

Con il patrocinio di



SIMIT
Società Italiana
di Malattie Infettive
e Tropicali

AGORÀ PENITENZIARIA 2018

XIX CONGRESSO NAZIONALE SIMSPE-ONLUS



Roma, 4 – 5 ottobre 2018

**Hotel dei Congressi
viale Shakespeare 29, Roma**

www.agorapenitenziaria.it

Organizzato da



1 percorsi clinico-gestionali per la popolazione detenuta con rischio suicidario: il Piano Locale per prevenzione e intervento negli istituti di pena di Civitavecchia.

Carola Celozzi

Disagio psichico e disturbi mentali

- In ambito penitenziario il disturbo mentale è tra le patologie più frequentemente osservate e rilevate e può presentarsi con vari livelli di gravità e/o modalità di manifestazione:
- la stessa detenzione/privazione della libertà rappresenta un evento “*morbigeno*” (si è parlato di stress psico-neuro-endocrino) che può causare un’esacerbazione e/o un’amplificazione di sintomi riconducibili ai più diversi Disturbi Psichici Minori e/o a Disturbi Psichiatrici Maggiori.

Nasce il **Progetto Insieme** e nasce il primo PDTA penitenziario per la salute mentale

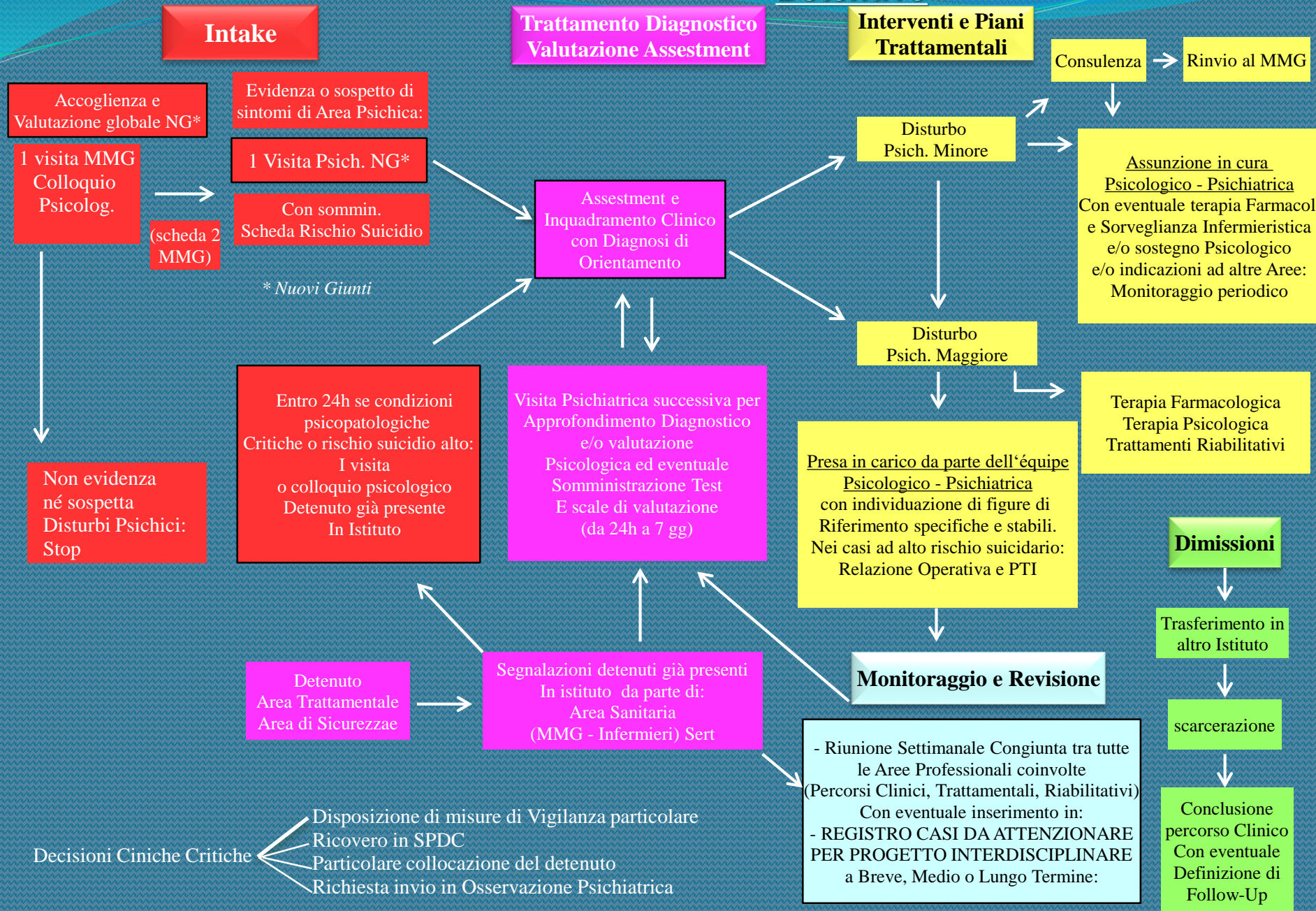
- Nel 2016 la SimsPe , in accordo con la SIP e la SIP.Dip e con il contributo incondizionato di Otsuka, promosse la costituzione di un board scientifico nazionale, proprio per riflettere sulle problematiche relative alla salute mentale in ambito carcerario e cominciare ad immaginare modi e strategie per trovare risposte non parcellizzate e non autoreferenziali. E si cominciò a delineare la base e il profilo di un PDTA specifico per la Salute Mentale in carcere. Importante è l'aver ottenuto, in seguito, il patrocinio del Ministero della salute, del Ministero della Giustizia e dell'ISS



