo di suicidio già compiuto, considerare anche: tentativo violento, ad alta letalità o premeditato, se siano state prese precauzioni per non essere salvato o il paziente si rammarica di essere stato salvato

PATOLOGIE MENTALI

- Il 90% delle morti per suicidio concerne soggetti portatori di una sofferenza psichica, compresi i disturbi da abuso di alcool e sostanze.
- Secondo l'OMS (2007) nel mondo circa 9 milioni di persone sono detenute in istituzioni penali. Almeno la metà di esse lotta con disturbi di personalità ed un milione di detenuti o più soffre di un grave disturbo mentale quale psicosi o depressione.
- Quasi tutti i detenuti fanno esperienza di umore depresso o sintomi da stress. Blaauw E. et al. (2001, 2005) hanno mostrato che il 89% di tutti i detenuti hanno sintomi depressivi e che il 74% ha sintomi somatici correlati allo stress.
- Secondo una stima generale circa il 4% degli uomini e delle donne detenuti sono psicotici, da 10% (uomini) a 12% (donne) soffrono di depressione maggiore e da 42% (donne) a 65% (uomini) hanno un disturbo di personalità (Fazel S., Danesh J., 2002).

DISTURBI DI ASSE I E ASSE II

Disturbi di Asse I maggiormente rappresentati nei suicidi in carcere:

1. Schizofrenia (Joukama M. , 1997; Pérez-Càrceles M. et al., 2001),
2. Disturbi dell'umore (Rohde P. et al., 1997; Felthous A.R. et al., 2001),
3. Condotte d'abuso di sostanze (Pérez-Càrceles M. et al., 2001; Shaw J. et al., 2004).

Disturbi di Asse II maggiormente presenti nella popolazione suicida in carcere (Schaffer C.B. et al., 1982; Haw C. et al., 2001):

1. Borderline,
2. Antisociale.

TOSSICODIPENDENZA

- Il 62% dei suicidi nelle prime fasi di carcerazione riguarderebbe utilizzatori problematici di sostanze (HM Prison Service Internal Report Safer Custody, 2002).
- Nello studio effettuato a Sollicciano nel 2001-2002: rischio di suicidio nel 21,5% in presenza di dipendenza/abuso di alcool (contro l'11% in assenza di dipendenza/abuso di alcool); rischio di suicidio nel 17,5% in presenza di dipendenza/abuso di sostanze (contro il 8,2% in assenza del disturbo), (Tomasi R., Brandi G., Iannucci M., Gervasi R., 2007).
- In controtendenza: nello studio di Buffa (2008) i tossicodipendenti mettono in atto agiti autoaggressivi (compresi i suicidi e i tentativi) in misura minore rispetto ai non tossicodipendenti. Prevalgono gli italiani non tossicodipendenti.

Fattori di Rischio Suicidario nella Schizofrenia

Il suicidio è la prima causa di morte prematura nella Schizofrenia:

- 1) Fase iniziale della malattia
- 2) Fase iniziale della ricaduta
- 3) Fase iniziale della remissione (depressione post-psicotica)
- 4) Sesso maschile, età giovane, disoccupazione, scarso supporto sociale, precedenti TS, familiarità per suicidio, uso di sostanze, sintomi produttivi, depressione, impulsività e sospettosità, acatisia

Fattori protettivi:

Sintomi negativi gravi, percezione di buona qualità di vita, buon supporto socio-familiare e presa in carico globale

Fattori di Rischio Suicidario nella Depressione

- Insonnia persistente, trascuratezza, panico, deficit di memoria
- Disforia/Irritabilità (stati misti)
- Hopelessness
- Dipendenza da alcool
- Basso funzionamento socio-lavorativo
- Ridotto supporto familiare
- Precedenti TS
- Depressione atipica
- Depressione psicotica
- Comorbilità con Disturbo Borderline e dimensione dell'impulsività
- Dipendenza da sostanze

Fattori protettivi:

Assetto cognitivo basato sull'efficienza, sentimenti di responsabilità verso i propri cari, paura della condanna sociale, paura della morte, sottotipo melanconico

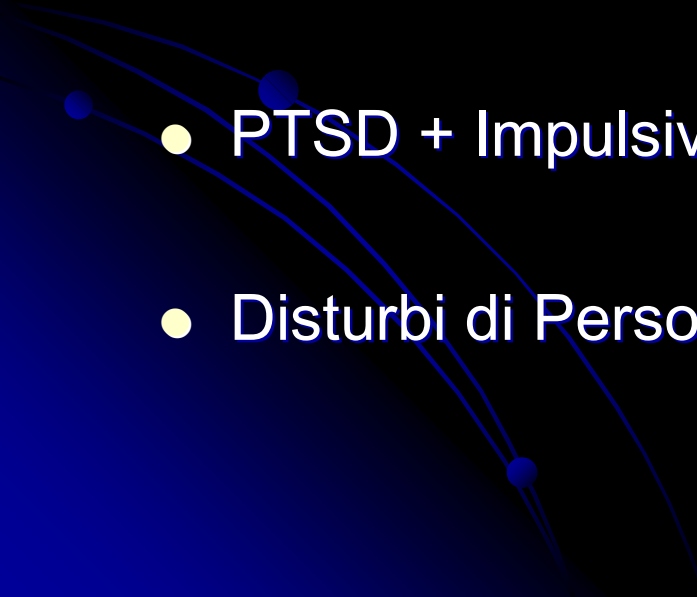
Fattori di Rischio Suicidario nel Disturbo Bipolare

