



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 4



## AGORÀ PENITENZIARIA 2016

Congresso Nazionale degli Operatori Sanitari Penitenziari



Roma

14-16 settembre 2016

Istituto Superiore di Sanità,  
Viale Regina Elena 299, Roma

[www.agorapenitenziaria.it](http://www.agorapenitenziaria.it)

***Il Progetto Psichiatria Penitenziaria "Insieme"***

*Dr.ssa Carola Celozzi*



# Dati epidemiologici

- 1 – 9% Disturbi Psicotici
- 10 – 15% Depressione
- 35 – 45% Disturbi di Personalità

(Ansa, 13 Marzo 2014)

# **Il disagio psichico in Carcere**

**Può presentarsi con vari gradi e/o modalità di manifestazione in quanto la stessa detenzione/privazione della libertà rappresenta un evento “morbigeno” che può causare un’esacerbazione e/o un’amplificazione di sintomi riconducibili o a Disturbi Psichici Minori e/o a Disturbi Psichiatrici Maggiori, quali per esempio:**

- disturbi dell’adattamento;**
- disturbi psicotici (disturbi dello spettro schizofrenico , psicosi brevi, deliri cronici, disturbi gravi dell’umore)**
- disturbi di personalità;**
- disturbi correlati all’uso di sostanze;**
- disturbi psichiatrici associati tra loro (per esempio pazienti con “doppia diagnosi”: presenza contemporanea di patologia mentale e abuso di sostanze).**



***Si calcola che, mediamente, il suicidio rappresenti la causa del 50% dei decessi in carcere e, più spesso, riguardi le persone in attesa di giudizio.***

***In Italia, tra i paesi europei, è maggiore lo scarto tra suicidi nella popolazione libera e quelli nella popolazione detenuta (circa 9 volte più frequenti in carcere in un'indagine del 2009 dell'INED)***

Nel 2014: 44 suicidi e 933 TS

Nel 2015: 39 suicidi (fonti DAP)

43 suicidi (fonte Antigone)

Nel 2016 (dati aggiornati al 5 settembre):

23 suicidi (fonte Ristretti Orizzonti)

***Circa il 30% dei detenuti che si suicida non ha una diagnosi psichiatrica già evidente e non mostra segnali di allarme in precedenza. Obiettivo della prevenzione è dunque, innanzitutto, quello di identificare accuratamente le persone vulnerabili e di mettere in atto le misure più adeguate. E' dimostrato, infatti, che uno screening accurato ed il più rapido possibile al momento dell'ingresso in carcere, la condivisione delle responsabilità fra staff diversi che operano negli IdP e l'applicazione di programmi specifici di prevenzione (identificazione di soggetti vulnerabili, rilevazione dei fattori di rischio, osservazione e monitoraggio stabile delle persone e della situazione ambientale, interventi medici e sociali, formazione del personale, ecc.) contribuiscono alla riduzione del suicidio negli IdP.***

# Il contesto carcerario è un contesto di povertà:

- ☐ di diritti
- ☐ di risorse
- ☐ di margini di definizione delle identità professionali
- ☐ di margini di intervento

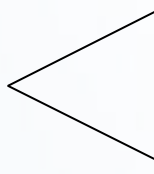


# RISCHI PER IL DETENUTO

- NON POTER USUFRUIRE DI INTERVENTI INTEGRATI O DI TRATTAMENTI ADEGUATI
- SUBIRE UN ISOLAMENTO CULTURALE E FISICO
- PERDERE OCCASIONI DI CURA
- SMARRIRE LE GIA' SCARSE POSSIBILITA' DI REINSERIMENTO SOCIALE
- PERDERE IL SENSO DI SE' E DEL FUTURO