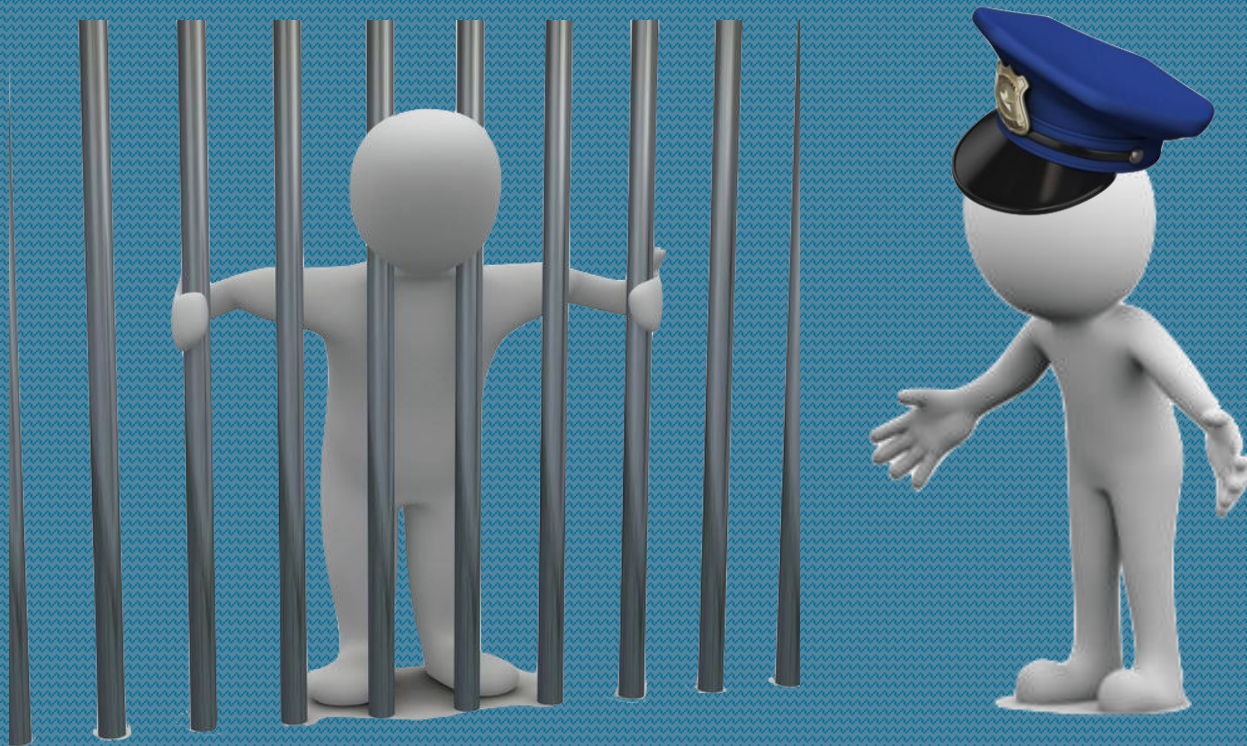
Tutela della Salute Mentale Adulti in ambito penitenziario DCA n U 00563 2017

- **Prevenzione e promozione del benessere mentale:** la relazione tra individuo e ambiente determina il grado di salute-malattia di ogni persona. Agire con strategie appropriate, desumibili dalle evidenze scientifiche e dalle buone prassi operative, contribuisce a modificare quelle relazioni ambientali che abbiano assunto valenze patogene e non evolutive. Il lavoro di rete dei servizi per la Salute Mentale che operano in ambito penitenziario è pertanto essenziale e non delegabile.
- **Presa in carico, precoce, appropriata e orientata ad obiettivi,** dei singoli individui che manifestino disagio psichico. L'accessibilità al servizio, l'attenzione alla diagnosi e cura precoce, la personalizzazione del trattamento, l'appropriatezza, la multidisciplinarietà, la riabilitazione, il reinserimento sociale e la valutazione degli esiti clinici sono pertanto gli elementi essenziali del trattamento individuale.

