ALLEGATO

AGGIORNAMENTO DEL PIANO REGIONALE PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI PER ADULTI - REGIONE LOMBARDIA

INDICE

1. **I Presupposti normativi**
2. **Il Piano Regionale e i Piani Locali di Prevenzione – Principi generali**
3. **Il modello operativo – competenze interprofessionali e modalità di integrazione: Lo staff multidisciplinare**
4. **La valutazione del rischio suicidario e relativi strumenti di valutazione**
5. **La valutazione e la prevenzione del rischio suicidario nelle fasi di ingresso ed accoglienza**
6. **La valutazione e la prevenzione del rischio suicidario in itinere**
7. **I pre-requisiti della prevenzione del rischio suicidario**
8. **I Protocolli Operativi per affrontare l'urgenza**
9. **La sensibilizzazione della comunità penitenziaria**
10. **Il monitoraggio e la valutazione dei Piani Locali di Prevenzione**
11. **La formazione permanente ed integrata degli operatori**

Allegato "Riferimenti della letteratura scientifica su salute mentale e rischio suicidario"

1. I Presupposti normativi

Con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° aprile 2008 si sono regolate le modalità per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni e delle competenze della Sanità Penitenziaria[1].

I relativi Allegati A e C hanno definito, nel dettaglio, le azioni necessarie a realizzare, rispettivamente, la presa in carico sanitaria negli Istituti Penitenziari e il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Nell'Allegato A, in particolare, è stata riservata un'attenzione specifica al tema della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario.

Prevenire il rischio di suicidi in ambito carcerario è un obiettivo condiviso tanto dall'Amministrazione della Giustizia quanto dall'Istituzione Sanitaria e si deve caratterizzare per la scelta di metodologie di lavoro innovative, per il comune perseguimento degli obiettivi e l'integrazione delle reciproche competenze.

La Conferenza Unificata Stato Regioni, nella seduta del 19 gennaio 2012, ha sancito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle linee guida in materia di prevenzione[2] che, concretamente, hanno richiesto la definizione di specifici indirizzi operativi da sperimentare in ogni Regione e Provincia Autonoma.

Le implementazioni successive, che sono state oggetto di specifici monitoraggi realizzati sia dalle singole Amministrazioni coinvolte nel processo che dal Tavolo di Consultazione Permanente per la Sanità Penitenziaria istituito fin dal 2009 presso la Conferenza Unificata, hanno evidenziato come nella maggior parte del territorio gli interventi avviati siano stati focalizzati sull'effettuazione di una rilevazione personalizzata - innanzitutto nei momenti successivi all'ingresso nell'istituzione - dei fattori di rischio e di protezione e sulla predisposizione di interventi integrati di prevenzione, supporto e trattamento, regolamentati da protocolli operativi riferiti ai diversi ambiti locali (Regione, Azienda Sanitaria, Amministrazione Penitenziaria regionale o singolo Istituto Penitenziario).

Tale verifica, a livello nazionale, ha altresì evidenziato numerose criticità, prevalentemente connesse ad impostazioni teoriche talora non appropriate, incostanza nella implementazione delle attività,

---

[1] D.P.C.M. 01/04/2008 (pubblicato in G.U. 30 maggio 2008, n. 126) – Le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria".

[2] Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" (Repertorio Atti 5/CU del 19/01/2012; Allegato A)

rigida separazione delle competenze ed assenza di idonei monitoraggi o difficoltà nella loro realizzazione.

Alla luce di quanto sopra, con successivo Accordo, la Conferenza Unificata ha individuato le caratteristiche principali delle linee di intervento, proprio al fine di realizzare attività continue ed uniformi negli Istituti di Pena sull'intero territorio nazionale e ha approvato il Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti, del 27 luglio 2017 (recepito con DGR 104/2018).

Il modello organizzativo che supporta il Piano Nazionale prevede tre livelli di azione in cui sono rappresentate costantemente le istituzioni sanitarie e penitenziarie:

- Livello centrale: costituito dal Tavolo di Consultazione Permanente per la Sanità Penitenziaria;
- Livello regionale: Osservatori Regionali Permanenti di Sanità Penitenziaria, con il supporto di ulteriori articolazioni regionali eventualmente presenti;
- Livello locale: nasce dall'attività congiunta delle Direzioni di ciascun Istituto Penitenziario e delle competenti Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST/ATS).

Le linee generali nazionali, ispirate alle indicazioni specifiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità[3], costituiscono riferimento essenziale, prevedendo i contenuti fondamentali per un intervento efficiente ed efficace e per la formulazione degli accordi programmatici regionali che devono trovare localmente adattamento concreto ed operativo.

2. Il Piano Regionale e i Piani Locali di Prevenzione – Principi generali

Alla luce di quanto sopra, le parti condividono e concordano il presente Piano regionale il cui obiettivo specifico è quello di fornire linee di indirizzo comuni al fine di procedere, nei vari Istituti, ad organizzare un programma di interventi coerente, efficace ed efficiente. A tal fine il presente documento di indirizzo verrà inviato alle reciproche articolazioni territoriali con richiesta di definire in modo congiunto, in ogni Istituto Penitenziario, un **Piano Locale di Prevenzione** che ne costituirà la declinazione operativa.

I Piani Locali di Prevenzione, che hanno natura tecnico-operativa necessariamente improntata alla massima condivisione e concretezza tra tutte le parti interessate, verranno correlati ai Progetti di Istituto.

Metodologicamente è bene considerare che la massima integrazione possibile delle risorse umane e tecnico-professionali si può ottenere se si inquadrano correttamente tutte le figure presenti in ragione

[3]World Health Organization, International Association for Suicide Prevention, La prevenzione del suicidio nelle carceri, 2007

delle loro competenze, prerogative e possibilità. A tal proposito si individua un'area decisionale e tre aree di attenzione che devono ricomprendere l'opera di tutte le componenti professionali, volontarie e detenute:

- **Area decisionale**: per la parte penitenziaria 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 P.P. o gli Addetti alla c.d. Sorveglianza Generale), e per la parte sanitaria dal Dirigente Sanitario. A queste figure spettano le rispettive decisioni operative di ordine penitenziario e sanitario, in ragione degli elementi di conoscenza che, nell'immediatezza dei fatti e nel corso della detenzione, la rete di attenzione sottopone loro.
- **Area dell'attenzione e del sostegno tecnico – clinico**: vi afferiscono tutte le 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, educatori/TERP e assistenti sociali, sia afferenti alla parte sanitaria che a quella penitenziaria e che possono, in questi casi, dare corso ad un primo sostegno ed 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 delle sue incombenze può incontrare situazioni personali di fragilità e difficoltà, comunicarle 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, quelle che compongono quest'area svolgono un presidio o comunque hanno una presenza costante nei settori detentivi e possono, quindi, agire un'attenzione diffusa e capillare. Si fa riferimento principalmente al personale di polizia penitenziaria e agli stessi compagni di detenzione, oltre che i volontari penitenziari, che possono intercettare casi di fragilità e interfacciarsi sia con gli operatori sanitari che con gli operatori penitenziari per segnalare le situazioni di vulnerabilità secondo un metodo codificato e condiviso. Trattandosi di figure non dotate di competenze specifiche, ad esse non potranno essere assegnati compiti tecnici 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 responsabilità. Nondimeno, è da ritenersi essenziale la necessità 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.

Come verrà di seguito esplicitato, altre figure possono essere coinvolte per evidenziare situazioni di rischio, in particolare i magistrati, gli avvocati e i familiari dei detenuti.

