

IL DIRETTORE GENERALE SANITÀ E
POLITICHE SOCIALI
TIZIANO CARRADORI

REGIONE EMILIA-ROMAGNA: GIUNTA

PG.2014. 0255014

del 07/07/2014



Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Ai Direttori DSM-DP
Aziende USL dell'Emilia-Romagna

LORO SEDI

CIRCOLARE N.

4/2014

Oggetto: Circolare prevenzione rischio autolesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili

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

La necessità di prestare attenzione a questo aspetto è sottolineata nel DPCM 1° aprile 2008 inerente il passaggio di competenze dalla sanità penitenziaria al SSN, e ripresa, nello specifico, nelle "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" approvate in Conferenza Unificata il 19 gennaio 2012.

L' allegato A del DPCM 1° aprile 2008, citato, prevede tra gli obiettivi di salute "la prevenzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio"; nel paragrafo relativo alla "Medicina generale e la valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi", è espressamente previsto che i presidi sanitari presenti negli istituti penitenziari e servizi minorili debbano adottare procedure che riducano il più possibile gli effetti traumatici della privazione della libertà mettendo in atto gli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo.

L'Accordo in Conferenza Unificata sul tema specifico sancisce che la pianificazione degli interventi di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario debba tener conto dei fattori che differenziano ciascun Istituto penitenziario, intercettando e trattando con tempestività tutti quei casi che manifestano un disagio psicologico, attivando un coordinamento funzionale delle diverse figure professionali presenti sul campo, dando luogo ad una forte integrazione fra professionalità e competenze diverse.

Viale Aldo Moro 21
40127 Bologna

tel 051.527.7161/7162
fax 051.527.7056

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

L'Accordo prevede la costituzione in ogni Regione di un Gruppo di lavoro tecnico-scientifico, composto da operatori sanitari, operatori penitenziari e minorili per l'elaborazione di un programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere e nei Servizi minorili. Il gruppo è stato istituito con determinazione n. 7041/2012.

Il lavoro svolto dal Gruppo è stato molto approfondito, sia nell'esame della letteratura e delle esperienze già presenti sulla specifica materia, che per quanto riguarda gli aspetti operativi; il documento prodotto, infatti, oltre alla enunciazione di concetti e principi generali dà indicazioni precise sulle modalità di gestione integrata, da parte delle due amministrazioni coinvolte, sanitaria e penitenziaria, che devono necessariamente collaborare per il perseguimento dell'obiettivo.

Il documento, allegato, contiene pertanto anche una scheda sul grading di rischio autolesivo e suicidario, con le relative indicazioni operative, ponendo la persona detenuta al centro dell'intervento socio-sanitario in un'ottica di empowerment e presa in cura.

E' in corso la strutturazione di un piano di valutazione delle previsioni del presente programma, anche sulla base dei dati derivati dalla cartella clinica informatizzata salute nelle carceri (SISP) della Regione Emilia-Romagna.

Cordiali saluti

Tiziano Carradori


**PROGRAMMA OPERATIVO DI PREVENZIONE
DEL RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO IN CARCERE E NEI SERVIZI
MINORILI
LINEE-GUIDA 2014
A CURA DEL
GRUPPO INTERISTITUZIONALE REGIONE, AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA,
GIUSTIZIA MINORILE**

Premessa

La Conferenza Unificata, nella seduta del 19 gennaio 2012, ha approvato l'Accordo sulle "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale".

L'Accordo impegna le Regioni, l'Amministrazione penitenziaria e la Giustizia minorile a costituire un gruppo di lavoro tecnico-scientifico interistituzionale, a livello di ciascuna regione e pubblica amministrazione, composto da operatori sanitari e operatori penitenziari con il compito di elaborare un programma operativo di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili, tenendo conto delle indicazioni degli organismi europei e dell'O.M.S.

Detto programma deve prevedere:

- una ricognizione dell'esistente in ciascuna Regione ed Istituto/servizio penitenziario e/o minorile, in termini di disposizioni normative e pratiche già in atto;
- specifiche modalità operative ed organizzative di intervento nei confronti del disagio che, sulla base delle competenze e delle responsabilità attribuite dalla normativa vigente alle Amministrazioni coinvolte, individuino sia le aree di coordinamento sia le specifiche attività che ciascuna di esse dovrà mettere in atto;
- l'adozione, in tempo utile, di tutte le iniziative necessarie all'avvio, entro un anno, di una sperimentazione in almeno una struttura carceraria per adulti e una per minori presente sul territorio della Regione, fermo restando che il successo e l'efficacia dell'intervento sono legati all'effettiva messa in atto delle azioni specifiche individuate per ciascuna Amministrazione coinvolta;
- il monitoraggio e la valutazione, anche attraverso l'utilizzo di strumenti per la verifica dell'applicazione delle procedure stesse (es: audit, monitoraggio della diffusione e della conoscenza delle procedure, ecc.).

La Regione Emilia-Romagna con D.G.R. n. 2326/10 ha approvato il Piano regionale della prevenzione per il triennio 2010-12, da cui è emersa la necessità di una riflessione sistematica del tema della prevenzione del suicidio. Con Determinazione n. 15582 del 29/11/11 del Direttore generale Sanità e Politiche sociali è stato inoltre costituito il gruppo di lavoro per "la prevenzione delle condotte suicidarie nella popolazione a rischio: studio pilota". Il gruppo di lavoro, coordinato dall'Azienda USL di Forlì, ha operato seguendo l'ipotesi metodologica di individuare aree tematiche per sottogruppi, differenziati a seconda dei diversi piani di intervento di prevenzione sanitaria: ospedale, territorio e carcere.

Recependo le indicazioni della Conferenza Unificata e della DGR citate, d'intesa con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria per l'Emilia-Romagna e il Centro per la Giustizia Minorile di Bologna, è stato costituito poi un gruppo di lavoro interistituzionale "Rischio suicidario in carcere" con Determina del Direttore generale Sanità e Politiche sociali n. 7041/12¹.

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

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

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

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

¹ Paolo Attardo CGM Bologna, Pietro Buffa Provveditore Regionale PRAP. Emilia-Romagna, Raffaella Campalastri AUSL Bologna, Alfonso Casadei AUSL Forlì, Rosalba Casella Casa Circondariale Modena, Anna Cilento Coordinatore del gruppo, Servizio Salute mentale, Dipendenze patologiche, Salute nelle carceri, Vincenzo De Donatis Servizio Salute mentale, Dipendenze patologiche, Salute nelle carceri, Francesco Durante PRAP Emilia-Romagna, Cristina Fontana, AUSL Piacenza, Paolo Martino Casa Circondariale Bologna, Federica Messina PRAP Emilia-Romagna, Silvia Monauri AUSL Reggio Emilia, Francesco Pellegrino CGM Bologna, Immacolata Pisano CGM Bologna, Claudio Ravani Direttore del DSM-DP di Forlì, Armando Reho PRAP Emilia-Romagna, Daniele Righini AUSL Rimini, Francesca Tosti AUSL Forlì, Paola Ziccone CGM Bologna, Federica Zucchi AUSL Modena.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica in data 25/05/10 ha licenziato un suo qualificato parere “Il suicidio in carcere: orientamenti bioetici”, che raccomanda alle autorità competenti di predisporre un piano d’azione per la prevenzione dei suicidi in carcere, mettendo in evidenza alcune azioni che ritiene fondamentali per un’efficace attività di prevenzione.