- 1) Fasi precoci
- 2) Fasi miste
- 3) Cicli rapidi
- 4) Dist. Bip. tipo II
- 5) Elevato numero di ricoveri per fasi depressive
- 6) Marcata ideazione suicidaria nelle fasi depressive
- 7) Comorbidità con Cluster B
- 8) Familiarità per suicidio
- 9) Uso di sostanze

Fattori di Rischio Suicidario nell'Etilismo

- Insorgenza in età giovanile
- Lunga storia di etilismo
- Elevati livelli di dipendenza
- Umore depresso
- Salute cagionevole
- Difficoltà a mantenere un lavoro
- Storia familiare di alcolismo
- Basso supporto socio-relazionale

Fattori di Rischio Suicidario in altri disturbi psichici

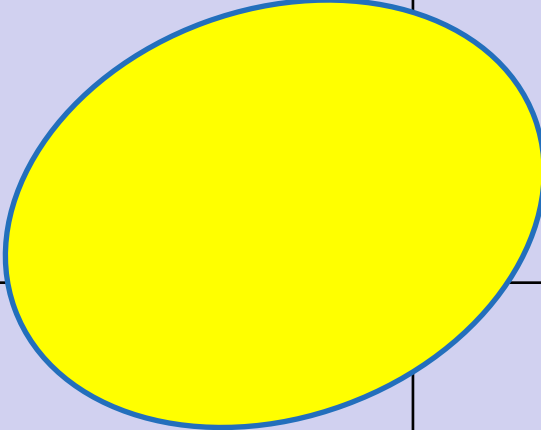
- Disturbi d'Ansia: solo se in comorbidità con Depressione o Abuso di Sostanze
 - Fobia Sociale + Alcool + Depressione
 - PTSD + Impulsività + Depressione
 - Disturbi di Personalità: Borderline e Antisociale
- 

Condizioni detentive e caratteristiche dei detenuti

	Reti sociali forti dotate di risorse per il detenuto	Reti sociali deboli con scarse risorse per il detenuto
Detenuti con risorse personali forti	<p>20%</p> <p>Appartenenti alla criminalità organizzata White collar crime Criminalità comune organizzata Stranieri regolari</p>	<p>40%</p> <p>Collaboratori di giustizia Sex offender Stranieri irregolari</p>
Detenuti con risorse personali deboli	<p>10%</p> <p>Farmacodipendenti, alcooldipendenti e psichiatrici supportati</p>	<p>30%</p> <p>Tossicomani, alcooldipendenti e psichiatrici cronici e non supportati.</p>

Buffa P. Amministrare la sofferenza: logiche, dinamiche ed effetti dell'organizzazione penitenziaria, 2010

Area della soddisfazione delle caratteristiche che facilitano l'ammissione alle misure alternative alla detenzione dal carcere

	Reti sociali forti dotate di risorse per il detenuto	Reti sociali deboli con scarse risorse per il detenuto
Detenuti con risorse personali forti		
Detenuti con risorse personali deboli		

Buffa P. Amministrare la sofferenza: logiche, dinamiche ed effetti dell'organizzazione penitenziaria, 2010

PSICOPATOLOGIA DEL SUICIDIO

Qualunque fattore di stress o vulnerabilità sia in atto, il sentiero finale comune che conduce il detenuto verso il suicidio sembra essere costituito da:

1. sentimenti di disperazione
2. restrizione delle prospettive future
3. perdita della capacità di reagire

Il suicidio viene allora visto come l'unica via d'uscita da una condizione priva di speranza.

DUE DIMENSIONI CHE POSSONO COESISTERE

- Depressione e “Suicidalità”.
- Suicidalità: dolore mentale insopportabile (*inimicality* e stato perturbato), “visione tunnel”, *constriction*.

Tatarelli R., Pompili M., 2008

CRY FOR HELP

Descrive una strategia dell'individuo non necessariamente connessa al morire, quanto al voler apportare un cambiamento immediato nell'ambiente, stimolando l'attenzione di persone chiave alla quale è rivolta la comunicazione. Spesso questa modalità è descritta come tentativo di suicidio o suicidio "dimostrativo".