La strategia prioritaria per tali finalità si basa sulla competenza professionale, in cui la visione del trattamento sia condivisa dagli operatori sanitari e sia da essi gestibile attraverso strumento e metodologie professionali adeguate.



Ma gli eventi detti «critici»
mettono spesso in scacco gli
operatori penitenziari









Eventi critici in ambito carcerario (dati DAP 2015)

- Autolesionismo: 7029 (2751 italiani, 4278 stranieri)
- Tentati suicidi : 956 (488 italiani, 468 stranieri)
- Suicidi : 39 (25 italiani, 14 stranieri)

- *L'Autolesionismo non implica la formulazione di una specifica diagnosi, per quanto possa rilevarsi un'associazione tra gesto autolesivo e*

DBP, depressione, ansia, DCA,
DUS

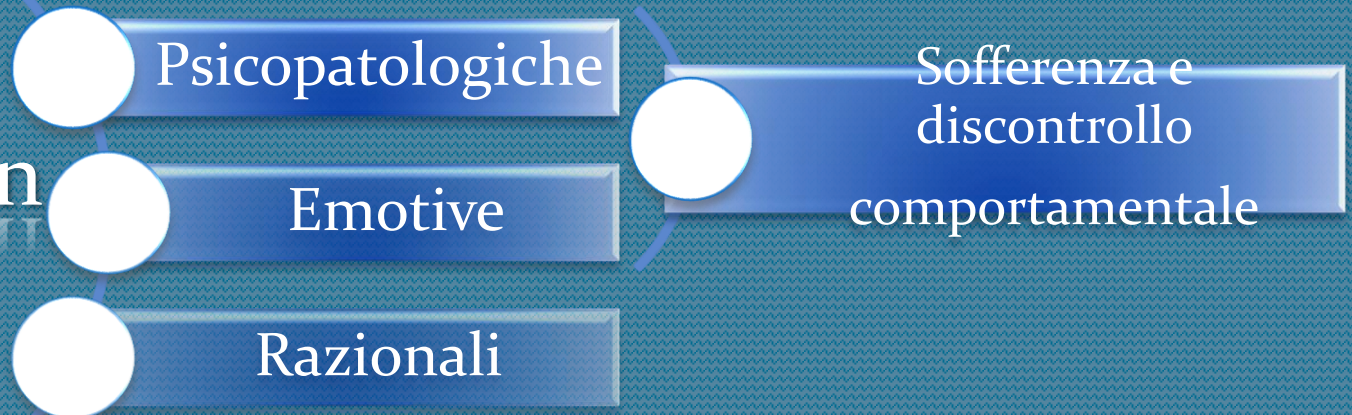
Esiste un continuum tra il gesto autolesivo deliberato e il suicidio?

- Atti di Autolesionismo deliberato: atti volontari auto-inflitti, dolorosi, distruttivi o lesivi, eseguiti senza l'intenzione di morire.