In sintesi **è necessario 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 correlabili ad un rischio suicidario, operando conseguentemente quegli interventi ritenuti più opportuni per prevenire la degenerazione di tale rischio.

3. Il modello operativo – competenze interprofessionali e modalità di integrazione: lo staff multidisciplinare

E' fondamentale, quindi, prevedere nell'ambito di ogni Piano Locale un **modello di lavoro interdisciplinare** tra le diverse aree di intervento, penitenziario e sanitario, chiarendo al contempo, le specifiche competenze e gli snodi interprofessionali, per intercettare e trattare in modo coordinato, celere, adeguato e continuo, i momenti di criticità dei detenuti. Ciò fatto, occorre individuare gli ambiti e i segnali che si ritengono più importanti per valutare e monitorare il disagio sintomatico di un rischio suicidario, ripartendolo tra le varie competenze in campo e prevedendo gli strumenti e le modalità di confronto e di decisione integrata.

Ferme restando le specifiche responsabilità del personale dell'Amministrazione Penitenziaria e del personale dipendente dall'ASST di riferimento, l'obiettivo del Piano Locale deve essere quello di affinare costantemente lo scambio delle informazioni acquisite, al fine di migliorare la conoscenza della persona, e di consentire la costruzione degli interventi più adeguati al caso specifico, predisponendo procedure condivise.

I Direttori delle strutture penitenziarie e sanitarie avranno cura di nominare per le rispettive competenze uno **staff multidisciplinare**, composto da rappresentanti del personale penitenziario (polizia penitenziaria, Funzionario Giuridico Pedagogico, Psicologi, Volontari, ecc..) e sanitario (Medici della Struttura Penitenziaria, Personale infermieristico, Personale ASST del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ecc.) qualificati e dotati di adeguati livelli di competenza e responsabilità.

Lo staff multidisciplinare dovrà prendere in esame il caso nel più breve tempo possibile in modo da predisporre un **programma individualizzato** di presa in carico congiunta nel quale saranno indicati ulteriori interventi integrati degli operatori (sanitari, di sostegno e di sorveglianza), secondo le necessità determinate dalle problematiche rilevate.

Tale programma dovrà prevedere altresì la progressiva evoluzione delle misure terapeutiche e di sostegno, in ragione dell'andamento dei parametri presi in esame, sia in senso positivo che negativo.
Gli interventi attuati da parte dello staff multidisciplinare andranno annotati in apposito registro documentale di verbalizzazione delle sedute, così da consentire il tracciamento delle decisioni adottate e garantire che la procedura di attenzione sul caso abbia un preciso inizio e una motivata conclusione.
Lo staff multidisciplinare potrà essere unico o di reparto e dovrà essere costituito, ove non ancora presente, presso tutte le sedi penitenziarie.
Le riunioni dello staff multidisciplinare potranno avvenire anche per via telematica.

La prevenzione del rischio suicidario non è competenza esclusiva dell'ambito della salute mentale, ma deve coinvolgere tutto il contesto di vita del detenuto. Per tale motivo di seguito si danno indicazioni sulla valutazione del rischio e dei relativi strumenti e si rinvia all'Allegato STATO DELL'ARTE SU SALUTE MENTALE E RISCHIO SUICIDARIO – RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

4. La valutazione del rischio suicidario e relativi strumenti

La valutazione del rischio suicidario si qualifica come l'elemento portante del Piano di Prevenzione. Si pongono in via prioritaria una serie di questioni generali:

a) **Competenza:** si valuta che la competenza non possa che essere di ordine sanitario, anche se il personale penitenziario che accoglie la persona all'ingresso può chiedere notizie a chi ha operato l'arresto, in relazione al comportamento della persona e sul tipo di reato condotto, attese le possibili correlazioni tra alcuni delitti violenti e la volontà auto-soppressiva.
b) **Uso di strumenti specifici per la valutazione del rischio**.
c) **Taratura tra il grado di rischio rilevato e il livello d'intervento:** è essenziale che la gradazione del rischio colga l'effettiva gravità, evitando così una sopravalutazione o una sottovalutazione dei casi.
d) **Interventi sanitari immediati:** si ritiene importante che l'area sanitaria, in relazione al grado di rischio rilevato, adotti adeguate iniziative di natura clinica.
e) **Comunicazione** delle risultanze ed **integrazione degli interventi**.

La valutazione del rischio di agiti autolesivi e suicidari deve essere sempre presente nella documentazione sanitaria e va effettuata al momento della raccolta anamnestica e dell'apertura della cartella clinica. Si basa su anamnesi remota e attuale, anamnesi familiare, esame obiettivo, esame di

stato mentale, nonché sullo studio delle condizioni cliniche rilevanti, remote e attuali. L'accertamento di queste ultime è fondamentale perché il rischio di comportamenti suicidari è più elevato nelle seguenti condizioni cliniche:

- Patologia psichiatrica grave (depressione, disturbo bipolare, schizofrenia e altri disturbi psicotici, disturbi della personalità con profilo aggressivo/impulsivo)
- Disturbi correlati all'uso di sostanze, disturbo da gioco d'azzardo, dipendenze comportamentali
- Disturbi post-traumatici
- Sindromi cerebrali organiche,
- Sintomi "trasversali" a disturbo mentale (agitazione psicomotoria, manifestazioni ansiose e relative alla sfera dell'umore, etc.)
- Comorbilità organica
- Patologia terminale
- Dolore cronico

Nella documentazione sanitaria devono essere costantemente aggiornati tutti quegli elementi comportamentali e clinici utili alla valutazione "in tempo reale" della vita del detenuto e oggetto di un attento monitoraggio nel tempo.

Per una migliore valutazione del rischio autolesivo e suicidario si deve sempre includere l'utilizzo di strumenti quali "scale/schede di valutazione del rischio": questo sia al momento dell'ingresso in carcere sia nel tempo, con funzione di monitoraggio. Gli esiti di tale valutazione vanno riportati nella cartella clinica (ad esempio, sul grafico dei parametri nell'apposito spazio scale di valutazione) al fine di individuare i diversi livelli di rischio.

Fino al completamento della valutazione in ingresso e della compilazione della cartella clinica il soggetto viene considerato potenzialmente a rischio di agiti e come tale gestito. Per questo motivo è importante che, durante tale periodo, venga effettuata un'osservazione "diretta" al fine di cogliere i segni indicativi dello stato psichico e dell'evoluzione dell'intenzionalità autolesiva e suicidaria. Successivamente, in relazione alla definizione di un livello di rischio fruibile a fini preventivi, può venire associata una specifica modalità di osservazione, nonché altri interventi finalizzati alla prevenzione e gestione del comportamento autolesivo/suicidario: ad esempio, monitoraggio dei segnali di allarme, tecniche di colloquio specifiche, ispezioni programmate, tranquillizzazione farmacologica, modificazioni ambientali, etc…

Gli esiti della valutazione del rischio autolesivo e suicidario derivati dall'osservazione e dal monitoraggio nel tempo possono essere diversificati in un profilo definibile come:

- **Generico** con livello minimo di osservazione per il soggetto, definibile come a rischio **BASSO**. Trattasi generalmente di soggetti noti e che non destano preoccupazione sul piano

comportamentale e la cui collocazione all'interno del reparto è conosciuta dal personale. Non è richiesta un'osservazione continua e diretta.

