

REGIONE TOSCANA

CENTRO REGIONALE PER LA SALUTE IN CARCERE



Linee di indirizzo sulla gestione dei casi
a rischio suicidario in carcere

Edito dal Centro Regionale per la salute in carcere nel settembre 2009

REGIONE TOSCANA

CENTRO REGIONALE PER LA SALUTE IN CARCERE



Linee di indirizzo sulla gestione dei casi a rischio suicidario in carcere

Prefazione di Enrico Rossi

Assessore al diritto alla salute-Regione Toscana

Edito dal Centro Regionale per la salute in carcere nel settembre 2009

Prefazione

Recenti e ripetute iniziative pubbliche hanno puntato i riflettori sulla disperata situazione carceraria del nostro Paese. Sovraffollamento in strutture degradate, carenze strutturali e igieniche, solitudine, abbandono, sono tutte condizioni che alimentano una situazione psicologica ed emotiva estremamente negativa, fino a generare in molti detenuti crisi angosciose, che sfociano in atti di autolesionismo e in alcuni casi nel suicidio.

Nonostante questo scenario negativo sono sempre più convinto che, di fronte a tutto ciò, la Sanità Penitenziaria rinnovata con il passaggio compiuto al Servizio Sanitario Regionale possa dare nel tempo risposte nuove e confortanti.

Lo testimonia anche questa iniziativa, che analizza le problematiche del rischio di suicidio con lo scopo di attrezzare una presa in carico più umana ed efficace e di organizzare una attività di prevenzione che, pur nelle gravi difficoltà ambientali a cui sono costretti gli operatori, può costituire una svolta assistenziale determinante.

In queste pagine gli operatori si impegnano a tenere aperti gli occhi, le orecchie e il cuore. Mi sembra un ottimo modo per esprimere una volontà attiva e partecipe, per esercitare una professionalità umanamente arricchita, che intendiamo sostenere e valorizzare.

Di questo c'è un gran bisogno nei nostri istituti penitenziari e questo potrà nel tempo costituire un messaggio positivo per chi, in carcere, oggi si sente costretto in un tunnel senza speranza.

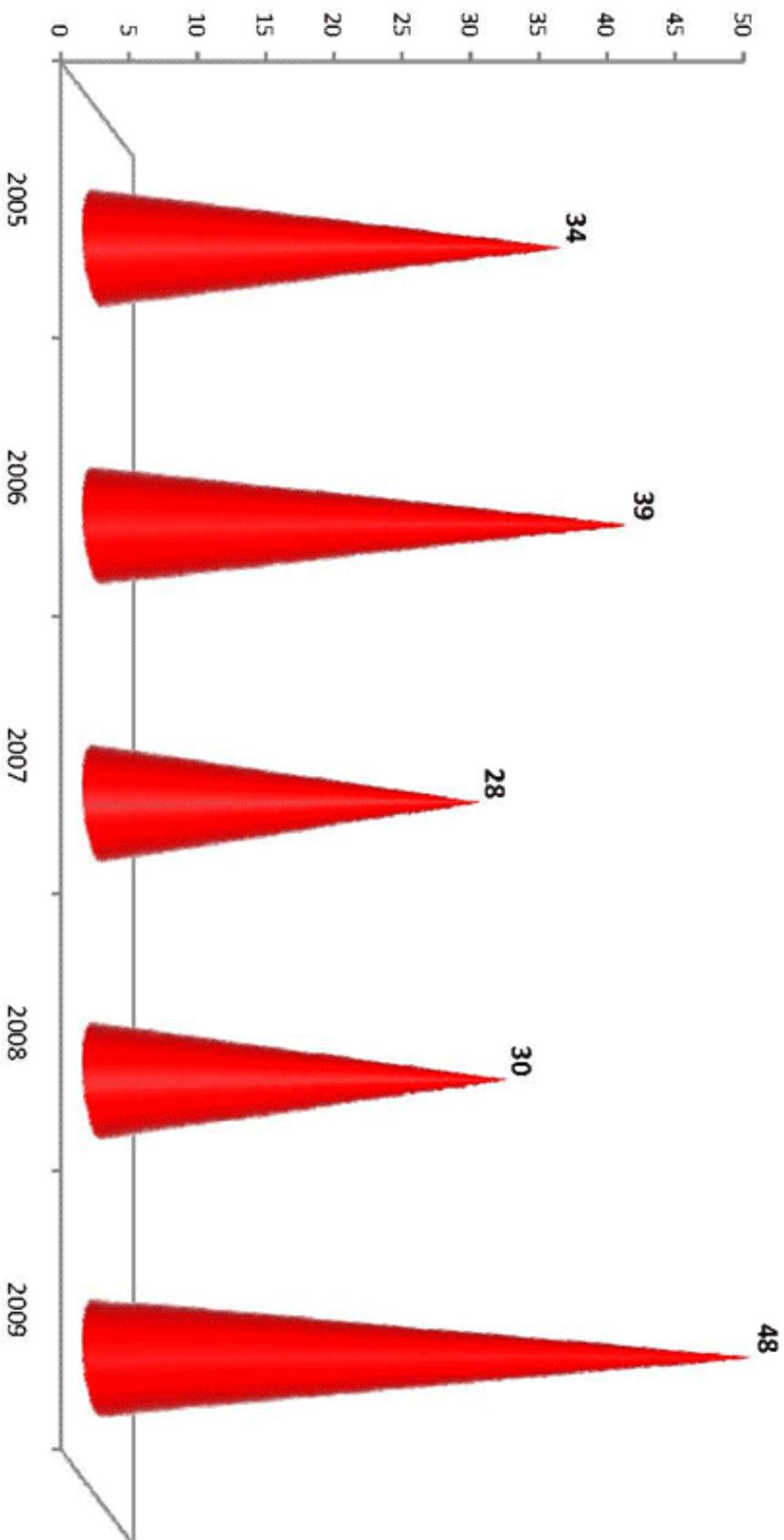
Enrico Rossi

In copertina il suicidio di Cleopatra di Guido Reni

Detenuti suicidi nei primi 8 mesi dell'anno, dal 2005 al 2009

Elaborazione del Centro Studi di Ristretti Orizzonti - Dossier "Morire di carcere"

