



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

Federica Soscia, Giuseppe Cardamone  
U.O. Psichiatria Azienda USL 9 Grosseto

Edizione V, Siena 3 marzo 2015

# Argomenti

1. Epidemiologia dei comportamenti suicidari nella popolazione generale e nella popolazione carceraria
2. Fattori predittivi dei comportamenti suicidari e le specificità del Carcere
3. Focus sul rapporto tra suicidalità e disagio psichico /malattia mentale
4. Eziopatogenesi e psicopatologia dei comportamenti suicidari
5. L'approccio e la gestione della comunicazione con la persona a rischio suicidario
6. Prevenzione dei comportamenti suicidari: le criticità in ambito carcerario
7. Applicazioni delle Linee d'Indirizzo Regionali per la Prevenzione del Suicidio in Carcere
8. Strumenti di valutazione dei comportamenti suicidari: checklist e scale di valutazione e

# Bibliografia Essenziale

- La prevenzione del suicidio nelle carceri. Management of Mental and Brain Disorders. Department of Mental Health and Substance Abuse. World Health Organization 2007
- 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 2011
- Il Suicidio e la sua prevenzione. A cura di Roberto Tatarelli e Maurizio Pompili. Ed. Giovanni Fioriti Editore s.r.l. Roma, 2008.
- 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.
- La prevenzione dei suicidi in carcere- Quaderni ISSP numero 8 (dic 2011)
- 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.
- Linee di indirizzo sulla gestione dei casi a rischio di suicidio in carcere. Centro Regionale per la salute in carcere. Settembre 2009
- Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria; Capitolo 18: "Il rischio di Suicidio". A cura di Luciano Conti. Ed. S.E.E. Firenze, 1999

# **1. Epidemiologia dei comportamenti suicidari nella popolazione generale e nella popolazione carceraria**



# Il suicidio nel mondo

- E' una delle **10** principali cause di morte nel mondo
- Secondo l'OMS (2008).....
  - il tasso medio di suicidio nella popolazione mondiale è di 1,6 su 10.000 persone.....
  - ...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

- 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 ma...
- 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 (per le donne la terza)

# Suicidio nella Popolazione Generale

- 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

# Tentativi di Suicidio

- Per ogni suicidio avvenuto si stima che ci siano almeno 20 casi di tentato suicidio (*dati OMS, anno 2012*).
- Circa il 20% dei suicidi ha avuto un precedente tentativo

Dal 10 al 12% di chi ha effettuato un tentativo suicidario ripete l'atto entro i 12 mesi successivi

Tra chi ha tentato un suicidio l'1% lo realizza entro un anno e più del 5% entro 10 anni

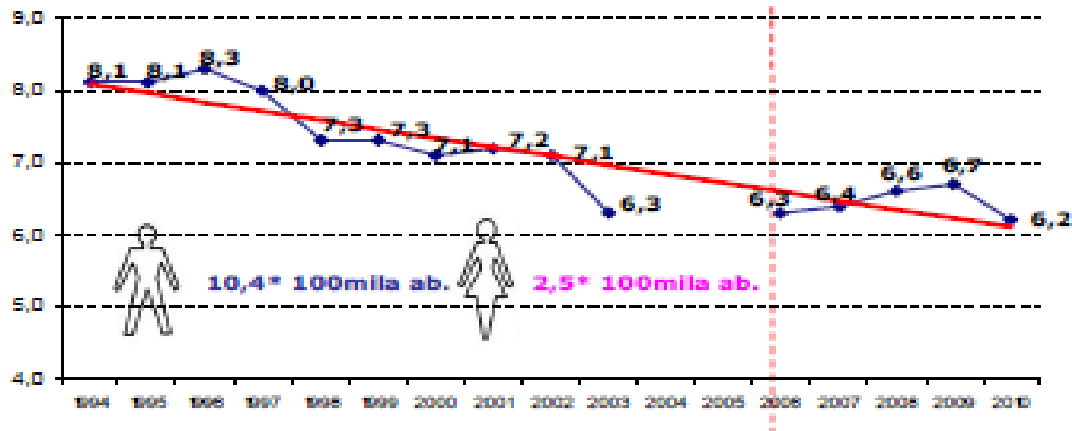
*(Chang et al. Emerg Med Pract 2011)*

# 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)

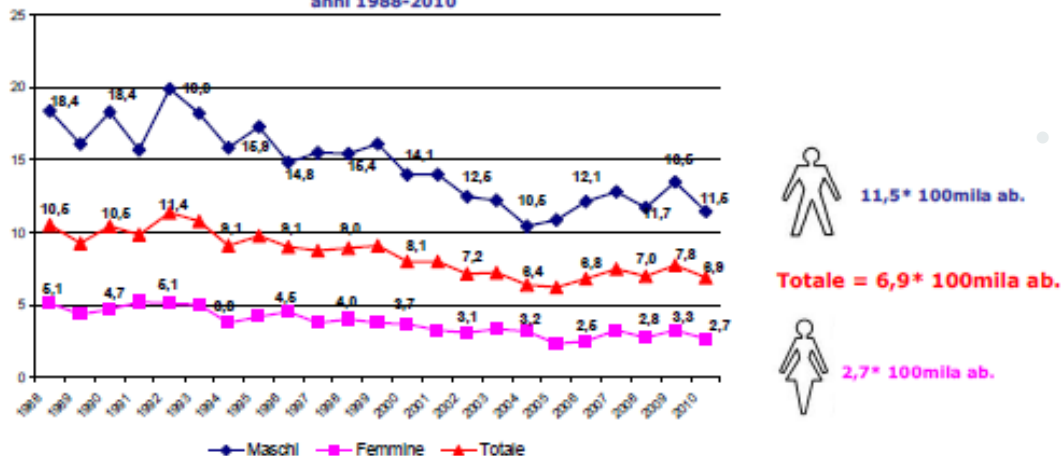
# Tassi di mortalità in Italia e in Toscana

Tasso di mortalità per suicidio \*100mila abitanti - Anni 1993-2010



Nel periodo 1993-2010, in Italia, la mortalità per suicidio mostra un trend in diminuzione con valori che passano da 8,1 \*100mila ab. registrato nel 1994 a 6,2 suicidi \* 100mila ab. nel 2010, con piccole variazioni su livelli storicamente bassi negli ultimi anni.

Tasso std. di mortalità per suicidio \*100mila abitanti, per genere e totale, Toscana, anni 1988-2010



In Toscana il tasso di suicidi è in linea con il dato nazionale: 6,9 suicidi \* 100 mila ab.

A partire dal 2005, nel genere maschile, il trend sembra aver subito una lieve inversione di tendenza che però non presenta caratteristiche di significatività.

# Suicidi in Toscana: triennio 2009-2011

- 804 suicidi
- 159 F (20%), 645 M (80%)
- Tassi grezzi: 2,75 F e 12 M
- Classe modale: 70-74 anni (85 suicidi)

Classe di età	femmine	maschi
0-4 anni	0	0
5-9 anni	0	0
10-14 anni	0	2
15-19 anni	3	3
20-24 anni	1	13
25-29 anni	2	19
30-34 anni	9	27
35-39 anni	16	36
40-44 anni	18	40
45-49 anni	8	46
50-54 anni	17	46
55-59 anni	12	44
60-64 anni	18	55
65-69 anni	7	55
70-74 anni	17	68
75-79 anni	9	72
80-84 anni	10	62
85+ anni	12	57



World Health  
Organization

*IASP*

*International Association  
for Suicide Prevention*

## Prevenzione del suicidio nelle carceri 2007

- **I detenuti costituiscono un gruppo di popolazione ad alto rischio di suicidio.**
- 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).
- 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.

**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).**



# 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

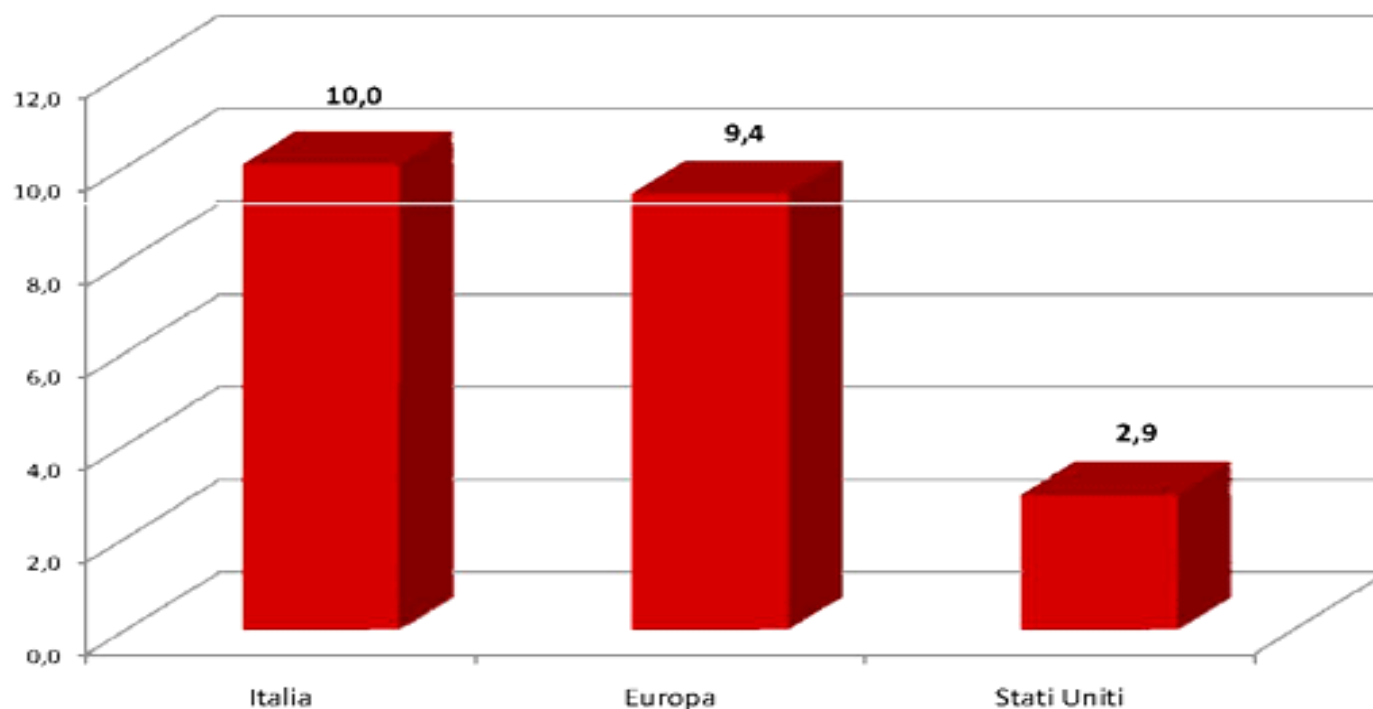
(Spacca A. et al., 2007)