§ 1. STUDI

Numerosi sono gli studi riportati dalla letteratura nazionale ed internazionale sul tema del suicidio in carcere (**Allegato 1**). Dalla loro letteratura si evince che i detenuti hanno tassi di suicidio più elevati rispetto alla comunità. Nella lettura dei risultati proposti dagli studi, vanno fatte, però, alcune considerazioni.

§ 1.1. Tassi

In molti studi, comprese le statistiche del **DAP**, i tassi misurati studiano il rapporto tra il numero dei suicidi e la presenza media dei detenuti nell’anno, o ad un dato giorno, e non in relazione al numero complessivo dei detenuti transitati, che possono arrivare addirittura al triplo delle presenze. Il metodo per ricavare i tassi reali dovrebbe invece riportare il numero dei suicidi al numero di ingressi.

Inoltre, il campione carcerario è quasi esclusivamente maschile, 1.000 volte più piccolo di quello della popolazione generale e per un terzo composto da popolazione definita, da un punto di vista clinico, con patologie che aumentano il rischio, quali ad esempio la tossicodipendenza.

Quindi il confronto dei tassi tra popolazione libera e popolazione detenuta andrebbe fatto su tassi standardizzati e non grezzi, così come ad oggi ci ha fornito gran parte della letteratura.

§ 1.2. Fattori di rischio

L’OMS, partendo da una posizione fondata sull’individuazione di un “profilo” in grado di identificare situazioni e/o gruppi ad alto rischio, è giunta a considerare la necessità di integrare tale indicazione con un approccio “universalista”, che consideri anche le variabili situazionali e di contesto, ritenendo tale approccio più proficuo dal punto di vista della prevenzione. In tal senso si considera il potenziamento delle opportunità ambientali l’ambito più favorevole alla promozione delle abilità dei soggetti, a partire da quelli più deboli. Nel rimandare alla scheda bibliografica (**Allegato 1**) le varie interpretazioni e considerazioni scientifiche, si rimarca il fatto che, anche dal punto di vista degli studi condotti, si evidenzia la suddetta evoluzione che dalle categorie di rischio ha, via via, preso in esame le variabili ambientali.

§ 1.3. Dati di contesto

Di seguito, al fine di offrire una visione evolutiva del fenomeno auto-lesivo e suicidario, si riportano i dati riferiti ai casi riscontrati negli anni dal 2008 al 2013:

Autolesionismo, Suicidi e Decessi nelle Carceri dell'Emilia-Romagna

(Fonte: elaborazione su DAP – Sezione statistica)

ATTI DI AUTOLESIONISMO

ISTITUTI PENITENZIARI	N. eventi	N. eventi per 100 detenuti medi ***	N. eventi	N. eventi per 100 detenuti medi ***	N. eventi	N. eventi per 100 detenuti medi ***	N. eventi	N. eventi per 100 detenuti medi ***	N. eventi	N. eventi per 100 detenuti medi ***	N. eventi	N. eventi per 100 detenuti medi ***
	ANNO 2008		ANNO 2009		ANNO 2010		ANNO 2011		ANNO 2012		ANNO 2013*	
BOLOGNA	228	21,8	205	18,1	103	8,9	246	22,2	175	17,0	171	18,9
CASTELFRANCO E.	4	4,5	6	4,8	4	4,1	1	1,4	5	6,3	5	5,3
FERRARA	6	1,5	15	2,9	22	4,4	21	4,4	24	6,0	25	6,5
FORLI'	16	8,0	10	4,3	14	5,8	2	1,2	11	6,4	7	4,4
MODENA	67	15,3	50	9,2	33	6,7	61	14,3	50	14,5	108	21,6
II.PP. PARMA	46	10,8	52	11,8	65	12,9	71	13,3	128	19,2	102	16,2
PIACENZA	70	20,7	100	25,3	100	24,4	91	25,5	133	37,9	235	74,4
RAVENNA	20	14,7	10	6,3	9	6,7	17	14,3	8	6,3	7	6,1
REGGIO EMILIA	14	5,1	56	17,4	14	4,2	10	3,3	18	5,8	44	17,4
O.P.G. REGGIO E.	15	5,2	25	7,9	33	11,5	11	4,3	33	15,3	28	16,2
RIMINI	13	9,0	18	8,5	20	8,8	24	11,7	43	19,2	77	43,8
SALICETA S.G.	2	2,4	3	3,3	2	2,6	1	1,6	0	0,0	-	-
TOTALE EMILIA-ROMAGNA	501	13,0	550	12,3	419	9,4	556	13,6	628	15,9	809	21,8
TOTALE ITALIA	4.928	9,0	5.941	9,4	5.703	8,4	5.639	8,4	7.317	11,0	-	-

Fonte: elaborazione su DAP.- Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informatico Automatizzato - Sezione Statistica, in collaborazione PRAP. Bologna.

** 2013 - Fonte Provveditorato Reg.le Bologna (dati non ufficializzati dal DAP)

*** media aritmetica dei detenuti presenti a fine mese

TENTATI SUICIDI

ISTITUTI PENITENZIARI	N. eventi	N. eventi per 100 detenuti medi ***	N. eventi	N. eventi per 100 detenuti medi ***	N. eventi	N. eventi per 100 detenuti medi ***	N. eventi	N. eventi per 100 detenuti medi ***	N. eventi	N. eventi per 100 detenuti medi ***	N. eventi	N. eventi per 100 detenuti medi ***
	ANNO 2008		ANNO 2009		ANNO 2010		ANNO 2011		ANNO 2012		ANNO 2013*	
BOLOGNA	16	1,5	10	0,9	11	1,0	22	2,0	18	1,7	10	1,1
CASTELFRANCO E.	0	0,0	1	0,8	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1
FERRARA	3	0,8	4	0,8	1	0,2	1	0,2	5	1,3	6	1,6
FORLI'	2	1,0	4	1,7	3	1,2	1	0,6	1	0,6	4	2,5
MODENA	9	2,1	1	0,2	2	0,4	9	2,1	13	3,8	26	5,2
II.PP. PARMA	11	2,6	5	1,1	8	1,6	14	2,6	16	2,4	17	2,7
PIACENZA	5	1,5	8	2,0	3	0,7	15	4,2	26	7,4	36	11,4
RAVENNA	2	1,5	0	0,0	1	0,7	4	3,4	0	0,0	1	0,9
REGGIO EMILIA	4	1,5	3	0,9	7	2,1	0	0,0	5	1,6	5	2,0
O.P.G. REGGIO E.	2	0,7	7	2,2	7	2,4	4	1,6	13	6,0	14	8,1
RIMINI	2	1,4	3	1,4	3	1,3	5	2,4	4	1,8	6	3,4
SALICETA S.G.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
TOTALE EMILIA-ROMAGNA	56	1,5	46	1,0	47	1,1	75	1,8	101	2,6	126	3,4
TOTALE ITALIA	683	1,2	944	1,5	1.137	1,7	1.003	1,5	1.308	2,0	-	-

Fonte: elaborazione su DAP.- Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informatico Automatizzato - Sezione Statistica, in collaborazione PRAP. Bologna.