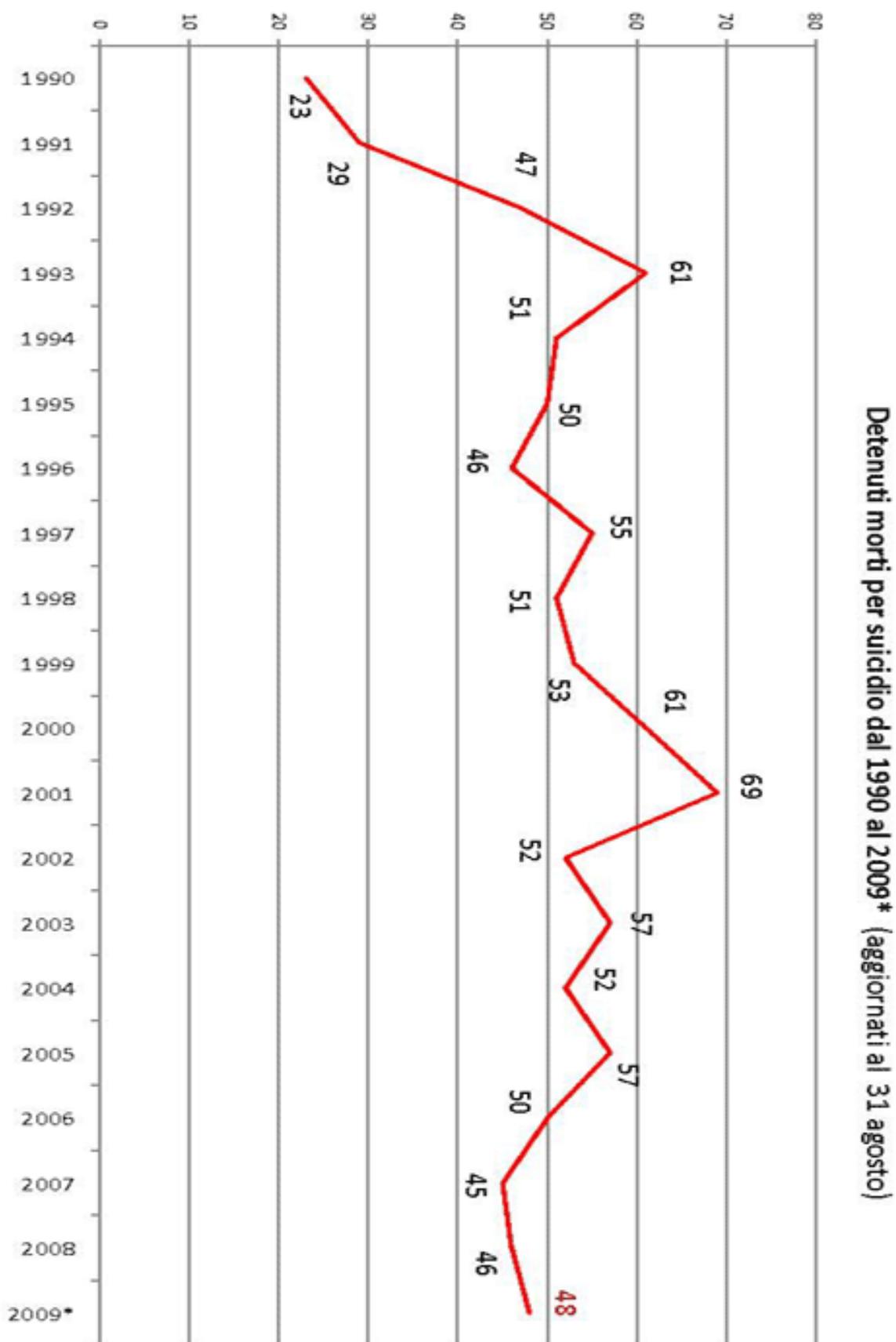
Detenuti suicidi nei primi 8 mesi dell'anno, dal 2005 al 2009
Elaborazione del Centro Studi di Ristretti Orizzonti - Dossier "Morire di carcere"



Come è possibile vedere dal grafico, il numero minimo di suicidi si è registrato successivamente all'indulto del 2006, quando il sovraffollamento delle carceri era stato temporaneamente risolto, mentre con il sovraffollamento c'è il massimo picco di suicidi

Detenuti suicidi nei primi 8 mesi dell'anno, dal 2005 al 2009

Elaborazione del Centro Studi di Ristretti Orizzonti - Dossier "Morire di carcere"





Regione Toscana
Servizio Sanitario della Toscana



Servizio
Sanitario
della
Toscana

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà

Centro Regionale per la Salute in Carcere

50139 Firenze, Via T. Alderotti 26n Tel. 055/4383384 - Fax 055/4385075

Cell. 336/707058 - email : resp.sanitapenitenziario@regione.toscana.it

Pisa tel. 050-574102 - email : francesco.cerauda@giustizia.it

26 SET. 2009

Al Direttore

Firenze

Ai Responsabili del Presidio Sanitario

Agli Psichiatri

Agli Psicologi del Progetto Retintegrare

e.p.c.

All'Assessore Enrico ROSSI

Al Dr. Ledo GORI

Al Direttore Generale Vinicio BLAGI

Al Dr. Valerio Del MINISTRO

Al Direttore Generale Azienda USL

Al Direttore Sanitario Azienda USL

Al Referente Aziendale per la salute in carcere

Al Responsabile Commissione Rischio Clinico Dr. G.GUIDI

Linee di indirizzo sulla gestione dei casi a rischio suicidario

I detenuti portatori di disturbi mentali costituiscono ormai una percentuale altamente significativa sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. In questo ambito analizzare bisogni di cura, metodologie d'intervento, strumenti di analisi, procedure organizzative sta diventando sempre più importante.

Il suicidio nelle carceri è al momento attuale un grave problema di salute e rappresenta la terza causa di morte. È un evento drammatico che sconvolge l'ambiente carcerario ed interroga la responsabilità professionale di ciascuno di noi. Di fronte ad un suicidio in carcere, l'istituzione si interroga e sente sotto accusa, registra uno scacco. Partono subito le inchieste: quella giudiziaria, quella amministrativa.

Il rischio di suicidio è più elevato per le persone in stato di detenzione rispetto alla popolazione generale, fino ad essere anche 15 volte più frequente negli ultimi tempi. Il tasso annuo di suicidi registrato su 10.000 cittadini è pari a 0,7. Con circa 4.000 morti per suicidio ogni anno, l'Italia si colloca fra i paesi Europei con i più bassi livelli di suicidalità.

Il tasso annuo di suicidi registrato su 10.000 detenuti è pari a 13. Nell'anno 2008 si sono registrati 42 suicidi nelle carceri italiane; 7 nelle carceri toscane. Nei primi otto mesi del 2009 si sono già registrati 48 suicidi; 9 nelle carceri toscane. Se viene confermata questa tendenza, il 2009 verrà ricordato come l'anno nero in quanto verranno oltrepassati tutti i numeri annuali precedenti. In tale contesto ingerisce in modo preoccupante il sovraffollamento.

Saltano tutti gli schemi di trattamento. Saltano tutti gli schemi di controllo medico. L'organizzazione penitenziaria è in ginocchio. Siamo di fronte ad un carcere malato. Molti di più sono i tentativi di suicidio (circa 700-750 in un anno), mentre i gesti di autolesionismo assommano a 4.000-4.500 e gli scioperi della fame a circa 5.000. La carcerazione è un fattore specifico di vulnerabilità all'autoaggressione che è un chiaro, inequivocabile segnale del grave stato di disagio, di malessere in cui i detenuti si vengono a trovare e a vivere.