Tatarelli R., Pompili M., 2008

FATTORI PSICOPATOLOGICI DA INDAGARE

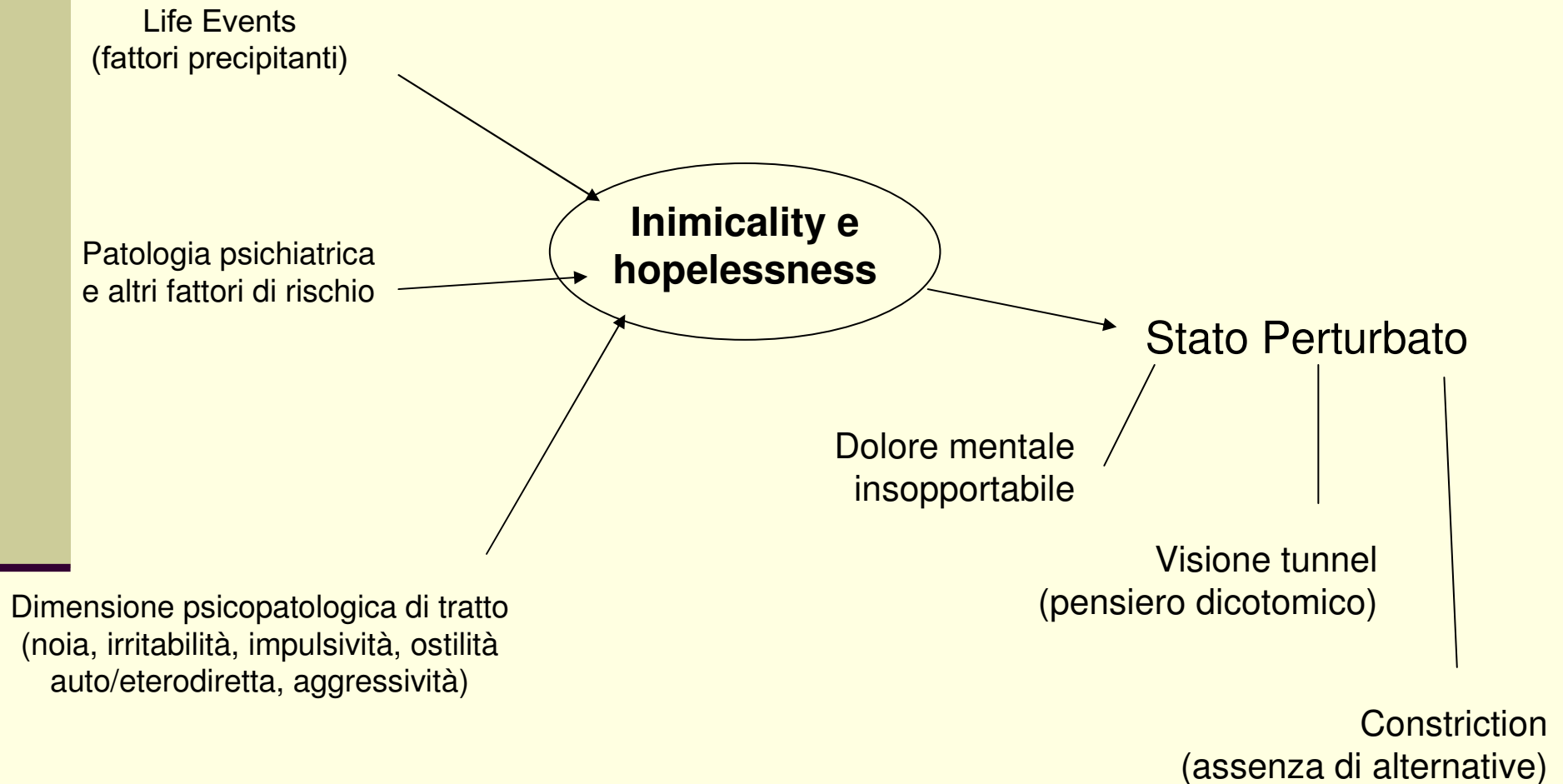
Il suicidio può essere considerato un evento multifattoriale nel quale hanno un ruolo:

1. Vulnerabilità bio-psico-sociale
2. *Hopelessness* (Mann J.J. et al., 1999)
3. Impulsività
4. Aggressività
5. Ideazione suicidaria
6. Letalità e intenzionalità