# RISCHI PER L'OPERATORE DELLA SALUTE MENTALE

Rischi del ruolo  **Distanziamento moralista**  
**Ipercoinvolgimento**

## PROBLEMATICHE CONTESTUALI

Mandato Clinico  
Mandato di Difesa Sociale  
Aspettative dei Pazienti Detenuti

## FUNZIONI

Contenimento  
Valutazione  
Cura

**RUOLO AMBIGUO**  
Con Difficoltà di  
Alleanza Terapeutica  
E presa in carico

# **RISCHI PER L'OPERATORE PENITENZIARIO**

**ISOLAMENTO  
FRUSTRAZIONE  
SENSO DI INGIUSTIZIA ED INUTILITÀ**



**BURNOUT  
DIFFICOLTÀ RELAZIONALI  
DEPRESSIONE**

# **RISCHI PER LA COLLETTIVITÀ**

**FARE I CONTI CON ESSERI UMANI:  
INCATTIVITI DALLA CATTIVITA'**

**spesso DISPERATI**

**E, a maggior ragione se non curati in  
continuità, DISTURBATI**



# Criticità riguardanti la gestione diretta del detenuto

- Aumento Doppia Diagnosi con Aumento di Stati di intossicazione e Astinenza
- Aumento arresti di Extracomunitari e di Cittadini sfuggiti a precedenti valutazioni e cure
- Popolazione detenuta multiethnica con conseguenti difficoltà di comunicazione e di adattamento culturale
- Progressivo aumento della diffusione dei Disturbi di Personalità con Discontrollo degli Impulsi

# CRITICITÀ GENERALI

- **Carenza di risorse**
- **Strutture inadeguate**
- **Carenza di formazione dedicata**
- **Accesso ai dati da parte di personale non sanitario**
- **Difficoltà di conciliare le necessità e le procedure disposte dalle differenti istituzioni (Sanitaria e Penitenziaria)**
- **Peculiari responsabilità MedicoLegali**
- **Parcellizzazione degli interventi**
- **Ambivalenza del mandato istituzionale ai professionisti della Salute Mentale**
- **Mentalità veterocarceraria**
- **Isolamento delle figure professionali impegnate in prima linea**

- Difficoltà di disporre di strumenti adeguati
- Maggiore richiesta, talora impropria e da ridefinire, agli Specialisti della Salute Mentale di contenimento Comportamentale dei Detenuti; ciò anche per l'impossibilità, all'interno del carcere, di distanziare il problema o di gestirlo attraverso interventi e azioni di tipo contestuale finalizzati alla riduzione della tensione emotiva
- Rischi di utilizzo inadeguato, da parte dei Detenuti, di Psicofarmaci per es. come sostanze d'abuso e "Merce" di scambio
- Difficoltà di ottenere, nei pz Detenuti, una compliance sicura e adeguatamente monitorata
- Non riconoscimento professionale da parte di colleghi e istituzioni



**Prof. Sergio Babudieri**

Responsabile Scientifico SIMSPE

**Dr.ssa Carola Celozzi**

Dirigente Medico Psichiatra

**Dr. Pierluigi Cervellini**

Dirigente Medico, Medicina Penitenziaria

**Prof. Massimo Clerici**

Professore Ordinario di Psichiatria

**Dr. Luciano Lucania**

Presidente SIMSPE

**Dr.ssa Laura Manzone**

Dirigente Medico Psichiatra

**Prof. Claudio Mencacci**

Presidente Società Italiana di Psichiatria

**Prof. Claudio Mencacci**

Presidente Società Italiana di Psichiatria

**Dr.ssa Giannalisa Pitzus**

Dirigente Medico specialista in Psichiatria

**Dr. Giuseppe Quintavalle**

Direttore Generale ASL ROMA4

**Dr. Flavio Sensi**

Esperto in Attività di Pianificazione,  
Programmazione e Riorganizzazione Sanitaria

**Dr. Giulio Starnini**

Direzione Generale Detenuti e Trattamento

**Dr.ssa Federica Trogu**

Medico in Formazione Specialistica Igiene e  
Medicina Preventiva

# Obiettivi Generali



- ☐ Garantire equità di trattamento ai detenuti rispetto alla popolazione libera.
- ☐ Individuare le cause di difficoltà dei detenuti nell'accesso ai Servizi Socio Sanitari.
- ☐ Inserire gli operatori sanitari in percorsi prestazionali definiti e integrati.
- ☐ Decodificare le richieste di farmaci restituendo un significato più ampio alle richieste d'aiuto.
- ☐ Superare le differenze culturali.
- ☐ Diffondere conoscenze e stili di vita salutari per insegnare alle persone detenute a prendersi cura di sè.
- ☐ Coinvolgere il personale dell'A.P. negli obiettivi di gestione condivisi