Per gli Operatori Sanitari, che hanno il compito di preservare la vita e promuovere la salute il suicidio rappresenta sempre un caso paradigmatico di condotta aberrante, presupponendo la paralisi di uno degli istinti umani fondamentali, l'istinto di conservazione.

Elementi correlati alla costituzione (emotività, impulsività, turbe caratteriali, labilità psichica) o appresi nel corso della vita attraverso esperienze soggettive di frustrazione o di rifiuto, valgono a stabilire le premesse necessarie, ma ancora non sufficienti, alle tendenze suicide che si realizzano per il sopravvenire di un'esperienza vissuta di interesse vitale, eccezionale, catastrofica che, con riferimento allo stato di carcerazione, può essere il dolore, il conflitto, la rovina, l'abbandono, il disonore, la solitudine, talora il rimorso che preme e sconvolge ogni difesa.

Lo scopo del suicidio è trovare una soluzione: la volontà di uscire da una crisi, da una situazione insopportabile, da emozioni intollerabili, da uno stato di angoscia inaccettabile.

Nel caso del suicidio paziente e medico si trovano l'uno contro l'altro in quanto il primo desidera morire e l'altro deve fare di tutto per evitarlo. La suicidalità risulta caratterizzata dal dolore mentale insopportabile e dalla visione tunnel, ossia il poter vedere solo in un'unica direzione, senza mai avere altre opzioni a disposizione.

I soggetti a rischio suicidario sembrano incapaci di pensare costruttivamente e progettare soluzioni presenti e future. Sono individui sconvolti, scossi e disperati.

Chi sono i detenuti suicidi?

Nella maggior parte si tratta di persone che hanno sopportato una sofferenza psicologica per molto tempo e alla fine hanno scelto il suicidio come possibile soluzione ai loro problemi.

Il detenuto che tenta il suicidio alla domanda perché avesse deciso di morire, risponde che non vedeva più via d'uscita e che riusciva a confrontarsi più con i suoi problemi. Dice di aver perso la fiducia nel futuro, ma che ama vivere, ma vuole vivere libero dalle sofferenze. La sofferenza psicologica si esprime con singhiozzi, respiri affannosi, espressioni facciali.

Domandando ai pazienti che presentano ideazione suicidaria e che hanno tentato il suicidio, si riceve spesso una descrizione di come l'angoscia li opprime nel corpo. Parlano di un nodo alla gola, di un macigno sul torace, di una sofferenza intrappolata nelle viscere.

Affrontare le difficoltà e i dolori della vita fa parte della nostra natura, ma esiste una soglia di tolleranza del dolore psicologico del tutto individuale, dipendente da alcune caratteristiche di personalità che possono aumentarne o diminuirne la sopportabilità. Nei soggetti che si suicidano sembra esistere una maggiore vulnerabilità al dolore psicologico che, unito a molti altri fattori, conduce quel soggetto a cercare la morte.

Il Medico Penitenziario deve essere portato ad interrogarsi su tale comportamento estremo e a sviluppare un suo sistema di valori, sugli eventi e sulle cause, che potrebbero, se non giustificare, quanto meno rendere più comprensibile la determinazione al suicidio di un suo paziente.

I suicidi sono più frequenti tra coloro che meno socializzano con gli altri detenuti, che non si fanno amici, che meno sono impegnati nelle diverse attività. Particolari avvenimenti come trasferimenti ad altro carcere, sopravvenuta condanna, disgrazie familiari sono fattori stressanti che possono condurre alla decisione di darsi la morte.

I periodi di maggior rischio sono subito dopo la carcerazione (3-10 giorni), dopo 2 mesi e durante pene lunghe. Secondo lo studio condotto da Manconi il 61% dei casi di suicidio riguarda reclusi da meno di 1 anno. Sempre secondo Manconi particolarmente a rischio sono i giovani al primo arresto che devono apprendere le strategie di sopravvivenza.

Non ci sono solo l'impatto claustrofobico e la perdita della libertà, c'è anche lo scontro traumatico con un universo sconosciuto, linguaggi, codici di comportamento, gerarchie. Si uccidono più gli italiani che gli stranieri. Con una presenza straniera di circa il 35% sul totale dei detenuti, gli stranieri suicidi costituiscono il 16%. I tossicodipendenti rappresentano il 31% dei casi di suicidio; i detenuti per omicidio invece risultano il 13%.

La maggior parte dei tentativi di suicidio viene messo in atto in celle singole, di isolamento, in settori di massima sicurezza o in istituti di pena sovraffollati, in orari in cui diminuisce la vigilanza del personale (spesso nelle ore notturne). 7 sono i detenuti che si sono suicidati negli istituti penitenziari della Toscana nel 2008, mentre 64 sono stati i tentativi di suicidio.

Cosa succede in carcere?

I detenuti diventano dei residui di umanità che vivono al di fuori dei cicli di natura.

Il carcere è un mondo sperimentale di regressione e provoca la spoliazione umana e sociale dell'uomo.

La realtà quotidiana è allarmante, piena di stress e di desolazione, profonde sono le lacerazioni psicologiche. Del resto vivere la condizione del detenuto significa necessariamente essere in conflitto con una parte di se stessi e l'influenza sconvolgente che l'ambiente carcerario esercita sull'individuo ristretto è la fonte originaria cui bisogna risalire per meglio introspezionare i meccanismi che si susseguono nella mente di una persona scaraventata in un mondo sconosciuto, subdolo e promiscuo.

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

Fattori di rischio

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

Fattori di rischio di ordine psicopatologico

1) Disturbi psichiatrici attuali o trascorsi quali:

- 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 ad 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.

Nella maggior parte dei casi un comportamento suicidario non viene messo in atto in modo improvviso, ma segue un periodo di sofferenza e pensieri di morte e talvolta anche un lungo periodo in cui la strategia per attuarlo viene meditata. È da ritenere che in molti casi, anche quando le parole del paziente non rivelano sempre i veri pensieri, le capacità intuitive ed empatiche del Medico Penitenziario possono cogliere le fantasie e il

desiderio di morte del potenziale suicida. Nonostante l'impulsività costituisca spesso il momento finale del processo suicidario, gran parte dei pazienti prima di arrivare a mettere in atto il tentativo lascia e/o esprime segnali premonitori che possono essere raccolti. Un elemento peculiare è costituito dalla comunicazione del soggetto sulla volontà di volersi togliere la vita: la letteratura ci ha insegnato che più della metà dei soggetti che si toglie la vita aveva espresso l'intenzione di farlo. Domina l'erronea convinzione che chiedere direttamente al paziente se stia pensando al suicidio possa esporlo a maggior rischio facendogli nascere l'idea di metterlo in atto.

Si delineano eventuali segnali d'allarme

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

Un giorno un detenuto ha spiegato perché talvolta si ricorra in carcere ad atti di autolesionismo: *Io chiamo generoso orgoglio vedere scorrere il proprio sangue è come riappropriarsi del libero arbitrio, si cancella l'invisibilità alla quale ti condanna lo stare in carcere.*

Queste idee vanno tenute nella dovuta considerazione dallo psichiatra perché nel paziente a rischio sono seguite, in tempi più o meno rapidi, da un'ideazione anticonservativa più stringente e strutturata e/o da un tentativo autolesivo impulsivo. Le idee di morte possono presentarsi nei giorni precedenti il tentativo, un tipico andamento crescente in intensità, frequenza e durata fino a diventare pervasive.