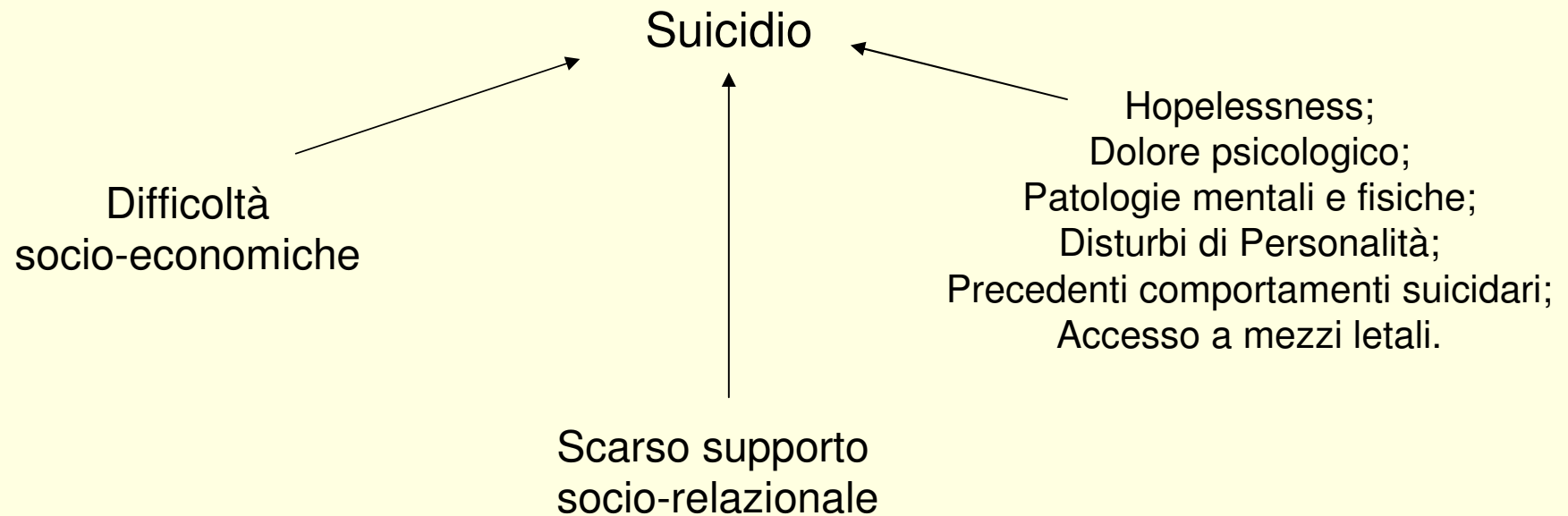
LA MANIPOLAZIONE

- I gesti autoaggressivi possono essere utilizzati per ottenere una sorta di controllo sull'ambiente.
- I detenuti con disturbi di personalità antisociale, o sociopatici sono in genere più inclini ai tentativi di manipolazione in quanto hanno più difficoltà ad adattarsi ad un ambiente ipercontrollato e alle comuni condizioni della vita in carcere (Lohner J., Konrad N., 2006).
- D'altra parte vi sono indicazioni che molti atti suicidari raccolgono in sé sia un alto livello di intento suicidario, sia le motivazioni manipolative (Dear G., 2000).
- Purtroppo i tentativi di suicidio, qualunque sia la loro motivazione, possono portare comunque alla morte del detenuto, anche se questo non era l'intento originale.
- I tentativi di suicidio con un intento suicidario basso devono essere visti più come "espressivi" che "propositivi", ovvero come un modo disfunzionale di comunicare un problema (v. il *cry for help*). La risposta più corretta ad un atto del genere sarebbe far parlare il detenuto di questi problemi, piuttosto che punirlo.