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

<b>Anni</b>	<b>Italia</b>	<b>Europa</b>	<b>Stati Uniti</b>
	<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
<b>Media 3 anni</b>	<b>10,0</b>	<b>9,4</b>	<b>2,9</b>

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

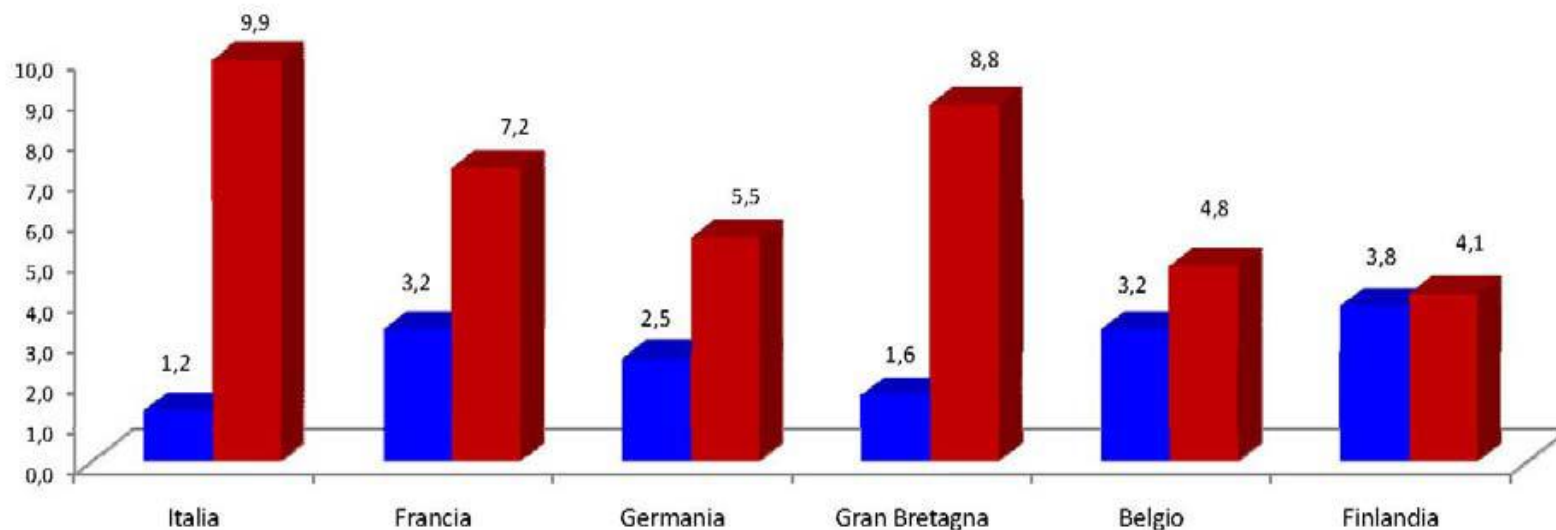


## Confronto del tasso di suicidio in carcere e nella popolazione libera in alcuni Paesi europei

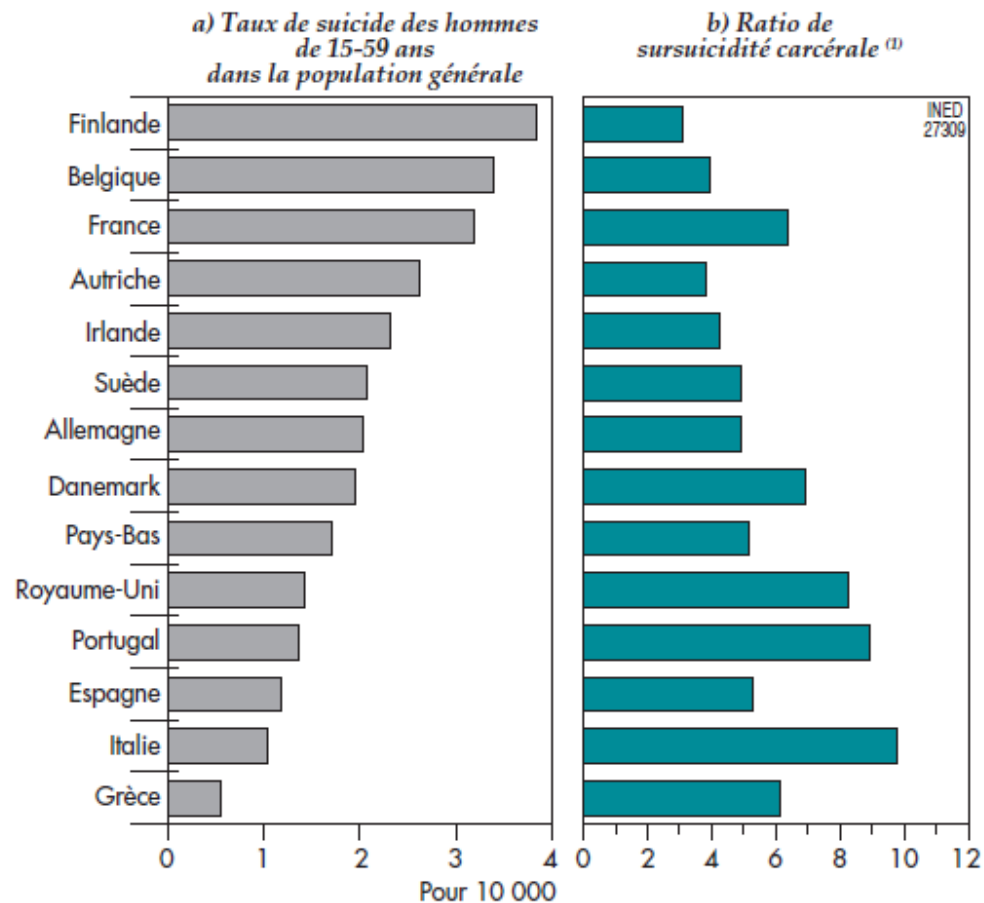
Anni 2002 - 2006, elaborazione su dati Istituto Nazionale francese di Studi Demografici (INED)

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)



*Figure 6 - Taux de suicide des hommes de 15-59 ans  
et sursuicidité carcérale  
dans l'Europe des Quinze, période 2002-2006*



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

<sup>(1)</sup> Rapport entre le taux de suicide en prison et le taux de suicide des hommes de 15-59 ans de la population générale. La proportion de femmes écrouées est de 5,7% en moyenne en Europe sur la période étudiée.

Sources: WHOSIS, Conseil de l'Europe, SPACE 1 [5].

# Suicidio nelle Carceri Italiane

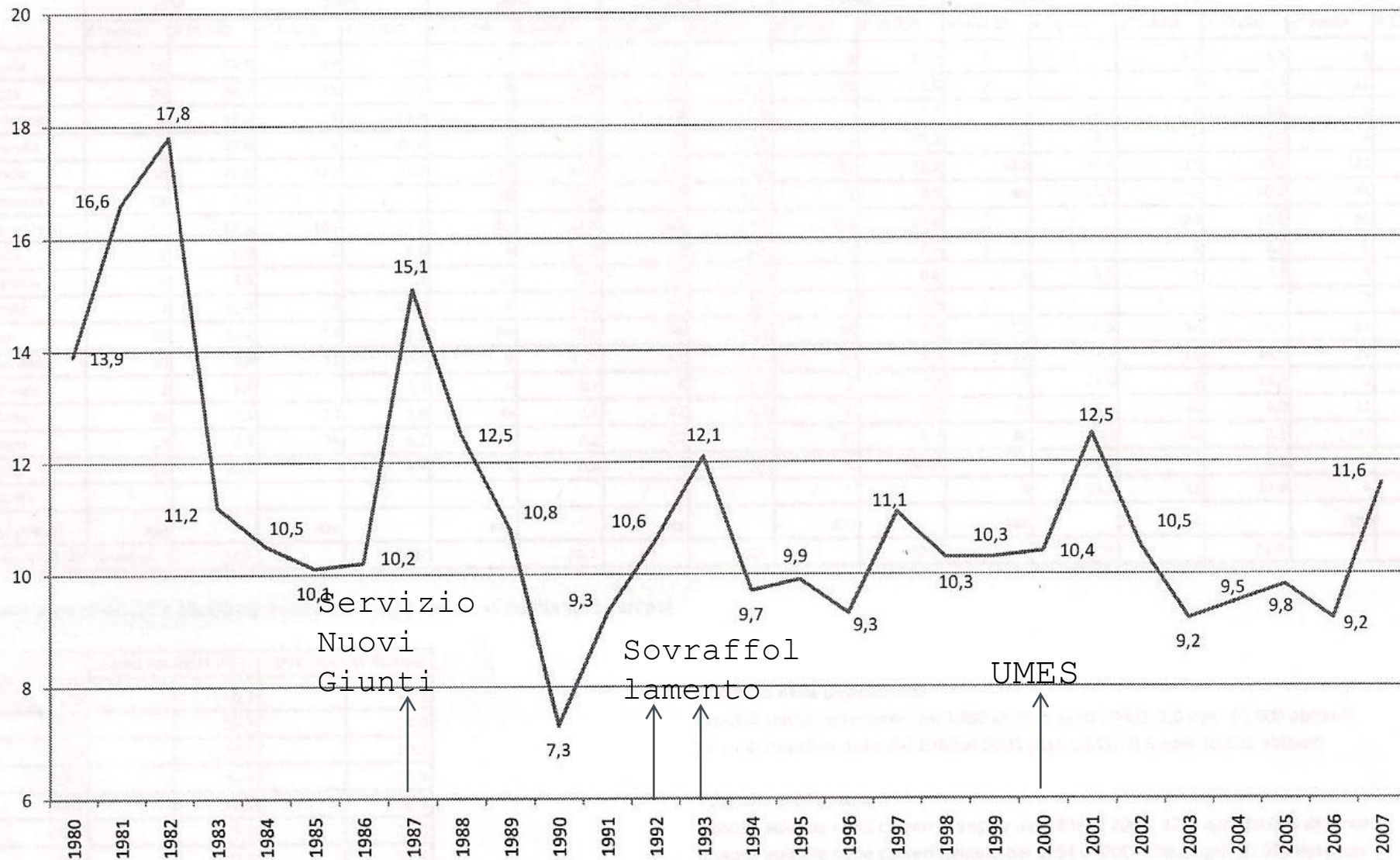
Nelle Carceri Italiane il suicidio è la prima causa di morte:

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"*

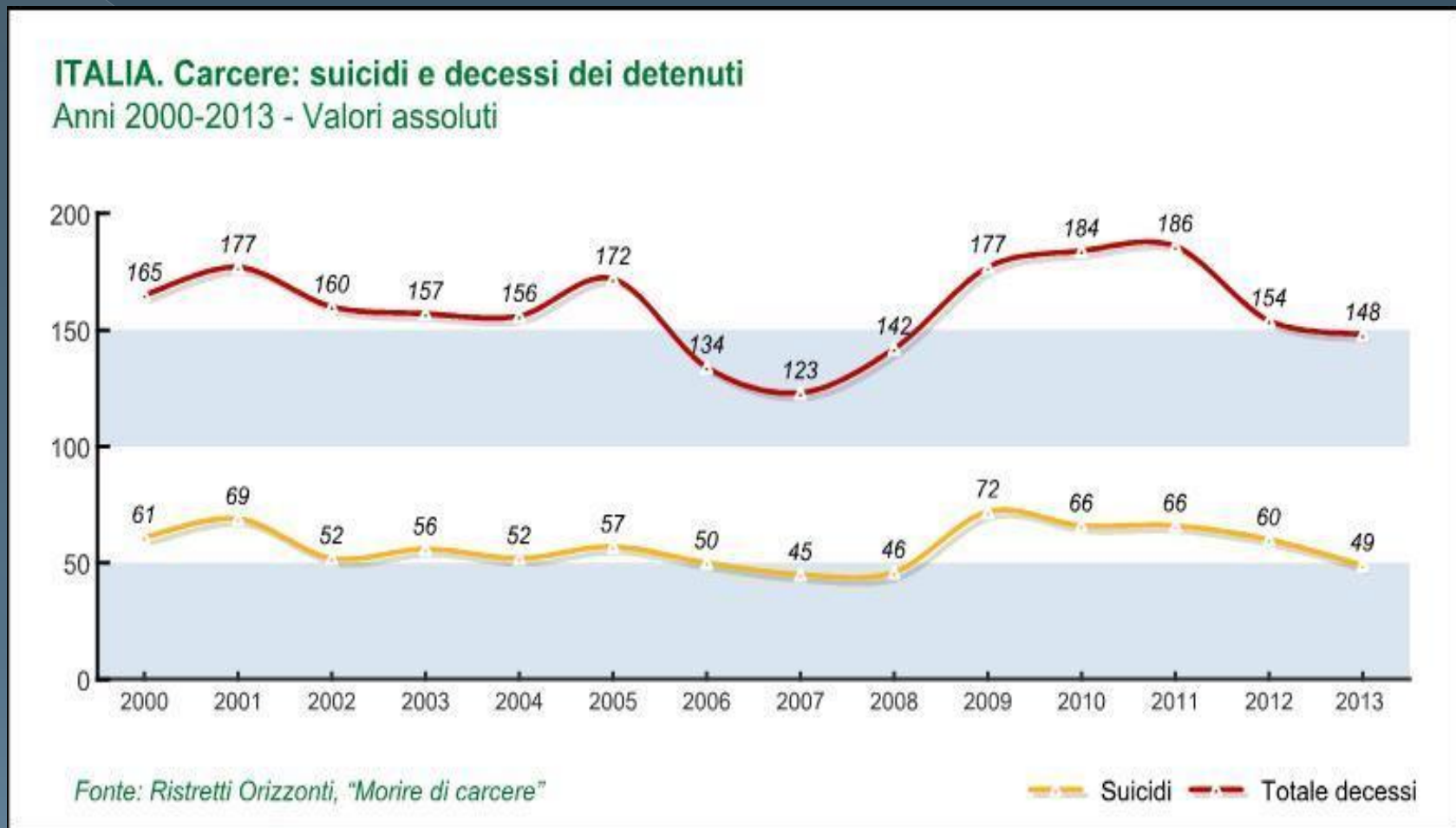
Italia: tasso di suicidio ogni 10.000 detenuti dal 1980 al 2007



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).



# Sempre nelle carceri italiane...



Nel 2014: 43 suicidi di detenuti su 131 decessi (10 suicidi di agenti di custodia)

Dal 2000 al 2014: 844 suicidi dei detenuti su 2371 decessi totali

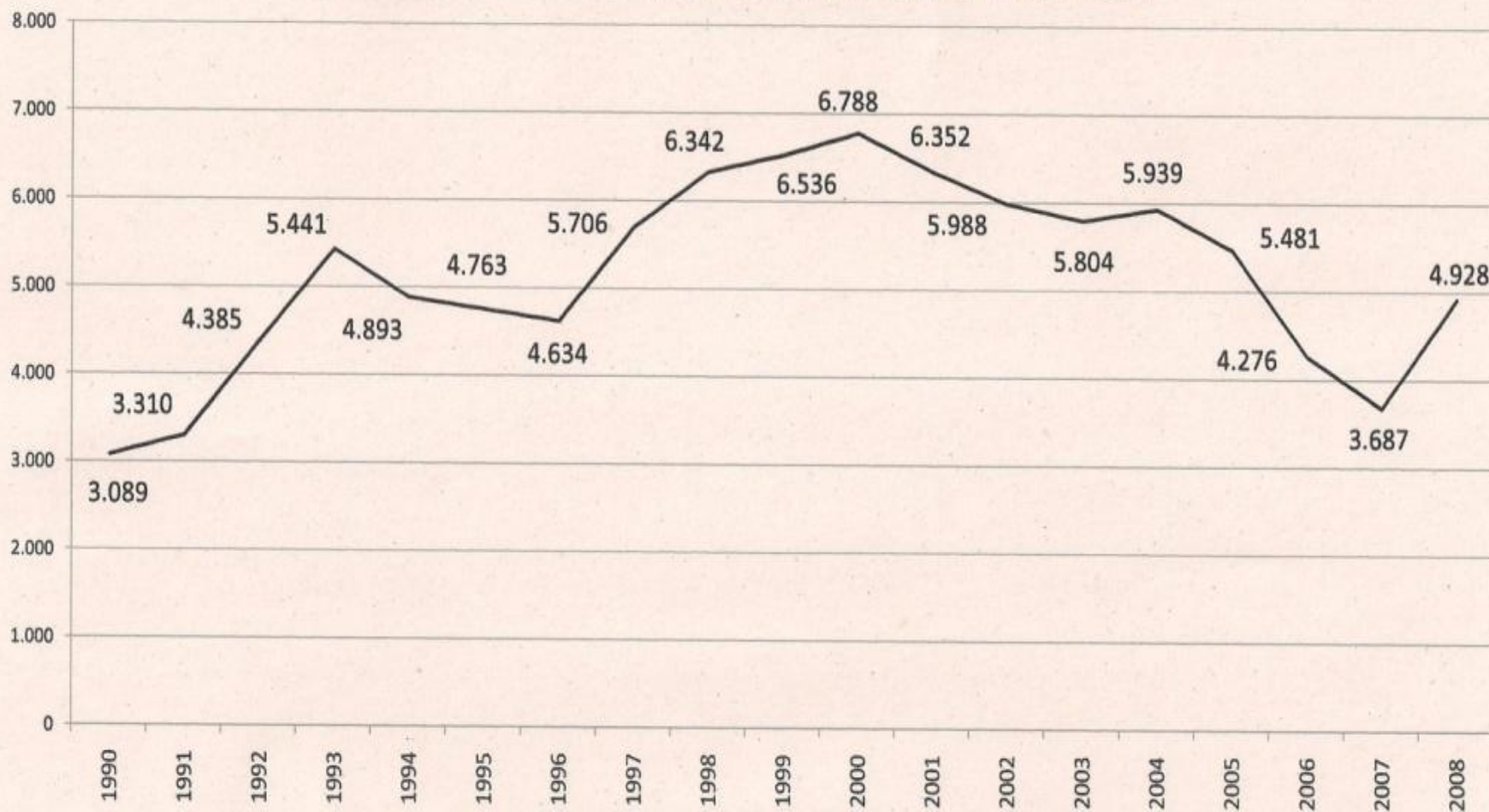
# Tentativi di Suicidio e autolesionismo in carcere

- 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, ridotti poi leggermente negli 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.

# Al 31 dicembre 2013...

- Calo delle presenze complessive dei detenuti in Italia e diminuzioni degli eventi critici più significativi
- La regione con più suicidi la Campania (8); quella con un numero più alti di tentati suicidi (161) e di autolesionismo (1189) la Toscana
- Rebibbia è il carcere che ha fatto registrare il maggior numero di suicidi (3). Firenze Sollicciano l'istituto in cui si è verificato il maggior numero di tentati suicidi (45), seguita da Prato (43) e Piacenza (36).
- Sempre Firenze Sollicciano guida la classifica degli istituti con il più alto numero di atti di autolesionismo (358), seguita da Pisa (248) e Piacenza 235.

# Suicidio nelle carceri in Toscana

- 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*

# Tentativi di suicidio e autolesionismo nelle carceri 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 161 tentativi di suicidio. Per quanto riguarda l'autolesionismo, circa il 10% dei detenuti ha messo in atto almeno una volta azioni autolesive.

# 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*

- Nel 2014: 10 suicidi di agenti di custodia
- In 10 anni: 100 suicidi tra il personale di polizia penitenziaria

