

# PisaMedica

Periodico bimestrale dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Pisa

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46) art. 1, comma 1, DCB 10



**in questo numero:**

**Rene e pancreas:  
a Pisa il futuro  
dei trapianti**

*U. Boggi - F. Vistoli*  
Centro Trapianti Rene e Pancreas - AOUP

**Odontoiatria  
ed endocardite:  
la profilassi antibiotica**

*A. Calderani*  
Consigliere CAO Pisa

**Degenerazione maculare  
retinica: cambia  
la gestione del paziente**

*M.S. Sole - M. Nardi*  
U.O. Oculistica Universitaria - AOUP

numero 67 Novembre - Dicembre

# Il suicidio in carcere. La gestione del rischio

Il suicidio nelle carceri è al momento attuale un grave problema di salute rappresentando la terza causa di morte. Non a caso, infatti, 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 dove, nello stesso periodo sono stati sventati 64 tentativi di suicidio. 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.

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 trasfe-

rimenti 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. 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).

**Fattori di rischio:** alcuni tratti personali, disturbi psichiatrici, comorbidità di abuso di droghe e/o alcool, tentati suicidi pregressi, fattori stressanti acuti e cronici.

**Fattori di rischio di ordine psicopatologico.**

*Disturbi psichiatrici attuali o trascorsi* - disturbi dell'umore, disturbo da dipendenza alcolica o da sostanze,





schizofrenia, disturbi di personalità, attacchi di panico, etc.. *Precedenti episodi di comportamento suicidario. Malattie somatiche. Fattori socio-demografici* – interruzione di relazioni importanti (separazione, divorzio, vedovanza) isolamento sociale, disoccupazione, migrazione. *Fattori ambientali.*

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.

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. Si uccide anche per asfissia (infilando la testa in sacchetti di plastica).

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.

#### **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 Operato-

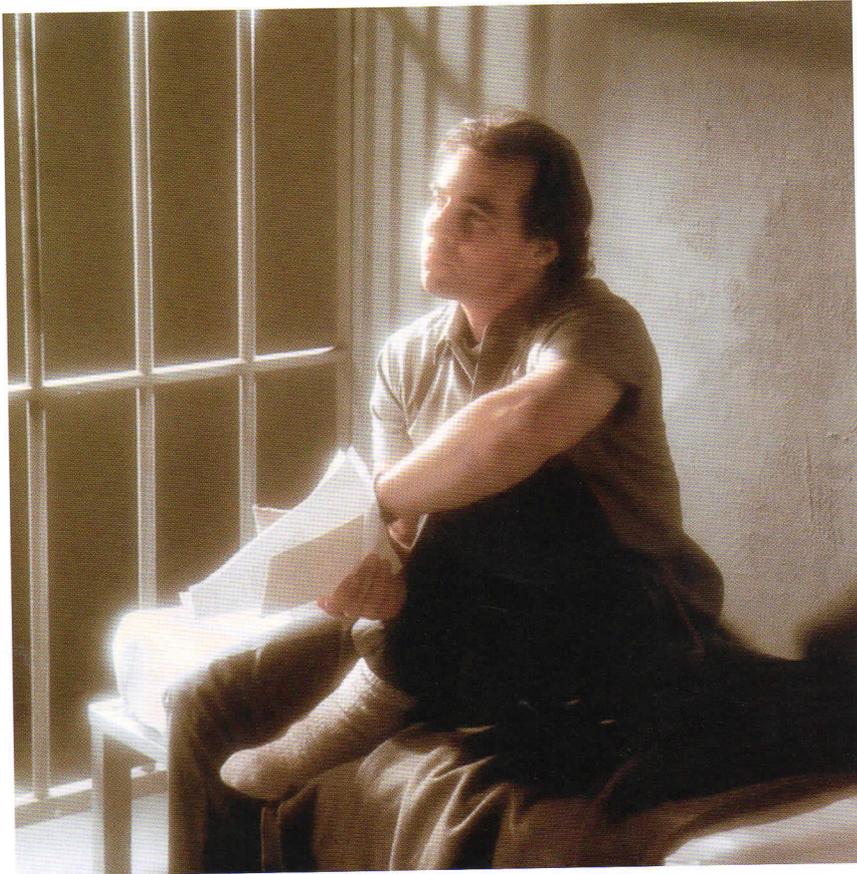
ri Penitenziari per cercare quanto meno di ridurre nella misura massima possibile le condizioni di disagio e di precaria vivibilità nell'ambiente carcerario.

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

Le condizioni di oggettiva difficoltà in cui spesso si è costretti ad operare, a causa del crescente sovrappollamento, 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 il più accogliente che favorisca la comunicazione tra operatore e paziente. Quanto sopra è uno strumento essenziale per l'identificazione dei fattori di rischio da monitorare.

- **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.

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. E' altresì 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 adesio-

ne ad un percorso diagnostico e ad un eventuale trattamento terapeutico appropriato.

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.

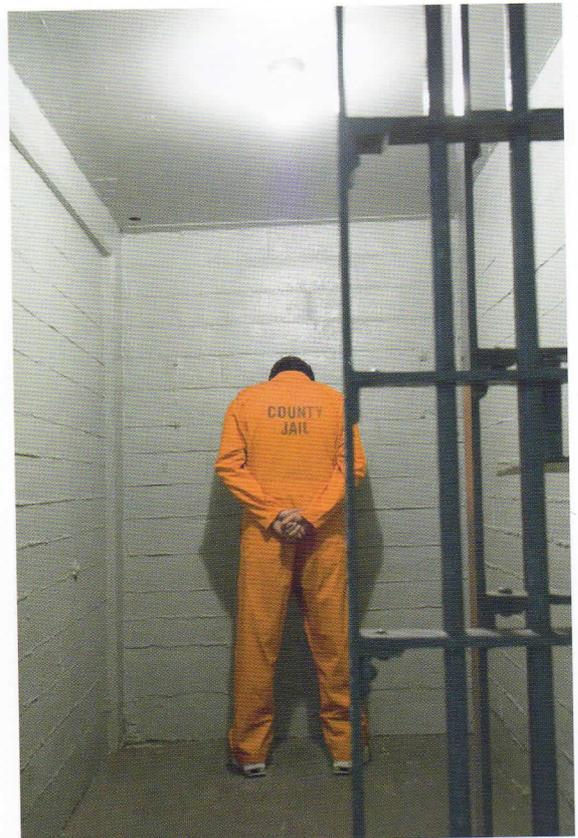
Per i detenuti tossicodipendenti bisogna fare di tutto perché non abbiano in uso il fornellino a gas. Bisogna porre particolare cura ed attenzione alla somministrazione soprattutto degli psicofarmaci, al fine riuscire a scongiurare ogni tentativo di fenomeni di accumulo.

#### **Grande sorveglianza medica**

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.

• **La grande sorveglianza completa** implica la sorveglianza medica ed infermieristica e la sorveglianza da parte della Polizia penitenziaria nei casi di rischio suicidario.

• **La grande sorveglianza medica** (nei casi a rischio suicidario 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.

• **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.

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 politici, ai detenuti che hanno compiuto efferati delitti.

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.

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.

### **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 suicidari. 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.