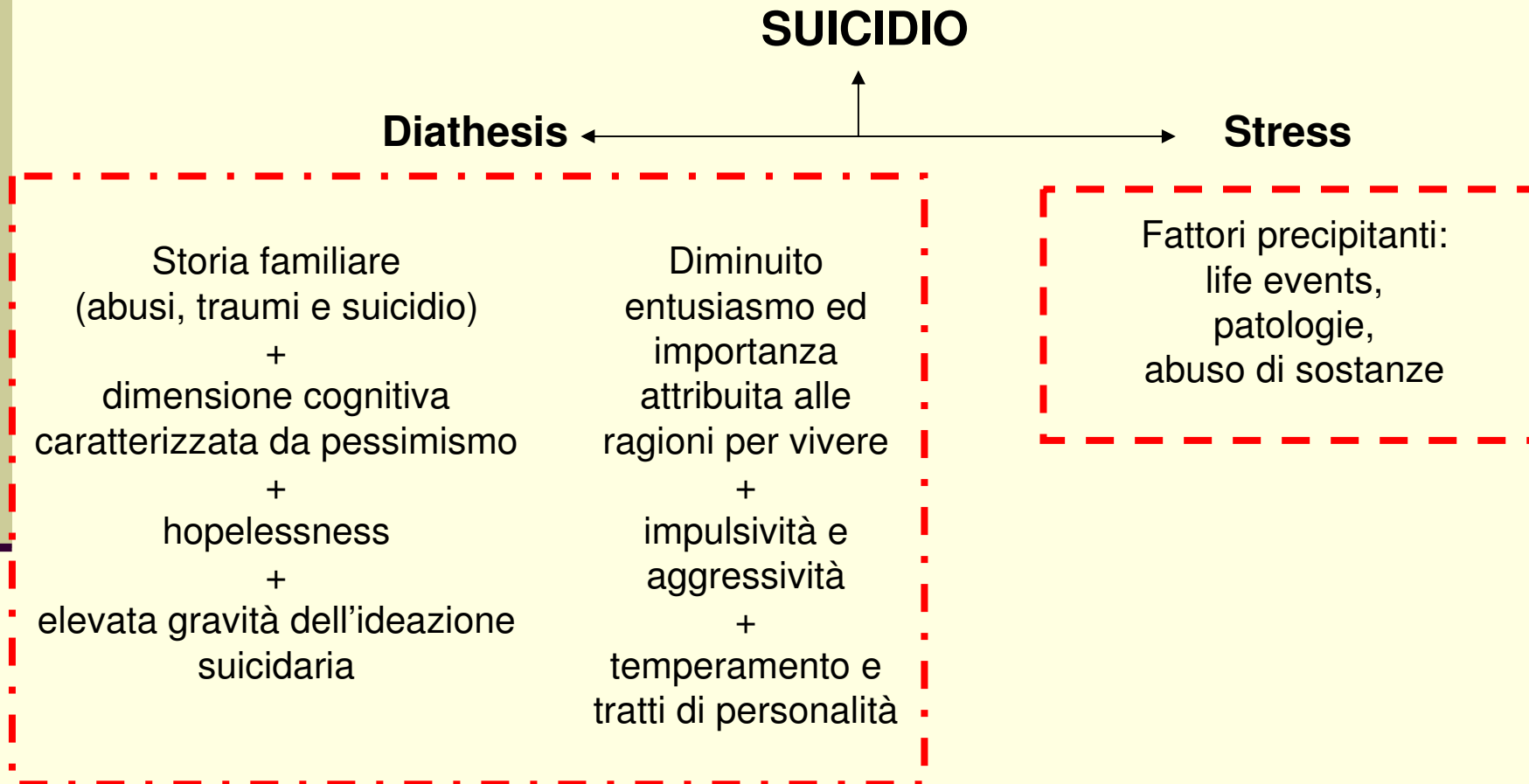
Patogenesi del Suicidio



Modello Patogenetico della Vulnerabilità bio-psico-sociale



Modello Stress-Diathesis



Psicopatologia del gesto (continuum di autodistruzione)

- Ideazione suicidaria casuale senza pianificazione
- Ideazione con pianificazione
- Autolesionismo senza intento di morte
- Autolesionismo con intento di morte (TS)
- Suicidio

Da inserire nel continuum anche alcuni comportamenti correlati: gesto dimostrativo, condotte eteroaggressive, intossicazione da sostanze e da farmaci, condotte astensive.

Psicopatologia Suicidaria

- Suicidio: ideazione suicidaria con pianificazione + intenzionalità di morte + elevata letalità del gesto
- Tentativo di suicidio: Suicidio mancato o autolesionismo con intenzionalità di morte: ideazione ambivalente + intenzionalità di morte + alta o bassa letalità
- Autolesionismo (cry for help o liberazione dall'aggressività interna, o manipolazione): ideazione ambivalente + assenza di intenzionalità + bassa letalità.

Prevenzione Primaria

Per prevenzione primaria dovremmo intendere tutti quei provvedimenti atti a eliminare, o almeno a limitare, l'insorgenza dei comportamenti autoaggressivi nella popolazione detenuta generale

Strumenti di Prevenzione Primaria

- Provvedimenti per contrastare i fattori esogeni dipendenti dal carcere: migliorare la qualità della vita intramuraria ed il clima sociale; aumentare i livelli di attività, di sicurezza, di cultura; porre particolare attenzione al rapporto tra agenti e detenuti;
- Migliorare gli interventi sociali: limitare le condizioni di isolamento e marginalità; creare condizioni di crescita e ridurre al minimo i fattori di rischio ambientali; aumentare la qualità e quantità delle relazioni interne ed esterne; peer supporter; ridurre l'ozio favorendo le attività lavorative, ricreative ed educative;
- Migliorare l'architettura del carcere (es. celle anti-suicidio, telecamere, controllo degli strumenti idonei);
- Procedure di screening sistematico del rischio suicidario nei Nuovi Giunti e durante tutta la detenzione, specie nei casi individuati a rischio; i controlli dovrebbero avvenire a intervalli regolari e dovrebbero essere regolati ogni volta che cambiano le condizioni di detenzione e le circostanze;
- Sensibilizzare, formare e aggiornare tutti gli operatori sanitari e di polizia sul tema, preparando e facendo conoscere le check list del rischio suicidario; insegnare tecniche di primo soccorso;

...Segue: Strumenti di Prevenzione Primaria

- ❑ Insegnare a tutti gli operatori come riconoscere i segnali d'allarme;
- ❑ Attuare campagne di informazione sul tema per tutti i detenuti (educazione al suicidio e training individuali al fine di aumentare le capacità di coping);
- ❑ Favorire l'istituzione di gruppi di auto-mutuo-aiuto;
- ❑ Costruire strategie per migliorare la comunicazione tra personale di polizia e personale sanitario (rete di comunicazione veloce, efficace e circolare);
- ❑ Effettuare colloqui con i detenuti in prossimità di eventi stressanti (es. udienze, separazioni familiari, divorzi, ecc...);
- ❑ Supervisione nei momenti di incontro con i familiari, al fine di cogliere eventuali conflitti o problemi intercorsi durante gli incontri
- ❑ Valutazione di compatibilità ogni qualvolta il detenuto venga assoggettato a un regime di isolamento;
- ❑ Trattamento adeguato delle malattie fisiche, garantendo ai detenuti gli stessi diritti sanitari dei cittadini liberi e assicurando, in particolare, il trattamento adeguato delle patologie psichiatriche e delle tossicodipendenze, con intensità di cura che sia almeno sovrapponibile a quella del corrispondente territorio esterno, sviluppando le risorse interne e i collegamenti con i servizi esterni per assicurare l'accesso alle cure.