## **2. Fattori predittivi dei comportamenti suicidari e le specificità del Carcere**

# 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.



# 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).

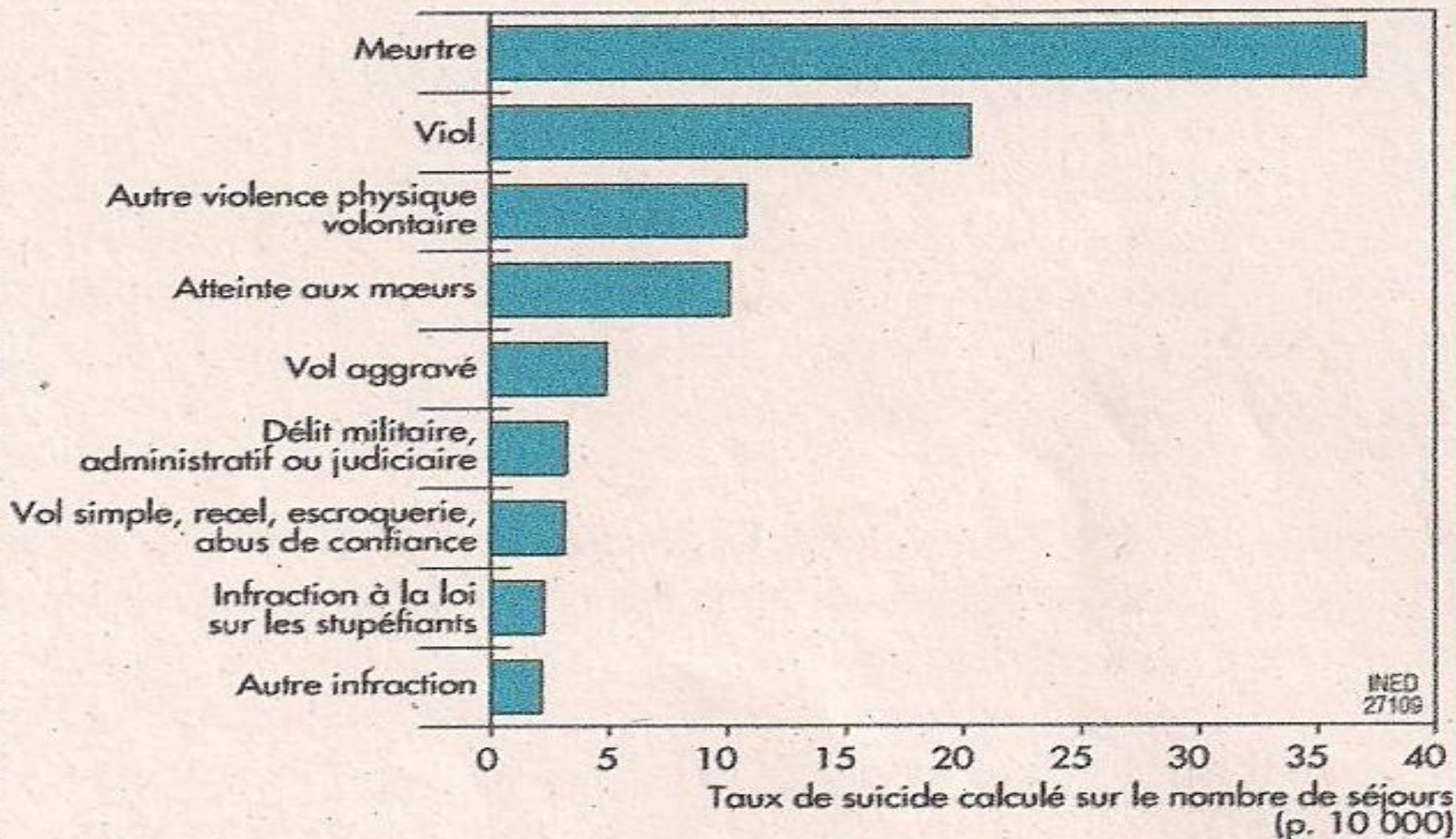
# VARIABILI GIURIDICHE

- 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.
- Nella 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.**
- Comunque le **donne in attesa di giudizio** commettono suicidio più spesso rispetto alla controparte femminile nella comunità e le donne detenute hanno un'alta prevalenza di malattie mentali gravi

# NAZIONALITÀ

I suicidi, i tentati suicidi e le condotte astensive 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%.

# 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

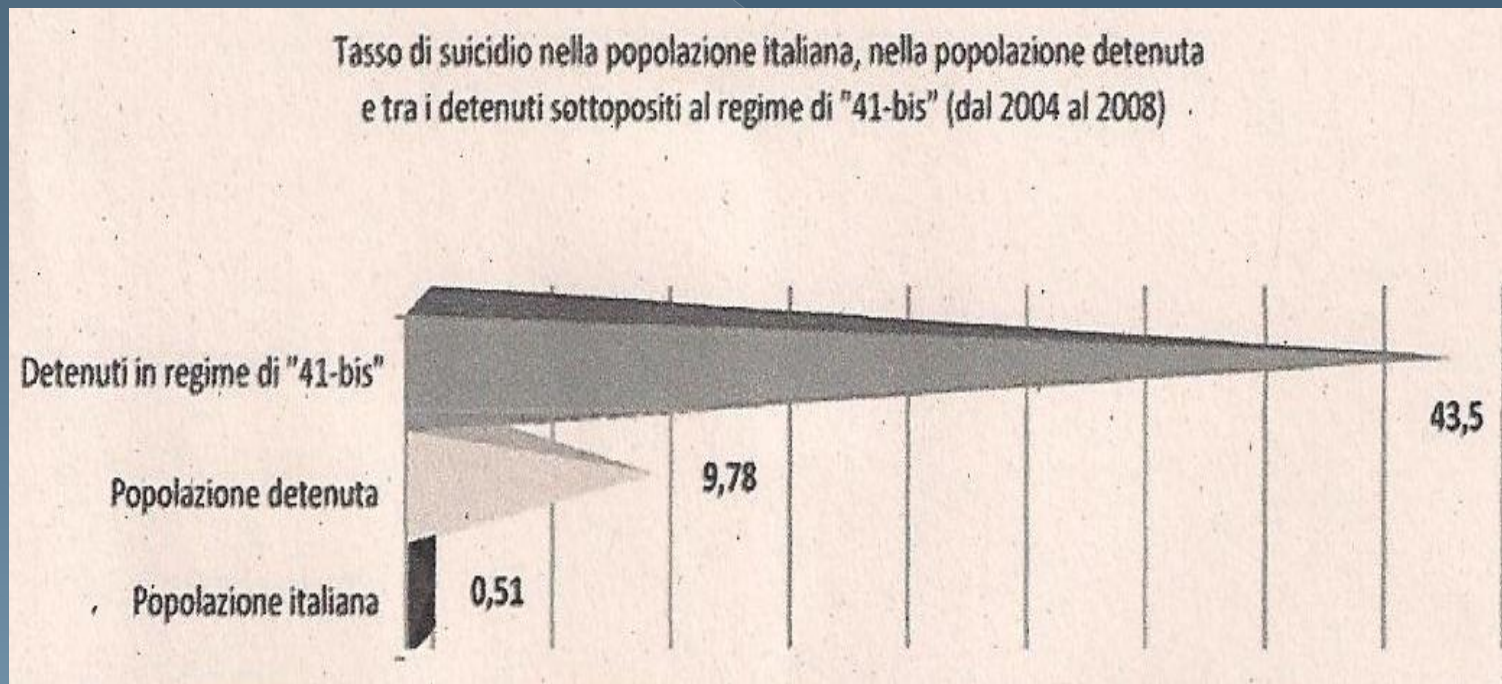
Non sarebbe quindi il sovraffollamento in sé a far degenerare la situazione personale, **quanto l'interazione tra l'inadeguatezza del contesto vitale e l'incapacità individuale a procurarsi condizioni di vita migliori in un ambiente di forte concentrazione umana.**

# 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.

# 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** e sono piuttosto espressione di un **disagio con gradi di diversa gravità**, affrontati in ragione di una **diversa capacità di coping** in una situazione di stress emotivo.
- 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 fino 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).

# 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).

*“si ammazza chi conosce il proprio destino e ne teme l’ineluttabilità e si ammazza, in misura appena meno rilevante, chi non ha la minima idea del proprio destino e ne teme l’imprevedibilità”*

Mancone e Boraschi 2005

# Il rischio 'importato': la vulnerabilità bio-psico-sociale

- ◉ L'OMS individua, nella popolazione generale, le seguenti categorie a rischio di suicidio: **i giovani maschi (15-49 anni), 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 IN CARCERE

- Gran parte 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

- Nelle carceri italiane: oltre il 21,5% dei detenuti è tossicodipendente (contro il 2,1% della popolazione generale)
- Il 62% dei suicidi nelle prime fasi di carcerazione riguarderebbe utilizzatori problematici di sostanze (HM Prison Service Internal Report Safer Custody, 2002).
- In controtendenza con altri studi: 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.

# 3. Suicidalità e patologia mentale

# Patologia Psichiatrica e Condotte Suicidarie

- ❖ I disturbi mentali sono spesso presenti al momento del suicidio con stime che vanno dal **27 al 90%**
- ❖ Tra i giovani che commettono suicidio, il **20-50%** presenta **un disturbo di personalità**, in prevalenza di tipo borderline e antisociale
- ❖ L'**abuso di sostanze**, da solo o in comorbidità con disturbo psichiatrico, è presente nel **19-50%** dei soggetti che si suicidano
- ❖ L'**82%** presenta una **comorbidità**

# Rischio di suicidio nei disturbi psichiatrici rispetto alla popolazione generale

Patologia	Aumentato rischio di suicidio (numero di volte) rispetto al valore atteso
Depressione maggiore	20
Disturbi bipolari	15
Schizofrenia	8,5
Abuso di alcool	6
Distimia	12
Disturbi di personalità	7

# Patologia psichiatrica e mortalità lifetime per suicidio

## ❑ Disturbo Bipolare: 20%

Il 29-50% dei soggetti commette almeno un TS.

Il rischio è 15 volte più alto rispetto alla popolazione generale.

## ❑ Depressione Maggiore: 15%

Il 12% ha più di un TS.

## ❑ Schizofrenia: 10%

## ❑ Alcolismo e Abuso di Sostanze: 18%

## ❑ Disturbo Borderline e Antisociale di personalità: 5-10%

# Fattori di rischio suicidario nella depressione

- Precedenti TS
- Maschio sotto i 25 anni
- Prime fasi del disturbo
- Presenza di hopelessness, agitazione psicomotoria, insonnia, irritabilità, trascuratezza, attacchi di panico.
- Presenza di sintomi psicotici
- Grave compromissione sociolavorativa
- Comorbilità: -Abuso di Alcool e Sostanze (16-30%)  
-Disturbo di Personalità Borderline e Antisociale

*I deliri a contenuto ipocondriaco durante il primo episodio depressivo sono predittivi di futuri agiti suicidari*

## Da una revisione del National Comorbidity Survey Replication\* (9282 US adulti)

- La diagnosi di depressione predice l'ideazione suicidaria, ma non i piani suicidari o i tentativi tra quelli con ideazione
- Invece i disturbi caratterizzati da severa ansia/agitazione (es DPTS) e uno scarso controllo degli impulsi (disturbi della condotta e da uso di sostanze) predicono quali tra gli ideatori suicidari effettueranno un piano suicidario o un tentativo



# Fattori di Rischio Suicidario nel Disturbo Bipolare

- 1) Fasi precoci
- 2) Fasi depressive e 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) Comorbilità con Cluster B
- 8) Familiarità per suicidio
- 9) Uso di sostanze

# Stati misti, antidepressivi e suicidalità

- ◉ Importante **distinguere le fasi depressive dagli stati misti** in cui vi è umore depresso accompagnato da iper-reattività, agitazione e irritabilità piuttosto che inibizione comportamentale: in questi casi l'antidepressivo può avere un effetto disinibente rispetto all'atto suicidario
- ◉ Nelle forme depressive bipolari (depressioni con storia di eccitamenti) **la fase di passaggio da depressione e mania può configurare uno stato misto**: questo può essere indotto dall'uso di antidepressivi non associati a stabilizzatore dell'umore
- ◉ Nella **fase iniziale** di assunzione dell'**antidepressivo** la psicomotricità migliora prima del tono dell'umore: rischio di agito suicidario se presente persistente ideazione suicidaria

# Schizofrenia e condotte suicidarie

*Il suicidio è la prima causa di morte prematura fra le persone affette da schizofrenia*