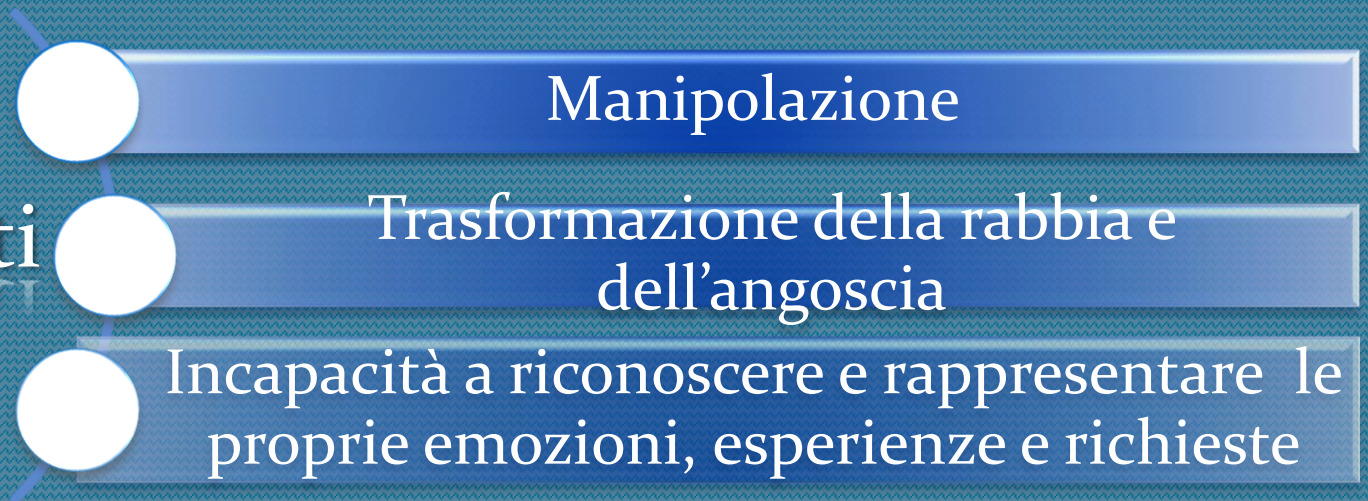


L'AUTOLESIONISMO in carcere

Motivazioni



Significati



La funzione del ricatto

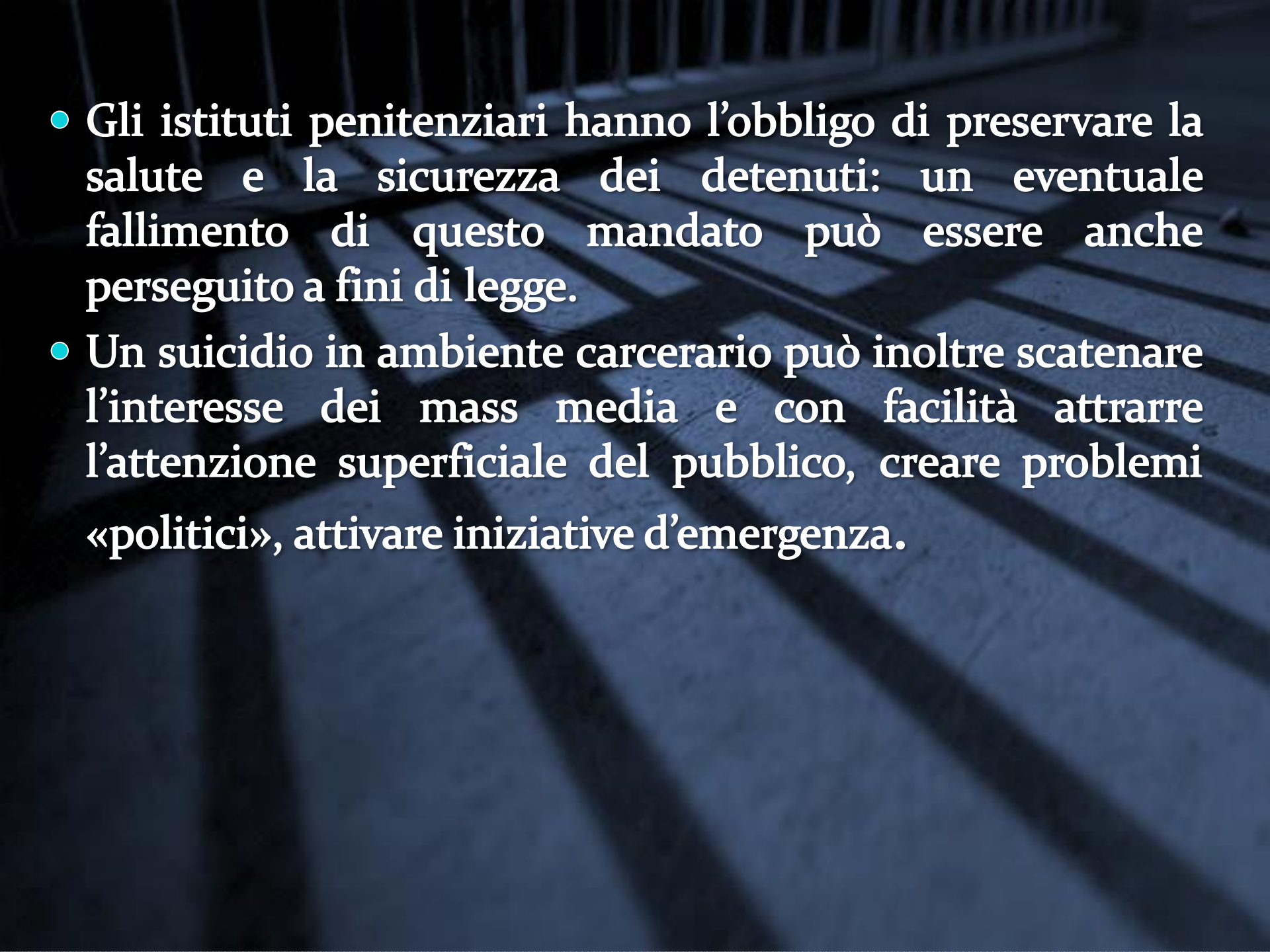


IL TS IN AMBITO PENITENZIARIO



L'impatto dell'Evento Suicidio

- L'Evento Suicidio ha un impatto psicologico devastante sulla comunità, in qualsiasi contesto esso si verifichi.
- In carcere, luogo in cui il sistema delle responsabilità e dei rapporti istituzionali è particolarmente complesso, il Suicidio rappresenta un fenomeno drammatico che non solo destabilizza e annichilisce familiari e conoscenti ma scompagina e produce inquietudini, sofferenza e confusione in tutti i gruppi di operatori coinvolti, esplodendo con la violenza di un gesto tragico, temuto e irreversibile

- 
- Gli istituti penitenziari hanno l'obbligo di preservare la salute e la sicurezza dei detenuti: un eventuale fallimento di questo mandato può essere anche perseguito a fini di legge.
 - Un suicidio in ambiente carcerario può inoltre scatenare l'interesse dei mass media e con facilità attrarre l'attenzione superficiale del pubblico, creare problemi «politici», attivare iniziative d'emergenza.

