



DIREZIONE GENERALE
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE
LA DIRETTRICE
KYRIAKOULA PETROPULACOS

	TIPO	ANNO	NUMERO
REG.	/	/	/
DEL	/	/	/

Ai
Direttori Generali e Direttori
Sanitari
AUSL regionali
E p.c. Provveditore regionale
Amministrazione penitenziaria
Dott.ssa Gloria Manzelli

CIRCOLARE N. 11

Oggetto: CIRCOLARE PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE NEL SISTEMA PENITENZIARIO PER ADULTI - LINEE-GUIDA 2018
a cura del Gruppo inter-istituzionale Regione e Amministrazione penitenziaria

La condizione di privazione della libertà determinata dalla carcerazione può costituire effetto fortemente traumatizzante, al momento dell'arresto ma anche nel corso della detenzione, soprattutto in occasione di eventi relativi ai procedimenti processuali e alla limitazione della propria vita personale (affettività, ambito sociale, lavorativo ecc).

La necessità di prestare attenzione a questo aspetto è sottolineata nel DPCM 1° aprile 2008 inerente il passaggio di competenze dalla sanità penitenziaria al SSN, che nell' allegato A prevede tra gli obiettivi di salute "la prevenzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio"; nel paragrafo relativo alla "Medicina generale e la valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi", è espressamente previsto che i presidi sanitari presenti negli istituti penitenziari e servizi minorili debbano adottare procedure che riducano il più possibile gli effetti traumatici della privazione della libertà mettendo in atto gli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo.

Anche l'Amministrazione penitenziaria ha da sempre prestato particolare attenzione a tale tematica che è stata affrontata congiuntamente dalle due Amministrazioni interessate che, dopo un primo Accordo in Conferenza Unificata il 19 gennaio 2012 "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale", hanno riaffermato l'attenzione che i servizi devono prestare alla prevenzione del suicidio con un altro Accordo nella Conferenza Unificata n. 81 del 27 luglio 17 (G.U. 14 agosto 2017, n. 189), con cui si forniscono in maniera più strutturata indicazioni per la formulazione dei Piani regionali e locali; l'Accordo suddetto è stato recepito con DGR. n.306/2018, con cui si dà mandato a questa Direzione generale di aggiornare l'attuale "Programma operativo di Prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili Linee guida 2014" (Circolare Direzione generale Sanità e Politiche sociali n. 11 del

Viale Aldo Moro 21
40127 Bologna

tel 051.527.7161/7162

dgsan@regione.emilia-romagna.it

PEC: dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

	INDICE	LIV 1	LIV 2	LIV 3	LIV 4	LIV 5	ANNO	NUM	SUB
a uso interno DP/	/								
	Classif						Fasc		

18



7/7/2014) con la elaborazione di uno specifico Piano regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nelle carceri.

Seppur l'attuale Programma operativo fosse già abbastanza rispondente alle indicazioni del Piano nazionale, si è reso necessario procedere ad un aggiornamento che fosse più in linea col Piano suddetto; l'aggiornamento è stato definito da un Gruppo interistituzionale con referenti della Regione e del Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria, che a partire dal Programma operativo hanno definito il nuovo "Piano regionale di prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti linee-guida 2018", che fornisce indicazioni per la definizione dei Piani locali che dovranno essere aggiornati a partire dalle indicazioni stesse.

Lo stesso documento sarà inviato dal Provveditorato regionale alle direzioni degli Istituti penitenziari per la definizione dei Piani locali, a cura delle direzioni Aziende USL e Istituti penitenziari.

Cordiali saluti


Kyriakoula Petropulacos

Piano regionale di prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti

Linee-guida 2018

a cura del
Gruppo inter-istituzionale
Regione Emilia-Romagna e Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria
Emilia-Romagna e Marche

Sommario

Premessa.....	3
Pregresso.....	6
Programma.....	8
1. INQUADRAMENTO GENERALE.....	9
1.1 Architettura organizzativa.....	9
1.2 Azioni.....	9
1.2.1 Elaborazione dei Piani Locali - Considerazioni generali.....	9
2. ELEMENTI ESSENZIALI DEI PIANI DI PREVENZIONE.....	11
2.1 Elaborazione dei Piani Locali di Prevenzione.....	11
2.1.1 Declinazione operativa delle azioni.....	11
2.1.2 Rilevazione del rischio.....	11
2.1.3 Lavoro integrato e multidisciplinare.....	15
2.1.4 Gestione dei casi a rischio.....	16
2.1.5 Protocolli operativi per affrontare le urgenze.....	19
2.1.6 Comunicazioni.....	20
2.1.7 Chiusura procedura.....	20
3 GRADING DEL RISCHIO.....	21
4 MONITORAGGIO, VALUTAZIONE, DEBRIEFING.....	23
4.1 Valutazione dei Piani e delle attività.....	23
4.1.1 Monitoraggio.....	23
4.1.2 Attività post - facto - Documentazione di un evento infausto.....	24
4.1.3 Debriefing.....	24



4.1.4 Raccolta e diffusione delle buone prassi.....26

5 FORMAZIONE26

 5.1 Formazione degli operatori26

6 ALLEGATI28

 Allegato 1.....28

 Dati, osservazioni, considerazioni tratti dalla letteratura nazionale e internazionale sul suicidio in carcere28

 Bibliografia34

 Strumenti di valutazione del rischio suicidario in carcere nella letteratura indicizzata35

 Allegato 2.....38

 Lista di Arboleda-Florez.....38

 Allegato 3.....39

 Alcune scale di valutazione psicologica del rischio suicidario39

 Allegato 4.....43

 Scheda-prototipo (di cui al punto 2.1.3)43

Premessa

Prevenire il rischio di suicidi in ambito carcerario è un obiettivo condiviso tanto dalla Amministrazione Penitenziaria quanto dal Servizio sanitario, ed è caratterizzato dalla scelta di metodologie di lavoro con caratteristiche di innovatività, comune perseguimento degli obiettivi ed integrazione delle reciproche competenze.

La stessa normativa di riforma della sanità penitenziaria prevede espressamente che i presidi sanitari presenti in ogni istituto penitenziario debbano adottare procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà e mettere in atto gli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo.

L'Accordo della Conferenza Unificata n.81 del 27 luglio 2017, pubblicato in G.U. del 14 agosto 2017, n.189, recepito con Deliberazione di Giunta regionale n.306/2018, ha adottato il "Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti".

Pur considerando che il Protocollo in atto tra Regione e Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria "Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili" (Circolare del Direttore generale Sanità e Politiche sociali n.11/2014) risulta ancora valido strumento a disposizione dei professionisti e in linea con l'attuale Piano Nazionale, si ritiene comunque necessario procedere all'aggiornamento degli indirizzi precedentemente definiti al fine di un ulteriore miglioramento della efficacia delle misure di prevenzione concordate, redigendo il presente Piano regionale di intervento, finalizzato a realizzare in tutti gli Istituti Penitenziari attività che, con continuità ed uniformità, posseggano le seguenti essenziali caratteristiche:

- piena condivisione del complesso degli interventi da parte del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Amministrazione Penitenziaria, coerente con l'evidenza che i comportamenti e le scelte autolesive e suicidarie sono prevalentemente da inquadrare come eventi derivanti dalle comuni condizioni di vita e non necessariamente da condizioni di patologia, rispetto ai quali le predette Amministrazioni concorrono in tutte le fasi degli interventi per le rispettive competenze;
- regolare monitoraggio degli interventi (in particolare sul piano della valutazione di processo) e degli esiti attraverso attività di audit;
- definizione di caso opportunamente condivisa e idonea a soddisfare adeguatamente i criteri di riferimento dei diversi attori interessati all'analisi e alla gestione del fenomeno suicidio, con particolare riferimento alla separazione dei comportamenti e delle scelte autolesive da quelle suicidarie, in quanto prevalentemente si tratta di fenomeni diversi tra loro e non necessariamente collegati o collegabili;
- costante definizione e aggiornamento di protocolli operativi locali tra il singolo Istituto Penitenziario e la competente Azienda Sanitaria;
- esclusione di ogni forma di iniziale, prevalente e/o non mediato coinvolgimento dei servizi sanitari specialistici della salute mentale nelle attività, al fine di prevenire il frequente rischio di erronea riconduzione - interpretativa e operativa - dei comportamenti e delle scelte autolesive e suicidarie nell'ambito di condizioni patologiche psichiatriche.

Ogni azione prevista dal presente Piano regionale viene espletata nel pieno rispetto delle normative che tutelano la privacy dell'individuo (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modifiche).

Il presente Piano è focalizzato esclusivamente sulla prevenzione delle condotte suicidarie in ambito penitenziario adulto.

L'OMS con le Linee-guida emanate nel 2007 "La prevenzione del suicidio nelle carceri", ha definito "complesse" le cause del suicidio e ha indicato un "ampio numero di fattori", socio-culturali, i disturbi psichiatrici, il substrato biologico, la genetica e lo stress sociale, che, interagendo, conferiscono un rischio elevato di suicidio. Ciò ha consentito di individuare gruppi ad alto rischio e, tra questi, anche la popolazione detenuta.

"Da una parte, le persone che infrangono la legge portano con sé diversi fattori di rischio per il suicidio ("importano" il rischio), e tra di loro il tasso di suicidio continua ad essere più elevato anche dopo la scarcerazione; inoltre, l'ambiente detentivo viene indicato quale avente un impatto nello sviluppo degli atti suicidari". In più la detenzione in sé e per sé è un evento stressante anche per i detenuti "sani" in quanto priva la persona di risorse basilari".

L'OMS elenca poi alcuni fattori di rischio individuali e ambientali che, se presenti in qualsiasi combinazione, potrebbero contribuire ad innalzare il rischio suicidario tra i detenuti:

- gli Istituti di pena sono luoghi dove si concentrano gruppi vulnerabili che sono tradizionalmente tra quelli più a rischio, ovvero giovani maschi, persone con disturbi mentali, persone interdette, socialmente isolate, con problemi di abuso di sostanze e con storie di precedenti comportamenti suicidari;
- l'impatto psicologico dell'arresto e dell'incarcerazione, le crisi di astinenza dei tossicodipendenti, la consapevolezza di una condanna lunga o lo stress quotidiano della vita in carcere possono superare la soglia di resistenza del detenuto medio e a maggior ragione di quello a rischio elevato;
- non in tutti gli ambienti carcerari esistono procedure formali o regolamentari per identificare e gestire detenuti con rischio suicidario. In particolare, anche dove viene eseguito lo screening, per gli indicatori di rischio elevato spesso non vi è un adeguato monitoraggio del livello di stress dei detenuti e quindi vi è poca probabilità di identificare situazioni di rischio acuto;
- anche laddove programmi o procedure adeguate sussistano, eventuali condizioni di sovraccarico lavorativo per il personale o il loro mancato addestramento possono talvolta impedire il riconoscimento dei segnali precoci di rischio suicidario;
- gli istituti di pena possono essere esclusi dai programmi di igiene mentale di comunità e avere dunque un limitato o assente accesso ai servizi psichiatrici.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica in data 25/05/2010 ha licenziato un suo qualificato parere "Il suicidio in carcere: orientamenti bioetici", che raccomanda alle autorità competenti di predisporre un piano d'azione per la prevenzione dei suicidi in carcere, mettendo in evidenza alcune azioni che ritiene fondamentali per un'efficace attività di prevenzione.

Una particolare sottolineatura viene espressa sia dall'OMS che dal Comitato Nazionale di Bioetica in relazione alle cosiddette **variabili di contesto** relativamente al rischio suicidario, nel senso che non può ritenersi sufficiente un'attività di screening rivolta a riconoscere i fattori endogeni rivelatori delle persone a rischio, ma una attenzione specifica deve essere rivolta al legame tra le condizioni di vivibilità dell'ambiente detentivo e il disagio delle persone detenute. Affiancare i due modelli rispettivamente dei *profili* di rischio suicidario con quello delle *situazioni* di rischio suicidario vuol dire affrontare in base ad una chiave di lettura "ecologica" il contesto detentivo e quindi articolare un'attività di prevenzione dove più frequente è l'incontro tra ambienti detentivi maggiormente degradati e persone detenute portatrici di minori risorse personali e sociali, quindi maggiormente fragili. La mappatura delle aree definite "a rischio" va effettuata poi sulla base di

indicatori situazionali che connotano di per sé come a rischio proprio l'ambiente detentivo. I fattori maggiormente rilevanti sono i seguenti:

- . tasso di sovraffollamento;
- . tasso di povertà nelle sezioni;
- . livello di presenza di etnie diverse;
- . posizione giuridica;
- . problematiche di tossicodipendenza o di tipo psichiatrico;
- . tasso di presenza di opportunità trattamentali;
- . frequenza dei colloqui con gli operatori.

A tal proposito, nel parere del Comitato nazionale di bioetica del 25 giugno 2010 su *Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici*, si legge un richiamo ad una dovuta cautela verso un approccio rivolto ad individuare i soggetti a rischio, in quello che la letteratura psicosociale chiama approccio "eccezionalista" che ha l'evidente difetto di aumentare la stigmatizzazione individuale, con il rischio poi di perdere di vista gli aspetti di interazione tra individuo ed ambiente, per privilegiare in definitiva l'approccio "universalista", che vede nel potenziamento delle opportunità ambientali l'ambito più favorevole alla promozione delle abilità dei soggetti, particolarmente dei più deboli. Il documento sottolinea quindi che tale approccio di promozione alla salute, particolarmente utile in ambito penitenziario, ha il vantaggio di evitare il rischio di un eccessivo "specialismo" deresponsabilizzante del suicidio a favore di un approccio comunitario che consente di coinvolgere il personale tutto e i detenuti stessi nella creazione di un carcere se non più "sano", almeno meno "malato". Se, quindi, secondo l'approccio ecologico è fondamentale considerare la posizione della persona detenuta nel proprio ambiente di vita ed il sistema di relazioni che ne scaturisce, dovrà essere effettuata un'attività di monitoraggio costante delle sezioni maggiormente cariche di segnali di degrado, sia in senso fisico che di clima relazionale e di contesto, al fine di attuare in modo mirato interventi migliorativi sia sugli spazi detentivi che sul clima organizzativo e sociale di tali sezioni.

Così altrettanto l'OMS, partendo da una posizione fondata sull'individuazione di un "profilo" in grado di identificare situazioni e/o gruppi ad alto rischio, è giunta a sua volta a considerare la necessità di integrare tale indicazione con un approccio, appunto, "universalista", che consideri anche le variabili situazionali e di contesto, ritenendolo più proficuo dal punto di vista della prevenzione.