# **OBIETTIVI DEL PROGETTO «INSIEME» DALLA PSICHIATRIA CARCERARIA ALLA PSICHIATRIA INTEGRATA NEL CARCERE**



- 1) Descrizione ed analisi approfondita del contesto e delle criticità del panorama attuale (culturale, normativo ed organizzativo) relativo al tema dei Disturbi Psichici in ambito penitenziario
- 2) Creazione di un PDTA specifico per la realtà carceraria che riguardi tutto l'iter assistenziale articolato, nelle varie fasi di accoglienza-valutazione-presenza in carico-monitoraggio-dimissioni, prestando particolare attenzione
  - a) Alla condivisione degli obiettivi tra tutte le aree professionali coinvolte
  - b) al collegamento con le Istituzioni esterne attraverso la costituzione di una Rete sociosanitaria per la cura e la riabilitazione nonché per il reinserimento dei detenuti nel tessuto sociale (altri servizi sanitari, Servizi Sociali dei Comuni).
- 3) Incremento e promozione delle attività di formazione in collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria
- 4) Confronto tra buone prassi e progetti già in corso.



In una fase successiva, come obiettivo di sistema, si dovrà pensare ad

Azioni di richiesta e sensibilizzazione nei confronti degli organi competenti finalizzate ad ottenere le risorse necessarie all'attuazione dei programmi sanitari

# Obiettivo principale

La Costruzione di un  
**PIANO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO  
ASSISTENZIALE**

Generale ed «esportabile»

Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM – approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 Gennaio 2013) individua i seguenti modelli clinico-organizzativi:

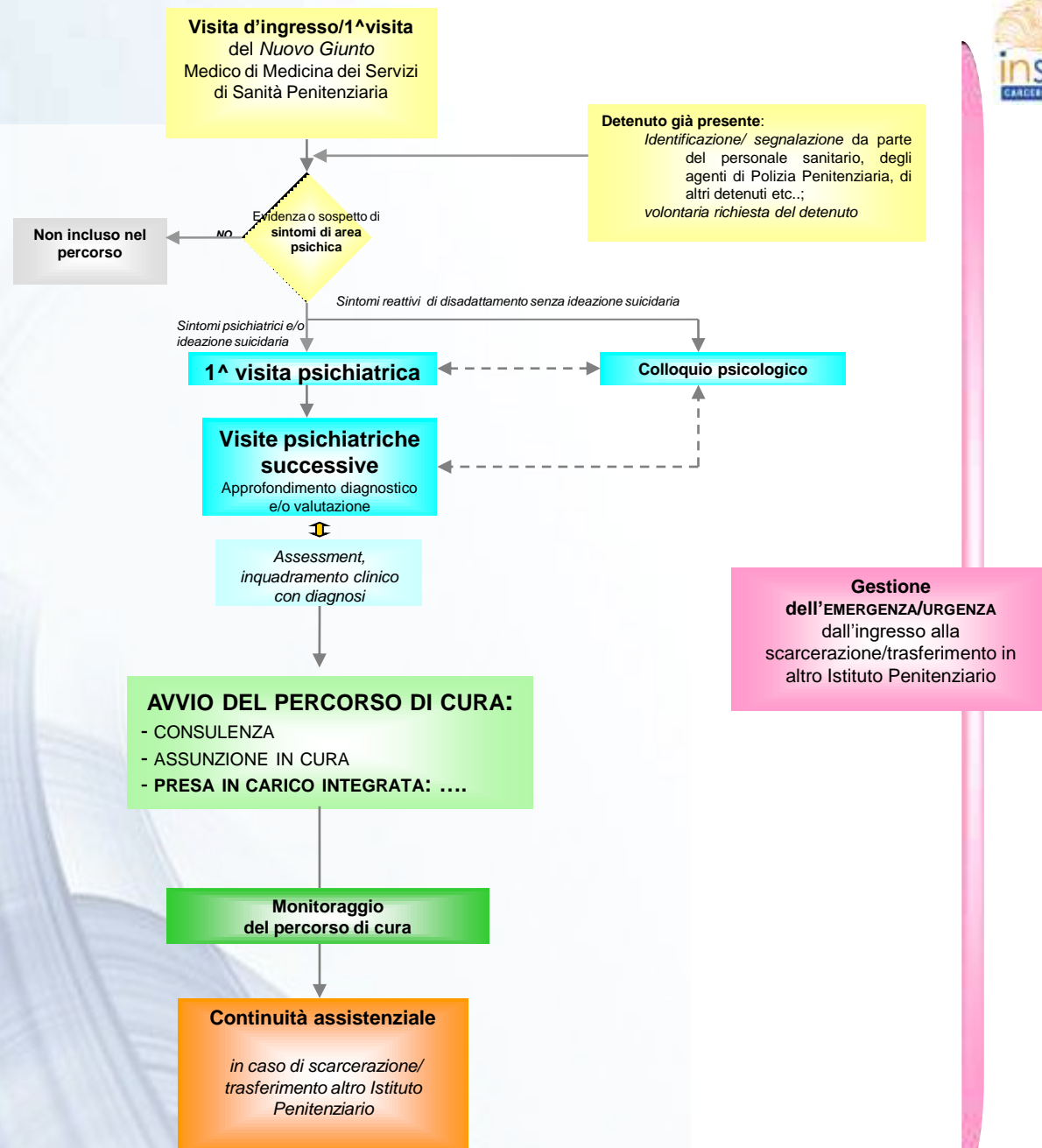
- a) la collaborazione/consulenza: una modalità di lavoro organizzata tra DSM e medicina generale o tra servizi NPIA, PLS, servizi psicologici o sociali e scuola per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative;
- b) l'assunzione in cura: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali;
- c) la presa in carico: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali. Il percorso clinico di presa in carico prevede la definizione di un Piano di Trattamento Individuale per il singolo utente e - a seconda dei bisogni individuati - richiede l'identificazione del case manager [...] oltre a una maggiore attenzione alle famiglie nell'ambito dei programmi di cura e lo sviluppo di programmi di prevenzione in collaborazione con gli Enti locali....” .