Nello specifico sarebbero utili:

- **Un triage medico-infermieristico all'arrivo**, cui partecipino anche infermieri con esperienza nella Salute Mentale Pubblica, che individuino l'esistenza di bisogni sociali, psicologici, psichiatrici e formulino le relative richieste;
- **Un diverso uso delle risorse psicologiche**, che vengano finalmente destinate, in carcere, a una presa in carico psicoterapeutica più che a una mera valutazione del rischio;
- **Una presenza di OSS** nelle aree di sorveglianza sanitaria;
- La creazione, all'interno del carcere, di **programmi riabilitativi**, anche lavorativi, mirati;
- La creazione di **borse lavoro** per i soggetti da reinserire in loco;
- **Interventi psichiatrici e psicologici ambulatoriali, collocati il più possibile vicino alla cella del paziente**, così da evitare le difficoltà di visita che discendono dalla cronica carenza del personale di Polizia Penitenziaria;
- **Spazi riabilitativi adeguati**, nei quali operino educatori e che accolgano persone portatrici di sofferenza psichica, a favore delle quali costruire, già durante il soggiorno in carcere, un percorso di uscita attraverso la frequenza di attività e l'assegnazione di forme di lavoro tutelate;
- **Interventi di segretariato sociale** nella fase di accoglienza e comunque una presa in carico sociale delle questioni previdenziali e di tutela che riguardano la quasi totalità della popolazione reclusa;
- **Aree di maggiore sorveglianza sanitaria**, dove sia presente personale infermieristico del penitenziario, coadiuvato da proiezioni orarie degli infermieri della salute mentale territoriale;
- **Ricorso alle sedi ospedaliere esterne (SPDC) in caso di necessità.**

Prevenzione Secondaria

E' necessario anche un programma di **prevenzione secondaria**, che non può esaurirsi in una grossolana valutazione del rischio suicidario.

In questo senso potrebbe essere indicato il Servizio Nuovi Giunti come servizio di screening sistematico di primo livello per l'individuazione del rischio suicidario, demandando a un Servizio Specialistico il compito di effettuare una valutazione di secondo livello necessaria per una più precisa e attenta prevenzione secondaria.

Strumenti della Prevenzione Secondaria

Per prevenzione secondaria dovremmo intendere tutti quei provvedimenti atti a diminuire l'incidenza dei comportamenti suicidari nella popolazione detenuta considerata a rischio.

Si tratta di costruire un piano di diagnosi e di interventi precoci, che preveda un assessment multiprofessionale e multimodale. Il programma di prevenzione dovrebbe includere una fase di approfondimento diagnostico, che possa individuare e valutare:

- fattori predittivi favorevoli e precipitanti (*life events*) modificabili, sia endogeni che esogeni, sia dipendenti che indipendenti dalla condizione carceraria;
- fattori protettivi e motivi per vivere: risorse personali (intellettive, capacità di coping, salute pre-carcerazione, capacità di investimento affettivo e progettuale rispetto ad un progetto autonomo, capacità di proiettarsi in un futuro migliore partendo da un fondato esame di realtà e di bilancio delle proprie competenze); capacità relazionali e sociali (presenza di rete familiare e/o sociale durante e dopo la carcerazione);
- dimensione suicidaria con particolare attenzione a: ideazione suicidaria, intenzionalità di morte, progettualità, intento letale, *inimicality* e *hopelessness*, stato perturbato (dolore psicologico insopportabile - *psychache* -, *tunnel vision*, *constriction*), ambivalenza nei confronti della risoluzione suicidaria, aggressività e impulsività;
- dimensione psicopatologica attraverso un approfondito esame psichico;
- bisogni sanitari, psicologici, sociali, economici e relazionali.

In base alla valutazione suddetta, sarebbe possibile indirizzare il soggetto alle aree di competenza (medica, psicologica, psichiatrica, educativa/sociale e trattamentale), costruendo un programma di assistenza integrato, continuativo e globale, sia a breve che a medio-lungo termine.

Prevenzione Terziaria

Per **prevenzione terziaria** dovremmo intendere tutti quei provvedimenti atti ad evitare il fenomeno dei *repeaters*.

Il trattamento adeguato stabile, con la presa in carico integrata multidisciplinare a lungo termine, con la valutazione periodica del rischio suicidario e l'attenzione costante ai bisogni psico-sociali del detenuto con precedenti tentativi, è lo strumento migliore per la prevenzione della ripetizione del gesto.

- Ricordiamo, infine, anche la cosiddetta "*Postvention*". Essa consiste negli interventi sui "sopravvissuti" a un suicidio (altri detenuti che hanno assistito all'evento) e le strategie di "*debriefing*".

Cosa Garantire?

Bisogna garantire ai detenuti un sistema di accoglienza e presa in carico dei bisogni psicologici e sociali, che tenga conto sì delle specificità del sistema carcerario, ma che abbia come principio fondamentale l'uguaglianza dei diritti tra le persone, che siano detenute o che non lo siano.