- **Intermittente** con livello di osservazione appropriato per soggetti potenzialmente, ma non immediatamente, definibili come a rischio **MEDIO.** La collocazione del soggetto viene controllata frequentemente ed in cartella deve risultare la registrazione di tale attività tramite compilazione di apposita modulistica (vedi a seguire). Tale attività richiede particolare sensibilità da parte del personale per evitare un'eccessiva intrusività e deve costituire un'opportunità di aggancio/approccio relazionale positivo con il detenuto.
- **Intensiva** quando si presenta un livello di agiti elevato con necessità di osservazione costante e il soggetto è definibile come a rischio **ELEVATO**. L'osservazione deve esser compiuta con estrema attenzione e in modo mirato al fine di cogliere comportamenti "sentinella" - verbali e non (eccessiva inattività, eccitazione, richieste di permesso per isolarsi, etc.) - e di cercare di instaurare un rapporto di fiducia che induca la persona a comunicare i propri pensieri/sentimenti. La collocazione viene controllata frequentemente e tale attività deve essere registrata utilizzando apposita modulistica (vedi a seguire). L'attenzione verso questa tipologia di soggetti può prevedere, secondo necessità e senza preavviso, controlli accurati del soggetto, dei suoi effetti personali e della area di permanenza, sempre nel pieno rispetto della persona e degli obiettivi terapeutici che ci si prefigge. Il coinvolgimento positivo del soggetto è obiettivo fondamentale di questo livello di osservazione.

Tutto il personale coinvolto nel processo di valutazione deve essere a conoscenza del livello di rischio attribuito al soggetto. Per i soggetti a rischio elevato la rivalutazione viene effettuata quotidianamente sulla base delle risultanze dei colloqui clinici, della rilevazione dell'intenzionalità suicidaria e delle più diverse evidenze raccolte dal personale attraverso l'osservazione continua. Per i soggetti a rischio medio tale rivalutazione deve essere almeno bisettimanale. Sono possibili variazioni in riferimento alla tempistica che devono essere immediatamente inserite in cartella clinica insieme ad ogni altra notazione di tipo clinico.

Per quanto riguarda lo specifico degli strumenti di rilevazione - e al fine di recepire quanto indicato in precedenza – si indica l'utilizzo di un modello a due livelli: il primo gestito dai medici della struttura penitenziaria, mentre il secondo da specialisti con esperienza clinica specifica, quali psicologi e psichiatri.

Pur nella consapevolezza dell'estrema eterogeneità degli strumenti a disposizione e della necessità di lasciare alla libera scelta dell'équipe multi-professionale della singola istituzione detentiva – anche sulla base dell'evoluzione "storica" del suo gruppo di lavoro, della sua organizzazione e delle

competenze formative a disposizione – si propone, quale strumento di valutazione del rischio suicidario di 1° livello nei soggetti che accedono al carcere, il questionario **Patient Safety Screener**, di seguito definito come **PSS-3**.

Il PSS-3 è progettato per essere semplice da utilizzare anche da parte di professionisti non specializzati. Consiste in tre sole semplici domande (più una associata al terzo quesito, da considerare solo in caso di risposta affermativa a quest'ultimo) volte a rilevare la presenza di:

• depressione;

• ideazione suicidaria attiva;

• prossimità temporale di un eventuale tentativo di suicidio.

Ciascuna di queste domande indaga la presenza di condizioni, nel paziente, ritenute suggestive ed indicative di un concreto rischio di suicidio:

1. la presenza di depressione, che contribuisce comunemente allo sviluppo dell'ideazione, della progettazione e del comportamento suicidario, e che rappresenta la diagnosi più frequente tra coloro che muoiono per suicidio;
2. la presenza di ideazione suicidaria attiva, "il pensare di uccidersi", che è una precondizione allo sviluppo del comportamento suicida;
3. la presenza di pregressi tentativi di suicidio che rappresenta uno dei fattori di rischio più consistenti.

A seguire viene riportato lo strumento cui accedere con le seguenti informazioni preliminari:

- È importante che lo screening sia presentato al detenuto secondo modalità che lo aiutino a comprenderne lo scopo e motivino le domande poste che, altrimenti, che potrebbero generare ulteriore ansia).
- Il professionista può quindi preannunciarne l'effettuazione utilizzando la seguente formula: *"Ora Le farò alcune domande che sottoponiamo a tutti i detenuti, indipendentemente dal problema per cui sono qui. Questo ci aiuta a essere sicuri di non trascurare nulla di importante"*.
- ATTENZIONE: Il contenuto delle domande non deve essere riformulato, le domande non devono essere ricombinate e non può essere eluso alcun item.

---

1. Nelle due settimane precedenti ad oggi, si è sentito giù di morale, depresso o senza speranza?

□ Si □ No □ Il paziente non è in grado di rispondere □ Il paziente si rifiuta di rispondere

2. Nelle due settimane precedenti ad oggi, ha pensato di uccidersi?

□ Si □ No □ Il paziente non è in grado di rispondere □ Il paziente si rifiuta di rispondere

3. Nella sua vita ha mai tentato di uccidersi?

□ Si □ No □ Il paziente non è in grado di rispondere □ Il paziente si rifiuta di rispondere

3a. Se sì, quando è successo?

□ Nelle ultime 24 ore □ Nell'ultimo mese (ma non oggi) □ Da uno a sei mesi fa

□ Più di sei mesi fa □ Il paziente non è in grado di rispondere □ Il paziente si rifiuta di rispondere

In caso di risposta positiva alla Domanda n. 1: "Nelle due settimane precedenti ad oggi, si è sentito giù di morale, depresso o senza speranza?" lo screening positivo per depressione, ma non per rischio suicidario

In caso di risposta positiva alla Domanda n. 2: "Nelle due settimane precedenti ad oggi, ha pensato di uccidersi?" lo screening positivo per il rischio suicidario

In caso di risposta positiva alla Domanda n.3: “Nella sua vita ha mai tentato di uccidersi?”, lo screening potrebbe essere positivo per rischio suicidario, in funzione delle risposte fornite con la domanda seguente
In caso di risposta positiva alla Domanda n. 3a: “Quando è successo?” lo screening è positivo per rischio suicidario solo se le risposte sono “Nelle ultime 24 ore”, “Nell’ultimo mese (ma non oggi)” e “Da uno a sei mesi fa”
Se il paziente si rifiuta di rispondere, lo screening va riproposto in un secondo momento.
Qualora il paziente si rifiutasse nuovamente di rispondere, verrà valutato come positivo.

In relazione agli strumenti di rilevazione di 2° livello, cioè quelli utilizzabili da specialisti con esperienza clinica quali psichiatri e psicologi, si propone la **Scala della Columbia University per la valutazione della gravità del rischio suicidario (C-SSRS)** che costituisce uno strumento di riferimento riconosciuto a livello internazionale come uno dei più completi e ampiamente usato anche in Italia.

5. La valutazione e la prevenzione del rischio suicidario nelle fasi di ingresso ed accoglienza

Un momento di elevata criticità è rappresentato dall’ingresso in Istituto e dall’inizio della vita detentiva, con la conseguente necessità di ambientamento al contesto. In quest’ottica le modalità di accoglienza rivestono particolare importanza e consentono una prima e immediata valutazione del rischio autolesivo e suicidario.