L'OMS (WHO, 2007) dice che per la buona riuscita di un programma di prevenzione sono fondamentali:

- la **formazione** del personale penitenziario, mediante corsi di aggiornamento, con frequenza almeno annuale, rivolti in particolare al personale preposto alla sorveglianza nelle sezioni detentive che è presente nell'arco delle ventiquattro ore, e costituisce la prima linea di difesa nella prevenzione del suicidio della popolazione detenuta;
- la presenza di un servizio **accoglienza** per i nuovi giunti, nel contesto di una **valutazione medico-psicologica** condotta da professionisti secondo specifici **protocolli**, con una procedura di **trasmissione delle informazioni** acquisite da tutto il personale interessato, al fine di assicurare la valutazione del rischio e sollecitare, se necessario, un ulteriore intervento da parte di altri operatori, in particolare quelli del servizio psichiatrico;
- un'attività di **osservazione protratta nel tempo** da parte di **tutto** il personale coinvolto (**amministrazione penitenziaria e sanitaria**), con chiara definizione del ruolo dei diversi operatori e con particolare attenzione ai segnali di disagio psichico e/o volontà suicidaria, al comportamento tenuto durante i momenti di socialità per individuare problematiche di

convivenza e relazione con i compagni di detenzione, a eventuali conflittualità emerse nei colloqui con i familiari, ecc.;

- una **comunicazione efficace** dei segnali comportamentali, che possono essere indicatori di rischio suicidario, tra le varie professionalità che a diverso titolo hanno contatti con il detenuto;
- la creazione di **forme stabili e formalizzate di raccordo con i servizi psichiatrici del territorio**, soprattutto in presenza di risorse di personale di supporto socio-psicologico non sufficienti rispetto ai bisogni espressi dalla popolazione detenuta.

Pregresso

Il tema, in Italia, è sempre stato oggetto di forte preoccupazione ed attenzione da parte dell'Amministrazione Penitenziaria, che ha emanato, già dagli anni successivi alla riforma del 1975, numerose indicazioni e linee guida sull'argomento. Se un primo punto di svolta può essere fissato con la circolare del 30 dicembre 1987 che istituisce il Servizio Nuovi Giunti, è con la Circolare del 6 giugno 2007, che crea il servizio accoglienza, che prende forma l'attuale politica di prevenzione dei suicidi in ambito penitenziario. Tale documento prende atto di significative modifiche legislative quali l'allora ormai prossimo passaggio della sanità penitenziaria al SSN e la necessità di un maggiore raccordo tra carcere e territorio anche in relazione al tema appunto della prevenzione dei suicidi. Rimane salda la convinzione che l'inizio della detenzione sia particolarmente delicato come situazione a rischio e viene per questo istituito uno staff multidisciplinare, che prenda in carico i detenuti nuovi giunti che vengono accolti, durante i primi giorni di detenzione, in apposite sezioni, sulla falsariga delle vecchie sezioni nuovi giunti. Molteplici sono le funzioni del servizio di accoglienza che si struttura secondo un approccio multi-professionale, essendo coinvolte praticamente tutte le figure professionali interne ed esterne all'Amministrazione penitenziaria, e fra queste i volontari, ed è posta una grande attenzione ai bisogni del detenuto all'ingresso in carcere. L'idea di una forte correlazione tra il numero elevato di suicidi in carcere e il problema del sovraffollamento, porta l'Amministrazione penitenziaria ad intervenire sull'argomento, dopo circa due anni, con la circolare del 6 luglio 2009, che prende anche atto delle difficoltà del passaggio della sanità penitenziaria al SSN. In quella circostanza viene chiesto ai Provveditori di verificare l'effettiva istituzione dei servizi di accoglienza e di estendere l'attenzione a tutti i detenuti che nel corso della detenzione abbiano manifestato forme di disagio che facciano presagire volontà suicidaria e si insiste inoltre sulla necessità di concordare con le ASL interventi integrati, anche formalizzati con apposite convenzioni. Si chiede poi di verificare che le Direzioni abbiano disciplinato le varie forme di sorveglianza, precisando che tali misure non si possono ridurre ad una semplice intensificazione dei controlli, ma che gli interventi vanno inquadrati nella cornice più complessiva degli interventi di sostegno. L'Amministrazione Penitenziaria torna poi sull'argomento con la nota del 25 gennaio 2010 che istituisce le unità di ascolto della polizia penitenziaria e che rimanda a specifici percorsi formativi per il personale preposto e con la Circolare del 26 aprile 2010, dove è posta una particolare sottolineatura sul miglioramento dei contatti con la famiglia e la necessità di fornire al detenuto fin dall'ingresso tutte le informazioni utili sulla vita interna e sulle possibili opportunità. Abbiamo poi le Circolari del 24 novembre 2011 e del 19 giugno 2012, che richiamandosi entrambe direttamente all'Accordo approvato in Conferenza Unificata il 19 gennaio 2012 sulle *Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale*, danno indicazione sulla realizzazione, nell'ambito degli Osservatori regionali sulla sanità penitenziaria, di un programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere. Anche in questi documenti il dato di novità è lo sguardo critico sui provvedimenti di vigilanza dei soggetti a rischio, evidenziando come l'attuazione della grande sorveglianza e della sorveglianza a vista non

comporta di per sé alcun intervento sul disagio individuale ma anzi in certi casi presenta il rischio di trattare il disagio di chi è a rischio di suicidio con ulteriori misure di sicurezza e di fatto non efficaci al fine di ridurre le condizioni di disagio dei detenuti interessati. Le due Circolari precisano che il programma di prevenzione dovrà contenere specifiche modalità operative ed organizzative sugli interventi nei confronti del disagio, dovrà partire da una ricognizione delle pratiche già in atto a livello locale ed attuare una prima sperimentazione con un progetto pilota, definendo contemporaneamente le competenze e le responsabilità delle singole istituzioni, assicurando infine il monitoraggio e la valutazione delle esperienze e delle singole procedure attuate nonché la formazione congiunta del personale delle diverse amministrazioni coinvolte. In tali Circolari è certamente forte la consapevolezza che i contenuti del programma dovranno essere delineati tenendo conto delle specificità dei singoli Istituti, delle particolari tipologie di utenza presenti e del contesto ambientale. Viene ribadito infine che il modello di prevenzione dovrà basarsi su elementi di novità quali la nuova operatività dello staff, con particolare riguardo alla sinergia tra operatori penitenziari e sanitari, la stretta collaborazione con i servizi sociali e sanitari territoriali, nonché con il volontariato, l'estensione a tutta la popolazione detenuta delle iniziative di prevenzione, da articolarsi poi sull'intero arco della detenzione e non solo nella fase di accoglienza, la sostituzione della tradizionale attività di sorveglianza con quella di sostegno, l'affiancamento della persona detenuta a rischio con compagni di detenzione umanamente e culturalmente capaci di instaurare un rapporto significativo di sostegno, "peer supporters".

Le linee-guida della Regione in tema di salute nelle carceri dedicano particolare attenzione alla fase di ingresso della persona detenuta, la fase dell'accoglienza, così come predisposta nel "Percorso clinico-assistenziale delle persone detenute" (Circolare regionale Direzione generale sanità e politiche sociali n. 15 del 9 novembre 2012), che non si limita alla visita di primo ingresso, ma prevede un periodo di tempo di 14 giorni in cui, oltre alla valutazione dello stato complessivo di salute, si può rilevare la eventuale presenza di particolari condizioni di disagio da sottoporre all'attenzione di specialisti e dell'Amministrazione penitenziaria tutta. Il medico che effettua la visita di primo ingresso (entro le 24 h) dedica il tempo necessario ad una propria valutazione complessiva senza automatismo alcuno, anche attraverso l'utilizzo di una scheda, che non è somministrata come un questionario, ma quale punto di riferimento/orientamento nel colloquio. Ogni Servizio sanitario a livello locale organizza le proprie risorse di personale nella modalità ritenuta più idonea, con l'integrazione tra professionisti (medici di medicina generale, psicologi, psichiatri ed altri).

Nell'ambito del Piano regionale della Prevenzione per il triennio 2010-2012 un gruppo di lavoro "La prevenzione delle condotte suicidarie nella popolazione a rischio: studio pilota" ha elaborato linee-guida per la prevenzione del suicidio in 3 ambiti, quello territoriale, ospedaliero e detentivo, esitato, quest'ultimo nel *Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili-Linee-guida 2014*, redatto nella sua versione operativa da un Gruppo inter-istituzionale Regione/Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria (Circolare Direzione generale sanità e politiche sociali "Prevenzione rischio suicidario e autolesivo in carcere e nei servizi minorili" n.11 del 7/07/2014).

Altrettanto le **linee guida del PRAP**, emanate con circolare prot. n. 42374/tratt. del 5.11.2012, nel richiamare la più volte citata letteratura scientifica e le indicazioni internazionali, hanno dato a loro volta indicazioni utili per la formulazione di Piani locali di prevenzione, che vertono, in particolare, sul momento organizzativo penitenziario e sulla necessaria integrazione con l'ambito sanitario.

Programma

La Conferenza Unificata nell' Accordo del 9 gennaio 2012, prevedeva che il "sistema sviluppi capacità di intercettare e trattare con tempestività stati di disagio psicologico e disturbo psichico o altri tipi di fragilità, attivando un coordinamento funzionale tra le diverse figure professionali presenti, a prescindere dal loro rapporto di dipendenza istituzionale, capacità quindi di migliorare le interazioni e le sinergie funzionali tra le diverse figure con l'obiettivo [...] di mettere in atto misure di contenimento del rischio suicidario e di arrivare ad una reale diminuzione dei comportamenti autolesivi e dei suicidi da parte delle persone detenute". Un efficace programma di intervento di prevenzione del rischio suicidario non può prescindere dalla comunicazione ed integrazione di interventi tra le amministrazioni coinvolte, penitenziaria e sanitaria. È necessario, pertanto, allo scopo di amplificare i segnali di disagio/fattori di rischio, che rischiano di risultare "affievoliti" e in parte coperti dal "rumore" che caratterizza il contesto carcerario quotidiano, moltiplicare le "fonti di informazione", accogliendo le segnalazioni che possono pervenire da tutte le figure che ruotano attorno alla popolazione detenuta. Ovviamente, per evitare l'allarmismo generalizzato che porterebbe ad un innalzamento del livello di guardia con il rischio di una eccessiva parcellizzazione dell'attenzione su un numero eccessivo di casi segnalati, si potranno prevedere livelli diversi di attenzione. È necessario, quindi, coinvolgere tutti gli attori del sistema penitenziario, compresa la componente detenuta, al fine di attivare una rete di attenzione, la più possibile estesa, che consenta di rilevare eventuali segnali di disagio e sofferenza emotiva che possano far pensare ad un rischio suicidario. E' necessario attivare una capillare rete di attenzione generica in modo tale da cogliere precocemente i sintomi delle fragilità che possono costituire i prodromi per i comportamenti a rischio. Pertanto, tutte le figure professionali, e non solo gli psichiatri o gli psicologi, dovranno essere coinvolte in quanto possono venire in contatto con situazioni di rischio nel corso delle loro attività; anzi proprio alcune figure, quali il personale di polizia penitenziaria più di altre, svolgono un presidio dei settori detentivi e possono, quindi, agire un'attenzione diffusa.

Deve essere pertanto preconstituita una rete di comunicazione che, tenendo conto della struttura e dell'organizzazione locale, individui esattamente i nodi di tale rete: occorre, in altri termini, che ognuno che intuisca un rischio sappia a chi e come comunicarlo.

1. INQUADRAMENTO GENERALE

1.1 Architettura organizzativa

Il **livello regionale** comprende gli Osservatori Regionali Permanenti di Sanità Penitenziaria con il supporto di ulteriori Articolazioni regionali eventualmente presenti. Ad esso spetta il compito di individuare il nucleo di referenti regionali, di elaborare in uno specifico Piano Regionale per la prevenzione delle Condotte Suicidarie le linee di indirizzo regionali utili per rendere operativi quelli locali in modo omogeneo, tenendo conto del Piano Nazionale al fine di seguire e verificare la redazione e l'aggiornamento dei Piani Operativi Locali di prevenzione, promuovere la formazione degli operatori locali, nonché diffondere a livello centrale le buone prassi individuate. Esso segue e verifica la redazione e l'aggiornamento periodico dei Protocolli Operativi Locali di prevenzione, indirizza la formazione degli operatori locali, verifica l'attuazione degli audit clinici, raccoglie le prassi ritenute più interessanti da inviare al livello centrale.

Costituzione della rete

Il Piano Regionale attiva la rete di referenti locali che sostenga l'attuazione del Piano stesso attraverso la formalizzazione del Gruppo, composto dai referenti regionali e da quelli locali.

Il **livello locale** nasce dall'attività congiunta delle Direzioni di ciascun Istituto Penitenziario e delle Aziende USL territorialmente competenti. Ad esso viene chiesto di redigere, aggiornare, declinare, implementare e monitorare - conformemente alle direttive del livello centrale e regionale - il Piano Locale di Prevenzione (PLP), che ha natura spiccatamente tecnico-operativa e viene inserito nell'ambito del progetto d'Istituto. Ciascuna delle Amministrazioni coinvolte assicura il perseguimento di tali finalità integrandole nelle attribuzioni già previste per i responsabili delle attività di propria competenza o individuando un referente specifico del PLP. Il livello locale ha inoltre il compito di facilitare/assicurare la formazione del personale operante, elaborare protocolli operativi clinici e di pronto intervento coerenti con il PLP, raccogliere ed inviare ai livelli regionali i dati e le prassi locali ritenute più efficaci.

1.2 Azioni

Il presente Piano regionale, in coerenza col Piano nazionale, fornisce le indicazioni più utili ai livelli locali, prendendo necessariamente in considerazione e prevedendo tutti i punti indicati nelle Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che verranno trattati dettagliatamente nel paragrafo.

Di seguito vengono declinate le indicazioni vincolanti per le varie articolazioni, che dovranno svilupparle nei propri protocolli e nelle proprie azioni, in ragione della naturale diversità tra le varie realtà locali in termini di strutture, scelte operative, contesto, risorse e opportunità a disposizione.

I punti e le azioni seguenti dovranno essere riportati, secondo un ordine logico - temporale progressivo, alle caratteristiche strutturali ed operative dei vari istituti in modo da rendere effettivamente praticabile una procedura di prevenzione.

1.2.1 Elaborazione dei Piani Locali - Considerazioni generali

La revisione/redazione dei protocolli locali dovrà essere improntata alla massima condivisione e concretezza tra le parti interessate.

Nel descrivere le aree operative da prendere in considerazione nell'elaborazione di un piano di prevenzione, viene introdotta la questione dell'attenzione quale fattore vincente, sia in termini tecnici che a-tecnici.

Metodologicamente si indicano le **tre aree operative** che devono ricomprendere l'opera di tutte le componenti professionali, volontarie e detenute. Ad ognuna di queste aree è assegnato uno o più dei seguenti compiti:

- attenzione;
- decisione;
- sostegno.

Area dell'attenzione e del sostegno tecnico - clinico

Vi afferiscono tutte quelle figure clinico - professionali che operano quotidianamente e che possono cogliere sintomi e/o richieste di attenzione e di cura nel corso di visite, colloqui, distribuzione di terapie. Tale ambito si compone di medici, infermieri, psicologi che possono, in questi casi, dare corso ad un primo sostegno e alla segnalazione del caso.