Bisogna operare per garantire un servizio di assistenza multiprofessionale e multimodale paritetico al servizio assistenziale esterno, con protocolli di intervento sulla prevenzione del suicidio che non si discostino da quelli previsti per la cittadinanza, ma che siano anzi rafforzati tenendo conto delle specificità delle nostre carceri.

Farmaci

- ❑ Sedativi (anche neurolettici tradizionali) e Ansiolitici: in acuto (rischio imminente)
- ❑ Prediligere terapia con stabilizzanti + sedativi o antipsicotici atipici se Depressione, DB o Psicosi
- ❑ Antidepressivi (con cautela) a medio/lungo termine (studi contrastanti)
- ❑ Il Litio ha un effetto positivo nella prevenzione dei comportamenti suicidari
- ❑ L'unico trattamento approvato dalla FDA (2005) per il suicidio è la Clozapina nella Schizofrenia

Strumenti di Valutazione

1. Mini International Neuropsychiatric Interview Plus - M.I.N.I. PLUS (Sheehan D. et al., Versione Italiana 5.0.0 1998)

E' una scala di valutazione diagnostica semistrutturata per la diagnosi dei disturbi psichiatrici di più frequente riscontro, altamente sensibile e specifica, Inoltre valuta la presenza di ideazione suicidaria, quantificando il rischio attuale (basso, medio, elevato).

2. Scale for Suicide Ideation - SSI (Beck et al., 1979)Q

Quantifica l'entità dell'intenzionalità suicidaria cosciente, attuale, dando un peso alle diverse dimensioni dei pensieri e dei desideri autolesivi.

3. Hopelessness Scale - HS (Beck et al., 1974b)

Quantifica la Perdita di Speranza, che è stata definita come un insieme di aspettative negative per sé e per la propria vita futura, oltre ad essere un sintomo comune a molte condizioni psicopatologiche, è certamente un elemento fondamentale nella dinamica suicidaria.

Strumenti di Valutazione

3. Suicide Intent Scale – SIS (Beck et al., 1974 a)

Valuta il livello soggettivo della letalità del gesto e la pianificazione cioè la preparazione oggettiva del gesto

4. Intent Score Scale – ISS (Pierce, 1981)

Valuta il livello di intenzionalità suicidaria in pazienti che hanno tentato il suicidio.

5. Reasons for Living Inventory - RFL (Linehan et al., 1983 a)

Indaga le motivazioni per vivere.

6. SAD PERSONS Scale (Patterson et al., 1983)

Valuta la probabilità di rischio suicidario imminente: Sex, Age, Depression, Previous attempt, Ethanol abuse, Rational thinking loss, Sociale support lacking, Organized plan, No spouse, sickness.

7. Suicide Assessment Scale – SAS (Stanley et al., 1986)

Valuta la dimensione suicidaria ed i fattori ad essa correlati secondo specifici criteri: 1. la possibilità di valutare sia i comportamenti osservati che i sintomi riferiti; 2. l'indipendenza della scala da qualsiasi diagnosi specifica; 3. la valutazione dell'attuale grado di suicidalità e la sensibilità al cambiamento dei sintomi correlati al suicidio.

La Check List all'Ingresso

secondo O.M.S. (Arboleda-Florez, 1989)

- A. E' in uno stato di intossicazione da sostanze psicotrope o ha una storia pregressa in tal senso;
- B. Esprime livelli insoliti di vergogna, colpa, preoccupazione per l'arresto e l'incarcerazione;
- C. Mostra disperazione o paura per il futuro, segni di depressione come il pianto, l'appiattimento affettivo e l'assenza di comunicazione verbale;
- D. Esprime pensieri riguardanti il suicidio;
- E. In passato è stato in trattamento per problemi psichici;
- F. Soffre attualmente di un disturbo psichico o si comporta in maniera insolita o bizzarra (ha difficoltà di concentrazione, parla da solo ecc...);
- G. Ha già tentato una o più volte il suicidio e/o afferma che il suicidio è una possibile soluzione ad i suoi problemi;
- H. Attualmente afferma di avere piani suicidari (chiedere conferma a detenuti vicini o ai familiari);
- I. Riferisce di avere poche risorse interne e/o esterne di supporto;
- J. L'agente che ha arrestato o ha tradotto il detenuto lo ritiene a rischio di suicidio;
- K. Dal registro emerge che il detenuto ha già avuto in passato un rischio di suicidio.



Applicazioni delle Linee d'Indirizzo Regionali per la Prevenzione del Suicidio in Carcere

Formazione del personale sanitario e penitenziario sulla prevenzione del suicidio in carcere. In particolare gli operatori dovranno essere formati riguardo a:

- Epidemiologia dei comportamenti suicidari in carcere.
- Fattori preventivi e predittivi dei comportamenti suicidari in carcere.
- La dimensione della suicidalità, compreso il tema della manipolazione.
- Strumenti di valutazione del rischio suicidario e gestione del rischio.
- Modalità di comunicazione tra operatori e con la persona a rischio.
- Primo Soccorso.

Applicazioni delle Linee d'Indirizzo Regionali per la Prevenzione del Suicidio in Carcere

Screening/valutazione all'ingresso:

deve essere costruito un piano di accoglienza qualificato dei Nuovi Giunti che preveda un assessment multiprofessionale e la creazione di un adeguato percorso interno per tutti i nuovi giunti, specie per quelli che risultano a rischio di suicidio.