In un paziente con precedenti comportamenti autolesivi dovrebbero mettere in allarme sia un recente aggravamento della quota ansiosa, degli episodi di perdita di controllo, dei sentimenti di disperazione, sia modificazioni inaspettate del tono dell'umore: un rapido miglioramento associato a sentimenti di serenità, distacco, indifferenza e, talvolta, a parole di rimpianto e di rimorso, a ineffabili e sibilline allusioni alle sofferenze passate, è un antecedente frequente dei tentativi di suicidio pianificati.

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

Nell'indagare l'ideazione suicidaria è necessario usare tatto e discrezione, partendo da domande generali per raggiungere progressivamente il centro del problema. Si potrà chiedere al paziente come si sente, come sono i suoi pensieri, se c'è qualcosa che non va, se si sente giù, abbattuto, se prova difficoltà ad affrontare i problemi, se si sente scoraggiato, per passare a domande più dirette, se ha pensato che la morte potrebbe essere una soluzione, se gli sembra che la vita non valga la pena di essere vissuta, se ha preso in seria considerazione il suicidio e fatto progetti in tal senso e, se sì, le modalità, gli eventuali preparativi, e se altri ne sono a conoscenza.

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

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

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

Il suicidio è un atto eroico o una bancarotta esistenziale?

L'infarto dell'anima per alcuni.

La condotta suicida in carcere è retta da un polideterminismo psicologico. Talora si intersecano componenti psicologiche multiple: una componente difensiva, che risolve un conflitto angoscioso e senza uscita valida; una componente punitiva, di riscatto della colpa; una componente aggressiva che esprime il desiderio di vendetta.

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

La nefandezza particolare del reato commesso, l'esito infelice di una sentenza di tribunale, il rifiuto di un trasferimento, notizie catastrofiche dal proprio nucleo familiare sono elementi di valutazione molto significativi. La morte attraverso il suicidio in carcere significa lo sgravio di preoccupazioni, di disgrazie, di difficoltà dell'esistenza. Significa fuggire la vita. Dimenticare tutto. Non soffrire più.

Il metodo più frequentemente usato in carcere per suicidarsi è l'impiccagione alle sbarre con le stringhe ricavate dalle lenzuola. I principali punti di legatura sono le sbarre delle finestre, lo sciacquone, le ringhiere dei letti, armadi, porte. Solitamente viene utilizzato anche uno sgabello o una sedia.

Ci si uccide anche per asfissia infilando la testa in sacchetti di plastica.

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

Nell'ambito dei tentativi di suicidio a scopo palesemente dimostrativo dobbiamo anche considerare l'ingestione dei corpi estranei e lo stesso sciopero della fame.

Modalità di gesti autolesionistici

- tagli, incisioni sulla pelle
- cuciture delle palpebre e delle labbra
- ingerire sostanze tossiche
- darsi fuoco
- ingoiare fogli di giornale (soffocamento)
- sciopero della fame (in prevalenza per richieste alla magistratura)
- rifiuto della terapia

- ingestione di oggetti
- induzione o aggravamento di patologie
- simulazione di malattie

Strumenti adoperati

- lamette
- pile
- posate di plastica e di alluminio
- bombolette del gas
- varechina
- aghi da cucire
- fili di rame per elettricità
- detersivi vari

Negli ultimi periodi si sono registrati alcuni casi di suicidio attraverso l'inalazione di gas dal fornellino in dotazione per riscaldare le vivande.

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

Protocollo operativo

L'accresciuto rilievo che ha assunto il disagio psichico in carcere impone l'esigenza di realizzare un servizio di presa in carico ben strutturato ed una strategia operativa realmente incisiva che porti ad incentivare ogni sforzo possibile di tutti gli Operatori Penitenziari per cercare quanto meno di ridurre nella misura massima possibile le condizioni di disagio e di precaria vivibilità nell'ambiente carcerario.

Il compito più importante è quello di ascoltare efficacemente, cioè rendersi disponibili ad ascoltare il dolore che affligge l'individuo suicida.

Lo scopo è creare un contatto che porti alla risoluzione della sfiducia, della disperazione e che possa dare speranza alla possibilità di cambiare in meglio le cose. Occorre delineare delle prospettive di cambiamento.

Le condizioni di oggettiva difficoltà in cui spesso si è costretti ad operare, a causa del crescente sovraffollamento, dell'inadeguatezza degli spazi a disposizione e della tipologia della popolazione detenuta, dove l'incidenza dei tossicodipendenti e degli

extracomunitari è rilevante, impongono con forte determinazione l'esigenza di una più puntuale, rigorosa osservanza delle direttive emanate, a tutela della vita e dell'incolumità fisica e psichica della popolazione detenuta.

Per un'efficace e appropriata presa in carico del paziente vanno contemplate le seguenti attività:

- l'anamnesi completa, raccolta in un clima possibilmente accogliente che favorisca la comunicazione tra operatore e paziente. Quanto sopra 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 in particolare pregressi 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 socioculturali 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 e questionario per i segni predittivi per il suicidio. Le scale di valutazione possono essere di aiuto nello stabilire una soglia di allerta.
- 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, senso di colpa, mancanza di progetti per il futuro.

Deve essere attuata con la massima cura la presa in carico del paziente su indicazione del Medico Incaricato o del Medico SIAS, per cui in base a questo criterio lo Psichiatra deve delineare una specifica, ben articolata programmazione delle visite di controllo. Da ciò discende la responsabilità professionale dello Psichiatra nella gestione e nella programmazione della presa in carico.

Diventa fondamentale il sostegno psicologico.

È indispensabile che lo Psichiatra abbia contatti diretti con la popolazione detenuta accedendo alle Sezioni e agli ambienti per l'attività in comune, per avere l'occasione di una diretta osservazione delle eventuali manifestazioni di disagio psichico e, nel contempo avviare un rapporto diretto con il paziente, propedeutico ad una scelta di adesione ad un percorso diagnostico e ad un eventuale trattamento terapeutico appropriato. Tale modalità di approccio diretto con i pazienti affetti da psicopatologie sarà resa possibile attraverso azioni integrate del personale del Presidio Sanitario, dell'Area trattamentale e socio-educativa e dell'Area della sicurezza che facilitino la continuità dell'intervento del servizio psichiatrico nel contesto ambientale. In questa progettualità acquisisce particolare significato ed importanza la circolarità delle informazioni provenienti da tutti gli Operatori e dagli stessi detenuti. Il Medico di Reparto tutte le mattine prende in visione il Registro dei Medici di Guardia e quello dello Psichiatra per tutte le iniziative che si rendano necessarie.