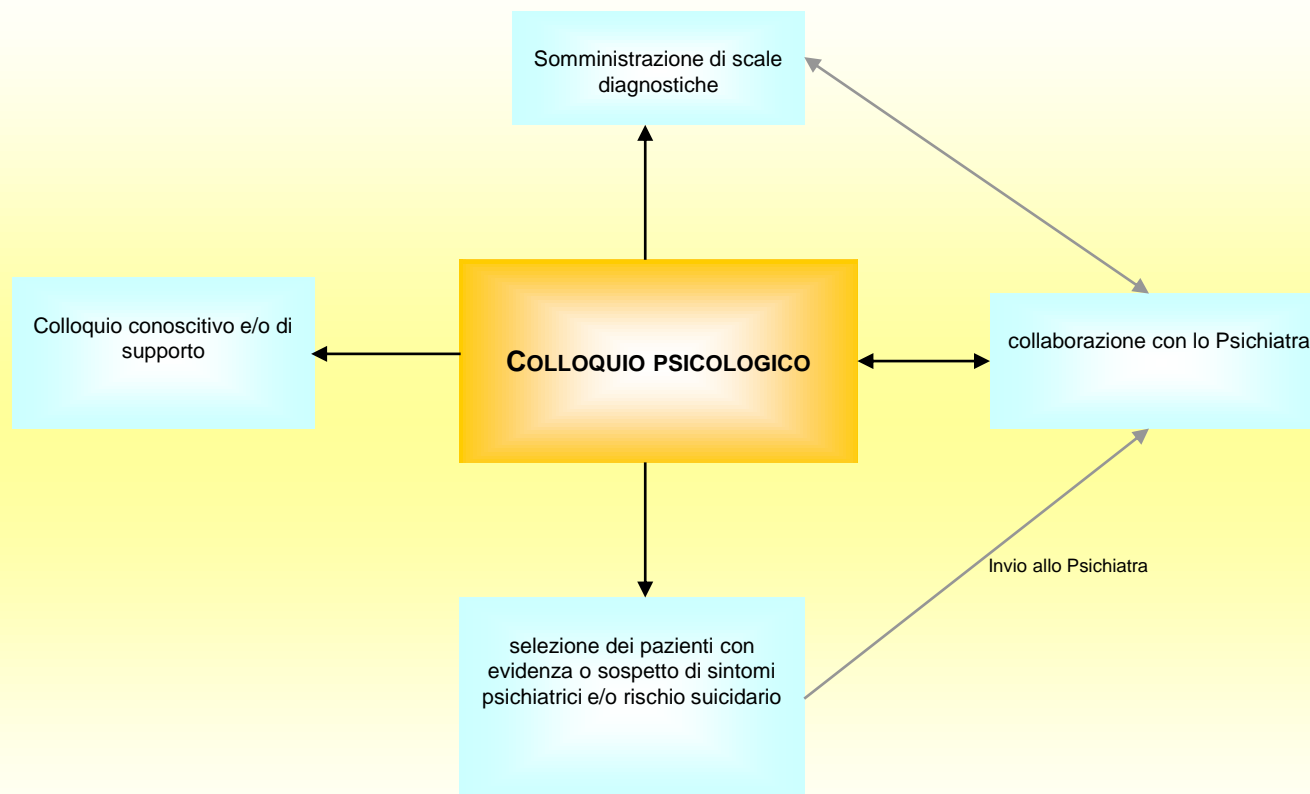


# Principali Linee guida di riferimento

- *APA*
- *ROYAL AUSTRALIAN and NEW ZEALAND COLLEGE of PSICHIATRISTS*
- *WORLD FEDERATION of SOCIETIES of BIOLOGICAL PSICHIATRY (WFSBP)*









**1^ VISITA  
PSICHIATRICA**

Anamnesi psichiatrica accurata

Colloquio psichiatrico strutturato

Collaborazione con Psicologo

Valutazione rischio suicidario

Formulazione prima ipotesi diagnostica

Valutazione della collocazione del detenuto nell'Istituto Penitenziario

Misure di sorveglianza particolare

Prescrizione di farmaci o rivalutazione terapia in atto

Gestione emergenza /urgenza

Redazione di relazione sanitaria

Valutazioni specifiche per richiesta dall'A.G.

**RICHIESTA DI SOCCORSO**  
per situazione di emergenza/urgenza:

**In presenza nell'IdP di personale medico:**

attivazione del Medico dei Servizi di Sanità Penitenziaria

Attivazione dello specialista Psichiatra\*  
(se presente nell'IdP)

**In assenza nell'IdP di personale medico:**

Chiamata del 118 con richiesta di *Autoambulanza medicalizzata* (invio a discrezione della Centrale Operativa)

Arrivo del Medico del 118

Necessità di terapia e/o di ricovero/valutazione specialistica

**NO**

*Il paziente accetta la somministrazione della terapia o la necessità di ricovero/valutazione specialistica?*

**SI**

**Condizioni di urgenza**

→ Attivazione procedure per TSO: Intervento procrastinabile