Sull'imprevedibilità del suicidio

On the unpredictability of suicide

MASSIMO BIONDI¹, ANGELA IANNITELLI^{1,2}, STEFANO FERRACUTI¹

Riv Psichiatr 2016;51(5):167-171

- ...il porre volontariamente fine alla propria vita deve essere patologizzato dal senso comune come espressione inequivocabile di malattia. Nel ricondurlo alla malattia, possiamo quindi applicare le categorie mediche del trattamento e della prevenzione. Nella pratica clinica, invece, il suicidio è uno dei comportamenti più difficilmente prevedibili, anche perché non necessariamente espressione di un disturbo psichiatrico. Già nel 1897 Durkheim suddivideva i suicidi in “patologici”, di competenza psichiatrica, e “normali”, dovuti a una alterata integrazione del soggetto nell'ambiente di vita.

L'illusoria delega alla psichiatria

- Si ha l'illusoria convinzione che lo psichiatra e lo psicoterapeuta abbiano il potere di conoscere tutti gli aspetti mentali del paziente grazie alle loro abilità, che possano agire e intervenire pienamente mediante cure (farmaci, interventi psicologici, ecc.) per evitare un suicidio.

- «Di fatto, le evidenze scientifiche sono tali da consentire di affermare che il suicidio non è prevedibile né, soprattutto, prevenibile con un grado di certezza tale da poter disporre di metodi scientificamente dimostrati per poterlo prevenire». Rimane , tuttavia, ineludibile il discorso etico di cercare di fare di tutto per poter dare speranza alla persona e aiutarla a uscire dalla condizione esistenziale che ha determinato tale ideazione. Fare di tutto si intenda «compatibilmente con le proprie funzioni , le proprie risorse e le caratteristiche del contesto di azione»

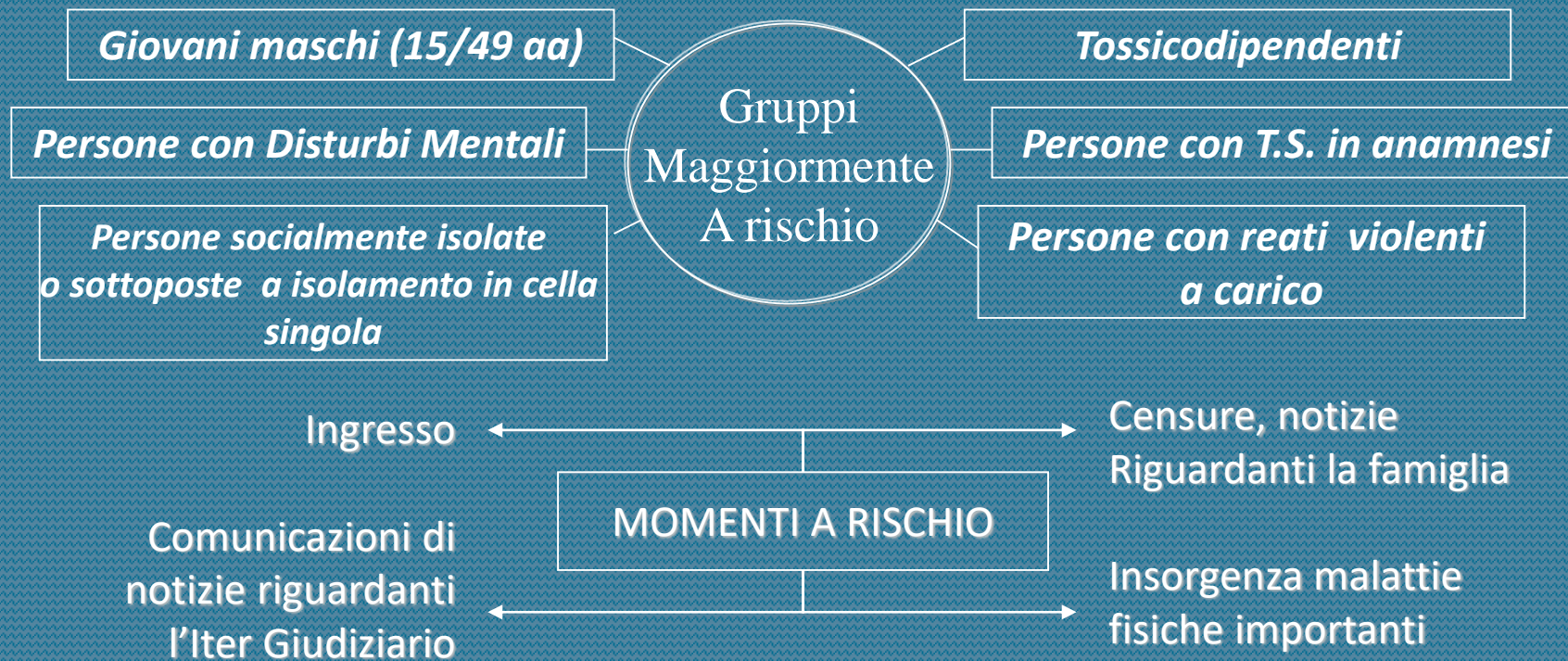
- In Carcere, tuttavia , luogo in cui la libertà è privata per definizione e dove la persona è sotto la completa tutela delle Istituzioni è certamente più complicato invocare la libertà di autodeterminarsi per una persona che libera non è per definizione.