Area dell'attenzione e del sostegno tecnico

In questo caso ci si riferisce specificatamente alla figura del funzionario giuridico-pedagogico che, seppur non dotato di competenza clinica, nell'ambito dei propri incarichi può individuare situazioni personali di fragilità e difficoltà, comunicarla e dare corso ad un primo sostegno.

Area dell'attenzione a-tecnica

È la parte numericamente più consistente della rete. Se tutte le altre figure citate possono venire in contatto con situazioni di rischio nel corso delle loro attività professionali (colloqui, visite, ecc.) quelle che compongono quest'area svolgono un presidio o comunque hanno una presenza costante dei settori detentivi e possono, quindi, agire un'attenzione diffusa e capillare. Ci si riferisce al personale di polizia penitenziaria e agli stessi compagni di detenzione. Un'ulteriore rete, sicuramente non di minore importanza, è rappresentata dai volontari penitenziari che possono intercettare casi di fragilità e interfacciarsi sia con i sanitari che con gli operatori penitenziari per segnalare le situazioni di vulnerabilità sociale. È necessario, sin da subito, sgombrare il campo da eventuali equivoci. Trattandosi di figure non dotate di competenze specifiche, ad essi non potranno essere assegnati compiti tecnici di natura clinica e, nel caso dei detenuti, il loro impegno non potrà in nessun modo essere considerato sostitutivo dell'attività istituzionale e ancor di più potenzialmente costitutivo di potenziali responsabilità. Nondimeno, è da ritenersi essenziale la possibilità di sviluppare nel personale, nei volontari e nei detenuti una sensibilità finalizzata a cogliere segnali di disagio e generare soluzioni che limitino la possibilità che i loro portatori rimangano senza una rete di attenzione.

Area della decisione

È costituita dal Direttore dell'istituto ma anche da chi, nel particolare momento della decisione, in assenza delle figure apicali, svolge le funzioni di governo quali, ad esempio, il Comandante del reparto o gli Addetti alla c.d. Sorveglianza Generale. A queste figure spettano le decisioni operative in ragione degli elementi di conoscenza che, nell'immediatezza dei fatti, la rete di attenzione sottopone loro. A tal fine si precisa che tutti gli interventi posti in essere dalle varie figure professionali, compresi gli operatori di polizia penitenziaria, non dovranno mai intendersi come interventi di vigilanza in un'ottica meramente di sicurezza, ma quali interventi di supporto

che, anche nel caso siano necessariamente reiterati e ad alta frequenza dal punto di vista temporale, si espliciteranno concretamente in una attività di dialogo, ascolto e sostegno.

2. ELEMENTI ESSENZIALI DEI PIANI DI PREVENZIONE

2.1 Elaborazione dei Piani Locali di Prevenzione

2.1.1 Declinazione operativa delle azioni

L'approccio che pare più opportuno fa riferimento alla necessità di coinvolgere tutti gli attori del sistema penitenziario e sanitario, compresa la componente detenuta, al fine di attivare una rete di attenzione la più possibile estesa e capillare, che consenta di rilevare eventuali segnali di disagio e sofferenza emotiva, in correlazione con un rischio suicidario. Colte queste necessità, si tratta di prevedere le modalità con le quali segnalarle a quelle componenti specialistiche che possono adeguatamente predisporre gli interventi più opportuni.

È fondamentale, quindi, promuovere il modello di lavoro interdisciplinare tra le diverse aree di intervento, penitenziario e sanitario, per intercettare e trattare in modo coordinato, celere, adeguato e continuo, i frangenti di criticità dei detenuti.

Tutte le strutture penitenziarie si devono dotare di un Piano Locale che costituisca la declinazione operativa del presente Piano regionale e dell'Accordo nazionale citato, in linea con le indicazioni dell'OMS.

2.1.2 Rilevazione del rischio

2.1.2.1 Ingresso in carcere e impatto emotivo

L'arresto e l'ingresso in carcere, indipendentemente dallo stato psichico della persona, costituiscono fonte di stress emotivo e possibile cagione di destabilizzazione psicologica. La letteratura esaminata concorda sulla necessità che venga effettuato uno screening sistematico nei confronti di tutte le persone condotte in istituto, sia che esse provengano dalla libertà o siano state trasferite, al fine di valutarne l'impatto.

L'accertamento deve essere svolto da personale sanitario, preferibilmente da uno psicologo, nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le prime ore dall'ingresso/segnalazione.

La valutazione del rischio suicidario non può essere rilevata attraverso una scheda a punteggio con relativo automatismo ma i professionisti, secondo le distinte professionalità, si atterranno ai modelli di riferimento della letteratura dedicata, alle scale di valutazione (V. allegati) e ai documenti dell'OMS, senza prescindere dal colloquio clinico, da parte degli psicologi.

Il personale medico, per l'attivazione allo specialista psichiatra, utilizzerà l'apposita *scheda* presente all'interno di SISP integrata con l'approfondimento e la valutazione su:

- l'intensità del "senso di vergogna" e/o della colpevolizzazione espressa da parte della persona detenuta, nei confronti di familiari e conoscenti, per il reato commesso
- possibile rischio suicidario "percepita" dal medico, nel corso della visita.

Il personale penitenziario e sanitario che gestisce i primi momenti della vicenda detentiva, al momento dell'ingresso, si interessa di rilevare e riportare le informazioni inerenti alle condizioni

complessive del detenuto con l'obiettivo prioritario di intercettare eventuali manifestazioni di volontà suicidarie.

Quanto sopra, operativamente si traduce nella valutazione di una serie di fattori, a partire da quelli ampiamente analizzati e documentati dall'O.M.S., che debbono essere strutturati all'interno di specifici strumenti che consentano di approfondire la conoscenza del detenuto, valutando l'integrazione e l'implementazione di strumenti eventualmente già adottati a livello regionale e/o locale.

Gli aspetti sui quali si ritiene necessario porre una costante attenzione sono essenzialmente i seguenti:

- Dati anagrafici;
- Presenza/assenza di componenti del nucleo familiare specificandone il grado di parentela;
- Esperienza di detenzione (riportare se il detenuto è o meno alla prima esperienza di detenzione, specificando le eventuali precedenti esperienze; tipo di reato; stato giuridico; tipo di impatto con l'istituzione, nonché insoliti livelli di vergogna e/o preoccupazione per l'arresto);
- Date salienti (soprattutto delle udienze, sapendo che l'avvicinarsi o il rinvio di tali date rappresenta fonte di grande stress per il detenuto ma anche ricorrenze significative per la persona);
- Abitudini (uso di tabacco, alcolici, ecc.);
- Informazioni sanitarie (presenza di patologie psichiatriche, di dipendenze, o altre patologie);
- Fattori di rischio (ambientali: alloggio singolo piuttosto che condiviso da più persone, ecc.; comportamentali: aggressività eterodiretta, autodiretta, ecc.; psicologici: insoddisfazione della vita, paure e/o aspettative negative per il futuro, ecc.; situazionali: rifiuto di partecipare ad attività, di usufruire di ore d'aria, tutto ciò che evidenzia una tendenza all'isolamento; specifici: pensieri suicidari, piani suicidari, ecc.);
- Eventi vitali stressanti (rilevazione di quegli aspetti che possono rappresentare fonte di stress e che possono riferirsi, seppur in maniera differente, tanto alla vita precedente all'ingresso nella struttura quanto alla vita all'interno della struttura stessa);
- Eventi critici (comportamenti autolesivi, tentativi di suicidio, comportamenti di tipo dimostrativo, ecc.);
- Fattori protettivi (supporto sociale, familiare, relazione sentimentale stabile, buone capacità di adattamento all'ambiente, ecc.).

2.1.2.2 Detenzione e presidio delle situazioni potenzialmente stressanti

La valutazione del rischio è da predisporre sia all'arrivo presso l'Istituto, che ogni qualvolta cambino le condizioni della detenzione. Per essere efficace, inoltre, deve avvalersi di valutazioni regolari nel tempo, per l'intera durata della detenzione. Gli operatori dell'Amministrazione penitenziaria in collaborazione con gli operatori del SSR proseguono, successivamente alla valutazione iniziale, con una precisa osservazione ed un regolare follow-up.

Nel corso della detenzione, infatti, possono emergere avvenimenti, circostanze, percezioni che aumentano lo stress. Nella biografia dei suicidi, nelle settimane e nei mesi precedenti ricorrono molti di tali fatti. La quotidianità porta molti operatori penitenziari a presidiare luoghi ed accadimenti che possono essere, se non predittivi, quantomeno significativi rispetto ad eventi stressogeni potenzialmente pericolosi.

Quanto segue è un dettaglio delle **aree cui è necessario prestare particolare attenzione**, sempre sul piano delle competenze relative al livello locale di cui sopra:

Colloqui familiari

Lo svolgimento di un colloquio particolarmente teso o, viceversa, caratterizzato da lunghi momenti di silenzio o addirittura di sofferenza può meritare un successivo approfondimento.

Analogamente creare la possibilità per i famigliari di esprimere preoccupazione a seguito del contatto con il parente detenuto può essere importante per verificare tali preoccupazioni. Tali comunicazioni devono poter essere fatte secondo procedure certe e con referenti esattamente individuati e non possono essere lasciate all'estemporaneità e al caso.

Corrispondenza

La cessazione di corrispondenza verso l'esterno o il rifiuto di riceverne sono l'evidente segno di una rottura relazionale e come tale indice di una situazione stressante che merita approfondimento.

Analogamente è necessario verificare la presenza di litigi violenti nel corso di telefonate di cui è consentito l'ascolto.

Processi

Gli Uffici Matricola sono in grado di registrare l'evolversi processuale, in particolare nel caso di reati gravi o nel caso di soggetti plurirecidenti. Occorre tener presente che i giorni che precedono le udienze e i giorni della condanna e quelli immediatamente successivi meritano attenzione e, se del caso, sostegno. Il personale di scorta per, e dalle, aule di giustizia adeguatamente formato, può essere in grado di riferire le reazioni del soggetto in ambito processuale e può riferirlo al momento del rientro in carcere.

Notifiche

La comunicazione della fissazione delle udienze, soprattutto nel caso di processi riguardanti fatti gravi, o la notifica di condanne o di provvedimenti che negano misure alternative, in alcune persone che si presumono essere particolarmente fragili, può costituire un momento stressante da tenere sotto controllo.

Colloqui avvocati

Analogamente al caso dei familiari, anche ai legali deve essere data la possibilità di riferire al personale eventuali dubbi sulla tenuta emotivo - psicologica dei propri assistiti riscontrata nel corso dei colloqui che intercorrono con essi.

Colloqui magistrati

Il momento degli interrogatori può evidenziare condizioni critiche e volontà suicidarie che meritano attenzione. Per questo motivo, come nei casi su descritti, i magistrati devono essere messi nelle condizioni di comunicare le loro impressioni e i loro timori al personale penitenziario.

Patologie

L'insorgenza o la presenza di patologie, in particolare se gravi, invalidanti o a prognosi infausta, nel corso della detenzione costituisce una variabile stressogena da monitorare adeguatamente.

Vita in sezione

La vita in sezione può evidenziare atteggiamenti e comportamenti significativi dal punto di vista del cedimento delle resistenze individuali allo stress (quali quelle di isolamento, sovraffollamento ecc.).

In tutti questi casi è necessario che il **personale operante possa comunicare a referenti certi** le proprie impressioni in modo che si possano effettuare colloqui di approfondimento ed interventi integrati.

Trasferimenti

Una considerazione particolare merita la gestione dei detenuti a seguito dell'adozione dei **provvedimenti di trasferimento che devono essere limitati ai soli casi strettamente necessari**.

Il programma operativo previsto per i «nuovi giunti» deve essere esteso anche ai detenuti trasferiti. Infatti, anche se tali detenuti non possono essere tecnicamente definiti «nuovi giunti», sono tuttavia sottoposti per il solo fatto del trasferimento, indipendentemente dai motivi, ad uno stress che può essere anche non indifferente. Il detenuto trasferito si ritrova, infatti, in brevissimo tempo a vivere da un ambiente a lui noto ad uno sconosciuto dal punto di vista delle strutture, delle regole, delle persone con le quali interloquire, siano essi altri detenuti o il personale penitenziario. Tale nuovo status crea, a livello anche inconscio, un sentimento di disagio nei confronti del nuovo e, quindi, si potrebbe porre come fattore di rischio.

2.1.2.3 Uscita dal carcere e impatto emotivo

Tra le situazioni potenzialmente stressanti si può annoverare anche la dimissione dal carcere. Tale circostanza infatti, nonostante venga attesa dai più come un evento lieto, può risultare un passaggio difficile, dal momento che costringe la persona a confrontarsi con difficoltà oggettive prima rimaste "in sospeso".

L'abitudine ai ritmi della vita penitenziaria, inoltre, che scandisce ogni azione della vita quotidiana e ne invade ogni aspetto, solleva - di fatto - il singolo individuo da molte responsabilità presenti nella vita esterna, che con l'avvicinarsi della rimessione in libertà potrebbero sollecitare timori ed angosce nel dimettendo, sollecitando sensi di insicurezza, di precarietà, di preoccupazione per l'ignoto e per il futuro.

L'Amministrazione penitenziaria ha previsto da tempo in diversi istituti la sezione destinata ai soggetti prossimi alla scarcerazione, al fine di porre un'attenzione particolare al reinserimento sociale degli stessi.

Queste articolazioni devono essere incrementate destinandovi i detenuti con fine pena nei successivi 3-6 mesi, e sviluppando al loro interno un programma intensificato di sostegno propedeutico al reingresso nella società.

In tale fase appare rilevante l'apporto fornito dagli Uffici di Esecuzione Penale Esterna - UEPE - e dai servizi sociali territoriali per attivare una rete di attenzione e supporto relazionale rispondente ai bisogni del soggetto per accompagnarlo al reinserimento nella società.

2.1.2.4 Gesti prevalentemente a carattere dimostrativo

Una riflessione adeguata va riservata a quelle situazioni di rischio per la vita che non generano specificamente da sofferenze intrapsichiche ma dal protrarsi di gravi frizioni e difficoltà con l'ambiente circostante.

In tali situazioni si può avere una reiterazione di comportamenti autolesivi caratterizzata da escalation di impulsività, con gravità tale per cui gli acting – benché dichiaratamente rivendicativi e provocatori – divengono realmente pericolosi per l'incolumità dell'individuo. Spesso tali fasi di grave disadattamento avvengono per l'incontro/scontro tra un ambiente rigido e soggetti problematici.