Accoglienza ed immatricolazione

Il Piano Locale dovrà prevedere le procedure legate all’accoglienza, all’immatricolazione e alla prima allocazione della persona. Dal punto di vista del rischio si renderà opportuno evidenziare la necessità di porre attenzione al contenuto degli atti con particolare riferimento al fatto che il soggetto sia o meno alla prima detenzione, al tipo di reato e, in particolare, se questo è di natura violenta ed efferata o riguarda delitti intra-familiari o contro la sfera sessuale altrui. È da prevedersi la necessità, da parte del personale che accoglie l’arrestato, di approfondire con il personale che ha proceduto all’arresto il tipo di comportamento della persona nell’immediatezza del fatto e prima di essere condotto in carcere, con particolare riguardo a propositi o agiti auto-soppressivi. Al termine di tale analisi le risultanze dovranno essere inviate all’area sanitaria con le modalità che verranno stabilite in modo congiunto a livello locale. Si vuole qui sottolineare la rilevanza delle attività sopra descritte, volte ad intercettare i pur minimi elementi di rischio, che dovranno essere particolarmente considerati specie nei casi in cui

non sia immediatamente disponibile la figura del sanitario, al quale comunque dovranno essere tempestivamente sottoposti tutti i casi registrati in sua assenza.

Allocazione

Il soggetto verrà ubicato temporaneamente, e per il tempo strettamente necessario alle prime incombenze matricolari e di allocazione, presso le stanze di accoglienza. Tali locali dovranno essere adeguati alla specifica destinazione d'uso, allestiti e mantenuti con cura: pareti sane e tinteggiate, arredamenti dignitosi, sufficiente luce naturale, presenza di un bagno e agevole accesso alla doccia. Dovranno corrispondere alle esigenze di un clima circostante quanto più possibilmente positivo, tanto nel caso siano collocate nei piani detentivi, quanto nei pressi dell'infermeria o altrove.

Visita medica

Espletate tali procedure il soggetto verrà sottoposto immediatamente - e comunque nei termini temporali definiti dal Piano Locale - a visita medica finalizzata a valutare il complessivo stato di salute e il rischio auto/etero-lesivo. L'accertamento all'ingresso deve essere svolto da personale sanitario nel più breve tempo possibile, come previsto dal Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti.

Al colloquio clinico dovrà associarsi una valutazione specifica relativa al rischio suicidario tramite lo strumento PSS-3 descritto al paragrafo 4.

Il medico, in base al rischio suicidario individuato, dovrà definire il livello di attenzione provvedendo anche a richiedere (secondo le indicazioni contenute nello schema sintetico sotto riportato) l'intervento degli specialisti di cui si renda utile la consulenza, con particolare riguardo agli psicologi, agli psichiatri e agli operatori SERD, che provvederanno alla presa in carico del paziente, garantendo le prescrizioni del caso.

Tutte le attività descritte verranno registrate nella scheda di primo ingresso, che verrà caricata nella cartella clinica e inserita nel fascicolo matricolare del detenuto, ordinariamente in uso e che dovrà essere consegnata, nelle modalità concordate a livello locale, agli operatori che intervengono nella fase immediatamente successiva.

Qualora il sanitario rilevi un rischio suicidario **medio o elevato,** lo stesso curerà, nel più breve tempo possibile ed in relazione al livello di priorità, la convocazione e lo svolgimento, anche per via telematica**, dello *staff* multidisciplinare,** la cui composizione e funzione sono descritte al paragrafo 3, attivando fin da subito tutte le necessarie azioni di cautela corrispondenti al livello di rischio stimato.

Sinotticamente la procedura di Ingresso e Accoglienza può essere schematizzata come nella Tabella a seguire.

Procedure in ingresso e accoglienza	
Competenze penitenziarie	Competenze sanitarie
Analisi della documentazione processuale	
Approfondimento del comportamento del detenuto nell'immediatezza del fatto e prima di essere condotto in carcere con il personale che ha proceduto all'arresto	
Invio delle risultanze all'area sanitaria per la valutazione del grado di rischio	
	Colloquio clinico e valutazione strutturata tramite somministrazione questionario PSS-3 ad opera del medico della struttura penitenziaria
	Indicazione derivanti dalla valutazione anamnestico-clinica preliminare e da grado di rischio derivante dal risultato PSS-3
	Valutazione clinica e valutazione strutturata tramite somministrazione questionario C-SSRS da parte dello specialista (psicologo, psichiatra) in funzione della presenza di un grado di rischio medio o elevato rilevabile al PSS-3
	Predisposizione di un primo piano d'intervento clinico da parte del medico della struttura penitenziaria, psicologo, psichiatra, operatore SerD
	Comunicazione del livello di rischio suicidario alla Direzione dell'Istituto, del piano d'intervento clinico predisposto e delle indicazioni relative all'alloggiamento, disponibilità di oggetti pericolosi, controllo sulla persona, inserimenti in gruppo peer supporter
Alloggiamento coerente alla segnalazione, consegna o rimozione di beni ed oggetti pericolosi, predisposizione del livello di controllo adeguato, inserimento o meno in un gruppo di peer supporter	
Discussione collegiale ed interprofessionale del caso - anche per via telematica - e predisposizione di un programma d'intervento integrato in caso di una rivalutazione del rischio classificato come medio o elevato	

6. La valutazione e la prevenzione del rischio suicidario in itinere

La valutazione del rischio suicidario, per essere efficace, si deve avvalere di successive rivalutazioni per l'intera durata della detenzione, con particolare attenzione a specifici momenti in cui possono cambiare le condizioni detentive o personali o in ragione di insoliti segnali comportamentali. Ciascuna delle figure professionali già indicate in precedenza - partendo dal proprio punto di osservazione e mantenendo inalterata la propria specificità professionale e le responsabilità correlate - deve diventare partecipe di tale attività di osservazione.

Per quanto riguarda il **personale penitenziario** esso già presidia luoghi ed accadimenti che possono essere, se non predittivi, quantomeno significativi rispetto ad eventi stressanti potenzialmente pericolosi.

A mero titolo esemplificativo si segnalano di seguito alcuni **momenti in cui è necessario prestare particolare attenzione:**

Ingresso

Il personale operante l'arresto gestisce i primi momenti della vicenda detentiva.

È importante che gli operatori penitenziari che accolgono i nuovi giunti siano opportunamente preparati all'osservazione specifica delle reazioni emotive e che, al momento dell'ingresso, riferiscano adeguatamente se l'arrestato ha espresso intenzionalità suicidarie.

Colloqui con l'area trattamentale

Seppur non specialisti in psichiatria o in psicologia è evidente che la relazione con i funzionari giuridico pedagogici è indubbiamente un momento particolarmente significativo per cogliere elementi di disagio e di sofferenza che meritano di essere portati all'attenzione dell'area sanitaria.

Colloqui con il volontariato

Pur con le precisazioni già esposte, con riferimento e a maggior ragione in relazione alle caratteristiche dei volontari e alla natura della relazione intercorrente con la popolazione detenuta, anche in questo caso l'ordinaria attività può essere occasione per rilevare elementi di sofferenza e di fragilità meritevoli di valutazione specialistica.

Colloqui con familiari o con terze persone ammesse

Lo svolgimento di un colloquio può risultare particolarmente teso o, viceversa, caratterizzato da lunghi momenti di silenzio o, addirittura, di sofferenza e meritare un successivo approfondimento. Analogamente, è necessario creare la possibilità per i familiari di esprimere preoccupazione a

seguito del contatto con il parente detenuto. 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 -Telefono

La cessazione di corrispondenza verso l'esterno o il rifiuto di riceverne sono l'evidente segno di una rottura relazionale e, come tale, indicatori di una situazione stressante che merita approfondimento.
Analogamente, un ulteriore fattore da attenzionare sono litigi violenti nel corso di telefonate di cui è consentito l'ascolto.

Attività Giudiziarie - Notifiche

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

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 persone che si presumono essere particolarmente fragili - può costituire un momento stressante da attenzionare.
Laddove possibile si dovrà evitare di effettuare tali comunicazioni in momenti in cui la persona non possa essere monitorata e comunque, se non incombono urgenze giudiziarie, escludendo momenti in cui il detenuto può trovarsi in maggior stato di solitudine, quali ad esempio le ore preserali e serali e le giornate prefestive e festive.