Ecco che la responsabilità degli operatori aumenta proporzionalmente alla riduzione dei margini di libertà della persona, in un contesto in cui il diritto alla salute deve essere garantito contro ogni difficoltà.

IL SUICIDIO

IL SUICIDIO: Causa più comune di morte nelle carceri. 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.

Percentuali in aumento progressivamente dagli anni '70



Dati a confronto

- Nel 2014: 44 suicidi (fonti DAP)
- Nel 2015: 39 suicidi (fonti DAP)
43 suicidi (fonte Antigone)
- Nel 2016: 45 suicidi (fonte Ristretti Orizzonti)
39 suicidi (fonte Antigone)
- Nel 2017: 52 suicidi (fonte Ristretti orizzonti)

- *In Italia, tra i paesi europei, è maggiore lo scarto tra suicidi nella popolazione libera e quelli nella popolazione detenuta (tasso 9 volte superiore rispetto alla popolazione generale)*



- Circa il 30% dei detenuti che si suicida non ha una diagnosi psichiatrica già evidente e non mostra segnali di allarme in precedenza.
- Spesso la diagnosi è fatta ex post attraverso l'autopsia psicologica. Operazione con limiti evidenti.

- La Conferenza Unificata per i rapporti tra Stato-Regioni ha stabilito nel 2012 le "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale".
- Ciò ha prodotto varie iniziative regionali. Nella Regione Lazio è stato emanato il Decreto n. U00026 del 23/01/2015 avente ad oggetto: Recepimento Accordo n. 5/CU del 19 gennaio 2012 e approvazione documento recante "Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio.
- Per la sperimentazione di tale Programma sono stati scelti, insieme alla ASL ROMA 4, gli Istituti penitenziari di Civitavecchia, conclusosi nel dicembre 2016.

Dicembre 2017:

All'interno del DCA n U00563 (Approvazione Documento recante «Assistenza per la Tutela della Salute Mentale adulti in ambito penitenziario») è stato recepito, per gli aspetti sanitari, il Programma di Prevenzione del rischio autolesivo e suicidario (precedente DCA n U00026 del 2015)

- Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti.

*Presidenza del consiglio dei ministri
Conferenza unificata del 27 luglio 2017*

*Prevede un livello organizzativo **regionale** ed uno **locale***

Gli Istituti penitenziari di Civitavecchia si sono dotati di una apposita procedura per tentare di rendere possibile la realizzazione dell'obiettivo della prevenzione del disagio psichico grave e dei fattori di rischio per i gesti autolesivi e suicidari, obiettivo che richiede la partecipazione di tutti gli operatori, sia penitenziari sia sanitari.

Piano locale di prevenzione

Delle condotte suicidarie e autolesive negli Istituti
Penitenziari di Civitavecchia

Accordo tra Amministrazione Penitenziaria e ASL
Roma 4





Obiettivo.

Identificare i soggetti più vulnerabili e le circostanze nelle quali questa vulnerabilità può manifestarsi. Giocano dunque un ruolo fondamentale gli operatori penitenziari tutti, di area Penitenziaria e Sanitaria, compresi gli addetti alla salute mentale, gli educatori e la Polizia Penitenziaria.

Il rischio suicidario discende da una serie di fattori relativi alla personalità, al momento di vita, al contesto, alla presenza di fattori scatenanti e/o alla mancanza di fattori di protezione, talora alla presenza di disturbi psichici

- Si raccomanda agli attori interessati all'analisi e alla gestione del fenomeno suicidio un'attenzione «..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» con « 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 o suicidarie nell'ambito di condizioni patologiche psichiatriche. (Piano Nazionale)

Considerazioni dell'OMS (2007):

“Esiste una forte associazione tra suicidio dei detenuti e tipo di alloggio assegnato. Nello specifico, un detenuto posto in isolamento, o sottoposto a particolari regimi di detenzione (specialmente in cella singola) e incapace di adattarvisi, è ad alto rischio di suicidio.” E ancora “l'alloggio in isolamento, seppure per ragioni necessarie, può comunque incrementare il livello di rischio”.