Il quadro clinico di tali persone è spesso caratterizzato da tonalità emotive disforiche (prevalentemente reattive all'ambiente stesso), in cui il malessere si manifesta in comportamenti altamente impulsivi ed in assenza totale o parziale di critica. Il perdurare della suddetta situazione, che presenta un altissimo livello di frustrazione, genera una frattura che può tradursi in espressioni sintomatologiche composite, fino ad arrivare al rifiuto netto di qualsiasi possibilità di adattamento all'ambiente, con profonda sofferenza per la persona. I sintomi espressi possono andare da comportamenti esternalizzanti (come tagli o rifiuto del cibo e della terapia) a manifestazioni quali chiusura relazionale, anedonia e ritiro dai contatti anche con i pari. Chiaramente queste situazioni vanno considerate e valutate ugualmente con grande attenzione; l'approccio a questa particolare casistica dovrà essere, come per gli altri casi di rischio, basato sull'accoglienza e sull'ascolto evitando l'innescarsi della conflittualità nella relazione con il detenuto che potrebbe portare ad una escalation degli acting-out suddetti, anche con possibile esito infausto.

2.1.3 Lavoro integrato e multidisciplinare

In caso siano evidenziati rilevanti aspetti di rischio, è fondamentale procedere attraverso riunioni di équipe multidisciplinare composte da personale di area Penitenziaria e Sanitaria, da replicarsi con scadenze prefissate ed il cui obiettivo è di individuare le cause dei suddetti aspetti e le misure più idonee per porvi rimedio e prevenire pericolosi acting - out. Va, in tal senso, potenziata la presa in carico congiunta e coordinata del paziente detenuto da parte del personale sanitario e penitenziario, con massimo utilizzo del momento di incontro degli operatori all'interno di uno staff multidisciplinare.

La richiesta di convocazione della riunione di cui sopra, deve essere avanzata necessariamente ad horas da chiunque evidenzi un elemento di potenziale rischio per la salute del detenuto, qualora trattasi di situazioni ad alto rischio. La richiesta va inoltrata ai referenti individuati nel Protocollo locale, anche telefonicamente se utile per una comunicazione tempestiva.

La riunione di équipe multidisciplinare dovrà svolgersi nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le 72 ore dalla rilevazione della situazione di rischio per il detenuto. In ogni caso, in questo lasso di tempo, dovranno essere previsti gli interventi di attenzione corrispondenti al livello di rischio stimato dal sanitario.

L'équipe dovrà dotarsi di uno strumento condiviso che tracci i fattori protettivi e di vulnerabilità della persona a rischio, nonché la pianificazione degli interventi della AUSL e dell'Amministrazione penitenziaria nelle sue componenti trattamentale e di sicurezza; tale strumento dovrà essere costantemente aggiornato nell'ambito delle riunioni d'équipe, fino al termine della fase di rischio (si allega a titolo esemplificativo una scheda-prototipo Allegato 4).

Resta prioritario, come specificato dall'OMS, favorire e non tralasciare la comunicazione tra il personale tutto, coadiuvata dallo svolgimento di riunioni d'équipe, al fine di parlare regolarmente del detenuto nel caso abbia dato segni di rischio e stabilire in maniera congiunta le specifiche azioni da intraprendere.

2.1.4 Gestione dei casi a rischio

L'individuazione del rischio deve comportare l'attivazione di una presa in carico del caso, a livello locale. Come tutti i problemi complessi, la gestione non potrà che prevedere varie azioni variamente graduate in ragione del livello di rischio, mirate ad ottenere;

- nei momenti di acuzie un controllo più stretto, che non dovrà mai intendersi a carattere custodiale e securitario;
- la previsione temporale del termine dell'intervento emergenziale;
- un periodico e frequente intervento sanitario finalizzato a valutare lo stato del soggetto;
- un livello di attenzione diffuso e consapevole non solo tra gli operatori ma anche tra gli stessi compagni di detenzione sia nella fase delle acuzie che nel periodo successivo che consenta l'instaurarsi di relazioni di sostegno significative;
- una procedura certa che codifichi tempi, modalità e responsabilità del ripristino di una gestione più ordinaria sino al definitivo divezzamento dall'intervento emergenziale;
- interventi di supporto da parte di peer supporter;
- controllo della persona;
- disponibilità di oggetti pericolosi;
- interventi di supporto istituzionali;
- chiusura procedura.

2.1.4.1 Allocazione e sostegno

Una delle poche certezze in tema di suicidio è che tali gesti avvengono laddove il soggetto può approfittare di periodi più o meno lunghi di solitudine nei quali preparare quanto necessario a porre in essere il suo gesto. Sulla base di questa considerazione, la scelta dell'alloggiamento costituisce uno degli elementi essenziali dell'azione preventiva. L'O.M.S. giunge a suggerire l'inserimento dei detenuti a rischio in "celle condivise" ovvero in comunità con altri detenuti addestrati e disponibili a farsi carico di una stretta e quotidiana relazione con la persona in difficoltà. Si rende pertanto necessario che le direzioni, congiuntamente con gli operatori sanitari, perseguano tale indicazione concretamente.

È chiaro, quindi, come debba essere rivisto lo spirito dei regimi di sorveglianza intensificata, all'uopo fino ad oggi utilizzati nelle circostanze di rischio suicidario. Sembra infatti opportuno che la gestione delle situazioni di rischio suicidario si articoli nella distinzione delle due diverse ottiche, penitenziaria e sanitaria, disponendo diversi livelli di attenzione e sostegno e finanche il ricovero ospedaliero nel caso in cui fino ad oggi sia stato previsto anche un provvedimento di sorveglianza a vista, risultando contraddittorio che si possa ritenere come la persona detenuta che esprime una chiara volontà suicidaria permanga in un contesto a mera valenza custodiale. Né pare coerente affrontare la criticità utilizzando uno strumento, appunto la sorveglianza a vista, che si articola in mera attività di vigilanza meccanica che non può avere nessuna valenza trattamentale o terapeutica in relazione alla condizione di disagio della persona a rischio suicidario, a maggior ragione se tale condizione di disagio si rifletta in uno status di franco disagio psichico. In tali casi appare più puntuale una seppur temporanea presa in carico extrapenitenziaria, e qualora non ritenuta necessaria, una procedura di intervento interprofessionale in ambito penitenziario, da definire di volta in volta in base alla gravità ed alle caratteristiche specifiche della situazione a rischio.

Si ritiene, ancora, che debba essere sconsigliata l'allocazione in regime di isolamento di soggetto valutato ad alto rischio e contemporaneamente la promiscuità con altro detenuto. Lo stesso sarà

destinatario degli interventi sanitari coerentemente integrati e modulati rispetto alla complessità psichica e relazionale del caso. In tale situazione il detenuto sarà sottoposto, comunque, a costante osservazione da parte di tutti gli operatori in base alle proprie competenze professionali, compreso il personale di polizia penitenziaria, che nel caso di necessità di attenzione e osservazione continuativa, svolgerà interventi di osservazione del soggetto a rischio con passaggi ripetuti, definiti quantitativamente nelle disposizioni di servizio all'uopo predisposte, che saranno declinati non come attività di mero controllo, bensì di ascolto e supporto costante.

Nel caso in cui il grado di rischio rilevato sia di gravità tale da determinare la necessità di un intervento sanitario specialistico continuativo il detenuto deve essere inviato con urgenza presso un luogo esterno di cura per le cure necessarie.

Nelle more dell'invio devono essere adottate tutte le misure di sorveglianza sanitarie e custodiali utili e necessarie a prevenire agiti anticonservativi.

Le modalità di intervento dovranno essere disciplinate, a seconda della gravità del caso, anche in relazione agli interventi specifici del personale sanitario, del funzionario giuridico-pedagogico e delle altre professionalità coinvolte, compresi i volontari che saranno resi edotti sugli interventi di supporto ed a carattere assistenziale da porre in essere ad integrazione degli interventi a carattere trattamentale e terapeutico rivolti a favore dei detenuti ad alto rischio suicidario.

Nel caso in cui il detenuto rientri senza ricovero ovvero sia necessario intervenire a sostegno di detenuti ad alto rischio, entrati in Istituto in orario serale e notturno e, quindi, in una situazione di fatto emergenziale in ragione della minor presenza del personale penitenziario e sanitario in servizio, nei protocolli locali, che verranno redatti, dovranno essere stabilite modalità specifiche di presa in carico congiunta da parte dei sanitari e del personale di polizia penitenziaria in servizio, che saranno attuate in "emergenza", in un'ottica di reciproca collaborazione, fino all'arrivo degli operatori che subentreranno nel turno antimeridiano. Si ribadisce comunque che gli interventi posti in essere, anche nelle ipotesi residuali ed eccezionali in cui richiedano un'attività di sorveglianza intensificata, dovranno essere esercitati in modalità di sostegno e supporto al detenuto e non in un'ottica meramente custodiale. Tali interventi dovranno essere tracciati dal personale di polizia penitenziaria e dagli operatori sanitari in modo da poterne rendere edotti i rispettivi responsabili il giorno seguente.

Ciò detto, si ritiene che, convenzionalmente, laddove un sanitario diagnostichi un rischio alto, il soggetto debba essere monitorato secondo le modalità sopradescritte con continuità e tale provvedimento, per la sua complessa articolazione, debba essere di volta in volta rivisto alla luce delle frequenti e periodiche rivalutazioni cliniche e trattamentali che tali casi devono necessariamente comportare. Ogni qualvolta il rischio risulterà attenuato, tale forma di prevenzione potrà essere rivalutata e rimodulata.

Per rendere possibile una più efficace presa in carico di un detenuto ad alto rischio, ognuna delle Direzioni degli istituti penitenziari, congiuntamente ai rispettivi Responsabili sanitari, individuerà uno o più locali ad hoc adibiti dopo aver valutato, di volta in volta, quali possano essere gli elementi di aiuto e di pericolosità per la persona interessata e comunque sempre nel rispetto della dignità della persona stessa, pur nella eventuale necessità di sottrarre oggetti pericolosi, da approntare adeguatamente in modo che le misure di prevenzione non determinino situazioni di per sé peggiorative della condizione della persona e al contempo consentano al personale penitenziario e sanitario di operare nel modo più efficace. Del processo di individuazione e delle sue motivazioni si dovrà dare atto formalmente.

Si tenga conto che l'alloggiamento non necessariamente dovrà prevedere la permanenza per tutto il giorno, ma potrebbe essere previsto per il mero pernottamento, valutandosi la possibilità di garantire la vita in comune per la restante parte della giornata. In ogni modo anche nelle stanze di accoglienza pre-individuate, o individuate al momento, dovranno essere garantite le condizioni di dignità dei luoghi, delle dotazioni e della persona. A tal proposito si vuole ricordare che le misure di cautela non potranno concretizzarsi in azioni peggiorative di uno stato personale già difficile, ma dovranno coerentemente supportare la persona; in tal senso, sarà opportuno informare adeguatamente la persona detenuta, già in condizioni psicologiche difficili, ed operare nei suoi confronti affinché il trasferimento di cella non sia vissuto come un atto punitivo ma come un'opportunità di maggiori contatti con gli operatori e migliorativo, in generale, della propria condizione.

Nei casi di "Rischio alto C" (V. scheda Grading di rischio), **la persona sarà allocata nei suddetti locali ad hoc.** Nel caso in cui si dovesse procedere all'allocazione in luoghi diversi da quello/quelli prescelti, perché al momento indisponibili, il Direttore d'istituto e il Responsabile sanitario concorderanno congiuntamente e formalmente la collocazione provvisoria della persona in crisi. Ciò vale anche nell'eventualità del caso specifico in cui l'allocazione nei suddetti locali fosse ritenuta, per qualsivoglia motivo, non idonea per il monitoraggio delle condizioni e il miglioramento delle stesse.

Tutto quanto sopra è da intendersi, comunque, in un'ottica di continuità con i contenuti del precedente Protocollo regionale (Circolare Direzione Sanità e Politiche sociali n.11 del 7/07/2014) in cui in sostituzione dei provvedimenti di sorveglianza intensificata erano già previste le più cogenti forme di intervento di assistenza e sostegno a carattere terapeutico e trattamentale; a tal fine il presente Protocollo completa il percorso di cambiamento già avviato.

Affinché la situazione di tutte le persone detenute che presentano una forma di rischio, lieve, medio, alto, possa essere gestita nel modo più appropriato è, comunque, di fondamentale importanza una stretta collaborazione tra l'Amministrazione penitenziaria e il Servizio sanitario, così come indicato dall'OMS e riportato in letteratura.

Al fine di dare concretezza a questa istruzione, che potrebbe comportare in alcuni casi difficoltà nel comporre i diversi punti di vista, è indispensabile che si svolgano percorsi di formazione congiunta, programmati e definiti a livello locale, che, favorendo la condivisione di linguaggi, procedure ed obiettivi, rappresentano lo strumento principe per il superamento delle criticità stesse.

Sulla specifica materia dell'isolamento della persona detenuta, le linee di indirizzo della Organizzazione Mondiale della Sanità affermano che esiste una forte associazione tra scelte suicidarie e collocazione del detenuto in isolamento. Va quindi contrastata la tendenza ad isolare le persone a rischio, ricorrendo all'ausilio di detenuti in funzione di peer - supporters addestrati ad offrire vicinanza e supporto sociale quali elementi importanti ai fini della prevenzione del rischio suicidario. Ne consegue che, nell'ambito degli spazi di scambio interdisciplinare e delle scelte individuate in maniera multiprofessionale ed integrata, i provvedimenti di sorveglianza speciale per fronteggiare gli eventi critici, siano adottati unicamente in casi eccezionali, e sempre privilegiando soluzioni in linea con quanto teste' indicato.

2.1.4.2 Disponibilità di oggetti pericolosi

La letteratura esaminata evidenzia il fatto che le modalità e gli strumenti impiegati nei suicidi in carcere sono fortemente correlati con le condizioni proprie della detenzione. Per tale motivo prestare attenzione agli oggetti in disponibilità delle persone a rischio, costituisce un'attività di prevenzione di non secondaria importanza.

Per altro verso è altresì necessario considerare che la privazione di alcuni beni può indurre ulteriori sentimenti di deprivazione nel destinatario già sofferente.

Nella predisposizione del flow-chart (scheda Grading di rischio), al fine di contemperare tali contrapposte esigenze, si è prevista, solo per il livello di rischio alto, la limitazione, più che il divieto, dell'uso di alcuni oggetti secondo l'**apprezzamento congiunto** dell'Area sanitaria e della Direzione dell'istituto, che provvederà a disciplinarne l'uso in modo che questo non determini dei rischi concreti.

2.1.4.3 Relazione con la famiglia e con il mondo esterno

Il mondo esterno e, in particolare, i familiari, possono essere utili per rinforzare la rete di aiuto intorno alla persona in difficoltà. Normativamente l'Ordinamento penitenziario e le successive direttive centrali (ad esempio circolare n. 32296 del 25.1.2010 della Direzione Generale Detenuti e Trattamento) consentono soluzioni giuridicamente legittime finalizzate ad aumentare i contatti con le famiglie e con i servizi, utili per far mantenere all'interessato un legame con l'esterno.

Nel flow-chart che segue si danno indicazioni esemplificative che graduano tale opportunità con la previsione di un automatismo rispetto a quei casi che vengono valutati ad alto rischio, mentre nei restanti casi tale possibilità è rimessa alla valutazione della direzione dell'Istituto penitenziario.