Colloqui magistrati

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

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.

La vita in sezione

La vita in sezione può evidenziare atteggiamenti e comportamenti significativi dal punto di vista del cedimento delle resistenze individuali allo stress. Tra questi, ad esempio, l'utilizzo improprio delle bombolette di gas disponibili per l'alimentazione dei fornelli da campeggio in uso ai detenuti per scaldare cibi o bevande o per cucinare semplici preparazioni alimentari.

In tutti questi casi, il personale operante segnalerà immediatamente al personale sanitario le proprie impressioni in modo che si possano effettuare valutazioni ed interventi immediati e convocare, nel più breve tempo possibile, lo *staff* multidisciplinare che attiverà il programma di attenzione necessario.

Anche il **personale sanitario** ha il compito di presidiare i punti strategici per l'osservazione:

Visite ordinarie

La richiesta ripetuta di visite, l'utilizzo di psicofarmaci prescritti per disturbo mentale o per disturbo correlato a sostanze, la segnalazione di "sfoghi" e alterazioni emotive e/o comportamentali, la presenza/insorgenza di patologie organiche, invalidanti o a prognosi infausta, costituiscono elementi da monitorare adeguatamente ai fini della prevenzione del rischio suicidario.

Distribuzione della terapia

Il rifiuto/mancata assunzione della terapia o, al contrario, la ripetuta richiesta di ulteriori farmaci o il misuso degli stessi, possono essere indice di un malessere prodromico a comportamenti da monitorare ai fini della prevenzione del rischio suicidario.

Sinotticamente la procedura di intercettazione può essere schematizzata come nella Tabella a seguire.

Procedura in itinere	
Competenze penitenziarie	Competenze sanitaria
Percezione di fatti o comportamenti che destano preoccupazione	Percezione di fatti o comportamenti che destano preoccupazione
Invio delle risultanze all'area sanitaria per la valutazione del grado di rischio	
	Colloquio clinico e valutazione del rischio suicidario tramite somministrazione questionario PSS-3 ad opera del medico della struttura penitenziaria
	Indicazione del grado di rischio suicidario
	Valutazione clinica e valutazione strutturata tramite somministrazione questionario C-SSRS da parte dello specialista (psicologo, psichiatra) in funzione della presenza di un grado di rischio medio o elevato rilevabile al PSS-3
	Predisposizione di un primo piano d'intervento clinico da parte del medico della struttura penitenziaria, psicologo, psichiatra, operatore SerD
	Comunicazione del livello di rischio suicidario alla Direzione dell'Istituto, del piano d'intervento clinico predisposto e delle indicazioni relative all'alloggiamento, disponibilità di oggetti pericolosi, controllo sulla persona, inserimenti in gruppo peer supporter
Alloggiamento coerente alla segnalazione, consegna o rimozione di beni ed oggetti pericolosi, predisposizione del livello di controllo adeguato, inserimento o meno in un gruppo di peer supporter	
Discussione collegiale ed interprofessionale del caso - anche per via telematica - e predisposizione di un programma d'intervento integrato in caso di una rivalutazione del rischio classificato come medio o elevato	

Trasferimento

Una considerazione particolare merita la gestione dei detenuti a seguito dell'adozione dei provvedimenti di trasferimento.

Infatti, anche se tali detenuti non possono essere tecnicamente definiti come "nuovi giunti", sono tuttavia sottoposti - per il solo fatto del trasferimento e indipendentemente dai motivi - ad uno stress che può essere anche significativo. Il detenuto trasferito si ritrova, in brevissimo tempo, a passare da un ambiente di vita a lui noto ad un altro sconosciuto, sia dal punto di vista delle strutture, che delle regole e delle persone con le quali interloquire, siano essi altri detenuti o personale penitenziario. Tale nuovo *status* può creare, a livello psicologico, un sentimento di disagio nei confronti del nuovo e, quindi, porsi come fattore di rischio. Pertanto le attività previste per i "nuovi giunti" devono essere estese anche ai detenuti trasferiti.

Scarcerazione

Tra le situazioni potenzialmente stressanti si deve annoverare anche la scarcerazione del detenuto. Infatti, se l'ingresso in carcere dalla libertà è un evento traumatico, non lo è meno la re-immissione, specialmente dopo lunghi periodi di carcerazione.

La situazione psicologica del condannato ad un lungo periodo di pena - quando viene rimesso in libertà - può creare criticità che derivano dalla perdita di abitudini ai ritmi della vita penitenziaria che, proprio per la sua invasività, "protegge", almeno entro certi limiti, dagli eventi esterni: il timore di essere rimesso in libertà, a questo punto, potrebbe far riemergere nel soggetto senso di insicurezza, di precarietà o di preoccupazione per l'ignoto e per il futuro.

Nei confronti dei ristretti - che nel corso della detenzione siano stati valutati a rischio suicidario medio-elevato e presentino un fine pena nei successivi 3-6 mesi - andrà pertanto sviluppato un programma intensificato di valutazione e di sostegno psicologico propedeutico alla re-immissione in libertà che coinvolga i servizi territoriali e dell'U.E.P.E. di riferimento e, in particolar modo, il contesto familiare dove la persona farà ritorno all'atto della dimissione.

7. I pre-requisiti della prevenzione del rischio suicidario

È evidente come, dopo aver intercettato e graduato il rischio, occorra strutturare un programma di lavoro che integri una serie di azioni terapeutiche e di sostegno alla persona e di soluzioni organizzative di varia natura che dovranno essere previste nei vari Piani Locali.

In tal senso potranno essere superati anche i "vecchi" concetti di **grande sorveglianza e sorveglianza a vista, sanitaria o custodiale,** improntati ad una gestione formale della persona, per

consolidare un approccio multiprofessionale della situazione a rischio e consistente in un'osservazione ed un intervento integrato e partecipato del soggetto da parte degli operatori.
Occorre, in altri termini, passare da una definizione astratta del concetto di "*grande sorveglianza"*, oggi indeterminata nelle modalità e nelle tempistiche, ad una strutturazione di misure di cautela connotate da un'articolata concretezza.
Anche in questo caso l'indicazione ha un valore generale e dovrà, pertanto, trovare giusta traduzione operativa in sede di redazione del Piano Locale e, soprattutto, in riferimento allo specifico caso.
L'Autorità Giudiziaria e la Magistratura di Sorveglianza dovranno essere informati tanto degli eventi critici che riguardano la persona quanto dei provvedimenti assunti nei suoi confronti,

Responsabilizzazione della comunità detenuta

Si avrà cura di attivare anche forme di responsabilizzazione della comunità detenuta attraverso la facilitazione dei processi di segnalazione ed il coinvolgimento di coloro che sono disponibili all'accoglienza e al supporto dei propri compagni di detenzione. A tal fine si ritiene di segnalare la positiva esperienza, svolta in alcune sedi, dove è stata realizzata una formazione ad hoc per l'individuazione di *peer supporters,* a livello locale.

Ascolto e supporto

È evidente che l'ascolto è importante se paragonato allo stato di profonda sofferenza che caratterizza una persona sotto stress ed emotivamente prostrata. Oltre ai colloqui clinico-professionali è da valutarsi la possibilità di attivare, in occasione dei momenti e degli accadimenti critici, un'effettiva rete di relazioni di soccorso tramite contatti anche non tecnici.