** 2013 - Fonte Provveditorato Reg.le Bologna (dati non ufficializzati dal DAP)

*** media aritmetica dei detenuti presenti a fine mese

SUICIDI

ISTITUTI PENITENZIARI	N. eventi	N. eventi per 100 detenuti medi ***	N. eventi	N. eventi per 100 detenuti medi ***	N. eventi	N. eventi per 100 detenuti medi ***	N. eventi	N. eventi per 100 detenuti medi ***	N. eventi	N. eventi per 100 detenuti medi ***	N. eventi	N. eventi per 100 detenuti medi ***
	ANNO 2008		ANNO 2009		ANNO 2010		ANNO 2011		ANNO 2012		ANNO 2013*	
BOLOGNA	0	0,00	0	0,00	1	0,09	2	0,18	1	0,10	0	0,00
CASTELFRANCO E.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
FERRARA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
FORLÌ	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
MODENA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,29	0	0,00
II.PP. PARMA	0	0,00	2	0,46	1	0,20	1	0,19	1	0,15	0	0,00
PIACENZA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,28	0	0,00	0	0,00
RAVENNA	0	0,00	0	0,00	1	0,74	0	0,00	0	0,00	0	0,00
REGGIO EMILIA	0	0,00	0	0,00	1	0,30	0	0,00	0	0,00	0	0,00
O.P.G. REGGIO E.	0	0,00	1	0,32	0	0,00	2	0,78	0	0,00	0	0,00
RIMINI	0	0,00	1	0,47	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SALICETA S.G.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	-	-
TOTALE EMILIA-ROMAGNA	0	0,00	4	0,09	4	0,09	6	0,15	3	0,08	0	0,00
TOTALE ITALIA	46	0,08	58	0,09	55	0,08	63	0,09	56	0,08	42	0,06

Fonte: elaborazione su DAP.- Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informatico Automatizzato - Sezione Statistica, in collaborazione PRAP. Bologna.

** 2013 - Fonte Provveditorato Reg.le Bologna (dati non ufficializzati dal DAP)

*** media aritmetica dei detenuti presenti a fine mese

§ 2. PROGRAMMI DI PREVENZIONE

Vari studi dimostrano come l'avvio di programmi di prevenzione del suicidio nelle carceri si accompagni a riduzioni significative del numero dei suicidi e dei tentativi di suicidio.

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

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

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

§ 3. RICOGNIZIONE DELL'ESISTENTE

Il tema, in Italia, è sempre stato oggetto di forte preoccupazione ed attenzione da parte dell'Amministrazione Penitenziaria, che ha emanato, già dagli anni successivi alla riforma del 1975, numerose indicazioni e linee-guida sull'argomento. Si cita in particolare la circolare sul Servizio Nuovi Giunti n. 3233/5683 del 30/12/87, tutt'ora vigente, che ha istituito un Presidio psicologico Nuovi Giunti negli istituti penitenziari dove più alto era, ed è, il numero di ingressi e quella, più recente, sull'accoglienza della persona all'ingresso in carcere, circolare n. 181045-2007 del 6 giugno 2007. In analogia a quanto già evidenziato rispetto all'approccio scientifico e alle conseguenti indicazioni dell'OMS anche nelle suddette circolari si coglie l'evoluzione del pensiero di fondo che le ispira. Se in una prima fase veniva posta l'attenzione alla valutazione del rischio, secondo una scala di valutazione da un livello minimo ad uno alto, progressivamente si è evidenziata la necessità della istituzione di un Servizio che ponesse particolare attenzione alla presa in carico dei detenuti classificati a "rischio", istituendo uno staff di accoglienza multidisciplinare che stimolasse in modo coordinato i necessari interventi di sostegno e sanitari a favore di tali soggetti. Da ultimo, ovvero poco prima dell'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata in data 19 gennaio 2012, si ricorda la circolare dipartimentale n.0445732 del 25 novembre 2011 che al punto 2 reca "l'accoglienza e la prevenzione del rischio suicidario".

Le linee-guida regionali in tema di salute nelle carceri dedicano particolare attenzione alla fase di ingresso della persona detenuta, la fase dell'accoglienza, così come predisposta nel "Percorso clinico-assistenziale delle persone detenute" (circolare regionale Direzione generale sanità e politiche sociali n. 15/12), che non si limita alla visita di primo ingresso, ma prevede un periodo di tempo di 14 giorni in cui, oltre alla valutazione dello stato complessivo di salute, si può rilevare la eventuale presenza di particolari condizioni di disagio da sottoporre all'attenzione di specialisti e dell'amministrazione penitenziaria tutta. Il medico che effettua la visita di primo ingresso (entro le 24 h) dovrà dedicare il tempo necessario ad una propria valutazione complessiva senza automatismo alcuno, anche attraverso l'utilizzo di una scheda, che non dovrà essere somministrata come un questionario, ma quale punto di riferimento/orientamento nel colloquio. Ogni Servizio sanitario a livello locale organizza le proprie risorse di personale nella modalità ritenuta più idonea, con l'integrazione tra professionisti (medici di medicina generale, psicologi, psichiatri ed altri). La responsabilità di stimare il rischio suicidario per la persona detenuta nuova giunta potrebbe comportare l'attribuzione di un "fattore di rischio" generalizzato sui livelli medio o medio alto, con conseguente dispersione di impiego delle risorse e dell'attenzione da parte degli operatori penitenziari per l'eccessivo numero di soggetti da monitorare, a discapito dei detenuti che, effettivamente, possono presentare reali fattori di rischio (in alcuni Istituti, è sottoposto a Grande Sorveglianza ben il 12% della popolazione detenuta). Comunque la valutazione del rischio suicidario non può essere rilevata attraverso una scheda a punteggio con relativo automatismo, ma può, in ogni caso, essere

utilizzata la *scheda per invio a specialista psichiatra*, integrata, eventualmente, da 2 items specifici riguardanti:

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

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

In molti Istituti l'organizzazione locale prevede l'intervento dello psicologo per lo **screening psicologico** di primo livello o per determinati target o su tutta la popolazione detenuta, o sulla base della segnalazione del medico quale screening di secondo livello. Allo stato, quindi, in tutti gli istituti penitenziari è svolta una valutazione del rischio da parte del personale sanitario secondo specifico screening e griglie di valutazione, e sulla base di tale valutazione, in caso positivo, subentra l'intervento di secondo livello (psichiatrico e psicologico). Ad esempio in alcuni istituti penitenziari del distretto (Piacenza, Modena, Reggio Emilia e Ferrara) il colloquio con lo psicologo viene svolto all'ingresso per tutti i detenuti o secondo specifici criteri (primari, giovane età ecc). Con riferimento a questo particolare settore d'intervento si riportano, a titolo di esempio, alcune Scale di valutazione psicologica del rischio suicidario (**Allegato 3**).

§ 4. PROGRAMMA

La Conferenza Unificata nell' Accordo del 9 gennaio 2012, prevede che il "sistema sviluppi capacità di intercettare e trattare con tempestività stati di disagio psicologico e disturbo psichico o altri tipi di fragilità, attivando un coordinamento funzionale tra le diverse figure professionali presenti, a prescindere dal loro rapporto di dipendenza istituzionale, capacità quindi di migliorare le interazioni e le sinergie funzionali tra le diverse figure con l'obiettivo [...] di mettere in atto misure di contenimento del rischio suicidario e di arrivare ad una reale diminuzione dei comportamenti autolesivi e dei suicidi da parte delle persone detenute". Un efficace programma di intervento di prevenzione del rischio suicidario non può prescindere dalla comunicazione ed integrazione di interventi tra le amministrazioni coinvolte, penitenziaria e sanitaria. E' necessario, pertanto, allo scopo di amplificare i segnali di disagio/fattori di rischio, che rischiano di risultare "affievoliti" e in parte coperti dal "rumore" che caratterizza il contesto carcerario quotidiano, moltiplicare le "fonti di informazione", accogliendo le segnalazioni che possono pervenire da tutte le figure che ruotano attorno alla popolazione detenuta. Ovviamente, per evitare l'allarmismo generalizzato che porterebbe ad un innalzamento del livello di guardia con il rischio di una eccessiva parcellizzazione dell'attenzione su un numero eccessivo di casi segnalati, si potranno prevedere livelli diversi di attenzione. E' necessario, quindi, coinvolgere tutti gli attori del sistema penitenziario, compresa la componente detenuta, al fine di attivare una rete di attenzione, la più possibile estesa, che consenta di rilevare eventuali segnali di disagio e sofferenza emotiva che possano far pensare ad un rischio suicidario. Sino ad oggi gran parte degli interventi avvengono a valle degli eventi autolesivi e prevedono l'intervento di specialisti. In tal senso si pecca in termini di effettiva prevenzione perché ci si attiva a seguito di eventi frutto di acuto disagio e l'intervento è generalmente delegato

ad una ristretta cerchia di operatori che, per qualifica e formazione, sono considerati titolari di una competenza esclusiva. Questo modo di procedere pare inefficace perché non prende adeguatamente in considerazione la necessità di attivare una capillare rete di attenzione generica in modo tale da cogliere in modo precoce i sintomi delle fragilità che possono costituire i prodromi per i comportamenti a rischio. Pertanto, tutte le figure professionali, e non solo gli psichiatri o gli psicologi, dovranno essere coinvolte in quanto possono venire in contatto con situazioni di rischio nel corso delle loro attività; anzi proprio alcune figure, quali il personale di polizia penitenziaria più di altre, svolgono un presidio dei settori detentivi e possono, quindi, agire un'attenzione diffusa.

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

Nella consapevolezza che un Gruppo di Lavoro paritetico centralizzato a livello regionale non può impartire direttive di dettaglio in ragione della naturale diversità tra le varie realtà locali in termini di strutture, scelte operative, contesto, risorse e opportunità a disposizione, si ritiene utile fornire alle direzioni degli istituti penitenziari e delle aziende USL uno schema procedurale omogeneo che dovrà essere declinato, nelle varie sedi, all'interno di Piani locali di Prevenzione.

Ciò premesso i punti salienti del predetto schema generale, che dovranno essere riportati alle caratteristiche strutturali ed operative dei vari istituti in modo da rendere effettivamente praticabile una procedura di prevenzione, possono così elencarsi:

§ 4.1. L'ingresso in carcere e il suo impatto emotivo

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

§ 4.2. Il presidio delle situazioni potenzialmente stressanti

Nel corso della detenzione possono emergere avvenimenti, circostanze, percezioni che aumentano lo stress; pertanto, l'attenzione non dovrà essere posta solo all'ingresso in istituto, ma anche nel corso della detenzione, soprattutto in occasione di particolari eventi. Attenzione dovrebbe essere posta nell'ambito della normale quotidianità rispetto agli atteggiamenti ed ai comportamenti tenuti nel corso:

- dell'arresto e dell'ingresso in istituto;
- dei colloqui;
- rispetto alla frequenza della corrispondenza;
- dei processi;
- della notifica di atti giudiziari;
- dei colloqui con gli avvocati;
- dei colloqui con i magistrati;
- al rientro dalle aule di giustizia;
- della comunicazione della diagnosi di patologie gravi o invalidanti;
- della vita in sezione.

Tale attenzione dovrà essere prevista attraverso il coinvolgimento degli operatori a diverso titolo operanti nei reparti e, più in generale, in istituto. Analogamente dovrà prevedersi simile sensibilizzazione nella popolazione detenuta.

§ 4.3. La gestione dei casi a rischio

Come tutti i problemi complessi, anche in questo caso, la soluzione non potrà essere che un insieme di varie soluzioni variamente graduate in ragione di un diverso livello di rischio, mirate ad ottenere:

- nei momenti di acuzie un controllo più stretto;
- la previsione temporale del termine dell'intervento emergenziale;
- un periodico e frequente intervento sanitario finalizzato a valutare lo stato del soggetto;
- un livello di attenzione diffuso e consapevole non solo tra gli operatori ma anche tra gli stessi compagni di detenzione sia nella fase delle acuzie che nel periodo successivo che consenta l'instaurarsi di relazioni di sostegno significative;
- una procedura certa che codifichi tempi, modalità e responsabilità del ripristino di una gestione più ordinaria sino al definitivo divezzamento dall'intervento emergenziale;
- una serie di accorgimenti preventivi indicati nei punti che seguono.