Nel caso di rischio lieve sarà da stabilire l'opportunità di ampliare i contatti già autorizzati, mentre in un'ottica di gradualità, nei casi di rischio medio, si valuterà l'opportunità di autorizzare ulteriori colloqui e telefonate.

2.1.4.4 Ascolto e supporto a-tecnico

Le direzioni degli IIPP hanno il compito di formare il personale di polizia penitenziaria all'ascolto dei detenuti che hanno evidenziato una qualche forma di rischio al fine di verificare lo stato d'animo dell'interlocutore.

È ovvio che tale ascolto si dovrà integrare con altri tipi di interventi ed approfondimenti svolti da professionalità diverse quali educatori, psicologi o volontari. Diventa pertanto importante che tale insieme di contributi e conoscenze, diverse per natura e modalità, trovino un punto di sintesi in incontri o altre modalità di confronto tese ad affinare la gestione del caso. Anche in questo caso non può che rimandarsi alle direzioni l'onere della progettazione concreta.

2.1.5 Protocolli operativi per affrontare le urgenze

Il tentativo di porre in essere un suicidio necessita di protocolli operativi per la gestione dell'urgenza che la gravità del gesto e le sue conseguenze potenziali impongono. In tal senso occorre essere ben consapevoli del fatto che il tempo di reazione all'evento e la qualità dei primi soccorsi possono essere essenziali per fare la differenza tra la vita e la morte.

L'O.M.S. sul tema evidenzia una serie di condizioni che devono essere adeguatamente presidiate. In particolare:

- il personale regolarmente a contatto con i detenuti deve essere opportunamente addestrato su temi quali il «primo soccorso», le tecniche di rianimazione cardio-polmonare (quali BLS e

BLSO) ed altro, mediante attività formative regolari e nel rispetto della condivisione di programmazione, risorse ed attività;

- il suddetto personale deve inoltre saper comunicare adeguatamente con gli operatori sanitari chiamati in via d'urgenza, in modo da poter prevedere quanto necessario già nel corso dell'avvicinamento al luogo dell'evento;
- l'adeguatezza degli interventi dovrà anche essere periodicamente testata attraverso **prove in «bianco»**, realizzando esercitazioni per la verifica delle procedure che sono state definite per ogni situazione di emergenza, in termini di efficienza ed efficacia delle azioni previste.
- l'O.M.S. raccomanda che **l'equipaggiamento per il salvataggio di emergenza** sia non solo facilmente accessibile ma anche costantemente funzionale grazie a periodiche verifiche. Analogamente anche gli strumenti di comunicazione devono godere della stessa funzionalità. A tal proposito si deve ricordare la maggiore affidabilità delle radio rispetto ai telefoni interni che possono risultare occupati o non presidiati. La predisposizione di una rete di comunicazione interna certa, affidabile, ridotta all'essenziale e veloce è uno degli elementi di efficacia che occorre ricercare. Ad essa deve essere associata una via di comunicazione con l'esterno, quanto più possibile adeguata, che sappia trasmettere non solo la comunicazione dell'evento ma anche tutti gli elementi utili per una prima valutazione di gravità.

2.1.6 Comunicazioni

Considerato che l'accertamento di condizioni personali critiche rientra tra quei fatti che è necessario comunicare ad altri in ragione di doveri stabiliti dalle norme vigenti, si ritiene opportuno graduare tali comunicazioni anche in ragione degli effetti e dei coinvolgimenti positivi che questo può avere nella gestione del caso. A tal fine se il rischio lieve non deve dare necessariamente corso a comunicazione alcuna, nel caso di rischio medio è utile una comunicazione, per opportuna conoscenza, al magistrato competente, mentre nei casi di rischio alto o attuale si ritiene necessario comunicare tale stato alla magistratura, ai congiunti o alle persone indicate all'art. 29 dell'Ordinamento penitenziario e all'art. 63 del Regolamento di esecuzione per il loro eventuale fattivo coinvolgimento.

2.1.7 Chiusura procedura

Una volta attivato il processo di cautela ed attenzione si deve prevedere anche il suo termine e il ritorno ad un livello ordinario. Provvedimenti di cautela ed attenzione formali che in seguito non vengono rivalutati e riconsiderati inducono confusione nel personale per l'incongruenza tra gli allertamenti operati, l'assenza o la discontinuità degli interventi di supporto alla persona e lo stato effettivo della sua condizione. È necessario prevedere modalità di valutazione e procedure di attuazione finalizzate al progressivo ripristino di un normale regime detentivo in relazione alle condizioni della singola persona.

Il processo di attenzione descritto deve essere comunque condiviso tra i vari operatori coinvolti nella gestione dei detenuti a rischio e le risultanze di questo processo devono essere discusse tra le diverse professionalità.

Tali modalità operative hanno valore sperimentale e vanno rivalutate con cadenza quadrimestrale. Alle Direzioni degli IIPP rimane l'onere di organizzare e modulare le azioni su descritte con riferimento al quadro di risorse a disposizione e con l'interazione del comparto sanitario.

3 GRADING DEL RISCHIO

In concreto e al fine di definire i Piani Locali di Prevenzione, nel flow-chart che segue sono indicati i quattro livelli di rischio suicidario e le relative modalità procedurali di intervento, utili ad uniformare a livello regionale gli interventi ad opera del personale appartenente all'Amministrazione penitenziaria e ad integrarli con quelli propri del Servizio sanitario.

La scheda di grading considera i fattori clinici così come elencati nelle "Raccomandazioni della regione Emilia-Romagna per la prevenzione del suicidio nel territorio". Ad essi si aggiungono i fattori situazionali (C,D,E,F) specifici del Carcere, identificati dall'unica Revisione sistematica della letteratura sul suicidio in carcere ¹.

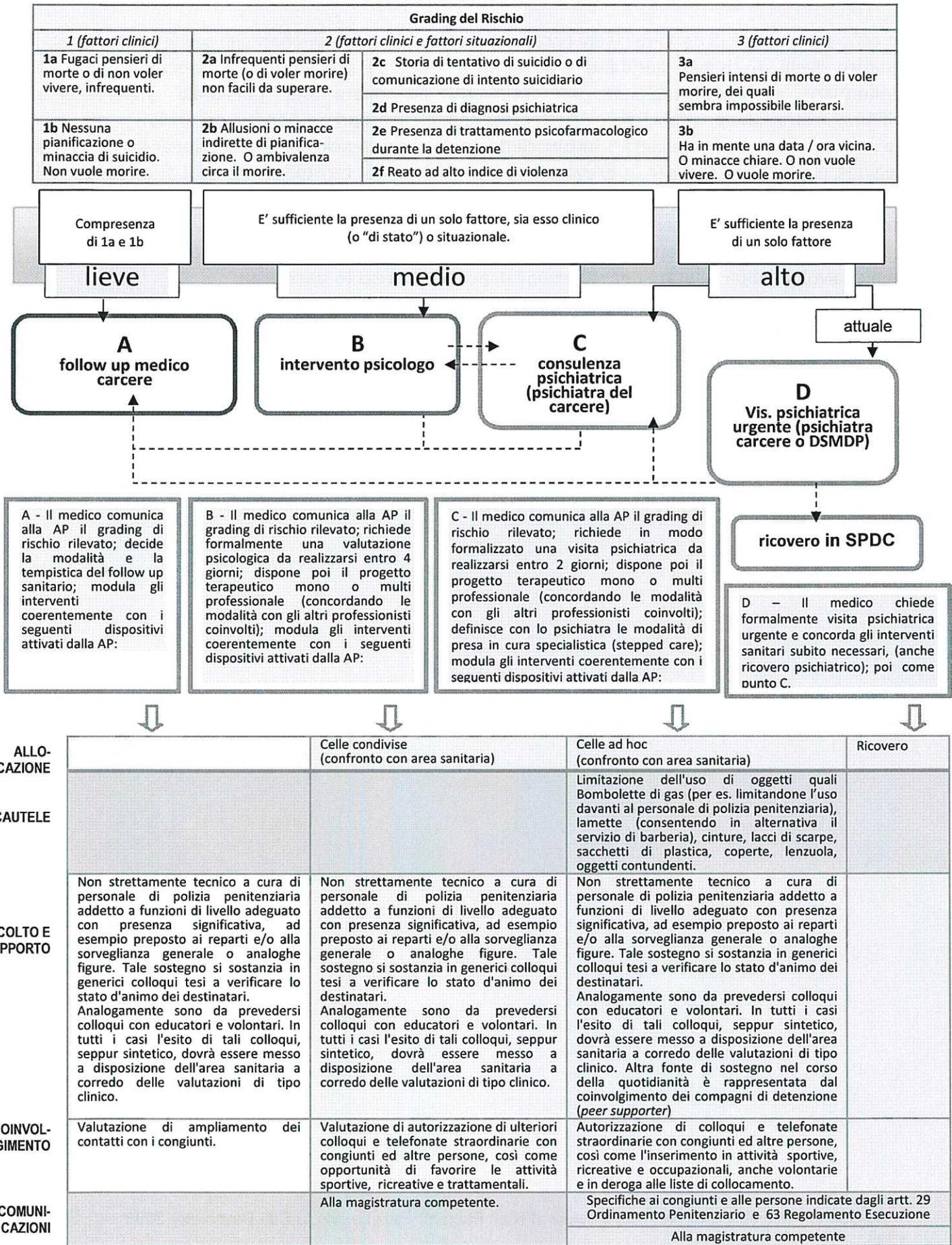
I fattori clinici (AB) e i fattori situazionali (C,D,E,F) sono considerati dal medico all'ingresso e ogniqualvolta debba valutare una situazione di potenziale rischio suicidario:

- nessun fattore, significa Assenza di Rischio;
- A+B del grado 1, Rischio lieve e programmata rivalutazione (*follow up*) del medico del carcere;
- A e/o B e/o C e/o D e/o E e/o F del grado 2, Rischio medio e invio all'équipe della Salute Mentale che rivaluta e programma gli interventi più idonei. In caso la rivalutazione ricollochi il grading a lieve o alto verrà applicata la procedura corrispondente;
- A e/o B del grado 3, Rischio alto e richiesta di visita Psichiatrica. Se il Rischio alto è valutato attuale, la richiesta sarà di visita urgente.

Le indicazioni sui provvedimenti da prendere a seconda del livello di Rischio sono mutuare dalla SAD PERSON SCALE (allegato 3)

¹ "Suicide in Prisoners:A Systematic Review af Risk Factors" Fazel e altri, J Clin Psychiatry 2008; 69: 1721-1731

INTERVENTI IN RELAZIONE AL GRADING DI RISCHIO



4 MONITORAGGIO, VALUTAZIONE, DEBRIEFING

4.1 Valutazione dei Piani e delle attività

La complessità del fenomeno e degli sforzi per implementare un effettivo Piano di prevenzione richiama la necessità di dotarsi, tra l'altro, di un programma di valutazione e monitoraggio continuo e strutturato che schematicamente può essere declinato assicurando almeno le seguenti attività:

- monitoraggio dei Piani elaborati ed implementati (livello regionale);
- valutazione dei casi di suicidio in relazione ai Piani di prevenzione adottati (livello locale);
- attività di debriefing in favore delle persone coinvolte (livello locale);
- raccolta e diffusione delle buone prassi (livello regionale).

4.1.1 Monitoraggio

La possibilità di migliorare la prevenzione passa anche dalla capacità di conoscere meglio il fenomeno. A tal fine diventa essenziale istituire un sistema di monitoraggio permanente a livello regionale e locale, in grado di raccogliere i dati che si ritengono necessari, con uno scambio col livello nazionale.

Il livello Regionale procederà con verifiche nei confronti del Livello Locale di competenza, che dovrà necessariamente provvedere alla stipula e all'attuazione delle direttive impartite col presente Piano regionale.

Un importante strumento di Clinical governance attraverso cui sarà svolta la suddetta verifica è l'audit, che rappresenta l'impegno delle organizzazioni nel creare e nel rendere conto (accountability) di un sistema centrato sui bisogni del paziente, dove la sicurezza e la qualità delle cure e dei servizi forniti raggiungano i massimi livelli rispetto alle risorse disponibili.

All'interno dei contesti penitenziari l'audit rappresenta un importante supporto funzionale al mantenimento di standard di qualità ed efficacia fondamentali nella gestione della complessità presente all'interno della popolazione carceraria, in particolare per quanto attiene alle modalità di intervento nei casi di valutazione di rischi suicidari medi e/o alti.

Per ottenere ciò occorre che l'audit venga programmato periodicamente, (almeno una/due volte l'anno) e che venga effettuato "a campione", per garantire che l'intervento interessi l'organizzazione "in vivo". Inoltre, occorre che sia svolto da una figura professionale terza, che si ponga in un'ottica di analisi della corretta applicazione del Programma operativo regionale di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario e di miglioramento della qualità, dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi svolti.

La figura che svolgerà l'audit dovrà quindi, sulla base dello standard costituito dal Piano regionale di prevenzione del rischio suicidario in carcere, effettuare, tramite una ceck-list definita dal livello regionale, una prima fase di analisi e confronto delle pratiche operative con quelle definite dallo standard nelle diverse fasi di gestione del caso:

- la fase iniziale di valutazione della presenza dei fattori clinici e situazionali che determinano l'attribuzione del grading di rischio suicidario;
- la fase di implementazione delle procedure di intervento relative al grading di rischio attribuito:
 - gli interventi clinico-specialistici (psicologici e psichiatrici)

- gli interventi sanitari (monitoraggio infermieristico nel caso del rischio suicidario alto)
- la trasmissione delle informazioni all'interno dell'équipe
- la condivisione delle informazioni con l'Amministrazione penitenziaria, in favore della messa in pratica di accorgimenti preventivi (alloggiamento, disponibilità oggetti pericolosi, relazione con la famiglia e il mondo esterno)
- la fase di eventuale rivalutazione del grading di rischio, con il connesso progressivo ripristino di un normale regime detentivo.

In seguito a questa valutazione, se uno standard non viene soddisfatto, è necessario individuare "come e perché" la pratica può essere migliorata, identificando e analizzando i punti di forza e gli scostamenti dallo standard di riferimento.

Una volta completata questa fase strategica dell'audit, i risultati verranno presentati sia verbalmente che sotto forma di rapporto scritto. Entrambe le modalità dovrebbero evidenziare i risultati, gli eventuali problemi che devono essere affrontati e le raccomandazioni per il miglioramento.

Le ultime due fasi dell'audit riguarderanno:

- l'attuazione delle azioni di miglioramento (attraverso la definizione di un piano di azione sulla base degli ambiti di miglioramento e delle raccomandazioni individuate e attraverso l'identificazione di strategie per "accompagnare" e guidare il cambiamento);
- la rivalutazione dei risultati (attuato il piano di azione, occorre procedere alla valutazione dell'efficacia dei miglioramenti apportati).