Inserimento in specifiche attività trattamentali

Nel caso in cui il rischio sia stato valutato medio o elevato, è importante inserire in via prioritaria il soggetto interessato in attività trattamentali, in modo da ampliare la sua sfera di relazione prevedendo tale possibilità anche nelle ordinarie procedure in uso in Istituto.

Cautele

L'adozione di cautele rispetto al possesso e all'uso di oggetti e di effetti personali e letterecci va valutata contemperando l'effettivo grado di rischio con la probabilità che la privazione di alcuni beni possa indurre ulteriori sentimenti di deprivazione nel destinatario già sofferente.
Nella predisposizione delle indicazioni, è pertanto opportuno prevedere la limitazione, più che il divieto, dell'uso di alcuni oggetti, sempre secondo le indicazioni dello staff multidisciplinare, che

provvederà a disciplinarne l'uso in modo che questo non determini rischi concreti. Si pensi ad esempio alla possibilità di limitare l'uso delle bombolette di gas solo in presenza del personale di Polizia Penitenziaria o a quella di garantire un servizio di barberia in sostituzione della disponibilità di lamette.
Per altro verso sono, in assoluto, da evitare momenti di isolamento della persona nella quotidianità anche per brevi momenti laddove, ad esempio, i compagni di stanza si rechino presso altri luoghi.

Coinvolgimento della famiglia

Nei casi di rischio medio o elevato, è necessario, anche ai sensi del combinato disposto degli articoli 15 e 29 delle L.354/75 e 63 DPR 230/2000, comunicare tale condizione, da parte delle Direzioni degli Istituti, previo assenso dell'interessato, ai familiari con i quali la persona intrattiene i colloqui: ciò non solo al fine di adempiere alla previsione della norma, ma anche per coinvolgere la famiglia nella rete di attenzione e sostegno. In tal senso, in modo proporzionale al rischio, si potrà valutare o procedere d'ufficio all'aumento dei contatti con i familiari.

Comunicazioni e coinvolgimento della magistratura

Analogamente, nei casi di rischio medio o elevato, si avrà cura, da parte di entrambe le amministrazioni penitenziaria e sanitaria, di segnalare il soggetto alla magistratura competente.

8. I Protocolli operativi per la gestione dell'urgenza

Il tentativo di porre in essere un suicidio necessita di Protocolli Operativi per la gestione dell'urgenza, che dovranno essere adottati a livello locale, con la consapevolezza che il tempo di reazione all'evento e la qualità dei primi soccorsi possono essere essenziali per salvare la persona.
In ogni sede penitenziaria pertanto il Piano Locale per la prevenzione del rischio suicidario dovrà contemplare un chiaro e definito Protocollo Operativo per la gestione dell'Urgenza.
A tal proposito, l'O.M.S. evidenzia sul tema una serie di condizioni che devono essere adeguatamente presidiate; in particolare:

- Il personale regolarmente a contatto con i detenuti deve essere addestrato al "primo soccorso", alle tecniche di rianimazione cardio-polmonare ed altro, mediante attività formative regolari che dovranno essere periodicamente predisposte dall'area sanitaria e nel rispetto della condivisione di programmazione, risorse ed attività.
- La struttura penitenziaria deve 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. A tal fine dovrà essere previsto chi effettua la chiamata

in caso d'urgenza e, nel caso in cui non si dovesse trattare di personale sanitario, gli elementi fondamentali della comunicazione.

- L'adeguatezza delle procedure previste dovrà essere periodicamente testata - anche attraverso esercitazioni **-** per la verifica di ogni situazione di emergenza, in termini di efficienza ed efficacia delle azioni previste.
- L'equipaggiamento per il salvataggio di emergenza, comprensivo di forbici adeguate al taglio di funi, dovrà essere non solo facilmente accessibile (prevedere uno zaino di primo soccorso presso ogni postazione/agente più vicina), ma anche costantemente mantenuta 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 (per es. mettere a disposizione una strumentazione idonea, del tipo *cordless*). Ad essa deve essere associata una linea telefonica ed un sistema di videochiamata per la comunicazione con i servizi sanitari esterni, quanto più possibile attivabile in tempi brevi per trasmettere non solo la comunicazione dell'evento ma anche tutti gli elementi utili per una prima valutazione di gravità.

9. La sensibilizzazione della comunità penitenziaria

Si segnala la necessità che nei Protocolli Locali siano previste attività periodiche di sensibilizzazione della comunità detentiva ad opera degli operatori sanitari e penitenziari, che potranno anche avvalersi di strumenti, quali manifesti, brochure, ecc. Una valida opportunità deriva dalla possibilità di attivare uno sportello di ascolto da parte di volontari o di detenuti "peer to peer", appositamente formati e monitorati da psicologi esperti ex art. 80 O.P.

Entrambe le amministrazioni coinvolte a livello locale si devono impegnare a promuovere l'individuazione e la formazione dei detenuti disponibili a svolgere la funzione di attenzione e sostegno tra pari.

Dato il *turn-over* della popolazione detenuta, gli interventi formativi dovranno ripetersi con cadenza almeno annuale.

10. Il Monitoraggio e la valutazione dei Piani di Locali di Prevenzione

Il Piano Nazionale prevede che il livello regionale coordini e monitori l'applicazione dei Piani Locali di Prevenzione.

Alla luce di ciò le parti convengono che, a livello regionale tale compito si esplichi nelle seguenti azioni:

- Monitoraggio e valutazione di congruità dei Piani Locali elaborati ed implementati con possibilità di richiederne aggiornamenti e modifiche;
- Monitoraggio e valutazione del funzionamento dei gruppi multidisciplinari locali con particolare riguardo alle modalità e frequenza di convocazione delle riunioni di staff multidisciplinare nel corso dell'anno;
- Valutazione dei casi di suicidio in relazione alle previsioni dei Piani Locali;
- Raccolta e diffusione delle buone prassi;

Per facilitare le azioni sopra descritte, si chiederà alle sedi locali di nominare **due referenti locali**, uno per parte sanitaria e uno per parte penitenziaria, che siano dotati per ruolo e competenza in modo da poter costituire effettivo punto di riferimento nelle consultazioni e nello scambio di informazioni e dati.

11. La Formazione permanente ed integrata degli operatori

Le parti convengono che per dare corpo al Piano Locale di Prevenzione sia necessario procedere con un programma di informazione e formazione interprofessionale, interdisciplinare sistematico, strutturato e periodico 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 consente di ridurre alcune visioni stereotipate che limitano la sensibilità al fenomeno.

Per tale motivo verranno organizzati corsi di formazione e/o seminari periodici di confronto/aggiornamento a livello locale a carattere diffuso, attraverso il coinvolgimento di più figure professionali, appartenenti sia ai ruoli sanitari che a quelli dell'amministrazione penitenziaria, progettando un percorso che inizi con la diffusione/informazione del presente Piano regionale fino alla riflessione sulla gestione degli eventi critici, con particolare attenzione al rischio suicidario.

Al fine di permettere una maggiore diffusione della formazione, garantendo al tempo stesso la riproducibilità delle informazioni comunicate, verranno strutturati corsi in modalità FAD.

Per i sanitari del carcere e per gli specialisti verranno attivati, tramite FAD, specifici eventi formativi per l'utilizzo degli strumenti di valutazione del rischio suicidario.

ALLEGATO

STATO DELL'ARTE SU SALUTE MENTALE E RISCHIO SUICIDARIO – RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Si propone a seguire un approfondimento sulla tutela della salute mentale in carcere riferita alla problematica del suicidio, evidenziando tuttavia come l'attività di prevenzione del rischio suicidario non possa essere considerata di esclusiva competenza di tale ambito, in quanto, come evidenziato nel documento di Piano, deve coinvolgere l'intero contesto di vita del detenuto e pertanto la molteplicità delle professionalità e dei soggetti coinvolti.