§ 4.4. Alloggiamento

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

Si ritiene pertanto che non si debba privilegiare l'allocazione in isolamento, a meno che il soggetto valutato a rischio alto non sia tenuto sotto continuo e costante controllo da parte del personale di polizia penitenziaria e destinatario degli interventi sanitari coerentemente integrati e modulati rispetto alla complessità psichica e relazionale, ed il caso sconsigli l'allocazione con altri detenuti.

Ciò detto si ritiene che, convenzionalmente, laddove un sanitario diagnostichi un rischio alto, il soggetto debba essere sorvegliato (a cura dell'Amministrazione penitenziaria) con continuità e tale provvedimento, per la sua pervasività, debba essere di volta in volta rivisto alla luce delle frequenti e periodiche rivalutazioni cliniche che tali casi devono necessariamente comportare. Ogni qualvolta il rischio risulterà attenuato, tale forma di prevenzione potrà essere ridotta.

Per rendere ciò possibile, ognuna delle Direzioni degli istituti penitenziari, congiuntamente ai rispettivi Responsabili sanitari, individuerà **uno o più locali ad hoc adibiti**, da approntare adeguatamente in modo che le misure di tutela non determinino condizioni di per sé peggiorative della condizione della persona e al contempo consentano al personale penitenziario e sanitario di operare nel modo più efficace. Del processo di individuazione e delle sue motivazioni si dovrà dare atto formalmente.

Si tenga conto che l'alloggiamento non necessariamente dovrà prevedere la permanenza per tutto il giorno, ma potrebbe essere previsto per il mero pernottamento, valutandosi la

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

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

Affinché la situazione di tutte le persone detenute che presentino una forma di rischio, lieve, medio, alto, possa essere gestita nel modo più appropriato è, comunque, di fondamentale importanza una stretta collaborazione tra l'Amministrazione penitenziaria e il Servizio sanitario, così come indicato dall'OMS e riportato in letteratura. (Bibliografia 3) 6) 8) 13)..). Al fine di dare concretezza a questa istruzione, che potrebbe comportare in alcuni casi difficoltà nel comporre i diversi punti di vista, è indispensabile che si svolgano percorsi di formazione congiunta, programmati e definiti a livello locale, che, favorendo la condivisione di linguaggi, procedure ed obiettivi, rappresentano lo strumento principe (bibliografia 3) 6.) per il superamento delle stesse.

§ 4.5. Disponibilità di oggetti pericolosi

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

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

Nella predisposizione della tabella, al fine di contemperare tali contrapposte esigenze, si è prevista, solo per il livello di rischio alto, la limitazione, più che il divieto, dell'uso di alcuni oggetti secondo l'apprezzamento della direzione dell'istituto, che provvederà a disciplinarne l'uso in modo che questo non determini dei rischi concreti.

§ 4.6. La relazione con la famiglia e con il mondo esterno

Il mondo esterno e, in particolare, i familiari, possono essere utili per rinforzare la rete di aiuto intorno alla persona in difficoltà. Normativamente l'Ordinamento penitenziario e le successive direttive centrali (ad esempio circolare n. 32296 del 25.1.2010 della Direzione Generale Detenuti e Trattamento) consentono soluzioni giuridicamente legittime finalizzate ad aumentare i contatti con le famiglie e con i servizi, utili per far percepire all'interessato un legame tra l'interno e l'esterno. Nella tabella sinottica che segue si danno indicazioni esemplificative che graduano tale opportunità con la previsione di un automatismo rispetto

a quei casi che vengono valutati ad alto rischio, mentre nei restanti casi tale possibilità è rimessa alla valutazione della direzione dell'Istituto penitenziario. Nel caso di rischio lieve sarà da stabilire l'opportunità di ampliare i contatti già autorizzati, mentre in un'ottica di gradualità, nei casi di rischio medio, si valuterà l'opportunità di autorizzare ulteriori colloqui e telefonate.

§ 4.7. Ascolto e supporto atecnico

A tal proposito è demandato alle direzioni degli IIPP il compito di individuare quelle funzioni di livello adeguato tra il personale di polizia penitenziaria che, per la loro significativa presenza in termini qualitativi e quantitativi, seppur intercambiabile tra vari operatori, consentono una lineare e continua operatività. A loro sarà demandato il compito di ascoltare con la frequenza e le modalità che verranno ritenute più opportune coloro i quali hanno evidenziato una qualche forma di rischio. Tale sostegno si sostanzierà in generici colloqui tesi a verificare lo stato d'animo dell'interlocutore. È ovvio che tale ascolto si dovrà integrare con altri tipi di interventi ed approfondimenti svolti da professionalità diverse quali educatori, psicologi o volontari. Diventa pertanto importante che tale insieme di contributi e conoscenze, diverse per natura e modalità, trovino un punto di sintesi in incontri o altre modalità di confronto tese a affinare la gestione del caso. Anche in questo caso non può che rimandarsi alle direzioni l'onere della progettazione concreta.

§ 4.8. Comunicazioni

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

§ 4.9. Dimissione

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

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

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

GRADING DEL RISCHIO

In concreto e al fine di definire i Piani Locali di Prevenzione, nella scheda che segue sono indicati i quattro livelli di rischio suicidario e le relative modalità procedurali di intervento,

utili ad uniformare a livello regionale gli interventi ad opera del personale appartenente all'amministrazione penitenziaria e ad integrarli con quelli propri del Servizio sanitario.

La scheda di grading considera i fattori clinici così come elencati nelle "Raccomandazioni della regione Emilia-Romagna per la prevenzione del suicidio nel territorio". Ad essi si aggiungono i fattori situazionali (C,D,E,F) specifici del Carcere, identificati dall'unica Revisione sistematica della letteratura sul suicidio in carcere².

