



TOSCANA/ Dal centro regionale per la salute dei detenuti linee guida agli operatori sanitari

Mai più suicidi in carcere

Campanelli d'allarme sotto esame - Per prevenire è cruciale l'anamnesi

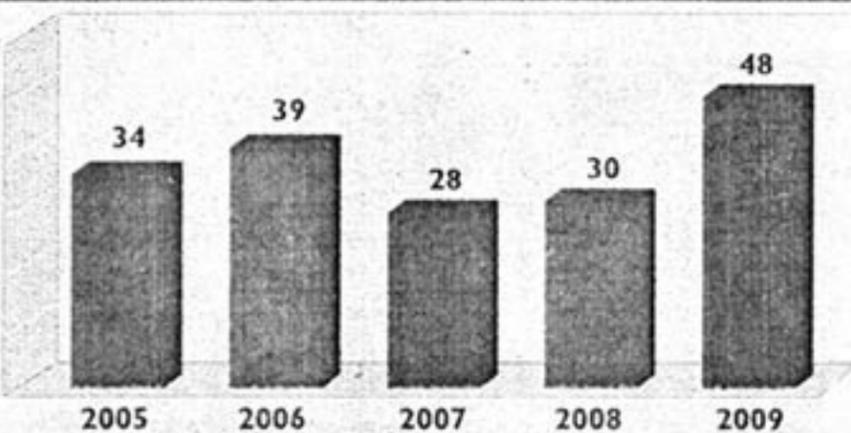
Con 48 detenuti suicidi in soli otto mesi - erano stati 42 in tutto il 2008 - quest'anno rischia di essere considerato l'*annus horribilis* delle carceri italiane. Nove si sono verificati negli istituti di pena toscani, contro i 7 dell'intero 2008. Sintomi di un «carcere malato», si legge nelle «Linee di indirizzo sulla gestione dei casi a rischio suicidario» inviate a fine settembre dal Centro regionale toscano per la salute in carcere, diretto da **Francesco Ceraudo**, ai responsabili del presidio sanitario, agli psichiatri e agli psicologi del progetto Reintegrare.

Il documento registra senza giri di parole che «l'organizzazione penitenziaria è in ginocchio» e che «la carcerazione è un fattore specifico di vulnerabilità all'autoaggressione», a sua volta «chiaro e inequivocabile segnale del grave stato di disagio e di malessere in cui i detenuti si vengono a trovare e a vivere».

Non si spiegano altrimenti i suicidi riusciti, i 700-750 tentativi (64 in Toscana nel 2008) e i 4mila-4.500 gesti di autolesionismo che si verificano ogni anno nelle carceri del Paese. Veri fallimenti per gli operatori sanitari penitenziari. Nasce da qui la *ratio* delle linee guida: fornire indicazioni precise per accorgersi dei campanelli d'allarme e intervenire tempestivamente.

È bene innanzitutto conoscere l'identikit del detenuto suicida: in genere ha sopportato a lungo una sofferenza psicologica; è entrato in carcere da meno di un anno; è più italiano che straniero; è tossicodipendente nel 31% dei casi, omicida nel 13%; è prigioniero in celle singole, d'isolamento, in settori di massima sicurezza o in istituti sovraffollati; sceglie la notte per uccidersi, approfittando della minore vigilanza; adopera lamette, pile, posate di plastica e di alluminio, bombolette del gas, aghi, varechina, fili dell'elettricità, detersivi; nel 90% dei casi ha

Detenuti suicidi nei primi 8 mesi dell'anno



Fonte: elaborazioni del Centro studi di Ristretti Orizzonti
Dossier "Morire in carcere"

Fattori di rischio psicopatologico

1. Disturbi psichiatrici attuali o trascorsi

- Disturbi dell'umore
- Disturbo da dipendenza alcolica o da sostanze
- Schizofrenia
- Disturbi di personalità
- Altri disturbi (disturbo da attacchi di panico, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi del comportamento alimentare, disturbi somatoformi, disturbo post-traumatico da stress)

2. Precedenti episodi di comportamento suicidario

3. Malattie somatiche

- L'ideazione suicidaria è per lo più riscontrabile nelle patologie che conducono a importanti gradi di invalidità o associate a dolore difficilmente controllabile

4. Fattori socio-demografici

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

5. Fattori ambientali

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

una diagnosi di disturbo psichiatrico.

Sono proprio i disturbi psichici i primi fattori di rischio da tenere sotto controllo, insieme con alcuni tratti di personalità, comorbidità di abuso di droghe e alcol, fattori stressanti acuti e cronici e tentati suicidi pregressi. «La letteratura ci ha insegnato - affermano le linee guida - che più della metà dei soggetti che si toglie la vita aveva espres-

so l'intenzione di farlo».