4.1.2 Attività post - facto - Documentazione di un evento infausto

All'esito di un evento infausto o che ha rischiato di esserlo, al di là delle specifiche incombenze dell'Amministrazione penitenziaria, è opportuno che le parti coinvolte localmente, AUSL e IP, prevedano all'interno del Protocollo locale le modalità di rivisitazione dell'accaduto al fine del miglioramento costante dei processi.

4.1.3 Debriefing

- L'impatto di un suicidio sul personale coinvolto ha un peso che non può essere trascurato; per tale motivo le indicazioni generali segnalano la necessità di una attività di rielaborazione e compensazione per il Personale interessato: è quindi necessario a livello dei Piani locali prevedere tale azione di supporto al Personale ed alle persone coinvolte. L'attività si deve contraddistinguere per:
 - il carattere volontario della partecipazione susseguente ad una offerta informata di intervento;
 - diversità di questo intervento da qualunque altro tipo di approfondimento o valutazione dei fatti;
 - carattere di ascolto non finalizzato ad altro che al sostegno dei partecipanti;
 - informalità degli incontri con esclusione di attività formale o di verbalizzazione o di relazione finale;
 - finalizzazione dell'intervento teso a prendere in esame gli stati d'animo e non la dinamica dei fatti;

- conduzione al di fuori della struttura penitenziaria ed effettuata da personale idoneo in sede neutra.

Il tentato suicidio di una persona detenuta rappresenta un evento a forte impatto emotivo anche sui pari, in particolare a seguito di gesti suicidari con esito di compromissione delle condizioni di salute della persona, e pertanto si ritiene opportuno potenziare il percorso di presa in carico offrendo anche momenti strutturati di intervento di gruppo volti a facilitarne l'elaborazione e agire a livello preventivo.

Le procedure di intervento che da adottare entro le 72 ore, condotte a cura del personale psicologico interno all'équipe sanitaria concernono l'attuazione del protocollo di defusing-debriefing (Critical Incident Stress Debriefing – CISD, Mitchell 1983; Psychological Debriefing, Dyregrov, 1998). Procedura nata nell'ambito della psicologia delle emergenze, come forma di aiuto psicologico per gli operatori, poi adattata sia per le persone coinvolte in disastri che per le vittime terze quali familiari e amici, ha lo scopo di aiutare le persone coinvolte in eventi a forte impatto emotivo a entrare in contatto con le emozioni esperite facilitandone il recupero, in modo da evitare ripercussioni future, con particolare riguardo a quelle che potrebbero dare origine a disturbi da stress post traumatico. Il rationale dell'intervento è aiutare le persone a gestire la reazione a eventi critici per mezzo della verbalizzazione, affrontando prima i fatti, poi il modo in cui sono stati percepiti e solo successivamente le emozioni sperimentate; attraverso le sette fasi di cui consta il protocollo di colloquio si favorisce nei partecipanti un processo dapprima di abituação, poi desensibilizzazione e infine di integrazione dell'evento nella propria esperienza di vita. Studi dimostrano il valore preventivo di interventi psicologici strutturati tra le 24 e le 72 ore successive a un evento traumatico.

A fronte di un gesto suicidario con esito di compromissione della salute e del funzionamento della persona che lo ha agito, il personale psicologico interno all'équipe sanitaria, se presente al momento, può intervenire entro le prime ore dall'evento con un breve intervento di gruppo rivolto ai pari più coinvolti, adottando la prima parte del protocollo (il solo defusing), centrata sul facilitare l'elaborazione dell'evento traumatico esclusivamente a livello dei fatti.

Entro le 72 ore dall'evento il personale psicologico interno conduce un intervento di debriefing psicologico di gruppo rivolto ai pari più emotivamente coinvolti della sezione, individuati previo confronto all'interno dell'équipe sanitaria e anche a seguito di contatto con l'Amministrazione penitenziaria. Elementi da considerare in merito alla scelta delle persone da convocare riguardano: la prossimità fisica al momento dell'evento, legame affettivo con la persona, fragilità in relazione a specifici trigger connessi al tema suicidio e autolesionismo. L'intervento, condotto da almeno due psicologi, è pertanto rivolto a un gruppo selezionato e riservandosi la possibilità di realizzare più di un gruppo a seconda della numerosità del campione.

Entro una settimana dalla conduzione dell'intervento di debriefing il personale psicologico interno conduce un intervento di gruppo di follow-up sia per la comunicazione di aggiornamenti sullo stato di salute della persona che ha agito il gesto che per favorire l'elaborazione condivisa dei vissuti connessi. In tale occasione viene condotto anche un intervento motivazionale per facilitare

la presa in carico psicologica individuale per le situazioni di maggior fragilità. Il follow-up va periodicamente ripetuto fino al rientro della persona che ha commesso il gesto o fino al decesso della stessa, che diventa oggetto di specifico intervento di gruppo per una comunicazione protetta del lutto.

Nella conduzione dell'intero processo risulta fondamentale il coordinamento tra sanitari ed Amministrazione penitenziaria al fine di garantire coerenza di contenuti e modalità di comunicazione degli aggiornamenti.

4.1.4 Raccolta e diffusione delle buone prassi

Tra le attività degli Osservatori Regionali Permanenti per la Sanità Penitenziaria si prevede anche il compito di raccogliere le prassi preventive ritenute più efficaci. Le stesse verranno inviate al Tavolo di consultazione permanente presso la Conferenza Unificata per la loro analisi, sistematizzazione e periodica diffusione.

5 FORMAZIONE

5.1 Formazione degli operatori

Come già espresso, la formazione del personale penitenziario, mediante corsi di aggiornamento con frequenza almeno annuale, rivolti in particolare al personale appartenente al Corpo della Polizia Penitenziaria che è presente nell'arco delle ventiquattro ore, è ritenuta dall'OMS la prima linea di difesa nella prevenzione del suicidio.

Il presente Piano, per poter esplicare la propria funzione con riferimento a ciascuna delle sue parti ha la necessità di essere accompagnato, quindi, da un articolato e sistematico programma di informazione e formazione diretto a tutti gli operatori, in particolare a quelli a più diretto contatto con la quotidianità detentiva. L'aumento della consapevolezza e l'acquisizione di elementi di conoscenza teorica ed operativa consentirà di ridurre alcune visioni stereotipate che limitano la sensibilità e la possibilità di adottare procedure più congrue ed efficaci, sia con riferimento al momento preventivo che a quello dell'intervento in situazioni d'emergenza, e in ragione della necessità di superare completamente modalità di intervento nella forma tradizionale della sorveglianza intensificata come sopra descritto.

Elementi portanti saranno l'addestramento degli operatori e dei *peer supporter* in modo da affinare la loro sensibilità tecnica ed umana.

Si deve tener conto della necessità di sviluppare nel personale una sensibilità finalizzata a cogliere segnali di disagio e generare soluzioni che limitino la possibilità che i loro portatori rimangano senza una rete di attenzione e supporto relazionale, anche quando questa sia elementare ma non per questo meno importante; tale approccio è da ritenersi essenziale ed è, peraltro, una delle azioni poste in essere in altri Paesi con risultati positivi evidenziati dalla stessa O.M.S.

La formazione viene declinata a più livelli, regionale e locale, e da entrambe le Amministrazioni, anche congiuntamente, con la finalità di raggiungere il più ampio numero di operatori, anche in un'ottica di formazione permanente.

La Regione svolge aggiornamenti periodici sul tema della prevenzione delle condotte suicidarie in carcere rivolti ai professionisti sanitari che operano in carcere.

Il PRAP inserisce all'interno del Piano formativo annuale specifici percorsi sulla prevenzione delle condotte suicidarie.

A livello locale, le Aziende USL e le Direzioni degli Istituti penitenziari organizzano percorsi di formazione congiunta per favorire, attraverso il confronto e lo scambio tra gli operatori, l'efficienza e l'efficacia organizzativa relativa alla prevenzione dei suicidi e il miglioramento della integrazione degli interventi e delle procedure disposte con i Protocolli locali.

In termini generali ed indicativi i piani formativi prevedono le seguenti aree di approfondimento:

- struttura del Piano Regionale per la Prevenzione delle condotte suicidarie in ambito penitenziario;
- elementi fenomenologici del suicidio e degli eventi autolesivi;
- indicazioni dell'O.M.S.;
- modello operativo generale;
- laboratorio di progettazione;
- fattori ambientali, psicologici e comportamentali specifici predisponenti ai comportamenti suicidari;
- benessere organizzativo e ricadute sugli operatori;
- temi inerenti strategie di comunicazione, relazione e sostegno delle varie figure professionali a vario livello coinvolte nell'attività di prevenzione;
- primo soccorso e fondamentali tecniche di rianimazione cardio-polmonare, nonché addestramento all'utilizzo degli equipaggiamenti d'emergenza collocati nell'Istituto.

Nei nuovi Protocolli locali dovranno essere specificamente declinate le modalità di informazione/formazione congiunta tra gli operatori di entrambe le Amministrazioni nonché dei peer-supporter.

Per la realizzazione dei percorsi suddetti le due Amministrazioni favoriscono l'impiego di proprio personale sia in conformità del principio di economicità che per promuovere la conoscenza reciproca dei due sistemi organizzativi.

6 ALLEGATI

Allegato 1

Dati, osservazioni, considerazioni tratti dalla letteratura nazionale e internazionale sul suicidio in carcere

Per comodità di consultazione i dati di letteratura sono raccolti in capitoli

Tassi (rispetto alla popolazione generale)		
I tassi di suicidio in carcere cambiano nel tempo e nei diversi Paesi e anche secondo la tipologia di Istituto carcerario.		
Pompili 2006	Tasso di 3 volte maggiore tra i detenuti rispetto a quello dei suicidi nella popolazione generale in Finlandia, di 6,5 volte maggiore in Germania e di 9 volte in Europa	<p>Tasso di 3-15 volte superiore</p> <p>Mentre il tasso nella popolazione generale diminuisce, nelle carceri aumenta</p>
Pompili; Review 2008	In USA (dal 1968 al 1992) tasso di 8 volte maggiore	
WHO	Tasso complessivo tra i detenuti di 6 volte maggiore che nei maschi della popolazione generale (il confronto è con i maschi della popolazione generale perché i detenuti sono per più di 9/10 maschi)	
Dooley 1990	Negli anni dal 1975 al 1984 in Inghilterra e Galles il tasso di suicidi in carcere era di 4 volte maggiore di quello della popolazione generale; ma negli anni dal 1990 al 2000 in Inghilterra e Galles si passa a un tasso maggiore di 14 volte. il tasso di suicidio in Inghilterra e Galles aveva registrato un incremento dell'80% negli anni 1975-1984, in un periodo in cui aumentarono i detenuti in attesa di giudizio ed il sovraffollamento	
Istituto Australiano di criminologia	Tassi di suicidio, nella popolazione detenuta, da 2,4 a 15 volte quelli della popolazione generale	
Pompili 2010	Nella popolazione generale dal 1980 al 2002 in Italia i tassi di suicidio sono diminuiti: dall'11,4 al 10,2 su 100.000 nei maschi (meno 11%) e dal 5,0 al 2,8 (meno 44%) per le femmine, mentre i tassi di suicidio tra i detenuti sono aumentati	
Royal College of Psychiatrists	Il tasso di suicidio nella popolazione generale si riduce dal 1989 in poi, mentre tra i detenuti sale (dal 1983 al 1999), da 62 a 140 su 100.000	
Tatarelli 2006	In Nuova Zelanda i tassi passano da 27 su 100.000 a 178 su 100.000 dal 1973-82 al 1983-87 (Rischio relativo da 1,6 al 8,2)	
Tatarelli 96-97; Pompili 2000	I tassi cambiano anche a seconda degli Istituti: negli USA il tasso dei suicidi nelle carceri locali è 12 volte quello della	

	<p>popolazione generale, 2,5 volte invece nelle carceri Federali;</p> <p>i tassi di suicidio in Italia sono 10 su 10.000 detenuti</p> <p>il suicidio in carcere in Italia, (come nel resto d'Europa ed in Usa e in Australia) è la prima causa di morte tra i detenuti (vedi il dato dell'Osservatorio permanente sulle morti in carcere in Italia: 1/3 sono suicidi)</p>	
--	---	--

Tipologia giudiziaria dei detenuti suicidi		
Dooley 1990	Inghilterra e Galles: il 77% dei suicidi sono detenuti in attesa di giudizio (e questi sono solo il 20 % dei detenuti totali)	<p>Il rischio aumenta notevolmente per i detenuti in attesa di giudizio</p> <p>Aumenta se precedenti carcerazioni</p> <p>Aumenta per autori di reati violenti</p>
Buffa 2012	Tra il 46.2 e il 72% dei suicidi risultano in attesa di definizione del procedimento penale per il quale sono detenuti.	
Appleby 2004	Inghilterra e Galles: il 49% dei suicidi sono detenuti in attesa di giudizio (19 % dei detenuti totali)	
Hurley	Australia 1973-87: l'essere in attesa di giudizio aumenta il rischio di suicidio	
Review 2008	OR 4 per i detenuti in attesa di giudizio	
Fruehwald	Reati violenti: OR 11,9 per i detenuti in attesa di giudizio e l' OR 4,3 se giudicati	
Pompili	Rischio crescente da Definitivi a Imputati a Internati (questi ultimi sono in numero molto piccolo)	
	Carcere di Detroit (1.700 posti, anni 1967-1992): rischio 19 volte maggiore per gli autori di reati violenti rispetto agli altri detenuti.	
Review 2008	OR 3 per detenuti con reati contro la persona, mentre non si osserva aumento del rischio per i reati sessuali , con OR 1,2 (CI 0,9 a 1,6).	
Review 2008	(12 articoli USA, 8 Inghilterra e Galles, 2 Austria, 2 Australia, 2 Olanda, 2 Scozia, 1 Francia, 1 Italia, 1 Germania e 1 Nuova Zelanda): avere avuto precedenti carcerazioni aumenta il rischio di suicidio in carcere (p < .001) OR 1,3.	
Griffiths 1990 cit. da Tatarelli	Precedenti carcerazioni aumentano il rischio di suicidio tra i detenuti	
Buffa 2012	Il 57.9% dei suicidi presi in esame era già stato in carcere.	
	Solo uno studio in Olanda la prima detenzione aumenta il rischio, in tutti gli altri studi lo riduce.	
Tatarelli	Italia anni 1996-97: le precedenti carcerazioni aumentano il rischio di suicidio	
Dooley 1990	I detenuti giudicati che si suicidano tendono ad avere una condanna maggiore di 4 anni	

Momento del suicidio (tempo trascorso dall'ingresso)

Dooley	Il 17 % dei suicidi avviene la prima settimana, il 28% il primo mese, il 76% nel primo anno, mentre solo il restante 23% avviene dopo un anno	Rischio alto nei primi 30/60 gg di detenzione
Buffa 2012	Il 18.2% dei suicidi esaminati è avvenuto nel corso della prima settimana di detenzione, il 24.8% entro il primo mese, il 64.5% entro il primo anno, il 35.5% oltre il primo anno	
	Carcere di Detroit addirittura il 73% dei suicidi avveniva nel primo mese di detenzione	
Fruehwald	In Austria il 25% avviene nel primo mese, la maggioranza nei primi due mesi.	
Tatarelli	In Italia (1996-97) il 25 % avviene nel primo mese e più del 50% nel primo anno; in Australia (1973-87) più del 50 % dei suicidi avviene nei primi due mesi; a NYC (1980-88) il 42% nel primo mese di detenzione.	