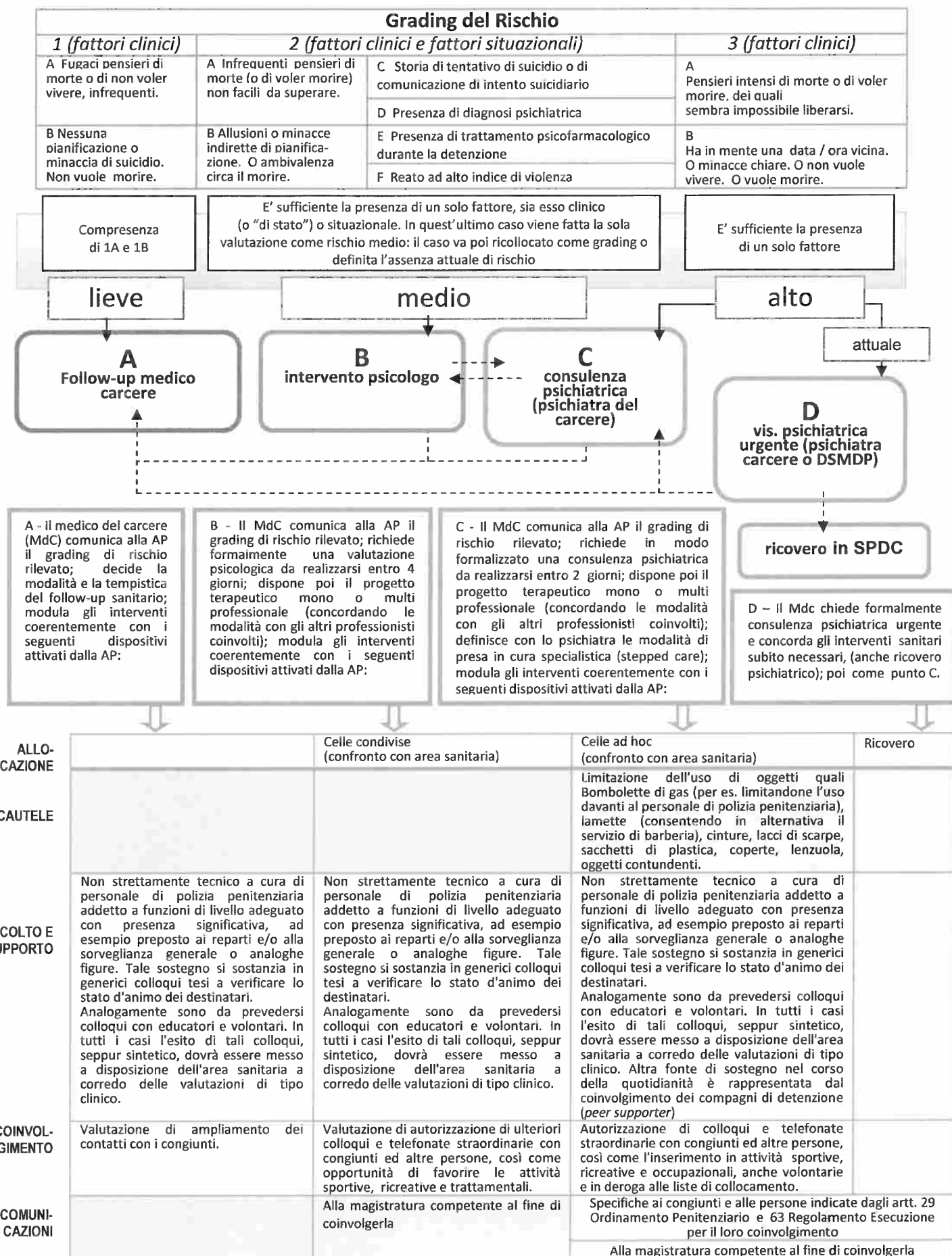
I fattori clinici (A,B) e i fattori situazionali (C,D,E,F) sono considerati dal medico all'ingresso:

- nessun fattore, significa Assenza di Rischio;
- A+B del grado 1, Rischio lieve e richiesta di rivalutazione (*follow up*) del medico del carcere;
- A e/o B e/o D e/o E e/o F, Rischio medio e invio al tecnico della Salute Mentale (Psicologo/Psichiatra), che rivaluterà e ricollocherà eventualmente anche a Assenza di rischio il caso, oppure rinvierà a Rischio lieve (e quindi *follow-up* del medico), oppure indicherà la consulenza dello Psichiatra del Carcere;
- A e/o B del grado 3, Rischio alto e richiesta di consulenza Psichiatrica. Se il Rischio alto è valutato attuale, la richiesta sarà di consulenza urgente.

Le indicazioni sui provvedimenti da prendere a seconda del livello di Rischio sono mutate dalla SAD PERSON SCALE

² "Suicide in Prisoners:A Systematic Review af Risk Factors" Fazel e altri, J Clin Psychiatry 2008; 69: 1721-1731

GRADING DEL RISCHIO



§ 5. FORMAZIONE

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

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

Le direzioni AUSL e le direzioni degli istituti penitenziari organizzeranno periodicamente interventi formativi rivolti al personale sanitario ed agli operatori penitenziari, per la gestione del rischio suicidario, preferibilmente a livello congiunto

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

§ 6. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

La diffusione e la conoscenza delle procedure saranno oggetto di incontri/seminari, rivolti congiuntamente al personale delle due amministrazioni anche per approfondire il confronto e la valutazione dei programmi.

Allegato 1

DATI, OSSERVAZIONI, CONSIDERAZIONI, TRATTI DALLA LETTERATURA NAZIONALE E INTERNAZIONALE SUL SUICIDIO IN CARCERE

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

Tassi (rispetto alla popolazione generale)		
I tassi di suicidio in carcere cambiano nel tempo e nei diversi Paesi e anche secondo la tipologia di Istituto carcerario.		
Pompili 2006	Tasso di 3 volte maggiore tra i detenuti rispetto a quello dei suicidi nella popolazione generale in Finlandia, di 6,5 volte maggiore in Germania e di 9 volte in Europa	<p>Tasso di 3-15 volte superiore</p> <p>Mentre il tasso nella popolazione generale diminuisce, nelle carceri aumenta</p>
Pompili; Review 2008	In USA (dal 1968 al 1992) tasso di 8 volte maggiore	
WHO	Tasso complessivo tra i detenuti di 6 volte maggiore che nei maschi della popolazione generale (il confronto è con i maschi della popolazione generale perché i detenuti sono per più di 9/10 maschi)	
Dooley 1990	Negli anni dal 1975 al 1984 in Inghilterra e Galles il tasso di suicidi in carcere era di 4 volte maggiore di quello della popolazione generale; ma negli anni dal 1990 al 2000 in Inghilterra e Galles si passa a un tasso maggiore di 14 volte. il tasso di suicidio in Inghilterra e Galles aveva registrato un incremento dell'80% negli anni 1975-1984, in un periodo in cui aumentarono i detenuti in attesa di giudizio ed il sovraffollamento	
Istituto Australiano di criminologia	Tassi di suicidio, nella popolazione detenuta, da 2,4 a 15 volte quelli della popolazione generale	
Pompili 2010	Nella popolazione generale dal 1980 al 2002 in Italia i tassi di suicidio sono diminuiti: dall'11,4 al 10,2 su 100.000 nei maschi (meno 11%) e dal 5,0 al 2,8 (meno 44%) per le femmine, mentre i tassi di suicidio tra i detenuti sono aumentati	
Royal College of Psychiatrists	Il tasso di suicidio nella popolazione generale si riduce dal 1989 in poi, mentre tra i detenuti sale (dal 1983 al 1999), da 62 a 140 su 100.000	
Tatarelli 2006	In Nuova Zelanda i tassi passano da 27 su 100.000 a 178 su 100.000 dal 1973-82 al 1983-87 (Rischio relativo da 1,6 al 8,2)	
Tatarelli 96-97; Pompili 2000	I tassi cambiano anche a seconda degli Istituti: negli USA il tasso dei suicidi nelle carceri locali è 12 volte quello della popolazione generale, 2,5 volte invece nelle carceri Federali; i tassi di suicidio in Italia sono 10 su 10.000 detenuti il suicidio in carcere in Italia, (come nel resto d'Europa ed in Usa e in Australia) è la prima causa di morte tra i detenuti (vedi il dato dell'Osservatorio permanente sulle morti in carcere in Italia: 1/3 sono suicidi)	