Occorre contrastare, peraltro, anche l'isolamento in cui si trovano ad agire tutti gli operatori penitenziari, sanitari e non, isolamento causa di malessere, di reazioni maladattative, di interventi scoordinati e scomposti.

Obiettivo aggiunto : contrasto all'ottica della DELEGA

Si tratta di un'ottica da contrastare in termini sia teorici sia, soprattutto, pratici in tema di distribuzione di competenze e responsabilità. Traduzione del concetto: Non accettare deleghe improprie né delegare impropriamente.

La centralità del lavoro integrato: confronto, valutazione e monitoraggio multidisciplinare ed interistituzionale :

Riunione sui casi da attenzionare

almeno una volta a settimana a cura dell'équipe
multidisciplinare composta da rappresentanti
delle seguenti aree:

- Area della Direzione d'istituto
- Area sanitaria
- Area trattamentale
- Area della sicurezza
- Area della Salute Mentale
- Area SERd

Fasi del PDTA

- Accoglienza e screening del Nuovo Giunto (giunto dalla libertà, trasferito o rientrante da permessi)
- Valutazione specialistica con definizione delle azioni e degli interventi necessari:
 - Consulenza
 - Assunzione in cura
 - Presa in carico integrata

- Monitoraggio clinico
- Dimissioni e Continuità assistenziale
- Momenti di emergenza/urgenza
- Monitoraggio del Percorso

- Durante tutte le fasi dell'iter detentivo, dalla fase di ingresso fino all'uscita del detenuto , si prevede, in modo sperimentale, la compilazione di una **scheda interistituzionale (con sezioni di Area Penitenziaria e di Area Sanitaria)** con la segnalazione di eventuali notizie necessarie per la gestione comune del detenuto.

Aspetti legati alla Privacy

- Il rispetto alla vigente normativa sulla privacy si tradurrà in un'attenzione a ciò che è pertinente, necessario e proporzionale nella comunicazione delle informazioni tra le due istituzioni, ASL ed Amministrazione Penitenziaria, che devono costantemente collaborare nella gestione del paziente detenuto ma con finalità diverse (esigenze di cura versus esigenze di sicurezza)

SCHEMA INTERISTITUZIONALE AMM.NE PENITENZIARIA

SCHEMA INTERISTITUZIONALE

[Stampa modulo](#)

(Durante tutte le fasi dell'iter detentivo dalla fase di ingresso fino al momento dell'uscita compilazione di eventuali notizie necessarie per la gestione comune del detenuto)

COGNOME:

NOME:

SEZIONE AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

Compilazione a cura di:

Ufficio Educatori - Responsabile di Settore - Agente di Sezione - Ufficio Matricola - Ufficio Colloqui - Sorveglianza Generale
(da inviare all'area sanitaria)

Posizione Giuridica

☐ Giudicabile

☐ Appellante

☐ Ricorrente

☐ Definitivo

☐ Revoca delle misure

TRASFERIMENTO ORDINE E SICUREZZA

Pericolosità attiva

☐ Auto lesionismo

☐ Etero lesionismo

☐ Danneggiamento beni amministrazione (incendio cella e/o suppellettili)

☐ Infrazione regole penitenziarie (aggressività verbale)

Pericolosità passiva

☐ Sciopero della fame



Attiva Windows
Passa a Impostazioni

SCHEDA INTERISTITUZIONALE AMM.NE PENITENZIARIA

OPPORTUNITA' PENITENZIARIA

- ☐ Condizionabilità (giovane età e mancanza risorse economiche)
- Incolunità personale ☐ Tipologia reato
- ☐ Criticità di tipo religioso e/o etnico

VARIABILI CRITICHE ITER DETENTIVO

- Colloqui familiari ☐ Litigio
- ☐ Rifiuto

- Corrispondenza ☐ Interruzione
- ☐ Rifiuto nell'accettazione

- Notizie socio familiari ☐ Lutti
- ☐ Malattie
- ☐ Separazioni

- Iter processuale ☐ Condanne
- ☐ Notifiche ☐ Cumuli
- ☐ Rigetti

- Movimenti relativi a presenze in istituto ☐ Trasferimento per giustizia
- ☐ Rientro da misure
- ☐ Scarcerazione

Data: _____

Firma



Attiva Windows
Passa a Impostazioni

SCHEMA INTERISTITUZIONALE AREA SANITARIA

SCHEMA INTERISTITUZIONALE

Stampa modulo

(Durante tutte le fasi dell'iter detentivo dalla fase di ingresso fino al momento dell'uscita compilazione di eventuali notizie necessarie per la gestione comune del detenuto)