La tutela della salute mentale in ambito carcerario sta assumendo un ruolo sempre più rilevante e, al tempo stesso, peculiare, in quanto deve inevitabilmente rispondere sia alla necessità di curare i soggetti con disagio psichico sia a bisogni di controllo sociale e sicurezza pubblica (Fazel et al., 2016; Cameron et al., 2021).

Una problematica particolarmente significativa osservata in carcere - e forse oggi la più importante in termini di prevenzione del disagio psichico - è rappresentata dal **suicidio**: esso rappresenta la prima causa di morte non naturale tra i decessi in custodia (18%), seguito dall'overdose (7%); questa condizione si presenta con un rischio complessivo che risulta da tre fino a dieci volte superiore rispetto alla popolazione generale (Fazel et al., 2017; Cameron et al., 2021; Zhong et al., 2021;).

Le modalità più diffuse per mettere in atto il suicidio in carcere si differenziano - almeno in parte - da quelle scelte dalla popolazione generale, stante una netta prevalenza dell'impiccagione, seguita dall'inalazione di gas e dall'avvelenamento da farmaci. Anche il **tentativo di suicidio**, a scopo per lo più dimostrativo e pur di difficile distinzione rispetto a un'effettiva progettualità anticonservativa, appare come frequente nel contesto carcerario e può spesso esitare in suicidio involontario (Obegi, 2020).

Tra i fattori di rischio più noti per suicidio, emergono soprattutto i seguenti:

- precedenti tentativi di suicidio
- un recente ricovero in SPDC
- una diagnosi psichiatrica attuale
- l'uso di sostanze
- eventi avversi recenti, come lutto o malattie, drastici cambiamenti di vita o eventi di vita stressanti
- abusi emotivi, fisici e sessuali
- relazioni familiari/sentimentali critiche
- familiarità per suicidio

- etnia, età e professione
- prima reclusione, detenzione in cella singola, impossibilità di fruire di “concessioni intramurarie” (come telefonate, visite, etc.)
- scarsa rete sociale
- alcune variabili criminologiche connesse in particolare al tipo di reato ed agli esiti processuali (SIP-SIPF, 2021; Zhong et al., 2021).

Inoltre, una **storia di autolesionismo** non solo rappresenta un importante fattore di rischio suicidario, ma costituisce anche una delle principali cause di morbilità in carcere, con una prevalenza annuale stimata di circa 5-6% per gli uomini e 20-24% per le donne (Favril et al., 2020; Zhong et al., 2021). Per quanto riguarda il rischio anticonservativo, secondo i dati del Consiglio d’Europa, in Italia vi sono stati, nel 2019, 8.7 suicidi ogni 10.000 detenuti, dato lievemente superiore rispetto alla media europea, sebbene risulti più contenuto rispetto a quelli di Spagna (8.9), Germania (9.1), UK (10.1) e Francia (17.0) (Council of Europe Annual Penal Statistics – SPACE I 2020).

Cionondimeno, in carcere si possono individuare **diversi livelli di assistenza e cura** possibili a vantaggio dei detenuti con e senza disturbo mentale ma a rischio di suicidio e autolesivo: si stima infatti che circa il 6-12% necessiterebbe di ospedalizzazione o di cure urgenti, il 30-50% dovrebbe essere sottoposto ad assistenza da parte dei Servizi di Salute Mentale, mentre il restante 40-60% trarrebbe beneficio da interventi di prevenzione basati sulla promozione della salute (Møeller et al., 2007).

Risulta fondamentale, pertanto, indagare - fin dall’inizio del periodo di carcerazione - la presenza di disagio psichico, di problematiche psicopatologiche e di veri e propri disturbi mentali al fine di intervenire in tempi relativamente rapidi, favorendo poi l’adesione del paziente a programmi di cura, sia intra che extra-carcerari. A tale scopo, in molti contesti carcerari sono stati istituiti programmi di screening mediante le più diverse scale ed interviste diagnostiche (quali, ad esempio, la *Jail Screening Assessment Tool* o la *Brief Jail Mental Health Screen*), effettuate inevitabilmente da personale addestrato.

Poiché molti soggetti accedono per la prima volta ad una valutazione e, possibilmente, ad una cura psichiatrica proprio in concomitanza con la carcerazione (Forrester & Hopkin, 2019; Cohen et al., 2020), molti studi hanno osservato una paradossale tendenza al miglioramento della salute mentale durante la carcerazione, soprattutto nelle prime settimane, come risultato di un adeguato intervento diagnostico e terapeutico precoce (Forrester & Hopkin, 2019). Sembra infatti che lo screening effettuato entro trenta giorni dall’ingresso - e gli interventi attivi che ne possono conseguire - consentano di mettere in atto, fin da subito, procedure finalizzate ad individuare le condizioni di acuzie e, soprattutto, a minimizzare rapidamente il distress. Tra le condizioni di acuzie, è noto da tempo come il rischio suicidario sia infatti decisamente alto nel primo mese di carcerazione e, soprattutto, nei primi giorni (24-72 ore), in particolare proprio in mancanza di interventi mirati e finalizzati ai più diversi bisogni del soggetto detenuto portatore di disagio psichico (Møeller et al., 2007; Cameron et al., 2021).

A tal proposito, risulta fondamentale verificare quali siano i bisogni primari dei soggetti detenuti da indirizzare ad una precoce e mirata presa in carico intramuraria. Studi recenti hanno rilevato come questi riguardino innanzitutto (Simpson et al., 2021):

- la salute mentale in senso lato, la quale appare essere prioritaria sotto stress
- l'accesso ai Servizi per le Dipendenze, soprattutto a seguito di ingressi recenti che non comportano possibilità di disintossicazione extra-muraria
- programmi di screening per infezioni, malattie organiche e promozione della salute fisica in generale
- programmi educativi, di igiene sanitaria e di prevenzione dei comportamenti a rischio.

Bisogna sempre tener presente, tuttavia, come - anche a fronte di un corretto riconoscimento di una condizione a rischio psicopatologico - il detenuto possa rifiutare le terapie, dal momento che il trattamento non può essere obbligatorio, a meno di specifiche situazioni previste dalla legge (TSO). D'altra parte, l'accesso alle cure può risultare talvolta difficoltoso e tardivo: si calcola, infatti, che il ritardo di ospedalizzazione in condizioni di acuzie psicopatologiche in carcere sia mediamente di quattordici giorni e come, spesso, i detenuti con disturbi mentali cronici possano attendere anni in carcere prima di essere riconosciuti e trasferiti in centri specializzati (Møeller et al., 2007; Forrester & Hopkin, 2019).

Da tale punto di vista, l'**organizzazione e la progettazione di una valida assistenza finalizzata alla tutela della salute mentale in ambito carcerario** presenta sfide pratiche peculiari: tra queste, in primis, l'ottenimento di un consenso informato; poi, dal punto di vista clinico, il contenimento dei rischi di violenza etero/auto-diretta e di suicidio, la riduzione dell'abuso di farmaci, la limitazione dell'isolamento e, soprattutto, l'accesso agli stessi Servizi sanitari disponibili per la popolazione generale, come stabilito da diversi trattati per i diritti umani, tra cui lo *Standard Minimum Rule* delle Nazioni Unite, e dal Consiglio d'Europa (Møeller et al., 2007; Cameron et al., 2021; Simpson et al., 2021). Un problema che spesso influisce sulla progettazione degli interventi in carcere consiste, purtroppo, nell'elevato "turn-over": sia della popolazione carceraria che dei professionisti della salute, elemento questo in grado di portare ad una discontinuazione della presa in carico quando già in atto (Givens et al., 2021).