Per la forte incidenza di extracomunitari nella popolazione detenuta sarebbe opportuno poter disporre anche di mediatori culturali. Per i detenuti tossicodipendenti bisogna fare di tutto perché non abbiano in uso il fornellino a

gas. Bisogna porre particolare cura ed attenzione alla somministrazione soprattutto degli psicofarmaci, al fine riuscire a scongiurare ogni tentativo di fenomeni di accumulo.

Dobbiamo distinguere:

- A) Grande sorveglianza completa.
- B) Grande sorveglianza medica.
- C) Sorveglianza a vista.

Può essere richiesta dallo Psichiatra, dai Medici Incaricati e dai Medici SIAS. Deve essere posta l'indicazione dettagliata del motivo del provvedimento. La relativa certificazione redatta sul modello 106 deve essere trascritta sul REG. 99 e sulla cartella clinica e deve essere messa a disposizione immediata della Direzione, dell'area Trattamentale e dell'area Sicurezza.

- A) La grande sorveglianza completa implica la sorveglianza medica ed infermieristica e la sorveglianza da parte della Polizia penitenziaria nei casi di rischio suicidano.
- B) La grande sorveglianza medica (nei casi a rischio suicidarlo e nello sciopero della fame) comporta la visita dello Psichiatra almeno trisettimanalmente e del Medico Incaricato tutti i giorni durante il mattino e del Medico SIAS alle ore 22 e del sostegno da parte dello Psicologo. Nei giorni festivi il Medico SIAS esegue il controllo alle ore 10 e alle ore 22.
- C) La sorveglianza a vista da richiedere nei casi gravissimi, (talora viene imposto direttamente dalla Magistratura) viene praticata 24 ore su 24 ore dalla Polizia Penitenziaria e viene associata alla grande sorveglianza medica.

Ogni atto medico deve essere riportato sul registro e sulla cartella clinica con le opportune valutazioni e prescrizioni. Nei casi di sciopero della fame e nei casi clinici seriamente impegnati i Medici SIAS sono tenuti ad osservare il protocollo predisposto direttamente dal Responsabile del Presidio Sanitario.

Il paziente a rischio suicidario viene preso in carico anche dallo Psicologo che redigerà a proposito una relazione scritta, delineando il profilo psicologico..

È assolutamente indispensabile delineare in termini incontrovertibili una effettiva presa in carico da parte del Presidio Sanitario e da parte dell'Area trattamentale dei pazienti catalogati a rischio.

Verrà reso operativo un Registro (FRAE: Fascicolo Rischio Autosoppressivo ed Eteroaggressivo) nel quale verranno riportati gli interventi degli Operatori Penitenziari. Il FRAE viene gestito dall'area Trattamentale. Può essere aperto dal Presidio Sanitario e dall'area Trattamentale. Una Commissione nominata dal Direttore e di cui entrano a far parte lo Psichiatra, il Medico Incaricato (del reparto specifico), l'Educatore, la Psicologa e il Comandante della Polizia Penitenziaria stabilirà le modalità e i termini di intervento.

Particolare attenzione deve essere posta :

- ai tossicodipendenti;
- ai detenuti giovani;

- ai detenuti con disturbi psicopatologici;
- ai malati di AIDS;
- ai recidivi (coloro che hanno già tentato gesti di autolesionismo);
- ai detenuti politici;
- ai detenuti che hanno compiuto efferati delitti.

La fase più delicata è rappresentata dall'ingresso in carcere e dall'isolamento giudiziario.

L'attenzione e la cautela devono avere il loro momento più importante e significativo all'atto dell'ingresso della persona in carcere in particolar modo se per la prima volta. L'esperienza insegna che di frequente provengono dalla libertà soggetti giovanissimi o anziani, tossicodipendenti, soggetti in condizioni fisiche o psichiche precarie o comunque in condizioni di particolare fragilità, soggetti tutti ai quali la privazione della libertà, specie se sofferta per la prima volta, può arrecare sofferenze o traumi particolari e tali da provocare in essi dinamiche autolesionistiche. Il rischio non riguarda soltanto i nuovi giunti dalla libertà, ma anche quelli che provengono da altri Istituti penitenziari che possono essere portatori di disagi o problematiche particolari. Ecco l'importanza di intervenire tempestivamente al momento dell'ingresso in carcere allo scopo di accertare qualsiasi eventuale situazione personale di fragilità fisica o psichica e qualsiasi eventuale tendenza o segno suscettibili di tradursi in atti autolesionistici. Quanto sopra deve essere attuato dal Medico SIAS.

Lo Psicologo appena possibile redigerà il profilo psicologico con opportuna valutazione del rischio suicidario.

Si richiama l'importanza delle attività di sensibilizzazione verso i compagni di cella e di sezione opportunamente selezionati, dei soggetti in crisi e a rischio. Coinvolgere tali compagni può significare riuscire ad avere preziose e tempestive informazioni atte a rendere possibili interventi di salvaguardia e di aiuto.

Il soggetto a rischio suicidario non va mai allocato in degenza singola, ma opportunamente deve essere scelta una compagnia debitamente sensibilizzata in grado di aiutarlo e di sostenerlo. Bisogna rimuovere dalla cella (cosiddetta cella liscia) tutti gli elementi a valenza autolesiva (fornellino a gas, accumulo di farmaci, lamette, pezzi di vetro e tutto ciò che può essere utilizzato per l'impiccagione). Bisogna utilizzare le lenzuola di carta.

Va messo in atto opportunamente una vera politica di recupero, di ricostruzione degli equilibri infranti, attraverso il colloquio, il dialogo, il contesto umano. Solo in questi termini si può tentare di far uscire il detenuto dal suo pauroso isolamento, di distoglierlo dalle sue idee fisse.

Il detenuto deve essere aiutato a considerare obiettivamente i suoi problemi; si potrà ottenere un cambiamento del suo modo di vedere le cose e la situazione potrà divenirgli più tollerabile. Il detenuto va incoraggiato a cambiare le cose che possono essere cambiate e ad accettare le cose che non possono essere cambiate.

Deve essere stimolato a sviluppare interessi nuovi, attività lavorative, attività ricreative, attività sportive per distoglierlo dal suo ozio avvilito. Devono essere coltivati e richiamati gli affetti familiari anche attraverso l'intervento del servizio sociale. È sicuramente opportuno coinvolgere in tale progetto il Cappellano, il volontariato, i compagni di cella e il personale di Polizia Penitenziaria. In definitiva bisogna soprattutto comprendere i sentimenti ed i pensieri del detenuto, in modo da poterlo aiutare a comprenderli e a sua volta accettarli. Resta centrale l'obiettivo di perseguire una maggiore umanizzazione nei rapporti tra detenuti e staff. Resta insopprimibile la possibilità di implementare i rapporti effettivi con la propria famiglia.

A ciascuno di noi spetta però il compito di cimentarsi con le emozioni negative dei detenuti suicidi e cercare di comprenderli al punto di farli sentire al sicuro e in grado di trovare sollievo.