Alloggiamento

Buffa 2012	Gli istituti piccoli, molto piccoli e molto grandi hanno un tasso di suicidi proporzionalmente inferiore a quelli medi e grandi.	Rischio molto alto se solo in cella
Buffa 2012	Il 38.8% dei suicidi era alloggiato in celle singole	
Dooley 2004	Il 66% dei suicidi era in cella singola: del restante 34% in cella condivisa, la metà dei detenuti era però solo al momento del suicidio	
	Carcere di Detroit (1995): il 90% dei suicidi era in cella condivisa, ma il compagno era addormentato	
Tatarelli	Carceri di NYC il 91% dei suicidi era in cella singola	
Pompili	Solo il 40% era in cella singola, ma in una condizione di sovraffollamento	
Review 2008	La sistemazione in cella singola ha un OR 9,1 per l'esito in suicidio	

Altri fattori di rischio

Buffa 2012	Il 53.2% dei suicidi analizzati era sottoposto a misure di sorveglianza e tutela a titolo preventivo	Diagnosi psichiatrica o di dipendenza/abuso
Dooley 1990	solo il 16% dei suicidi era stato valutato a rischio di suicidio	
Appleby 2004	il 72% dei suicidi aveva una diagnosi psichiatrica, compresa la dipendenza /abuso di sostanze	Tentato suicidio non così netto
	1995 carcere di Detroit: 1/3 dei detenuti suicidi aveva una diagnosi psichiatrica	
Buffa 2012	Il 52.1% dei suicidi analizzati era stato diagnosticato psichiatricamente	Giovane età Maschi Italiani Relazioni affettive
Review 2005	la diagnosi psichiatrica comporta una OR 17,4 per il suicidio (detenuti giudicati); la terapia con psicofarmaci in atto una OR 27 (detenuti in	

	<p>attesa di giudizio) e OR 17,4 (giudicati); precedenti tentativi di suicidio: OR 17,7 (in attesa di giudizio) e OR 5.8 (giudicati); la presenza di ideazione suicidaria OR 15,2; abuso/dipendenza da alcool OR 3</p>	<p>esterne instabili Inattività</p>
Tatarelli	il 50% dei detenuti suicidi aveva tentativi precedenti di suicidio	
Buffa 2012	Il 17.4% dei casi esaminati è risultato aver posto tentativi di suicidi nel corso della detenzione e in detenzioni precedenti. Il 33.8% aveva posto in essere gesti autolesivi	
Tatarelli	Studio australiano citato: da 1/3 dei suicidi aveva ricevuto un trattamento psichiatrico, il 40% avevano messo in atto Tentativi di suicidio; nello studio sulle carceri di NYC citato il 46% aveva ricevuto un trattamento psichiatrico; in uno studio svizzero, caso-controllo, del 1996 troviamo: età sotto i 24 anni RR4,4, precedenti Tentativi di suicidio RR 2,5, storia di trattamenti psichiatrici RR 2,5, tossicodipendenza RR 2,8 .	
Buffa 2012	Risultano sovra rappresentati i più giovani; gli uomini più che le donne, gli italiani più che gli stranieri; l'instabilità affettiva. Il 90.9% non risultava occupato all'interno dell'istituto	
	Royal college of Psychiatrists: i 2/3 dei detenuti suicidi sono tossicodipendenti	
Buffa 2012	Non esiste correlazione tra il sovraffollamento e il suicidio, semmai il tipo di regime e, in particolare, con l'isolamento.	
	Altri fattori di rischio riportati in letteratura: lunghe condanne per reati violenti sovraffollamento isolamento essere bianchi essere sposati (OR 1,5) aumenta il rischio a differenza che nella popolazione generale essere cattolici aumenta il rischio (OR 3,1).	
Burgoin 1993	Francia: più è alta l'integrazione sociale del detenuto più è alto il rischio di suicidio in carcere.	

Screening	
<p>Prison suicide risk assessment check list</p> <p>Check list Arboleda-Florez (allegato 2)</p>	<p>Diversi strumenti ed attività di screening in atto: la Prison suicide risk assessment check list dell'Ufficio federale delle carceri USA, premessa del JSat, che è un format di visita.</p> <p>La Check list più raccomandata, che viene riportata per esteso nelle indicazioni del 2007 della WHO, è quella di Arboleda-Florez, del 1987, di fatto una lista di segni psichiatrici, per la quale la WHO raccomanda, se il detenuto</p>

Dooley 1990	<p>è positivo ad uno dei segni, un invio in tempi brevi a professionisti della salute mentale. Il modello della WHO per i suicidi tra i detenuti è infatti quello della Vulnerabilità individuale combinata all'Evento stressante; la stessa WHO riconosce peraltro che molte caratteristiche (anche di vulnerabilità) dei detenuti che si suicidano sono comuni a tutti gli altri detenuti.</p> <p>Vale ancora quanto considera con chiarezza e pragmatismo anglosassone Dooley nello studio del 1990: sebbene i tassi di suicidio in carcere siano tanto più alti che nella popolazione generale essi rappresentano comunque un piccolo numero di detenuti all'anno, dal momento che sono in tanti a transitare nel sistema carcerario; ogni tentativo di prevedere un evento così raro sulla base di Fattori di Rischio condivisi da un ampio numero di detenuti è destinato a produrre un ampio numero sia di Falsi Positivi (considerando quanti sono i detenuti ritenuti a rischio che poi non commettono suicidio) sia di Falsi negativi (mancata identificazione di detenuti che poi si suicidano). La considerazione di Dooley è così determinante che viene riportata per esteso e testualmente da Fruehwald nel suo studio caso-controllo sul suicidio nelle carceri in Austria.</p>	
-------------	---	--

Prevenzione		
WHO	Raccomandazioni: individuare i più vulnerabili , individuare i momenti di maggior stress, utilizzare le risorse di un buon servizio medico, psicologico, psichiatrico .	
Dooley 1995	Azioni raccomandate: migliorare la comunicazione tra detenuti e il personale, facilitando l'esposizione dei problemi personali e la ricerca d'aiuto; ridurre la disponibilità di mezzi letali (punti di appiglio, materiali per i legami: ndr: più del 90% dei suicidi in carcere avviene per strangolamento/ impiccagione); difficile, se non impossibile, intervenire in termini di prevenzione su quel 23% dei detenuti suicidi che si tolgono la vita nel corso di lunghe condanne, senza segni di malessere precedenti.	
Appleby 2005	Per Appleby nel 2005 le indicazioni sono: 1) tenere i detenuti a rischio in ali apposite del carcere 2) tenere i detenuti in celle senza appigli 3) senza lenzuola adatte al cappio 4) condividere le informazioni tra il personale come routine; se il detenuto era seguito dai Servizi di salute mentale e o delle Tossicodipendenze, mettersi in contatto con questi nelle 24 ore dall'ingresso 5) avere in carcere mezzi per la disintossicazione da sostanze 6) tenere in osservazione i detenuti dimessi dai centri clinici almeno per	

	sette giorni 7) formare tutto lo staff del carcere, compresi gli agenti di scorta per riconoscere, valutare e trattare il rischio di suicidio, in particolare per i detenuti in attesa di giudizio.
Studio 1995 carcere Detroit	Porre maggior attenzione al gruppo ad alto rischio, ridurre il sovraffollamento , avere pratiche adeguate alla riduzione del peso della carcerazione da parte del personale di custodia e del personale sanitario. Se 36 suicidi erano avvenuti dal 1967 al 1986 un solo suicidio si è avuto dal 1987 al 1992 a motivo probabilmente di una "maggiore attenzione ai detenuti".
"Safer Prisons" Shaw 2003	Altre raccomandazioni
Istituto australiano criminologia 1999	Costituire un Team per il rischio di suicidio (personale di custodia e sanitario con un coordinatore), che si riunisce e valuta il singolo detenuto, con un rischio classificato in tre gradi (minaccia, bene definito, attuale), offrire counseling, sistemazione particolare, supporto di pari, maggiori contatti con l'esterno, celle condivise fino al ricovero in centro clinico. Ndr: anche gli australiani con molta onestà intellettuale ammettono che con l'applicazione per 5 anni del loro programma non si è registrata nessuna variazione dei tassi di suicidio in carcere, anzi gli anni 1997 e 1998 hanno avuto tassi record
Liebling 1995	Non propone programmi specifici ma una azione che aumenti i fattori protettivi per tutta la popolazione detenuta, attraverso i supporti familiari, l'attività dell'Istituto, il supporto tra i pari, uno staff esercitato al sostegno, una buona comunicazione fra tutti
Irlanda	In Irlanda, dove il personale carcerario ha forse la massima numerosità relativa al mondo, cioè un agente per ogni detenuto, i tassi non sono mai aumentati.
Regione Toscana	Nella presentazione delle Linee di indirizzo della regione Toscana il risultato della loro applicazione è un passaggio di numero totale di suicidi da 10 (del 2009) a 5 (2010-11).
Royal College of Psychiatrists	L'efficacia dei programmi di prevenzione è difficile da misurare per eventi così (fortunatamente) rari come il suicidio, il cui tasso va seguito, eventualmente, per diversi anni, essendo troppo piccola l'unità di misura di un solo anno. Raccomanda di: ridurre il peso della reclusione, facendo passare il maggior tempo possibile ai detenuti fuori dalle celle, con buon accesso al telefono; avere a disposizione buoni servizi per le tossicodipendenze e i disturbi mentali; formare il personale; aumentare a 7 giorni la sorveglianza dopo l'ingresso; avere in carcere personale medico

	affidente alla medicina del SSN.	
Royal College of Psychiatrists	<i>Ndr:</i> citazione di un Report inglese scritto tra le due guerre mondiali del 1900: "Il sistema penale non prevede più pene corporali ma una punizione attraverso la privazione di libertà e la negazione di ogni soddisfazione intellettuale emotiva, spirituale.... in passato si avevano pene corporali mentre il sistema contemporaneo prevede metodi diretti contro le funzioni superiori del Sistema nervoso centrale".	

Bibliografia

(Articoli letti, non si riportano quelli citati, ricavabili dalla bibliografia degli articoli sottoscritti)

- 1) Buffa Pietro (2012) "Il suicidio in carcere: la categorizzazione del rischio come trappola concettuale ed operativa", in Rassegna penitenziaria e criminologica, 1, XV, Gennaio – Aprile 2012
- 2) CurtissJ DuRand et al. (1995) A Quarter of Suicide in a Major Urban Jail: Implications for Community Psychiatry. American Journal of Psychiatry, 1995, 152:1077-1080
- 3) Department of Mental Health and Substance Abuse. Preventing suicide in jails and prisons [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007 [cited 2010 May 27]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595506_eng.pdf
- 4) Dooley, E. (1990) Prison suicide in England & Wales 1972–87. British Journal of Psychiatry, **156**, 40-45
- 5) Fazel S et al. (2008) Suicide in prisoners: A Systematic Review of Risk Factors. J of Clinical Psychiatry 69: 11 nov 2008.1721-1731
- 6) Forrester A, Slade K. (2014): Preventing self-harm and suicide in prisoners: job half done. Lancet. Vol 383 March 29, 2014: 1109- 1111
- 7) Fruehwald S, Matschnig T, Koenig F, Bauer P, Frottier P. (2004) Suicide in custody: a case-control study. British Journal of Psychiatry, 2004, 185: 494-498.
- 8) Hawton K, linsell L, Adeniji t, Sariaslan A, Fazel S. (2014) : Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. Lancet. Vol 383 March 29, 2014 : 1147-1154
- 9) Humber, Webb, Piper, Appleby, Shaw (2013) "A national case-control study of risk factors among prisoners in England nd Wales" Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2013) 48: 1177-1185
- 10) Pompili M. et al. (2006) Suicidio nelle carceri I: fattori di rischio e modalità dell'atto suicidario. Psichiatria e psicoter. 2006 - 25, 3, 207-225
- 11) Pompili M. et al. (2006) Suicidio nelle carceri II: la situazione italiana ed elementi di prevenzione. Psichiatria e psicot. 2006 - 25, 4, 309-322
- 12) Pompili M. (2010) Suicide prevention: a long – lasting Italian tradition. Toward understanding the suicidal mind. Giornale italiano di psicopatologia 2010 - 16, 3. 231-238
- 13) Rivlin, Hawton, Marzano, Fazel (2013) Psychosocial Characteristic and Social Networks of Suicidal Prisoners: Towards a Model of Suicidal Behaviour in Detention ", PLoS One. 2013; 8(7)
- 14) Royal College of Psychiatrists (2000) Community Care. Council Report CR86. London: Royal College of Psychiatrists.

- 15) Saavedra J, Lopez M (2013). Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios. Rev psiquiatr Salud Ment (Barc.) 2013
- 16) Shaw J. Baker D. Hunt I.M. Moloney A. Appleby L. (2005) Suicide by prisoners: national clinical survey. British Journal of Psychiatry, 2004, 184: 263 2005
- 17) Tatarelli R. et al (1999) Suicide in Italian Prisons in 1996 and 1997: A Descriptive Epidemiological Study. International J of Offender Therapy and Comparative Criminology, 43(4), 1999 438-447
- 18) R. Anchisi, M. Gambotto Dessy, Teoria e tecniche del colloquio psicologico, Santa croce 2003;
- 19) R. Anchisi, M. Gambotto Dessy Manuale di assertività, Franco Angeli 2013;
- 20) R. Anchisi, M. Gambotto Dessy, Il burnout del personale sanitario, Restless Architect of Human Possibilities, sas 2009

Strumenti di valutazione del rischio suicidario in carcere nella letteratura indicizzata

Ciro Garuti, Psicologo

Le tabelle qui presentate sono una sintesi della ricerca di articoli di studi sul rischio suicidario in carcere in cui sono state utilizzate scale self-report o interviste (semi)strutturate. Gli articoli sono stati individuati nelle banche dati PubMed, PsycINFO, Embase ed EBSCO. Il periodo della ricerca va dal 1970 al 2013 e comprende 58 articoli.

Gli strumenti individuati sono stati inizialmente raggruppati in due categorie principali: quelli che sono stati costruiti per valutare il rischio suicidario nello specifico ambito carcerario e quelli che, nati per valutare il rischio suicidario nella popolazione generale, sono stati utilizzati nell'ambito carcerario. Nessuno degli strumenti è stato costruito in Italia.

Le due categorie principali sono state suddivise in tre sottocategorie: gli strumenti che valutano il rischio suicidario come obiettivo principale; quelli che nella valutazione del soggetto contemplano anche una parte di valutazione del rischio suicidario; infine gli strumenti che valutano elementi che si collegano al rischio suicidario quali il livello di depressione o di *hopelessness*.