**Condizioni di emergenza\*\***

→ Per Stato di Necessità: Intervento immediato  
→ Eventuale trasporto in Pronto Soccorso con provvedimento del Direttore dell'Istituto anche su indicazione del personale sanitario non medico\*\*\*, con accompagnamento coattivo da parte ARES e/o Polizia Penitenziaria

**Se necessaria terapia:**

→ Somministrazione della terapia e successiva rivalutazione dello Psichiatra

**Se necessario ricovero/valutazione specialistica:**

→ Trasporto in Ambulanza con scorta Polizia Penitenziaria o traduzione a mezzo Polizia Penitenziaria

\* i sanitari operanti nell'IdP possono disporre misure di particolare sorveglianza attuate dalla Polizia Penitenziaria

\*\* disturbi psichici o alterazioni psichiche secondarie ad altre patologie, richiedenti cure immediate ed eventualmente caratterizzati da comportamenti violenti auto/eterodiretti tali da comportare immediato pericolo. Nel caso della realtà carceraria le funzioni di Pubblica Sicurezza sono a carico della Polizia Penitenziaria.

\*\*\* da concordare con il Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria DAP

## DGR n.2 del 11.01.2010 PROGRAMMA REGIONALE PER LA SALUTE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI:

istituti penitenziari parte integrante del territorio

riconosciuta piena parità di trattamento in tema di assistenza sanitaria tra individui detenuti e liberi spirito della riforma è garantire il “principio dell’equità nella differenza”