Il suicidio in carcere occupa il primo posto nella lista degli eventi sentinella che devono far riflettere su organizzazione, strategie, percorsi di cura. I Medici Penitenziari devono tenere gli occhi, le orecchie, il cuore aperti verso questo problema. La chiave di volta sta nel promuovere cambiamenti (creare una prospettiva) che intacchino le fonti del dolore che possono mettere a repentaglio la vita del detenuto.

Le strategie più efficaci per l'avvio di un programma efficace di prevenzione del suicidio nelle carceri consistono nell'implementare le conoscenze e la collaborazione del personale penitenziario. Devono trovare sviluppo gli spazi sociali. Devono trovare legittima estrinsecazione gli interessi affettivi.

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

Le migliori tattiche si basano sullo sviluppo e la documentazione di un piano generale di prevenzione del suicidio che contenga i seguenti punti:

- un programma di addestramento e di aggiornamento per gli Operatori Sanitari e per il personale di polizia penitenziaria che li aiuti a riconoscere i detenuti con crisi suicidarie.
- deve essere posta particolare attenzione all'ambiente carcerario. La qualità del clima sociale è molto importante nel ridurre al minimo i comportamenti suicidali. La qualità del rapporto tra Agente di polizia penitenziaria e detenuto è di cruciale importanza per ridurre il livello di stress dei detenuti, per fare in modo che i detenuti stessi siano portati con fiducia a comunicare i momenti in cui le loro forze reattive stanno per essere sopraffatte, provano disperazione o si sviluppa in loro un intento suicidario.
- procedure di screening sistematico dei detenuti sia all'ingresso che durante la detenzione, per identificare gli individui con un rischio elevato.
- strategie per favorire la comunicazione e le informazioni tra il personale penitenziario sui soggetti a rischio.

Conclusioni

Anche se molte volte non ci è dato di prevedere con precisione se e quando un detenuto tenterà il suicidio o lo porterà a termine, gli Operatori Sanitari e il personale penitenziario (poliziotti, educatori, psicologi, cappellani, volontari) possono essere messi in grado di identificare detenuti in crisi suicidaria, stimare il loro rischio e trattare eventuali gesti suicidali. Anche se non tutti, molti suicidi in carcere possono essere prevenuti e l'implementazione di programmi generali per la prevenzione del suicidio è uno degli strumenti che possiamo mettere in atto per ridurre sistematicamente il loro numero.

Francesco Cerando

| | | |
|--|----|-------|
| Sentimenti di disperazione | si | no |
| Recenti eventi vitali stressanti | si | no |
| Insoddisfazione della vita in generale | si | no |
| Infuturazione pessimistica | | si no |
| Storia di impulsività -aggressività-comportamenti a rischio | | |
| Fattori protettivi | | |
| Supporto sociale e familiare | si | no |
| Relazione sentimentale stabile | si | no |
| Buon adattamento all'ambiente carcerario/capacità di affrontare i problemi | si | no |
| Buona aderenza farmacologica | si | no |

RISCHIO GLOBALE

1 (lieve)

2 (moderato)

3 (grave)

Lo Specialista Psichiatra

La prevenzione dei gesti autolesivi in carcere

Progetto Retintegrare anno 2009: La valutazione psicologica

Dr.ssa Eleonora Ragaazzo

Esperta Psicologa - Presidio Sanitario - Casa Circondariale di Pisa

Con la Delibera Regionale N°1135 del 22/12/2008, in attesa della completa attuazione del DPCM del 01/04/2008 pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 30/05/2008, nel quale sono riportate le “Modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria” e della completa presa in carico da parte delle Aziende sanitarie delle competenze previste, si conferma la prosecuzione del Progetto “Retintegrare” al fine di garantire tutti gli interventi necessari a questo passaggio.

Le funzioni di assistenza psicologica previste dal progetto coinvolgono quegli Istituti Penitenziari (Sollicciano, Prato, Livorno, Pisa, Porto Azzurro e San Gimignano e OPG di Montelupo F.no) che presentano una percentuale più elevata di criticità legata alla sofferenza psicologica dovuta alla carcerazione in tutte le sue dimensioni e manifestazioni.

Tali funzioni “sono da intendersi di natura sanitaria e quindi, gli operatori coinvolti dovranno fare riferimento funzionale ed organizzativo direttamente alle Aziende Sanitarie competenti ed ai Dipartimenti aziendali ai quali spetterà il compito di garantire il necessario collegamento operativo con le necessità trattamentali negli Istituti Penitenziari di riferimento”.

In considerazione di questo, l'attività dello psicologo del servizio Retintegrare rientra quindi a pieno titolo tra le attività sanitarie svolte all'interno degli Istituti interessati. È evidente come assuma rilevanza fondamentale, in questo anno di “passaggio”, il coordinamento di tutti gli psicologi coinvolti, al fine di condividere le linee comuni di “intercettazione” dei casi a rischio, le metodologie (di intervento che tengano conto della specificità della popolazione detenuta e/o internata), il monitoraggio e la verifica dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi. Tutto questo in un'ottica sempre più qualificata e sanitaria dell'attività dello psicologo del servizio Retintegrare, e in stretta connessione, da una parte con gli altri interventi sanitari e dall'altra con l'attività trattamentale degli Istituti penitenziari e dell'OPG di Montelupo F.no.

Un momento particolarmente delicato è rappresentato indubbiamente dalla tempestiva segnalazione e dalla intercettazione delle situazioni a rischio. In questa fase è importante, per lo psicologo del servizio, l'utilizzo di strumenti condivisi che permettano un approccio più obiettivo e standardizzato per il primo screening ed una prima valutazione clinica. L'uso di specifici strumenti permette di rendere l'attività dello psicologo più oggettiva e visibile, più efficace per la comunicazione con gli altri operatori sanitari e con gli operatori penitenziari. Infine permette di individuare linee guida di intervento comuni, esportabili anche nelle altre realtà e sicuramente più efficaci dei singoli interventi.

È ormai affermato come ci siano, nella storia delle persone, *eventi e circostanze che aumentano la vulnerabilità e predispongono al rischio di suicidio*:

- il *sex*: essere maschi piuttosto che femmine;
- l'*età*: essere tra i 20 ed i 30 anni o sopra i 60 se si è uomini, avere meno di 25 anni o intorno ai 45 se si è donne;
- la *situazione coniugale*: l'essere uomini separati o divorziati (a qualsiasi età) o avere più di sessant'anni e vivere da soli;
- le *perdite precoci*: aver avuto, nell'infanzia, un lutto, quale la perdita di uno o di entrambi i genitori;
- le *patologie somatiche* e le *nuove perdite*: andare incontro a patologie somatiche gravi, che minacciano seriamente la vita o l'integrità del soggetto, e, soprattutto, il verificarsi di nuove perdite significative;
- le *relazioni con le persone significative*: le modalità di rapporto (e soprattutto i loro cambiamenti)
- e/o la percezione (reale o simbolica) della perdita degli altri;
- i *precedenti tentativi di suicidio*: è stato calcolato, su base annua, che su 100.000 soggetti con un tentativo di suicidio in anamnesi, 1.500 si suicidano e che su 100.000 con due o più tentativi di suicidio in anamnesi, se ne suicidano 15.000;
- altri fattori, quali la *mobilità sociale*, la *perdita del lavoro* o *del ruolo sociale*, l'*emigrazione* ed altro ancora.