*Il 13% dei pazienti schizofrenici commette suicidio*

*Altamura AC et al., Noos 2004*

## **Fattori di rischio suicidario:**

- **Precedenti tentativi di suicidio**
- **Sesso maschile e giovane età**
- **Hopelessness e sintomi depressivi**
- **Deliri o dispercezioni uditive di tipo imperativo**
- **Primi dieci anni di malattia**
- **Buon adattamento premorboso**
- **Abuso di sostanze**
- **Isolamento sociale e difficoltà lavorative**
- **Dimissioni ospedaliere**

# Fasi della schizofrenia a rischio suicidario

- ❖ La fase di **esordio** psicotico, in cui il paziente sperimenta perplessità e una sensazione di fine del mondo, è ad alto rischio suicidario
- ❖ La fase iniziale di una ricaduta
- ❖ Nella fase iniziale di **remissione** dei sintomi floridi, quando aumenta la *consapevolezza* di malattia e la possibilità di un'elaborazione depressiva (depressione post-psicotica)

# Disturbi di personalità e condotte suicidarie

- I soggetti con disturbo di personalità sono considerati più a rischio per quanto riguarda i comportamenti auto-eteroaggressivi in quanto la dimensione dell'**impulsività e aggressività** rappresenta un sintomo nucleare della loro psicopatologia
- Questa dimensione appartiene in particolar modo ai disturbi di personalità borderline e antisociale

# Disturbo Borderline e condotte suicidarie

*Il 75% pazienti Borderline tenta il suicidio ed approssimativamente il 10% riesce a completarlo*

## FATTORI DI RISCHIO

- **Pregressi TS**
- **Primi due anni successivi al primo TS (il 15,3% riprova)**
- **Abusi fisici e sessuali nell'infanzia e nell'adolescenza**
- **Episodio depressivo maggiore**
- **Il rischio di suicidio sembra essere correlato alla presenza di variabili psicopatologiche fondamentali:**
  - 1 Hopelessness**
  - 2 Impulsività**
  - 3 Instabilità affettiva**
- **Presenza di tratti antisociali**
- **Basso grado di istruzione**
- **Perdite affettive importanti nel periodo dell'infanzia**
- **Marcata reattività agli eventi trigger**
- **Comorbilità: Disturbi dell'Umore**
  - Abuso di alcol e sostanze (presente nel 79% dei casi)**
  - D. della condotta alimentare**

# Alcool, sostanze stupefacenti e condotte suicidarie (1)

- Un problema alcool correlato è presente dal 15 al 61% dei casi di suicidio *(Vijayakumar et al. Current opinion in psychiatry 2011).*
- La dipendenza e l'abuso di alcool e di sostanze incrementano il rischio di TS, ma soprattutto di suicidio
- Il rischio di suicidio aumenta proporzionalmente agli anni di dipendenza
- Il rischio aumenta all'aumentare della quantità di alcool consumata abitualmente
- L'ideazione suicidaria è più grave in chi abusa anche di "cannabis"

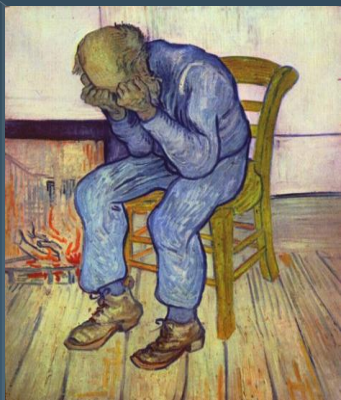
# Alcool, sostanze stupefacenti e condotte suicidarie (2)

- In pazienti cocaina e eroina dipendenti è elevato il rischio di overdose intravenosa a scopo suicidario (rischio 14 volte superiore di suicidio tra gli eroinomani)
- Labilità emotiva, impulsività, aggressività + disponibilità del mezzo letale
- I disturbi legati alle sostanze aggravano il decorso e le complicanze di un disturbo psichiatrico e compromettono la risposta alla terapia
- La comorbilità “è la regola”:
  - Disturbi dell'Umore
  - Malattie somatiche concomitanti
  - Disturbo Borderline Personalità



# 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



# La depressione nell'anziano: caratteristiche distintive

- Sovrapposizione di sintomi somatici e psichici
- Ridotta espressione della tristezza
- Appiattimento affettivo
- Lamentele sproporzionate rispetto alla patologia somatica
- Comparsa di un elevato livello di ansia
- Pseudo-demenza
- Nervosismo, irritabilità
- Rifiuto di alimentarsi e/o di assumere le terapie
- Accentuazione di tratti patologici di personalità

# Malattie fisiche e condotte suicidarie

- ❖ Le **malattie croniche**, soprattutto se invalidanti e a prognosi negativa, e il **dolore cronico**, aumentano il rischio di suicidio
- ❖ Neoplasie maligne
- ❖ Danno cerebrale traumatico
- ❖ Pazienti HIV positivi
- ❖ Emodialitici
- ❖ LES
- ❖ Menomazioni funzionali

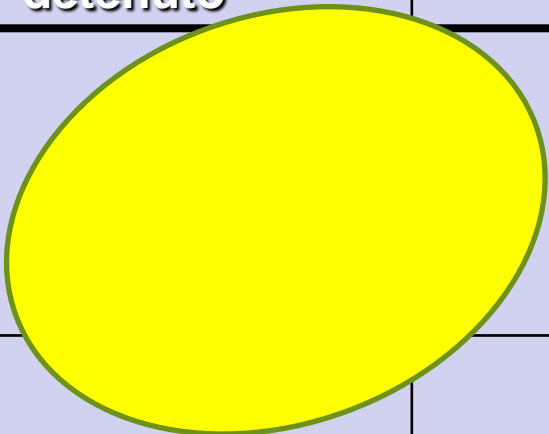
# Condizioni detentive e caratteristiche dei detenuti

	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		



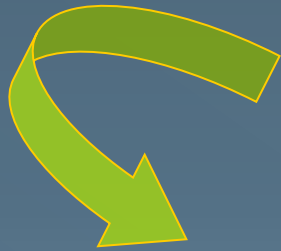
# **4. Eziopatogenesi e psicopatologia dei comportamenti suicidari**

*Il suicidio è una risposta individuale, non necessariamente o non esclusivamente patologica in sé e per sé, che può essere però considerata traduzione di una condizione patologica esistente, se non a livello individuale almeno a livello relazionale, o sociale o generalmente esistenziale...*

*Siciliani O. Fondamenti critici di psicopatologia generale 1978*

# *Suicidio come*

- Atto personale
- Evento sociale



Conseguenze sulla  
rete familiare e  
amicale

Condizionato dal  
contesto sociale e  
comunitario



Indicatore negativo del  
benessere psichico  
della comunità



# Studio del suicidio

## ➤ *Paradigma personologico*

derivazione psicoanalitica e antropofenomenica:

*Freud: omicidio mancato*

*Herbert Hending: morte come ritorsione verso l'altro, riunione con la persona umana, suicidio come fantasia di rinascita, suicidio come espiazione di colpe e autopunizione*

*Franco Fornari: "negazione della morte"*

## ➤ *Paradigma sociologico*

*Emile Durkheim: suicidio egoistico, altruistico, anomico (tendenza del suicidio inversamente proporzionale al grado di integrazione dei gruppi sociali)*

# Le due facce del suicidio?

## ❖ Suicidio razionale

*Conclusione di un atto lucido, intenzionale, spesso a lungo elaborato e preparato*

## ❖ Suicidio "automatico"

*Impulsivo, spesso elaborato esclusivamente a livello inconscio e realizzato come acting-out*



# Trasversalità e transnografia del comportamento suicidario

## L'atto suicidario

- attraversa diverse dimensioni cliniche ed è l'esito finale di una complessa catena di cause e fattori
- si inserisce in un complesso modello di **diatesi allo stress** in cui i fattori di rischio maggiore sono rappresentati da una **persistente ideazione suicidaria**, su cui agiscono con intensità diversa - a seconda della predisposizione individuale - diversi fattori, e da **elevati livelli di impulsività**, che consentono il passaggio all'atto, al di là della presenza di un disturbo psichiatrico

# Lo stato mentale del paziente che tenta il suicidio (1)

- ◉ **Scopo:** ricerca di una soluzione
- ◉ **Obiettivo:** cessazione della sensazione di consapevolezza nei confronti della sofferenza e dei problemi
- ◉ **Stimolo:** insopportabilità della sofferenza psicologica
- ◉ **Stressor:** frustrazione dei bisogni psicologici
- ◉ **Sensazione emotiva:** disperazione e abbandono (hopelessness-helplessness)

# Lo stato mentale del paziente che tenta il suicidio (2)

- ◉ **Stato cognitivo: ambivalenza** ( impulso di morte/fantasie di salvezza)
- ◉ **Stato percettivo: costrizione** che interessa le emozioni e il pensiero
- ◉ **Azione:** fuga o uscita dalla situazione (“almeno mi tirerò fuori”)
- ◉ **Gesto interpersonale: comunicazione** delle intenzioni
- ◉ **Quadro comune: “maniacalizzazione”** nel momento dell’atto (grandiosità, onnipotenza)

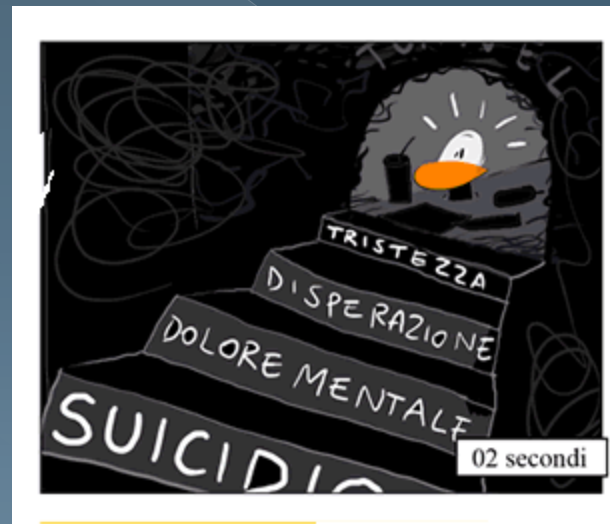
Qualunque fattore di stress o vulnerabilità sia in atto, il sentiero finale comune che conduce il detenuto verso il suicidio sembra essere costituito da:

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

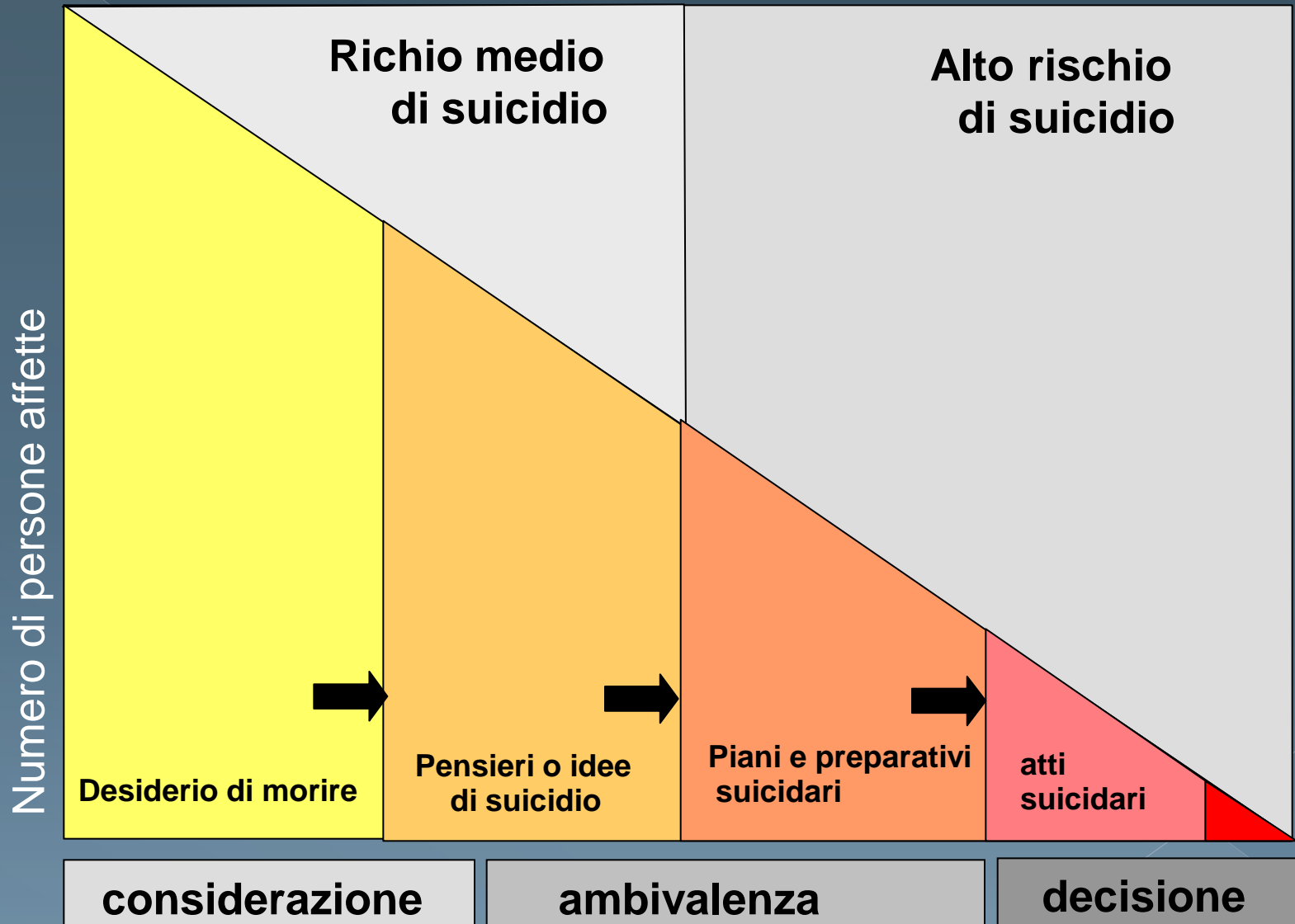
# Visione tunnel dello stato d'animo pre-suicidiario

Disposizione caratterizzata da una triade: disperazione, sensazione di non poter essere aiutato e di non avere via d'uscita



helplessness, hopelessness, despair

# Stati del rischio di suicidio





# Attenzione ai miglioramenti improvvisi!

*Pazienti che hanno espresso un'importante ideazione suicidaria e che improvvisamente appaiono sereni o non comunicano più l'intento autolesivo, potrebbero sentirsi sollevati dall'aver preso finalmente la decisione di suicidarsi e dalla prospettiva di porre fine alla propria sofferenza*

# Le condotte suicidarie

- **Suicidio riuscito**
- **Tentato suicidio:** suicidio mancato, atto iniziato deliberatamente e sotteso da un'effettiva volontà di realizzare un esito autolesivo, che ha fallito per una causalità improvvisa e non valutata
- **Velleità suicidaria:** tentativo appena abbozzato di suicidio che spesso si manifesta sotto forma di atti autolesivi non molto gravi (tagli superficiali, assunzioni di quantità di farmaci non eccessivamente tossiche) che sottende più la volontà di “dormire” e o “allontanarsi” piuttosto che la voglia di morire. Non va sottovalutata perché potrebbe avere il significato di prova generale
- **Comportamenti autolesivi:** attacchi severi all'integrità del corpo dove l'intenzionalità non è necessariamente quella di morire (metodi attivi, come l'automutilazione o l'ingestione di sostanze estranee, o passivi, come rifiutarsi di mangiare o bere o di assumere medicinali necessari)
- **Parasuicidio o equivalenti suicidari:** condotte che espongono in maniera volontaria o involontaria al rischio di morte (guidare ad alta velocità, sport estremi), in cui viene espresso in modo incompleto il desiderio di morire o caratterizzato da una quota di impulsività troppo elevata per formulare una chiara intenzionalità

# 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*

# 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.

# 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.

# *Suicidio tra solitudine e incomunicabilità*

...Il suicidio si pone come tentativo estremo di recupero di una modalità comunicativa che il soggetto avverte di aver perduto...suicidio come epilogo di una situazione di stato impronata su sentimenti di solitudine, incomprensione, incomunicabilità...nell'ambito della quale si struttura la "fantasia nucleare suicidaria", ovvero l'incongrua intuizione di poter superare e risolvere la propria condizione esistenziale di isolamento nella dimensione collettiva della morte per suicidio e nella risonanza emotiva che l'atto autosoppressivo produce nella collettività

Il suicidio è un fenomeno complesso che nasce dalla molteplice interazione di fattori genetici, biologici, psicologici, sociali e ambientali.



La comprensione delle condotte suicidarie è possibile soltanto andando ad analizzarle secondo una **prospettiva multifattoriale**



# 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

# Le caratteristiche psicologiche che sottendono l'atto suicidario

- Disperazione
  - Ansia persistente
  - Agitazione psichica
  - Impulsività
  - Disinibizione
  - Senso di vergogna o umiliazione
  - Ridotta autostima
- **Rigidità cognitiva:**
    - pensiero dicotomico aut-aut
    - scarse capacità di coping (adattamento alle situazioni di difficoltà) e problem solving (risoluzione dei problemi)

# Fattori di rischio

## Predisponenti

### **INDIVIDUALI**

*Riguardano gli aspetti biologici e la storia personale di ogni soggetto*

### **AMBIENTALI**

*Riguardano il contesto sociale che può causare instabilità, ansia*

## Precipitanti

*Situazioni di crisi che accrescono lo stato di ansia e insicurezza*

## LIVELLO SOPRASTRUTTURALE

Aspetti ideologici e religiosi del gruppo di appartenenza

LIFE EVENTS

(fattori precipitanti)

## LIVELLO INTRAPSICHICO

*Rigidità  
cognitiva*

*Aspetti dipendenti  
distimici*

*Impulsività*

SUPPORTO

RETE  
SOCIALE

MASS-  
MEDIA

LIVELLO STRUTTURALE  
ASPETTI ECONOMICI E  
SOCIALI

## Fattori predisponenti individuali

- ❖ **Storia familiare di perdita, abusi, abbandoni**
- ❖ **Precedenti tentativi di suicidio.** Tale fattore aumenta il rischio di suicidio fino a 40 volte rispetto alla media
- ❖ **Patologie fisiche croniche e/o invalidanti.** Il 20-50% dei tentativi di suicidio è riconducibile a una grave e dolorosa malattia fisica, spesso con prognosi negativa
- ❖ **Abuso di alcool e altre sostanze**
- ❖ **Presenza di specifiche caratteristiche psicopatologiche** (impulsività-aggressività, stati misti e instabilità affettiva, disperazione-pessimismo)

## Fattori predisponenti ambientali

- ❖ **Fattori geografici, sociali, religiosi, culturali.**
- ❖ **Problemi socioeconomici.** Il suicidio è più frequente in oggetti disoccupati e/o in stato di indigenza.
- ❖ **Stato civile.** La condotta suicidaria sembra maggiormente presente rispettivamente per i vedovi, divorziati, single (soprattutto uomini).
- ❖ **Scarse relazioni sociali.** Mancanza di supporto.
- ❖ **Categorie professionali a rischio:** medici, farmacisti, forze dell'ordine.
- ❖ **Famiglia problematica.**
- ❖ **Problemi scolastici o lavorativi**
- ❖ **Disponibilità di mezzi lesivi**

## Fattori precipitanti

- ❖ **Rottura di una relazione importante**
- ❖ **Perdita del lavoro o insuccesso scolastico**
- ❖ **Suicidio di una persona cara o comunque vicina**, per il ruolo svolto dall'emulazione o identificazione
- ❖ **Lutto o perdita significativa**
- ❖ **Incarcerazione**
- ❖ **Gravidanza non desiderata**
- ❖ **Violenze, traumi**
- ❖ **Migrazione, mobilità sociale**

# Fattori protettivi

- ❖ buon supporto sociale e familiare
- ❖ forte consapevolezza del proprio valore e la fiducia in se stessi
- ❖ capacità di chiedere aiuto, di confrontarsi con gli altri e di imparare (flessibilità cognitiva)
- ❖ interiorizzazione di valori e tradizioni della propria cultura
- ❖ una rete di buone relazioni con amici, vicini, compagni di lavoro o di scuola
- ❖ l'integrazione nel lavoro, nelle attività culturali e di tempo libero
- ❖ presenza della luce del sole
- ❖ assenza di eventi traumatici durante l'età evolutiva
- ❖ trattamento adeguato di eventuali disturbi psichiatrici





# 5. L'approccio e la gestione della comunicazione con la persona a rischio suicidario

# AFFRONTARE LE SITUAZIONI DI RISCHIO SUICIDARIO

## OBIETTIVI:

### Primo livello:

- Mettere in sicurezza la persona
- Non mettere in pericolo se stessi

### Secondo livello:

- Individuare la strategia da adottare e scelta dell'intervento prioritario
- Valutare il coinvolgimento dei servizi psichiatrici o sanitari d'emergenza