Tipologia giudiziaria dei detenuti suicidi		
Dooley 1990	Inghilterra e Galles: il 77% dei suicidi sono detenuti in attesa di giudizio (e questi sono solo il 20 % dei detenuti totali)	<p>Il rischio aumenta notevolmente per i detenuti in attesa di giudizio</p> <p>Aumenta se precedenti carcerazioni</p> <p>Aumenta per autori di reati violenti</p>
Buffa 2012	Tra il 46.2 e il 72% dei suicidi risultano in attesa di definizione del procedimento penale per il quale sono detenuti.	
Appleby 2004	Inghilterra e Galles: il 49% dei suicidi sono detenuti in attesa di giudizio (19 % dei detenuti totali)	
Hurley	Australia 1973-87: l'essere in attesa di giudizio aumenta il rischio di suicidio	
Review 2008	OR 4 per i detenuti in attesa di giudizio	
Fruehwald	Reati violenti: OR 11,9 per i detenuti in attesa di giudizio e l'OR 4,3 se giudicati	
Pompili	Rischio crescente da Definitivi a Imputati a Internati (questi ultimi sono in numero molto piccolo)	
	Carcere di Detroit (1.700 posti, anni 1967-1992): rischio 19 volte maggiore per gli autori di reati violenti rispetto agli altri detenuti.	
Review 2008	OR 3 per detenuti con reati contro la persona, mentre non si osserva aumento del rischio per i reati sessuali , con OR 1,2 (CI 0,9 a 1,6).	
Review 2008	(12 articoli USA, 8 Inghilterra e Galles, 2 Austria, 2 Australia, 2 Olanda, 2 Scozia, 1 Francia, 1 Italia, 1 Germania e 1 Nuova Zelanda): avere avuto precedenti carcerazioni aumenta il rischio di suicidio in carcere (p < .001) OR 1,3.	
Griffiths 1990 cit. da Tatarelli	Precedenti carcerazioni aumentano il rischio di suicidio tra i detenuti	
Buffa 2012	Il 57.9% dei suicidi presi in esame era già stato in carcere.	
	Solo in uno studio in Olanda la prima detenzione aumenta il rischio, in tutti gli altri studi lo riduce.	
Tatarelli	Italia anni 1996-97: le precedenti carcerazioni aumentano il rischio di suicidio	
Dooley 1990	I detenuti giudicati che si suicidano tendono ad avere una condanna maggiore di 4 anni	
Momento del suicidio (tempo trascorso dall'ingresso)		
Dooley	Il 17 % dei suicidi avviene la prima settimana, il 28% il primo mese, il 76% nel primo anno, mentre solo il restante 23% avviene dopo un anno	<p>Rischio alto nei primi 30/60 gg di detenzione</p>
Buffa 2012	Il 18.2% dei suicidi esaminati è avvenuto nel corso della prima settimana di detenzione, il 24.8% entro il primo mese, il 64.5% entro il primo anno, il 35.5% oltre il primo anno	
	Carcere di Detroit addirittura il 73% dei suicidi avveniva nel primo mese di detenzione	
Fruehwald	In Austria il 25% avviene nel primo mese, la maggioranza nei primi due mesi.	
Tatarelli	In Italia (1996-97) il 25 % avviene nel primo mese e più del 50% nel primo anno; in Australia (1973-87) più del 50 % dei suicidi avviene nei primi due mesi; a NYC (1980-88) il 42% nel primo mese di detenzione.	

Alloggiamento		
Buffa 2012	Gli istituti piccoli, molto piccoli e molto grandi hanno un tasso di suicidi proporzionalmente inferiore a quelli medi e grandi.	
Buffa 2012	Il 38.8% dei suicidi era alloggiato in celle singole	
Dooley 2004	Il 66% dei suicidi era in cella singola: del restante 34% in cella condivisa, la metà dei detenuti era però solo al momento del suicidio	Rischio molto alto se solo in cella
	Carcere di Detroit (1995): il 90% dei suicidi era in cella condivisa, ma il compagno era addormentato	
Tatarelli	Carceri di NYC il 91% dei suicidi era in cella singola	
Pompili	Solo il 40% era in cella singola, ma in una condizione di sovraffollamento	
Review 2008	La sistemazione in cella singola ha un OR 9,1 per l'esito in suicidio	
Altri fattori di rischio		
Buffa 2012	Il 53.2% dei suicidi analizzati era sottoposto a misure di sorveglianza e tutela a titolo preventivo	
Dooley 1990	solo il 16% dei suicidi era stato valutato a rischio di suicidio	Diagnosi psichiatrica o di dipendenza/abuso Tentato suicidio non così netto Giovane età Maschi Italiani Relazioni affettive esterne instabili Inattività
Appleby 2004	il 72% dei suicidi aveva una diagnosi psichiatrica, compresa la dipendenza /abuso di sostanze	
	1995 carcere di Detroit: 1/3 dei detenuti suicidi aveva una diagnosi psichiatrica	
Buffa 2012	Il 52.1% dei suicidi analizzati era stato diagnosticato psichiatricamente	
Review 2005	la diagnosi psichiatrica comporta una OR 17,4 per il suicidio (detenuti giudicati); la terapia con psicofarmaci in atto una OR 27 (detenuti in attesa di giudizio) e OR 17,4 (giudicati); precedenti tentativi di suicidio: OR 17,7 (in attesa di giudizio) e OR 5.8 (giudicati); la presenza di ideazione suicidaria OR 15,2; abuso/dipendenza da alcool OR 3	
Tatarelli	il 50% dei detenuti suicidi aveva tentativi precedenti di suicidio	
Buffa 2012	Il 17.4% dei casi esaminati è risultato aver posto tentativi di suicidi nel corso della detenzione e in detenzioni precedenti. Il 33.8% aveva posto in essere gesti auto-lesivi	
Tatarelli	Studio australiano citato: da 1/3 dei suicidi aveva ricevuto un trattamento psichiatrico, il 40% avevano messo in atto Tentativi di suicidio; nello studio sulle carceri di NYC citato il 46% aveva ricevuto un trattamento psichiatrico; in uno studio svizzero, caso-controllo, del 1996 troviamo: età sotto i 24 anni RR4,4, precedenti Tentativi di suicidio RR 2,5, storia di trattamenti psichiatrici RR 2,5, tossicodipendenza RR 2,8 .	
Buffa 2012	Risultano sovra rappresentati i più giovani; gli uomini più che le donne, gli italiani più che gli stranieri; l'instabilità affettiva. Il 90.9% non risultava occupato all'interno dell'istituto	
	Royal college of Psychiatrists: i 2/3 dei detenuti suicidi sono tossicodipendenti	