L'attività clinica dello psicologo del servizio Retintegrare deve tener conto di questi fattori al fine di individuare quali siano le persone più esposte al rischio di suicidio, ma anche quando esse raggiungano il massimo livello di vulnerabilità, così da fornire una risposta specifica rispetto alle effettive esigenze del detenuto e/o internato in quel determinato momento.

Come tutti ben sappiamo, gli istituti penitenziari sono luoghi che “ospitano” persone vulnerabili che sono tradizionalmente tra quelli più a rischio, cioè giovani maschi, persone con disturbi mentali, socialmente isolate, con problemi di abuso di sostanze e alcool, e con storie di precedenti comportamenti suicidari.

L'impatto psicologico dell'arresto e della carcerazione, la crisi di astinenza dei tossicodipendenti, la consapevolezza di una condanna lunga, o lo stress quotidiano della vita in carcere possono rendere le persone ancora più vulnerabili e quindi ad elevato rischio suicidario e/o di compimento di gesti auto/etero lesivi.

Una funzione specifica dell'attività dello psicologo del servizio Retintegrare potrebbe essere anche quella di creare un “profilo” in grado di identificare situazioni e/o gruppi ad alto rischio.

La lista seguente è considerata parte importante di un programma di prevenzione del suicidio in carcere. Fornisce domande strutturate su alcune aree fondamentali che vanno indagate.

Quando c'è poco tempo per condurre una valutazione più approfondita, come spesso succede negli Istituti Penitenziari, fornisce un pro-memoria per il personale impegnato. Facilita la comunicazione tra gli agenti e gli operatori sanitari e psichiatrici. *Rappresenta una documentazione legale che il detenuto è stato sottoposto a screening per valutare il rischio suicidario all'ingresso in istituzione e quando le condizioni siano cambiate.*

- Il detenuto è in stato di intossicazione da sostanze e/o ha un passato di abuso di sostanze
- Il detenuto esprime livelli insoliti di vergogna, colpa, e preoccupazione per l'arresto e la carcerazione
- Il detenuto mostra disperazione o paura per il futuro, o segni di depressione come il pianto, l'appiattimento affettivo, e l'assenza di comunicazione verbale
- Il detenuto ammette di avere al momento pensieri riguardanti il suicidio (è sbagliato credere che non si debba domandare ad una persona se pensa, in quell'istante, di volersi suicidare perché ciò potrebbe indurlo all'azione)
- Il detenuto in passato è stato in trattamento per problemi psichiatrici
- Il detenuto soffre attualmente di un disturbo psichiatrico, o si comporta in maniera insolita e bizzarra, per esempio se ha difficoltà di concentrazione, parla da solo o sente le voci
- Il detenuto ha già tentato una o più volte il suicidio, e/o afferma che il suicidio al momento è una soluzione possibile
- Il detenuto afferma di avere attualmente piani suicidari (da prendere in considerazione anche i contatti con i familiari ed altri detenuti vicini)
- Il detenuto riferisce di avere poche risorse interne e/o esterne di supporto
- L'agente che ha arrestato e/o tradotto il detenuto lo ritiene a rischio di suicidio
- Dal registro emerge che il detenuto ha già avuto in passato un rischio suicidario

La valutazione del rischio (selezione di scale)

Nelle scale proposte si combinano, in diversa misura, lo sforzo di prevedere la morte per suicidio, l'intenzione di morire, le motivazioni per l'atto autolesivo, la letalità del metodo e la valutazione del rischio di morte. Alcune, inoltre, affrontano il problema in maniera diretta, mentre altre lo affrontano in maniera indiretta.

Lo psicologo del servizio Retintegrare al fine di valutare la maggiore o minore urgenza dell'intervento, può fare riferimento allo schema sintetico, proposto da Cutter (1991), delle principali caratteristiche (o eventi), remote e attuali, cui legare il rischio di suicidio (Tab. 18.I). Le caratteristiche prese in considerazione sono ordinate in tre gruppi (o fasi), precoce, intermedio e terminale, che danno al clinico il senso di ciò che avviene prima o dopo nella "carriera" del suicida.

Gli eventi che fanno parte della "fase precoce" sono quelli legati alle esperienze infantili ed all'azione plasmante esercitata dai genitori e dalle figure significative; problemi precoci in casa, a scuola e, successivamente, nel lavoro, nell'adattamento alla vita familiare o a quella coniugale, sono spesso premesse per problemi psichici successivi (tra cui, appunto, il suicidio). Naturalmente nessuna esperienza di questa fase è direttamente responsabile di atti suicidari, così come non tutti i suicidi hanno questo tipo di esperienze nella loro vita, anche se la correlazione tra i due ambiti è elevata. Anche gli altri eventi di questo gruppo, per quanto non correlati con i precedenti, possono essere considerati segni precoci di rischio. La presenza di questi segni, anche in assenza di ideazione suicidaria attuale, deve essere tenuta in considerazione dal medico, in quanto espressione potenziale di rischio futuro.

Quando sono presenti gli eventi o i sintomi della "fase intermedia", anche quelli della fase precoce acquistano maggiore significato in quanto si associano ad eventi recenti correlati positivamente a comportamenti suicidari. Anche in questo caso il soggetto può non presentare una chiara e cosciente ideazione autolesiva, ma il clinico, rilevando la presenza di sintomi delle due prime fasi, deve considerare il soggetto ad alto rischio e mettere in atto i necessari interventi atti a scongiurare il maturare dell'idea, il suo emergere alla coscienza e la sua possibile attuazione.

I sintomi della "fase finale" sono generalmente sovrapposti a gravi disturbi psichici e sociali e sono altamente significativi di rischio elevato ed imminente anche se, apparentemente, le condizioni obiettive non sembrano gravemente compromesse.

È evidente che, passando da una fase all'altra, si riduce progressivamente il margine di tempo per pianificare e mettere in atto le strategie di intervento ed è necessario uno sforzo crescente per ottenere i risultati desiderati.