Lo psichiatra deve dunque tenere conto delle «idee di morte» espresse dai detenuti. Con «tatto e discrezione», «comprensione e disponibilità» all'ascolto. Allo stesso tempo è necessaria un'anamnesi completa e accurata (si veda la scheda pubblicata in pagina). Una volta stanato un pericolo, poi, bisogna lavorare per prevenire. E qui la strada si fa più faticosa per le condizioni

I suicidi in carcere dal 2000 al 2009

Anni	Suicidi	Totale morti	Anni	Suicidi	Totale morti
2000	56	160	2005	57	172
2001	69	177	2006	50	134
2002	52	160	2007	45	123
2003	57	157	2008	46	142
2004	52	156	2009 (*)	56	138
		Totale	540		1.521

(*) Dati aggiornati al 30 settembre 2009

Fonte: Dossier "Morire di carcere", Centro studi Ristretti Orizzonti, 2009

Attività raccomandate

L'anamnesi completa, raccolta in un clima il più accogliente possibile che favorisca la comunicazione tra operatore e paziente. L'anamnesi è uno strumento essenziale per l'identificazione dei fattori di rischio da monitorare

La valutazione del rischio di suicidio si avvale di:

- ricostruzione storica della vita del paziente (diagnosi clinica e valutazione psicosociale), considerando progressi atti autolesivi e familiarità per il suicidio, abusi sessuali, avversità significative anche recenti (ad esempio un lutto familiare). Resta opportuno precisare che circa il 30% dei suicidi ha già tentato il suicidio
- analisi delle caratteristiche anagrafiche e socio-culturali del paziente. Vanno considerati: sesso maschile (rischio maggiore), età (compresa tra i 18 e i 30 anni o superiore a 60 anni); isolamento sociale
- somministrazione scale di valutazione (utili per stabilire una soglia di allerta) e questionario per i segni predittivi per il suicidio.
- rilevazione di altri segni tra cui: difficoltà di ragionamento, commenti o espressioni sul suicidio, affermazioni concernenti l'assenza di speranza, assenza di significato della vita, inutilità, impotenza, disperazione, rabbia, bassa stima di sé, auto-denigrazione, percezione che gli eventi siano catastrofici, ipergeneralizzazione, lettura degli eventi come fatti personali, agitazione, scarso controllo degli impulsi, ridotta capacità di giudizio, allucinazioni concernenti il suicidio, sensi di colpa, mancanza di progetti per il futuro

di «oggettiva difficoltà» in cui i medici penitenziari sono costretti a operare. Le guideline invitano a «una più puntuale, rigorosa osservanza delle direttive emanate, a tutela della vita e dell'incolumità fisica e psichica della popolazione detenuta». E raccomandano una efficace presa in carico del paziente su indicazione del medico incaricato o del medico Sias (Servizio integrativo assistenza sanitaria): lo psi-

chiatra è chiamato a programmare accuratamente le visite di controllo, ad avere contatti diretti con i detenuti accedendo agli ambienti comuni per l'osservazione diretta (l'isolamento è sempre un cattivo segno) e ad avviare azioni integrate con il personale del presidio sanitario, dell'area trattamentale e socio-educativa e di quella della sicurezza.

Tre i tipi di sorveglianza pre-

visti che possono essere richiesti dallo psichiatra, dai medici incaricati e dai camici bianchi Sias: completa, medica e a vista. La prima implica il controllo medico e infermieristico e la sorveglianza da parte della polizia penitenziaria nei casi di rischio suicidario; la seconda la visita dello psichiatra almeno ogni tre settimane, del medico incaricato tutte le mattine, del medico Sias alle ore 22 e il sostegno da parte dello psicologo; la terza, da richiedere nei casi gravissimi, implica la vigilanza 24 ore su 24 da parte della polizia penitenziaria, insieme con la sorveglianza medica.

Presto sarà operativo il registro Frae (Fascicolo rischio auto-soppressivo ed eteroaggressivo), gestito dall'area trattamentale, in cui verranno riportati gli interventi degli operatori. Si raccomanda di prestare la massima attenzione a sette categorie di detenuti: tossicodipendenti, giovani, persone con disturbi psicopatologici, malati di Aids, recidivi, politici, persone che hanno compiuto delitti efferati. L'ingresso in carcere è segnalato come la fase più delicata. Tanti i consigli: mai sistemare in cella singola il detenuto a rischio; coinvolgere i compagni di cella, il cappellano, i volontari; delineare al detenuto prospettive di cambiamento; stimolarlo a sviluppare interessi nuovi. «Resta centrale - conclude il testo - l'obiettivo di perseguire una maggiore umanizzazione nei rapporti tra detenuti e staff. Resta insopprimibile la possibilità di implementare i rapporti effettivi con la propria famiglia». Lo dimostra il caso della Spagna: ha lo stesso numero di detenuti dell'Italia, e la metà dei suicidi. Merito della maggiore socialità, della qualità del clima che si respira nelle carceri, della possibilità di continuare a coltivare i propri affetti.

M.Per.