# COME GESTIRE LE SITUAZIONI DI RISCHIO SUICIDARIO?

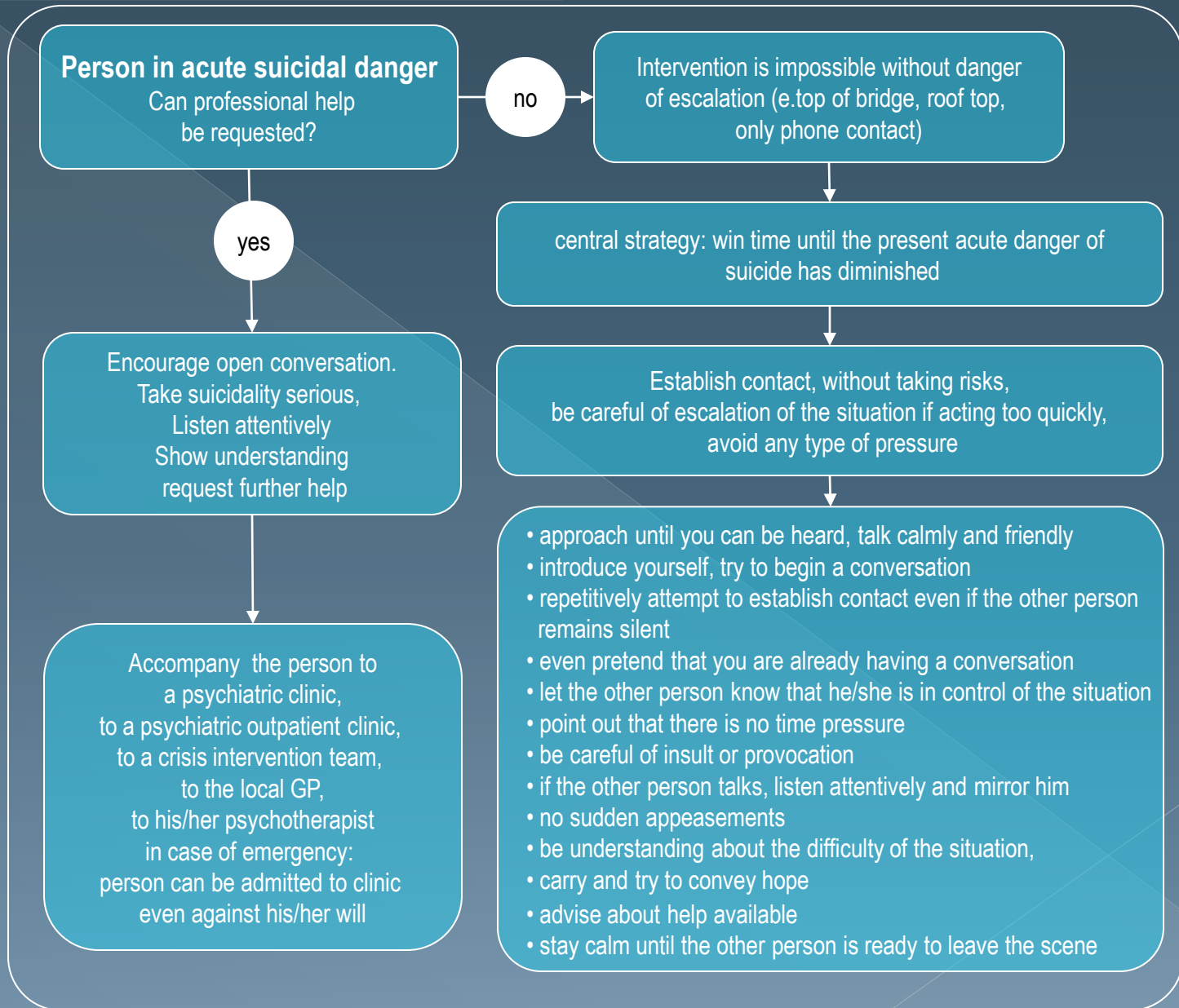
## STRATEGIE:

- Indagare se vi sono precisi piani suicidari
- Acquisire informazioni direttamente e da terzi (altri detenuti, familiari), individuare le persone in cui le persone ripone fiducia e coinvolgerle
- Analisi ambientale: indagare l'accesso a mezzi letali
- Indagare se la persona ha comunicato o scritto i suoi intenti suicidari a qualcuno
- Condividere le informazioni e riferire adeguatamente agli altri agenti e al personale medico

## *Modalità per aiutare un individuo che minaccia di suicidarsi*

- Porre attenzione. Imparare i segnali d'allarme.
- Rendersi disponibile. Mostrare interesse e supporto.
- Chiedere al soggetto se sta pensando al suicidio.
- Essere diretti. Parlare apertamente e senza esitazione del suicidio.
- Essere disponibili all'ascolto. Permettere di mostrare sentimenti ed essere disposti ad accettarli.
- Non giudicare. Non discutere sul fatto che il suicidio sia giusto o sbagliato o su sentimenti positivi e negativi. Non dare lezioni sul valore della vita.
- Non sfidare a compiere l'atto.
- Non dare suggerimenti facendo prendere decisioni in modo da cambiare il comportamento.
- Non chiedere "perchè". Questo incoraggia un atteggiamento difensivo.
- Offrire empatia, non simpatia.
- Non mostrarsi turbati, questo crea distanza.
- Non promettere la segretezza, anzi cercare supporto.
- Offrire speranza suggerendo che sono disponibili delle alternative. Non dare rassicurazioni meccanicamente; questo da solo prova di mancata comprensione.
- Agire! Rimuovere i mezzi letali. Farsi aiutare da individui o istituzioni specializzate nella gestione della crisi e nella prevenzione del suicidio.

# Summary :



## 6. Prevenzione dei comportamenti suicidari: le criticità in ambito carcerario

# Suicide prevention SUPRE



*La restrizione all'accesso di mezzi suicidari, come sostanze tossiche e armi da fuoco, l'identificazione e trattamento di persone che soffrono di disturbi mentali e da uso di sostanze, un accesso facilitato ai servizi sociali e di salute, e un riportare responsabile del suicidio da parte dei mass media costituiscono strategie efficaci per la prevenzione del suicidio*

# 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 (1)

- 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; aumentare la qualità e quantità delle relazioni interne ed esterne; peer supporter; favorire le attività lavorative, ricreative ed educative (tecnici della riabilitazione); integrazione con gli Uffici di Esecuzione Penale Esterna (Uepe)
- Migliorare l'architettura del carcere e ridurre l'accesso ai mezzi di possibile autolesionismo (es. sostituzione dei fornelli a gas, telecamere)
- 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;

# Strumenti di Prevenzione Primaria (2)

- 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 formuli 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 (borse lavoro), mirati;
- ◉ **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 dove sia possibile una sufficiente sorveglianza sanitaria e infermieristica, adeguata anche nella distribuzione dei farmaci
- ◉ **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;
- ◉ **Un'intergrazione maggiore** tra personale infermieristico del penitenziario e personale della salute mentale territoriale;
- ◉ **Ricorso alle sedi ospedaliere esterne (SPDC) in caso di necessità.**

# Prevenzione Secondaria

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

▪

# Popolazione detenuta a rischio:

- ◉ Vulnerabilità bio-psico-sociale
- ◉ Persone al primo arresto
- ◉ Persone alla prima detenzione
- ◉ Persone in attesa di giudizio
- ◉ Persone sottoposte ad isolamento
- ◉ Stili comportamentali
- ◉ Avvenimenti stressanti (trasferimenti ad altro carcere, sopravvenuta condanna, disgrazie o perturbazioni familiari)
- ◉ Persone con lunghe condanne
- ◉ Persone affette da gravi patologie fisiche ad esito infausto

# Strumenti della Prevenzione Secondaria (1)

Il programma di prevenzione dovrebbe includere una fase di **approfondimento diagnostico**, che possa individuare e valutare:

- ◉ **fattori predittivi favorenti 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.**

## Strumenti della Prevenzione Secondaria (2)

- 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
- 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.



- Un programma di prevenzione secondaria non può esaurirsi in una grossolana valutazione del rischio suicidario.
- Si tratta di costruire un piano di diagnosi e di interventi precoci, che preveda un assessment multiprofessionale e multimodale.



## **PROTOCOLLI DI INTESA TERRRITORIALI**

tra Direzioni delle Aziende USL competenti e le Direzioni degli istituti penitenziari del medesimo territorio

per l'individuazione di modalità e procedure che vanno dallo screening alla presa in carico, alle misure ambientali e ai provvedimenti da adottare a seconda del livello di rischio



# Farmaci

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

# 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.

# 7. Linee d'Indirizzo Regionali per la Prevenzione del Suicidio in Carcere

*Delibera della Giunta Regionale  
Toscana del 3 ottobre 2011, n. 842 con  
Allegato A: “La prevenzione del suicidio  
in carcere: linee di indirizzo*

## ❖ LINEE DI INDIRIZZO PER LA STIPULAZIONE DEI PROTOCOLLI DI INTESA:

- screening/valutazione all'ingresso;
- presa in carico dei soggetti a rischio;
- programmi individuali di sorveglianza sanitari e/o penitenziari;
- monitoraggio e gestione del rischio (audit sulla Gestione del rischio clinico e rassegne M&M su eventi sentinella)

## ❖ FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO E PENITENZIARIO

# 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: SCREENING/VALUTAZIONE ALL'INGRESSO

Deve essere costruito un Piano di accoglienza qualificato 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:

# Primo livello del piano di accoglienza

- ❖ **Triage medico-infermieristico effettuato dal Medico di Guardia e dagli Infermieri.**  
Figure sanitarie saranno adeguatamente formate e dotate di specifico strumento valutativo (Check List) per 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.
- ❖ Il Servizio Nuovi Giunti deve disporre di un'interfaccia con il Servizio Sanitario e l'attività degli psicologici deve essere orientata verso una piena integrazione clinico-funzionale con l'organizzazione sanitaria dell'Azienda USL
- ❖ L'obiettivo della valutazione è di individuare precocemente interventi terapeutici, di collocazione e di sorveglianza.



# Secondo livello del piano di accoglienza

- ❖ Nel caso l'assessment di primo livello ravvisi 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.
- ❖ I professionisti dovranno disporre di **strumenti validati** di valutazione del rischio suicidario e delle problematiche psicopatologiche quali:
  - **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 di Arboleda-Florez-1989**, per il controllo del rischio

# Verso la presa in carico.....

- ❖ 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 multidisciplinare, composto da figure professionali appartenenti al SSR e al Sistema Penitenziario, 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.