TAB. 18.I - Eventi della vita correlati con un elevato rischio di suicidio

| | | |
|--------------|--|--|
| Fase precoce | Lutto prima dei 13-15 anni ed altre perdite significative Suicidio di genitori biologi e non ad ogni età Morte inattesa o prematura di un genitore dopo i 16 anni Evidenti problemi emotivi o comportamentali prima dei 16 anni Disadattamento nella scuola, sul lavoro o da militare Problemi coniugali Per un uomo anziano, vivere da solo Avere meno di 35 anni Anamnesi positiva per trattamenti psichiatrici Vita senza significato Dipendenza da alcol o sostanze Problemi cronici di dolore, peso, sonno, pelle, intestino, eccetera Adattamento al trattamento di malattie croniche (per es. il diabete) | |
|--------------|--|--|

| | | |
|-----------------|--|--|
| Fase intermedia | Insorgenza di malattie che minacciano la vita, come cardiopatie, cancro, stroke Insoddisfazione per comportamento dipendente Nuove perdite Due o più gravi incidenti, compresa l'overdose Istituzionalizzazione (in ospedale, in prigione, eccetera) | |
| Fasi finali | Comportamento autolesivo a bassa letalità Esaurimento delle risorse personali Perdite significative negli ultimi due anni Perdita di speranza Segni dell'avvicinarsi della morte Elevata conflittualità con persone significative Mancanza di scopo, frequentare irregolarmente le agenzie operanti nella comunità Depressione acuta o recente Disabilità e/o disoccupazione Uno o più atti autolesivi di letalità crescente Identificazione del mezzo autolesivo preferito Ha fatto dei progetti avendo la disponibilità del mezzo | |

Agli inizi degli anni Ottanta risale anche la *SAD PERSONS scale* (Patterson et al., 1983), una scala messa a punto per valutare la probabilità di rischio di suicidio imminente. La scala, che deriva il suo nome dalle iniziali dei 10 fattori di rischio presi in considerazione, (Tab. 18.II) ed ha, in questo senso, anche lo scopo di fornire un riferimento mnemonico al clinico chiamato a fornire una rapida ed accurata valutazione del rischio. La scala, infatti, è stata messa a punto per aiutare lo psichiatra che, in ambito di psichiatria di consultazione, è chiamato a fornire una valutazione, il più possibile attendibile, dei fattori connessi al potenziale rischio di suicidio.

TAB. 18.II - *Sad Persons Scale*

| <i>Inglese</i> | <i>Italiano</i> |
|------------------------|--|
| Sex | Sesso |
| Age | Età |
| Depression | Depressione |
| Previous attempt | Tentativi precedenti |
| Ethanol abuse | Abuso di alcolici |
| Rational thinking loss | Perdita del ragionamento razionale |
| Social support lacking | Mancanza di supporto sociale |
| Organized plan | Presenza di uno specifico progetto di suicidio |

| | |
|-----------|----------------------|
| No spouse | Mancanza del partner |
| Sickness | Malattie fisiche |

Secondo gli Autori, il punteggio della scala (cioè il numero dei fattori di rischio presenti) può fornire indicazioni per i provvedimenti da prendere:

- da 0 a 2 il paziente può essere dimesso con successivi controlli;
- da 3 a 4 il controllo deve essere più stretto e la dimissione può essere rimandata;
- da 5 a 6 il ricovero è necessario soprattutto se non c'è la sicurezza di un adeguato controllo;
- da 7 a 10 il ricovero è tassativo e la sorveglianza deve essere stretta.

Lo strumento si è dimostrato, oltre che semplice e pratico, molto utile nell'ambito della psichiatria di consultazione dove spesso le condizioni della valutazione, il tempo e le informazioni disponibili non sono ottimali.

| <i>Item</i> | <i>Sintomi</i> | <i>Item</i> | <i>Sintomi</i> |
|------------------------------------|--|--|---|
| 1. <i>Tristezza e abbattimento</i> | Umore depresso; giù di corda; si sente miserabile | 11. <i>Impulsività</i> | Azioni impulsive, azioni senza pianificazione o senza considerare le conseguenze; ha spinte irresistibili; agisce sotto l'impulso del momento |
| 2. <i>Ostilità</i> | Ostile; arrabbiato; bellicoso; in antagonismo; pronto all'ira; facilmente irritabile | 12. <i>Bassa autostima</i> | Bassa autostima; sentimenti di indegnità e d'inferiorità; si sente un fallito |
| 3. <i>Anergia</i> | Mancanza di energia; stancabilità; stanchezza; spossatezza; logorato affaticato; senso di debolezza | 13. <i>Perdita di speranza</i> | Si sente senza speranza, disperato; aspetto abbattuto; pessimista; sente che verrà il peggio; pensieri nichilistici |
| 4. <i>Ipersensibilità</i> | Sensibile alle critiche; facilmente ferito; si sente facilmente rifiutato; si offende facilmente; permaloso; mette tutto sul sospettoso; diffidente piano personale; | 14. <i>Perdita dei sentimenti</i> | Depersonalizzazione; mancanza di sentimenti; incapace di provare emozioni (non mancanza di empatia) |
| 5. <i>Ritiro affettivo</i> | Mancanza di contatto emotivo; isolamento sociale; ritiro; isolamento; diffidenza | 15. <i>Scarsa tolleranza alle frustrazioni</i> | Facilmente frustrato o irritato; prontamente scoraggiato |

| | | | |
|---|--|---|--|
| 6. <i>Perdita di risorse</i> | Incapace di risolvere i problemi con efficacia; mancanza di flessibilità nell'affrontare i problemi; vede poche scelte e alternative | 16. <i>Idee di suicidio</i> | 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 |
| 7. <i>Sensazione di perdita del controllo</i> | 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 | 17. <i>Propositi di suicidio</i> | 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) |
| 8. <i>Tensione</i> | Fisicamente teso; nervoso; a disagio; incapace di rilassarsi; eccitato (escludere i sintomi autonomi) | 18. <i>Desiderio di morire</i> | Forte desiderio di morire; sente di non meritare di vivere; sente che la vita non vale la pena di essere vissuta |
| 9. <i>Ansia</i> | Preoccupato; preoccupazione eccessiva per il presente o per il futuro; paura; terrore; disagio (escludere i sintomi autonomi) | 19. <i>Mancanza di ragioni per vivere</i> | Sente che non c'è una ragione per vivere; sente che non interessa a nessuno; sente che la vita non ha scopo |
| 10. <i>Preoccupazioni somatiche</i> | Preoccupazione per la salute fisica; preoccupazione per sintomi fisici (compreso dolori e sofferenze; insonnia; sintomi gastrointestinali e cardiovascolari); preoccupazioni generalizzate o allucinazioni somatiche | 20. <i>Atti suicidari</i> | Concretamente progetta metodi per suicidarsi; ha preparato degli scritti o ha informato qualcuno; necessita di stretto controllo per prevenire tentativi |

La *Suicide Assessment Scale - SAS* (Stanley et al., 1986), una scala in grado di valutare la suicidalità 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, anche nei termini di conferire agli item pesi diversi in rapporto ad una diagnosi;
3. la valutazione dell'attuale grado di "suicidalità" e la sensibilità al cambiamento dei sintomi correlati al suicidio.

TAB. 18.III - Gli item della *Suicide Assessment Scale* - Sas

La SAS è composta da 20 item (Tab. 18.III), 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);
- controllo e adattamento (item 6, 7, 11 e 15).

La scala, la cui somministrazione prevede un'intervista clinica semistrutturata, ha dimostrato di essere valida, affidabile e sensibile al cambiamento.