Nella seconda tabella sono compresi alcuni strumenti che, pur essendo stati creati in ambito penitenziario e quindi potrebbero rientrare nella prima, non fanno esplicito riferimento ad esso nella formulazione degli item, come per esempio il BRFL, che presenta tali caratteristiche.

Dei test individuati sono state infine indicate la tipologia di somministrazione (*self-report* o intervista), il numero di item di cui lo strumento è composto (o le aree di cui è composto) e la presenza della traduzione italiana.

L'utilità di questa breve sintesi risiede nella possibilità di orientare la ricerca di strumenti esistenti e che sono stati già utilizzati in altri contesti penitenziari, anche se diversi da quello italiano. Una più approfondita ricerca di articoli di ricerca non indicizzati nei database sopraindicati e che si occupano della valutazione del rischio suicidario in carcere attraverso strumenti standardizzati potrebbe aiutare ad individuare altri strumenti utili.

Quanto presentato fa parte di un lavoro non pubblicato dall'autore.

Strumenti per la valutazione del rischio suicidario strutturati in modo specifico per l'ambito carcerario				
		Tipo	Item	Italiano
Specifici per il rischio suicidario	Depression, Hopelessness, and Suicide Screening Form (DHS)	A	39	N
	Juvenile Suicide Assessment (JSA)	A	20+13	N
	Suicide Checklist	I	24	N
	Suicide Concerns for Offenders in Prison Environment (SCOPE)	A	28	N
	Suicide Risk Assessment Scale (SRAS)	A	9	N
	VISI	I	21	N
Che contengono item che valutano il rischio suicidario	Camberwell Assessment of Need, Forensic Version (CANFOR)	I	25	N
	Jail Screening Assessment Tool (JSAT)	I	24	S
	Massachusetts Youth Screening Instrument-Second Version (MAYSI-2)	A	52	N
	Mental Disability/Suicide Intake Screen (MDSIS)	I	20	N
Che si correlano al rischio suicidario		I	56	N

Tipo: A=Autosomministrato, I=Intervista; Item: numero di item di cui è composto lo strumento; Italiano: se disponibile traduzione in italiano (S=si, N=no)

Strumenti per la valutazione del rischio suicidario non strutturati in modo specifico per l'ambito carcerario				
		Tipo	Item	Italiano
Specifici per il rischio suicidario	Acquired Capability for Suicide Scale (ACSS)	A	20	N
	Adolescent Suicide Questionnaire (ASQ)	A	5	N
	Beck Scale for Suicide Ideation (SSI)	I	21	S
	Brief Reasons for Living Inventory (BRFL)	A	12	S
	Linehan Reasons for Living Inventory (LRFL)	A	48	S
	Multi-Attitude Suicide Tendency Scale (MAST)	A	30	S
	Plutchick Scale of Suicidal Risk	A	15	N
	Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)	A	30	S
	Suicide Potential Scale (SPS)	I	26	N
	Suicide Precursors Scale (SPS)	A	14	N
	Suicide Probability Scale (SPS)	A	36	N

Che contengono item che valutano il rischio suicidario	Beck Depression Inventory (BDI)	A	21	S
	Beck Depression Inventory II	A	21	S
	Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	I	24	S
	Brief Symptom Rating Scale (BSRS)	A	50	N
	Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)	I	87	S
	Mini-International Neuropsychiatric Interview for children and adolescents (MINI-KID)	I	22	N
	MINI-Plus	I	87	S
	Montgomery-Asberg Rating Scale for Depression (MADRS)	I	10	S
	Personality Assessment Screener (PAS)	A	22	N
	Barratt Impulsivity Scale-11 (BIS-11)	A	30	S
	Beck Hopelessness Scale (BHS)	A	20	S
Beck's Suicide Intent Scale (SIS)	I	15	S	
Psychache Scale	A	13	N	

Tipo: A=Autosomministrato, I=Intervistato; Item: numero di item di cui è composto lo strumento; Italiano: se disponibile traduzione in italiano (S=si, N=no)

Allegato 2

Lista di Arboleda-Florez

Il detenuto:
è in stato di intossicazione da sostanze e/o ha un passato di abuso di sostanze
esprime livelli insoliti di vergogna, colpa, e preoccupazione per l'arresto e l'incarcerazione
mostra disperazione o paura per il futuro, o segni di depressione come il pianto, l'appiattimento affettivo, e l'assenza di comunicazione verbale
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)
in passato è stato in trattamento per problemi psichiatrici
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
ha già tentato una o più volte il suicidio, e/o afferma che il suicidio al momento è una soluzione possibile
afferma di avere attualmente piani suicidari (da prendere in considerazione anche i contatti con i familiari ed altri detenuti vicini)
riferisce di avere poche risorse interne e/o esterne di supporto
è ritenuto a rischio di suicidio dall'agente che lo ha arrestato e/o tradotto
ha già avuto in passato un rischio suicidario (dal registro)

Allegato 3

Alcune scale di valutazione psicologica del rischio suicidario

Scale specifiche al contesto detentivo

SAMI

Suicide Assessment Manual for Inmates, a cura di Patricia A.Zapf, adattamento italiano a cura di Krzysztof Szadejko e Silvio Ciappi, **GIUNTI O.S.**

L'obiettivo dello strumento è quello di fornire, attraverso un elenco di 20 items, un quadro delle variabili rilevanti che dovrebbero essere prese in esame dal clinico nel determinare la presenza di rischio suicidario.

In particolare lo strumento valuta la presenza di rischio suicidario nei detenuti in attesa di giudizio, anche se le aree di esplorazione suggerite possono essere utilizzate dal clinico anche per tipologie differenti di detenuti (es. definitivi, appellanti etc.).

I punteggi di ciascuno dei singoli 20 item non devono essere sommati e non c'è un cut off nel determinare un rischio suicidario basso, medio, alto. Il Sami è stato sviluppato come uno strumento di supporto nella valutazione del rischio, ma il giudizio finale spetta al clinico.

Ogni item del Sami è valutato su una scala a 3 punti. I contenuti di ogni item sono specifici, ma sono tutti codificati nello stesso modo come segue:

- il punteggio di 2 è associato ad un aumentato rischio di suicidio
- il punteggio di 1 è associato ad un rischio moderato di suicidio
- il punteggio di 0 è associato ad un basso rischio di suicidio

Gli item si propongono di esplorare questi aspetti: Stato civile, Abuso di droga o alcool, Aspetti psichiatrici Tentativi di suicidio, Tentativi di suicidio nelle Istituzioni, Suicidi in famiglia, Storia dell'arresto, Comportamento impulsivo, Alto profilo del delitto o posizione di prestigio, Intossicazione attuale, Preoccupazione per i problemi della vita, Sentimenti di disperazione o di eccessivi sensi di colpa, Sintomi psicotici o disturbi del pensiero, Sintomatologia depressiva, Stress e coping, Sostegno sociale, Recenti perdite importanti, Ideazione suicidaria, Intento suicidario, Piano di suicidio.

Tempi di somministrazione: 20- 40 minuti

Destinatari: minori, adolescenti, adulti in area Penale esterna, Istituti o Comunità

Reperibilità dello strumento: Acquistabile tramite O.S. GIUNTI

JSAT

Jail Screening Assessment Tool, a cura di Tonia L. Nicholls, Ronald Roesch, Maureen C. Olley, James R.P. Ogloff e James F. Hemphill

Intervista semistrutturata, standardizzata, di prima valutazione del soggetto in ambito penitenziario, che può essere somministrata all'ingresso nell'Istituzione Carceraria (Servizio Nuovi Giunti), ma anche successivamente, per costruire un percorso trattamentale del paziente durante il periodo detentivo, finalizzato alla revisione periodica dei suoi bisogni e del suo stato mentale.

Il suo scopo è di valutare il livello attuale di funzionamento del soggetto (almeno nell'ultimo mese), predire il livello di adattamento psicologico all'interno dell'Istituzione, identificare i bisogni psicologici reali e segnalare tutti coloro che necessitano di cure particolari, o che sono a rischio di violenza, suicidio, vittimizzazione, al personale di custodia o ai professionisti della Salute Mentale.

L'intervista al paziente verte sui seguenti aspetti: informazioni socio-demografiche, situazione giuridica, comportamenti violenti, background sociale, uso di sostanze, trattamenti psichiatrici, rischio suicidario/autolesionismo, condizioni mentali, gestione del rischio.

Tempo di somministrazione: 15- 20 minuti

Destinatari: Detenuti adulti e minorenni

Reperibilità dello strumento: Acquistabile tramite O.S. GIUNTI

Scale non specifiche al contesto detentivo

HOPELESSNESS SCALE- BHS

La scala di Beck per la misura del rischio di suicidio, a cura di Aaron T.Beck e Robert A.Steer, adattamento italiano a cura di Maurizio Pompili, Paolo Iliceto, David Lester, Marco Innamorati, Paolo Girardi, Roberto Tatarelli, **GIUNTI O.S.**

La *hopelessness* (disperazione) è un costrutto psicologico alla base di diversi disturbi mentali e si riferisce a quegli schemi cognitivi nei quali il comune denominatore è l'aspettativa negativa verso il futuro; gli individui ritengono che nulla si rivelerà a loro favore, che non avranno mai successo nel corso della vita, che i loro obiettivi importanti non saranno raggiunti e che i loro problemi non verranno risolti. Questa definizione di *hopelessness* corrisponde alla terza componente della triade negativa del modello cognitivo della depressione di Beck (1967) composta da: 1) una visione negativa del sé; 2) una visione negativa del funzionamento nel presente; 3) una visione negativa del futuro.

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 molti condizioni psicopatologiche, è un elemento fondamentale nella dinamica suicidaria.

La scala è composta da 20 items che riflettono diverse sfaccettature degli atteggiamenti negativi verso il futuro, così come sono generalmente verbalizzate dai pazienti.

Gli items hanno una risposta dicotomica vero/falso, a cui viene assegnato dal clinico il punteggio 0/1. Il risultato può variare da 0 a 20, i punteggi agli item vanno sommati e il *range* del punteggio totale va quindi da 0 (minimo teorico) a 20 (massimo teorico), misurando in questo modo la gravità degli atteggiamenti negativi nei confronti del futuro in termini di pessimismo.

Tempi di somministrazione: Può essere autosomministrata (5-10 minuti) o somministrata oralmente dall'esaminatore (10-15 minuti)

Destinatari: Adulti dai 17 anni

Reperibilità dello strumento: Acquistabile tramite **O.S. GIUNTI**

SAD PERSONS SCALE

A cura di Patterson et al.

È una scala per la valutazione del rischio suicidario, basata su 10 fattori.

Il punteggio si calcola sulla base di un'intervista al paziente di 10 domande, ricavate dall'acronimo della parola SADPERSONS. Il clinico attribuirà il punteggio di 1 ad ogni risposta affermativa del paziente.

INGLESE	ITALIANO
Sex	Sesso (maschile)
Age	Età (<19 anni >45)
Depression	Depressione
Previous attempt	Tentativi precedenti

Ethanol abuse Rational thinking loss Social support laking Organized plan No spouse Sickness	Abuso di alcolici Perdita del ragionamento razionale Mancanza di supporto sociale Presenza di uno specifico progetto di suicidio Mancanza del partner Malattie fisiche
---	---

0-4: rischio basso

5-6: rischio medio

7-10: rischio alto

Esiste una versione modificata della SADS PERSONS SCALE, con una variazione nell'attribuzione del peso del punteggio alle singole domande.

Tempi di somministrazione: 10 minuti

Destinatari: Adulti

Reperibilità: Non esiste una versione italiana standardizzata ed acquistabile. Si trova on line, in versione inglese e tradotta.

SCALE FOR SUICIDE IDEATION

(Beck et al., 1979)

L'SSI è un'intervista semi-strutturata da parte dell'operatore ed è composta da **19 item**, si articola in **3 fattori (desiderio attivo di suicidio, la preparazione e il desiderio passivo di suicidio)**.

Prende in considerazione:

- la intenzionalità e la pervasività dell'ideazione (item 1-7),
- i deterrenti "interni" nei confronti del suicidio,
- la sensazione soggettiva della capacità di controllare le spinte suicidarie (item 8-10),
- i motivi (item 11);
- i dettagli e il grado di preparazione del progetto suicidario (12-19)

Gli item sono valutati su di una **scala a 3 punti (da 0 a 2)**, in base alla gravità del sintomo o del comportamento espresso in ciascun item.

Il punteggio totale può oscillare, perciò, **tra 0 e 38**.

Essendo l'ideazione suicidaria la premessa per l'atto suicidario, gli autori ritengono essenziale evidenziare l'intensità e la pervasività dell'ideazione e le sue caratteristiche al fine di giungere ad una ragionevole predizione del rischio di suicidio in modo da mettere in atto, se del caso, gli interventi preventivi.

Mediante la SSI ci si propone di quantificare l'entità dell'intenzionalità suicidaria cosciente, attuale, dando un peso alle diverse dimensioni dei pensieri e dei desideri autolesivi.

Tempi di somministrazione: 10 minuti

Destinatari: Adulti

Reperibilità: Non esiste una versione italiana standardizzata ed acquistabile. Consultabile nel Repertorio delle scale di valutazione in Psichiatria, curato da Luciano Conti.

INTENT SCORE SCALE (ISS)

(DW Pierce, 1981)

La ISS è utilizzata per valutare, nei soggetti che hanno messo in atto un tentativo di suicidio, il livello di **Intenzionalità suicidaria** in un periodo successivo al tentativo di suicidio. Gli item della scala esplorano il livello di letalità del tentativo messo in atto.

La ISS è composta da 12 item articolati in tre sezioni:

- la prima (circostanze relative al tentativo di suicidio), composta da 6 item;
- la seconda (considerazioni personali), composta da 4 item;

la terza (rischio), composta da 2 item.

Gli item sono valutati su di una scala a 3 punti, da 0 a 2 (con l'eccezione del terzo item della seconda sezione, che è valutato su una scala da 0 a 3), per cui il punteggio delle tre sezioni può oscillare: fra 0 e 12 per la prima sezione (circostanze relative al tentativo di suicidio); fra 0 e 9 per la seconda sezione (considerazioni personali); fra 0 e 4 per la terza (rischio).

Il punteggio totale può oscillare fra 0 e 25; Valori compresi tra 0 e 3 sono indice di basso rischio, tra 4 e 10 di rischio medio e, superiori a 10, di rischio elevato.

L'ISS è risultato un valido strumento per la valutazione clinica del rischio di suicidio (Stefansson J et al. Suicide Intent Scale in the prediction of suicide. J Affect Disord. 2012 Jan;136(1-2):167-71).

Tempi di somministrazione: 10 minuti

Destinatari: Adulti

Reperibilità: Non esiste una versione italiana standardizzata ed acquistabile. Consultabile nel Repertorio delle scale di valutazione in Psichiatria, curato da Luciano Conti.



REGIONE EMILIA-ROMAGNA (r_emiro)
Giunta (AOO_EMR)
PG/2018/0743997 del 14/12/2018 11:44:36