# TEST SAD PERSONS SCALE

1. Sesso maschile
2. Età avanzata o giovane
3. Depressione\*
4. Precedenti tentativi\*
5. Dipendenza da alcoolici e/o stupefacenti\*
6. Perdita del ragionamento razionale\*
7. Mancanza di supporto sociale
8. Presenza di specifico progetto di suicidio\*
9. Mancanza di partner
10. Malattie fisiche invalidanti croniche

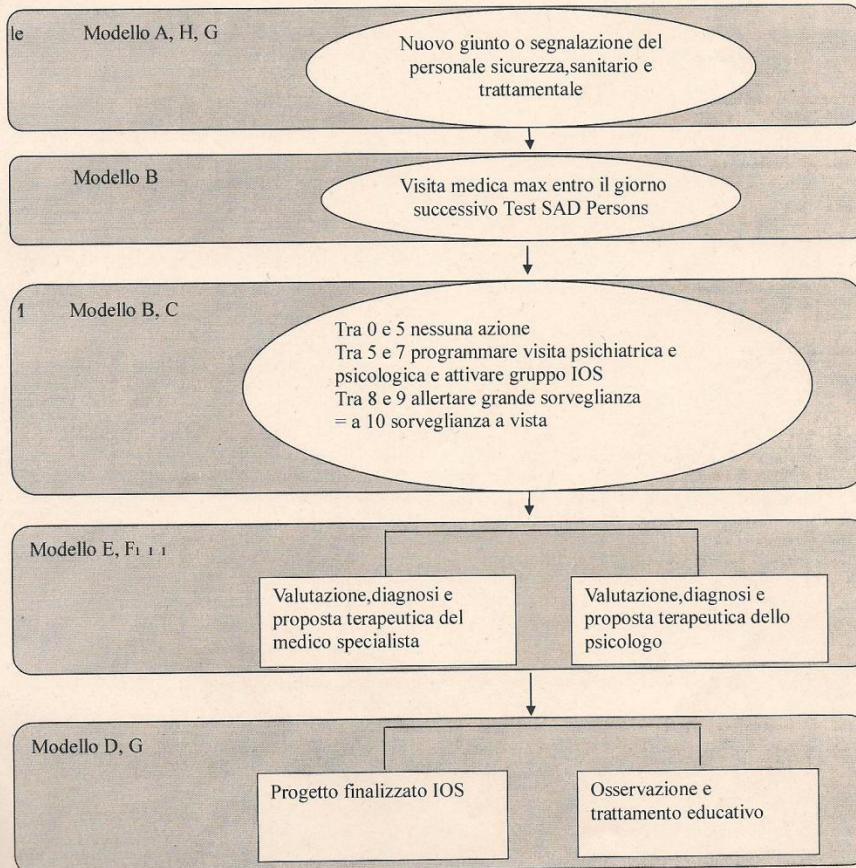
\* Programmare cmq la visita psichiatra

Se SAD >5, lo psicologo e/o lo psichiatra somministrano la SAS scale e partecipano al gruppo IOS

 Azienda USL 9 Grosseto Servizio Sanitario della Toscana	 Ministero della Giustizia Dipartimento Amministrazione Penitenziaria	PA. ASL-MG.01 Rev.: 1 Pag. 12 di 13 Data: 01/07/2013
--	---	---

Procedura operativa per l'individuazione e la gestione del detenuto a rischio suicidio presso la Casa Circondariale di Grosseto conformemente a quanto previsto dalle linee di indirizzo regionali di cui alla delibera n. 842 del 3/10/2011

## 8 Allegati: MODELLI



**IOS = gruppo multidisciplinare di intervento obbligatorio di sostegno**

# Gestione del rischio

- **Grande sorveglianza:** colloquio quotidiano con il medico e visite psichiatriche/psicologiche ritenute necessarie. L'area sicurezza porrà particolare attenzione al detenuto durante la notte e il giorno, se possibile mantenuto in cella condivisa.  
L'area trattamentale-educativa monitorerà il detenuto a seconda delle esigenze attivando i diversi operatori per quanto di rispettiva competenza
- Laddove non sia possibile procedere all'adeguata sorveglianza e presa in carico sanitaria è necessario programmare e ricorrere alle **strutture di ricovero esterno** (SPDC o reparti penitenziari di osservazione psichiatrica di Sollicciano o Livorno)
- **Il gruppo IOS** adotta di concerto con il Direttore le situazioni di emergenza **pianificando un trattamento personalizzato** che va incidere nella sfera psicologica e comportamentale: assegnazione del piantone, cambio di cella e/o ispezione, prosecuzione grande sorveglianza, inserimento lavorativo, partecipazione ad attività ricreative, contatti con i familiari



# Compiti dell'area sicurezza

- Segnala al Presidio Sanitario e all'Area trattamentale (tramite modello H) la presenza di sopraggiunte criticità, manifestazioni esteriori e/o esternazioni di grave disagio da parte del detenuto
- Il personale di polizia penitenziaria partecipa al gruppo IOS e si organizza per applicare gli interventi di tutela e incolumità del detenuto individuati dal gruppo IOS

## 8. Strumenti di valutazione dei comportamenti suicidari: checklist e scale di valutazione

# 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.

# Strumenti di Valutazione

## **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).

## **Scale for Suicide Ideation - SSI (Beck et al., 1979)**

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

## **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

## 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

## Intent Score Scale – ISS (Pierce, 1981)

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

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

Indaga le motivazioni per vivere.

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

Valuta la probabilità di rischio suicidario imminente: Sesso, età, Depressione, tentativi precedenti, abuso di alcoolici, Perdita del ragionamento razionale, Mancanza di supporto sociale, Presenza di uno specifico progetto suicidario, Mancanza del partner, Malattie fisiche.

## 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.

- ❖ Intervista diagnostica semistrutturata
- ❖ Consente la diagnosi di 24 disturbi di asse I, il Disturbo Antisociale di Personalità (asse II), la dipendenza/abuso alcolico, la dipendenza/abuso di sostanze e il modulo relativo al rischio suicidario
- ❖ Diagnosi attuali e "lifetime"
- ❖ Richiede di indagare sulla disabilità associata al disturbo, di evidenziare l'eventuale concomitanza tra i sintomi ed un'eventuale patologia fisica, l'uso di sostanze psicotrope o la presenza di un lutto recente, di stabilire l'età in cui si sono manifestati per la prima volta i sintomi di quel disturbo e di indicare quante volte, nella vita, tali sintomi si sono presentati

# Modulo dell'ideazione suicidaria della MINI Plus

Durante il mese scorso ha:




- |    |  |    |    |
|----|--|----|----|
| C1 | mai pensato che sarebbe stato meglio essere morto o desiderato di esserlo? | NO | SI |
| C2 | voluto farsi del male?   | NO | SI |
| C3 | pensato al suicidio?   | NO | SI |
| C4 | pensato a come suicidarsi?   | NO | SI |
| C5 | messo in atto un tentativo di suicidio?                                    | NO | SI |

Nel corso della sua vita:

- |    |  |    |    |
|----|--|----|----|
| C6 | ha mai messo in atto un tentativo di suicidio? | NO | SI |
|----|--|----|----|

SE SI, SPECIFICARE IL LIVELLO DI RISCHIO SUICIDARIO NEL MODO SEGUENTE:

- |                          |          |
|--------------------------|----------|
| C1 o C2 o C6 = SI        | Basso    |
| C3 o (C2 + C6) = SI      | Moderato |
| C4 o C5 o (C3 + C6) = SI | Elevato  |

NO	SI
RISCHIO DI SUICIDIO ATTUALE	
Basso	
Moderato	
Elevato	

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

- ❖ Intervista clinica semistrutturata
- ❖ 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.
- ❖ 20 item valutati su di una scala a 5 punti, che possono essere raggruppati in 5 cluster:
  - ideazione e comportamento suicidario (item da 16 a 20);
  - affettività/umore (item 1, 2, 9, 12 e 13);
  - condizioni somatiche (item 3, 8 e 10);
  - reattività emotiva (item 4, 5 e 14);

# Items della Suicidal Assessment Scale

Item	Sintomi	Item	Sintomi
<b>1. TRISTEZZA E ABBATTIMENTO</b>	Umore depresso; giù di corda; si sente miserabile	<b>11. IMPULSIVITÀ</b>	Azioni impulsive, azioni senza pianificazione o senza considerare le conseguenze; ha spinte irresistibili; agisce sotto l'impulso del momento
<b>2. OSTILITÀ</b>	Ostile; arrabbiato; bellicoso; in antagonismo; pronto all'ira; facilmente irritabile	<b>12. BASSA AUTOSTIMA</b>	Bassa autostima; sentimenti di indegnità e d'inferiorità; si sente un fallito
<b>3. ANERGIA</b>	Mancanza di energia; stancabilità; stanchezza; spossatezza; logorato affaticato; senso di debolezza	<b>13. PERDITA DI SPERANZA</b>	Si sente senza speranza, disperato; aspetto abbattuto; pessimista; sente che verrà il peggio; pensieri nihilistici
<b>4. IPERSENSITIVITÀ</b>	Sensibile alle critiche; facilmente ferito; si sente facilmente rifiutato; si offende facilmente; permaloso; mette tutto sul sospettoso; diffidente piano personale;	<b>14. PERDITA DEI SENTIMENTI</b>	Depersonalizzazione; mancanza di sentimenti; incapace di provare emozioni (non mancanza di empatia)
<b>5. RITIRO AFFETTIVO</b>	Mancanza di contatto emotivo; isolamento sociale; ritiro; isolamento; diffidenza	<b>15. SCARSA TOLLERANZA ALLE FRUSTRAZIONI</b>	Facilmente frustrato o irritato; prontamente scoraggiato
<b>6. PERDITA DI RISORSE</b>	Incapace di risolvere i problemi con efficacia; mancanza di flessibilità nell'affrontare i problemi; vede poche scelte e alternative	<b>16. IDEE DI SUICIDIO</b>	Assillato da idee di suicidio; pensa alla possibilità di essere morto; pensa alle reazioni degli altri al suicidio; ha difficoltà a pensare a qualcosa che non sia il suicidio
<b>7. SENSAZIONE DI PERDITA DEL CONTROLLO</b>	Si sente senza controllo su di sé o sul proprio destino; si sente in balia degli eventi esterni; sensazione di mancanza di influenza sull'ambiente	<b>17. PROPOSITI DI SUICIDIO</b>	Il suicidio è una soluzione ai problemi; il suicidio è la sola alternativa ai problemi; vuole sollevare gli altri dai problemi; ricongiungimento con qualcuno che è morto (in contrapposizione ai tentativi fatti per attrarre l'attenzione o a fini manipolativi)
<b>8. TENSIONE</b>	Fisicamente teso; nervoso; a disagio; incapace di rilassarsi; eccitato (escludere i sintomi autonomi)	<b>18. DESIDERIO DI MORIRE</b>	Forte desiderio di morire; sente di non meritare di vivere; sente che la vita non vale la pena di essere vissuta
<b>9. ANSIA</b>	Preoccupato; preoccupazione eccessiva per il presente o per il futuro; paura; terrore; disagio (escludere i sintomi autonomi)	<b>19. MANCANZA DI RAGIONI PER VIVERE</b>	Sente che non c'è una ragione per vivere; sente che non interessa a nessuno; sente che la vita non ha scopo
<b>10. PREOCCUPAZIONI SOMATICHE</b>	Preoccupazione per la salute fisica; preoccupazione per sintomi fisici (compreso dolori e sofferenze; insonnia; sintomi gastrointestinali e cardiovascolari); preoccupazioni generalizzate o allucinazioni somatiche	<b>20. ATTI SUICIDARI</b>	Concretamente progetta metodi per suicidarsi; ha preparato degli scritti o ha informato qualcuno; necessita di stretto controllo per prevenire tentativi

GRAZIE PER L'ATTENZIONE!