Sul piano operativo, la letteratura rileva strategie organizzative anche molto differenti da un contesto detentivo all'altro che appaiono molto eterogenee a livello non solo internazionale, ma anche all'interno della stessa nazione: in generale - anche in base alle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) - viene costantemente indicata l'utilità di creare Unità di trattamento specialistico per la tutela della salute mentale che possano agire anche in modo differente a seconda della fase giudiziaria (come accade, ad esempio, in UK, con figure di collegamento tra i Servizi, rappresentate da infermieri specializzati, psichiatri, assistenti sociali e psicologi, consulenti dei servizi per le tossicodipendenze e le alcoldipendenze) allo scopo di offrire percorsi qualificati, personalizzati e multidisciplinari (Møeller et al., 2007; Forrester & Hopkin, 2019), a partire da una specifica formazione del personale carcerario: tutto ciò al fine di gestire adeguatamente i detenuti che manifestano disagio psicologico, disturbi mentali e, in particolare, i loro gesti auto/etero-aggressivi (Møeller et al., 2007).

Nonostante tutte le difficoltà sopracitate e la grande eterogeneità delle popolazioni di detenuti prese in esame in letteratura, si può evidenziare un generale e allargato consenso sull'impatto positivo che

la presa in carico e gli interventi trattamentali - specie se precoci - hanno sull'*outcome* di tali soggetti, facendo anche emergere come la perdita dell'opportunità di fornire cure adeguate mentre costoro si trovano in custodia si rifletta in un rischio importante per loro stessi e per la comunità (Olley et al., 2009; Givens et al., 2021). Tale rischio si può tradurre - alla scarcerazione - in un'aumentata mortalità, sia correlata all'abuso di sostanze che al suicidio, e in una maggiore probabilità di recidiva (Forrester & Hopkin, 2019). Quest'ultima viene stimata, nei due anni successivi al rilascio, tra il 26% e il 60% fino, addirittura, al 70-98% per i soggetti detenuti per crimini legati alla droga e non trattati durante la carcerazione (Møeller et al., 2007; Yukhnenko et al., 2020).

Il rischio suicidario in carcere, come in qualunque altra struttura sanitaria, rappresenta un evento "sentinella" di particolare gravità la cui prevenzione - come si è ampiamente sottolineato - si basa su una valutazione appropriata delle condizioni, attuali e passate, del detenuto, sull'individuazione dei fattori di rischio e, conseguentemente, dei pazienti a rischio e, ovviamente, sulla necessaria adozione di misure idonee alla prevenzione a partire dall'impiego di **strumenti di valutazione**. Una valida procedura di prevenzione - a partire dalle Direttive esistenti in tema di suicidio fuori e dentro il carcere - deve stabilire, primariamente, le modalità da adottare per l'identificazione dei pazienti a rischio di compiere atti suicidari, pre-suicidari ed autolesivi in genere e definire strategie organizzative e modalità operative idonee per ridurne la possibilità di accadimento.

La valutazione del reale rischio suicidario non può prescindere, inizialmente, da una approfondita ricostruzione anamnestica e dalla messa in atto di un colloquio clinico completo, compreso l'uso di strumenti di rilevazione delle informazioni semi-strutturati/strutturati) effettuato in un luogo idoneo a preservare la privacy del soggetto e la possibilità di comunicare liberamente e validamente le informazioni richieste che – in funzione della necessità di una valutazione specifica e specialistica per il rischio di suicidio – sono caratterizzate sempre da particolare delicatezza. Attraverso un corretto approccio non giudicante ma non minimizzante, basato sul colloquio con il detenuto e sulla raccolta di informazioni collaterali dalle altre figure coinvolte, si mira allo **sviluppo di un'alleanza terapeutica tra detenuto a rischio ed équipe che gestisce il caso**. Qualora vengano espresse idee/progettazione suicidaria si rende sempre necessario richiedere la consulenza dello psichiatra, con priorità assoluta e indicandone chiaramente la motivazione. Qualora la struttura detentiva non preveda la presenza di questa figura professionale 24/24h il detenuto, dopo immediata valutazione, deve essere inviato al Pronto Soccorso (PS) dell'Ospedale di riferimento. In assenza dello psichiatra, ma in presenza di altre figure con competenza clinica (psicologo), una prima valutazione ed un intervento di de-briefing consulenziale "in urgenza" può essere da costoro effettuato.

Bibliografia

1. Cameron, C., Khalifa, N., Bickle, A., Safdar, H., & Hassan, T. (2021). Psychiatry in the federal correctional system in Canada. *BJPsych International*, *18*(2), 42–46. https://doi.org/10.1192/bji.2020.56
2. Cohen, T. R., Mujica, C. A., Gardner, M. E., Hwang, M., & Karmacharya, R. (2020). Mental Health Units in Correctional Facilities in the United States. *Harvard Review of Psychiatry*, *28*(4), 255–270. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000267

3. Council of Europe Annual Penal Statistics – SPACE I 2020. Disponibile sul sito https://wp.unil.ch/space/space-i/annual-reports/ Disponibilità verificata in data 13/01/2022

4. Favril, L., Yu, R., Hawton, K., & Fazel, S. (2020). Risk factors for self-harm in prison: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, *7*(8), 682–691. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30190-5

5. Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet. Psychiatry*, *3*(9), 871–881. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0

6. Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. (2017). Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet. Psychiatry*, *4*(12), 946–952. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30430-3

7. Forrester, A., & Hopkin, G. (2019). Mental health in the criminal justice system: A pathways approach to service and research design. *Criminal Behaviour and Mental Health : CBMH*, *29*(4), 207–217. https://doi.org/10.1002/cbm.2128

8. Givens, A., Moeller, K., & Johnson, T. L. (2021). Prison-Based interventions for early adults with mental health needs: A Systematic Review. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *65*(5), 613–630. https://doi.org/10.1177/0306624X20952395

9. Møeller, L., Stöver, H., Jürgens, R., Gatherer, A., & Nikogosian, H. (2007). Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

10. Obegi J. H. (2020). Differentiating genuine from feigned suicidality in corrections: A necessary but perilous task. *International Journal of Law and Psychiatry*, *71*, 101573. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101573

11. Olley, M. C., Nicholls, T. L., & Brink, J. (2009). Mentally ill individuals in limbo: obstacles and opportunities for providing psychiatric services to corrections inmates with mental illness. *Behavioral Sciences & the Law*, *27*(5), 811–831. https://doi.org/10.1002/bsl.899

12. Simpson, P. L., Guthrie, J., Jones, J., & Butler, T. (2021). Identifying research priorities to improve the health of incarcerated populations: results of citizens' juries in Australian prisons. *The Lancet. Public Health*, *6*(10), e771–e779. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00050-5

13. Società Italiana di Psichiatria e Società Italiana di Psichiatria Forense (a cura di G. Nivoli). Documenti, 2021

14. Yukhnenko, D., Sridhar, S., & Fazel, S. (2020). A systematic review of criminal recidivism rates worldwide: 3-year update. *Wellcome Open Research*, *4*, 28. https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.14970.3

15. Zhong, S., Senior, M., Yu, R., Perry, A., Hawton, K., Shaw, J., & Fazel, S. (2021). Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public Health*, *6*(3), e164–e174. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30233-4