Cognome: _____

Nome: _____

SEZIONE AREA SANITARIA

Compilazione a cura di:

Medicina Generale - assistenza Psichiatrica e Psicologica (salute mentale) - SERD
(da inviare all'area amministrazione penitenziaria)

Misure di sorveglianza: ☐ Grande

☐ Grandissima

☐ A vista

☐ Revoca

Rischio

☐ Autolesivo

☐ Suicidario



Attiva Windows

SCHEMA INTERISTITUZIONALE AREA SANITARIA

Eventuali presenze
di indicatori
comportamentali:

☐ Bizzarrie

☐ Iperattività

☐ Vissuti antisociali

☐ Impulsività

☐ Segni di malessere

☐ Agitazione

☐ Irrequietezza

☐ Sudorazione

☐ Richiesta di farmaci tranquillanti

☐ Tendenza all'isolamento

☐ Tendenza alla prevaricazione

☐ Condizionabilità personologica

☐ Alterazioni del comportamento alimentare

☐ Timori per la carcerazione (*da descrivere*)

Presenza in carico del
detenuto:

☐ Avvenuta presa in carico Salute Mentale

☐ Avvenuta presa in carico SERD

☐ Avvenuta presa in carico Medicina Generale

Data:

Firma



Attiva Window
Passa a Impostazioni

- In caso si ravveda la necessità di un'allerta, il Responsabile del Settore ove è allocato il soggetto problematico o a rischio, su segnalazione di qualunque operatore penitenziario o sanitario, dovrà convocare una riunione *ad horas* (entro massimo 72 ore dalla segnalazione) dell'èquipe multidisciplinare. L'èquipe è composta, nella sua caratterizzazione di emergenza, dal Funzionario Giuridico Pedagogico, dal Responsabile del Settore e dallo Psicologo ASL per i provvedimenti più opportuni da proporre al Direttore dell'Istituto ma anche a chi, nel particolare momento della decisione, in assenza delle figure apicali, svolge funzioni di governo quali il Comandante del reparto o gli Addetti alla cd. Sorveglianza generale.

L'Unità di crisi di adattamento e il Percorso di inclusione attiva

- Nei casi in cui non emergano elementi di rilievo in senso psicopatologico ma il detenuto manifesti disagio e segnali di stress correlato alla restrizione della libertà personale, **lo psicologo del servizio nuovi giunti**, attiverà un programma comunitario e/o di sistema
- Nel caso in cui i detenuti manifestino comportamenti di questo tipo, o comunque pericolosi, si interviene con l'**Unità di crisi di adattamento** composta da uno psicologo, da un funzionario giuridico pedagogico e dal Responsabile della Polizia penitenziaria del Settore Accoglienza, per individuare le modalità più idonee al sostegno del detenuto.

- L'unità è coordinata dalla figura di tipo psicologico e ha come obiettivo quello di strutturare un piano di gestione e intervento con lo scopo di ridurre lo stress e il disagio psichico reattivi a situazioni contestuali. In questi casi è prevista l'istituzione di un “percorso Accoglienza” della durata di almeno un mese, che contempla, anche dopo l'allocazione in sezione (la più idonea, deliberata all'interno della riunione dello staff di accoglienza o dello staff multidisciplinare) un accompagnamento del detenuto nel circuito trattamentale per favorire l'adattamento, possibilmente in modo non passivo ma recettivo ai percorsi rieducativi.

Interventi di tipo risocializzante –riabilitativo e azioni per il miglioramento del clima penitenziario

- Corso peer supporter
- Progetto Clessidra

- Di prossima realizzazione :
- Progetto per attività lavorative esterne in collaborazione con Federsanità
- Progetto di laboratorio Teatrale: Progetto «Fortezza»

E , soprattutto:

Lo sportello di Counseling per gli Agenti
di Polizia Penitenziaria

Di certo, gli unici veri fattori di riduzione di rischio (di scompenso psicopatologico e suicidario per i detenuti, di burn-out per gli operatori) sono:

- **La qualificazione degli operatori, obiettivo da perseguire attraverso eventi dedicati , confronti con altre realtà e formazione serrata e continua sul campo**
- **La comunicazione stretta, continuativa, efficace, non sospettosa tra le varie aree dell'istituzione penitenziaria. La competenza rimane, la visione si allarga, ogni singolo individuo trova risposte più appropriate.**
- **Il sostegno agli operatori da parte delle Direzioni delle varie aree , attraverso l' «offerta» di linee guida chiare, di opportunità per esprimere le proprie difficoltà, di modulazioni operative che favoriscano il senso di appartenenza ad un gruppo coeso e non isolato.**

Grazie per l'attenzione