Il piano di accoglienza si articolerà su 2 livelli:

Livelli del Piano d'Accoglienza

Primo livello:

- Triage medico-infermieristico effettuato dal Medico di Guardia e dagli Infermieri Penitenziari. Queste figure sanitarie saranno adeguatamente formate e dotate di specifico strumento valutativo (Check List) al fine di individuare gli elementi di rischio suicidario nel Nuovo Giunto.
- In loro aiuto il Servizio Psichiatrico Territoriale, su cui insiste il carcere, potrà mettere a disposizione un Infermiere Professionale della Salute Mentale al fine di qualificare maggiormente la fase del triage medico-infermieristico.
- Successivamente a questa fase di triage, i pazienti ritenuti a rischio verranno inviati al Servizio Psicologi Nuovi Giunti che definirà con maggiore precisione il livello di rischio e individuerà precocemente i bisogni terapeutici, di collocazione e di sorveglianza.

Livelli del Piano d'Accoglienza

Secondo livello:

- Nel caso in cui gli operatori che effettuano l'assessment di primo livello ravvisino nel Nuovo Giunto un particolare disagio, verrà attivata, tramite una richiesta da parte del Medico Incaricato o del Medico di Guardia, la visita psichiatrica specialistica in regime di urgenza o routinaria. Allo psicologo della Salute Mentale sarà affidato il compito di integrare la valutazione con la somministrazione delle seguenti scale diagnostiche: MINI PLUS (Mini International Neuropsychiatric Interview Plus di Sheehan D. et al., versione italiana 5.0.0 1998); SAS (Suicide Assessment Scale di Stanley B., 1986); Check List.
- Lo psichiatra, dopo la valutazione di secondo livello deciderà sulla presa in carico del Nuovo Giunto a rischio e nel caso affermativo istituirà un gruppo multiprofessionale per la stesura e formalizzazione di un piano personalizzato di assistenza/cura.
- Per la costruzione di un gruppo multiprofessionale adeguato sono necessarie risorse professionali dedicate quali: Assistente Sociale, Infermiere Professionale della Salute Mentale, Educatore Professionale, Psicologo, referente per la Polizia Penitenziaria, Referente dell'Area Educativa.

La Presa in Carico



- Deve essere favorita la presa in carico dei bisogni psicopatologici da parte della struttura aziendale responsabile del territorio in cui in carcere insiste.
- La presa in carico prevede:
 1. stabilire e mantenere un'alleanza terapeutica;
 2. indicare per ognuna delle persone considerate a rischio le misure di sorveglianza ed i controlli attuabili dal personale sanitario e penitenziario più adeguate alle condizioni di rischio della persona;
 3. individuare il luogo più adatto di cura all'interno dell'Istituto;
 4. sviluppare un piano di trattamento sanitario specifico;
 5. promuovere l'aderenza al piano di trattamento sanitario con verifiche periodiche;
 6. tenere contatti con i familiari;
 7. rivalutare costantemente il rischio di suicidio e l'efficacia ed adeguatezza delle misure di sorveglianza, sanitarie e penitenziarie;
 8. monitorare le condizioni psicopatologiche e la risposta alle terapie allo scopo di individuare in tempo utile le situazioni di emergenza/urgenza.

La Presa in Carico



La presa in carico da parte del gruppo multiprofessionale avrà come referente lo psichiatra a cui è stato assegnato il detenuto. Il gruppo multiprofessionale dovrà riunirsi periodicamente per verificare l'espletamento del piano di intervento personalizzato di assistenza/cura che racchiuda in sé le varie tipologie di intervento necessarie (psichiatria, psicologica, trattamentale, sociale, di sorveglianza penitenziaria e/o sanitaria).

Per garantire una corretta presa in carico psichiatrica del detenuto è necessario:

1. garantire una continuità di assistenza/cura favorendo l'accesso ai percorsi terapeutico-riabilitativi esterni al carcere per i residenti nel territorio dove insiste l'Istituto. In particolare è essenziale, durante la carcerazione, costruire per le persone portatrici di sofferenza psichica, percorsi riabilitativi mirati e progetti di sostegno socio-lavorativo per i soggetti da reinserire in loco.
2. avere personale infermieristico dedicato per un'eventuale sorveglianza sanitaria.
3. avere a disposizione formulazioni farmaceutiche più sicure, tali da promuovere l'aderenza al trattamento farmacologico.
4. avere a disposizione un segretariato sociale nella fase di accoglienza e comunque una presa in carico sociale durante la carcerazione.
5. insegnare alla Polizia Penitenziaria l'utilizzo della Check List per il monitoraggio del rischio suicidario nei detenuti presi in carico.
6. insegnare agli infermieri penitenziari la somministrazione della SAS, per il monitoraggio delle variazioni cliniche dell'ideazione e del comportamento suicidario in detenuti in trattamento.

Grazie per l'Attenzione

"Solitudine del Guerriero"
G. De Chirico,
1916