Buffa 2012	Non esiste correlazione tra il sovraffollamento e il suicidio, semmai il tipo di regime e, in particolare, con l'isolamento.	
	Altri fattori di rischio riportati in letteratura: lunghe condanne per reati violenti sovraffollamento isolamento essere bianchi essere sposati (OR 1,5) aumenta il rischio a differenza che nella popolazione generale essere cattolici aumenta il rischio (OR 3,1).	
Burgoin 1993	Francia: più è alta l'integrazione sociale del detenuto più è alto il rischio di suicidio in carcere.	
Screening		
Prison suicide risk assessment check list	Diversi strumenti ed attività di screening in atto: la Prison suicide risk assessment check list dell'Ufficio federale delle carceri USA, premessa del JSat, che è un format di visita.	
Check list Arboleda-Florez (allegato 2)	La Check-list più raccomandata, che viene riportata per esteso nelle indicazioni del 2007 della WHO, è quella di Arboleda-Florez, del 1987, di fatto una lista di segni psichiatrici, per la quale la WHO raccomanda, se il detenuto è positivo ad uno dei segni, un invio in tempi brevi a professionisti della salute mentale. Il modello della WHO per i suicidi tra i detenuti è infatti quello della Vulnerabilità individuale combinata all'Evento stressante; la stessa WHO riconosce peraltro che molte caratteristiche (anche di vulnerabilità) dei detenuti che si suicidano sono comuni a tutti gli altri detenuti.	
Dooley 1990	Vale ancora quanto considera con chiarezza e pragmatismo anglosassone Dooley nello studio del 1990: sebbene i tassi di suicidio in carcere siano tanto più alti che nella popolazione generale essi rappresentano comunque un piccolo numero di detenuti all'anno, dal momento che sono in tanti a transitare nel sistema carcerario; ogni tentativo di prevedere un evento così raro sulla base di Fattori di Rischio condivisi da un ampio numero di detenuti è destinato a produrre un ampio numero sia di Falsi Positivi (considerando quanti sono i detenuti ritenuti a rischio che poi non commettono suicidio) sia di Falsi negativi (mancata identificazione di detenuti che poi si suicidano). La considerazione di Dooley è così determinante che viene riportata per esteso e testualmente da Fruehwald nel suo studio caso-controllo sul suicidio nelle carceri in Austria.	
Prevenzione		
WHO	Raccomandazioni: individuare i più vulnerabili individuare i momenti di maggior stress, utilizzare le risorse di un buon servizio medico, psicologico, psichiatrico .	
Dooley 1995	Azioni raccomandate: migliorare la comunicazione tra detenuti e il personale, facilitando l'esposizione dei problemi personali e la ricerca d'aiuto; ridurre la disponibilità di mezzi letali (punti di appiglio, materiali per i legami: ndr: più del	

	90% dei suicidi in carcere avviene per strangolamento/impiccagione); difficile, se non impossibile, intervenire in termini di prevenzione su quel 23% dei detenuti suicidi che si tolgono la vita nel corso di lunghe condanne, senza segni di malessere precedenti.
Appleby 2005	Per Appleby nel 2005 le indicazioni sono: 1) tenere i detenuti a rischio in ali apposite del carcere 2) tenere i detenuti in celle senza appigli 3) senza lenzuola adatte al cappio 4) condividere le informazioni tra il personale come routine; se il detenuto era seguito dai Servizi di salute mentale e o delle Tossicodipendenze, mettersi in contatto con questi nelle 24 ore dall'ingresso 5) avere in carcere mezzi per la disintossicazione da sostanze 6) tenere in osservazione i detenuti dimessi dai centri clinici almeno per sette giorni 7) formare tutto lo staff del carcere, compresi gli agenti di scorta per riconoscere, valutare e trattare il rischio di suicidio, in particolare per i detenuti in attesa di giudizio.
Studio 1995 carcere Detroit	Porre maggior attenzione al gruppo ad alto rischio, ridurre il sovraffollamento , avere pratiche adeguate alla riduzione del peso della carcerazione da parte del personale di custodia e del personale sanitario. Se 36 suicidi erano avvenuti dal 1967 al 1986 un solo suicidio si è avuto dal 1987 al 1992 a motivo probabilmente di una "maggiore attenzione ai detenuti".
"Safer Prisons" Shaw 2003	Altre raccomandazioni
Istituto australiano criminologia 1999	Costituire un Team per il rischio di suicidio (personale di custodia e sanitario con un coordinatore), che si riunisce e valuta il singolo detenuto, con un rischio classificato in tre gradi (minaccia, bene definito, attuale), offrire counseling, sistemazione particolare, supporto di pari, maggiori contatti con l'esterno, celle condivise fino al ricovero in centro clinico. Ndr: anche gli australiani con molta onestà intellettuale ammettono che con l'applicazione per 5 anni del loro programma non si è registrata nessuna variazione dei tassi di suicidio in carcere, anzi gli anni 1997 e 1998 hanno avuto tassi record
Liebling 1995	Non propone programmi specifici ma una azione che aumenti i fattori protettivi per tutta la popolazione detenuta, attraverso i supporti familiari, la attività dell'Istituto, il supporto tra i pari, uno staff esercitato al sostegno, una buona comunicazione fra tutti
Irlanda	In Irlanda, dove il personale carcerario ha forse la massima numerosità relativa al mondo, cioè un agente per ogni detenuto, i tassi non sono mai aumentati.
Regione Toscana	Nella presentazione delle Linee di indirizzo della regione Toscana il risultato della loro applicazione è un passaggio di numero totale di suicidi da 10 (del 2009) a 5 (2010-11).
Royal College of Psychiatrists	L'efficacia dei programmi di prevenzione è difficile da misurare per eventi così (fortunatamente) rari come il suicidio, il cui tasso va seguito, eventualmente, per diversi anni, essendo troppo piccola l'unità di misura di un solo

	<p>anno.</p> <p>Raccomanda di: ridurre il peso della reclusione, facendo passare il maggior tempo possibile ai detenuti fuori dalle celle, con buon accesso al telefono; avere a disposizione buoni servizi per le tossicodipendenze e i disturbi mentali; formare il personale; aumentare a 7 giorni la sorveglianza dopo l'ingresso; avere in carcere personale medico afferente alla medicina del SSN.</p>	
Royal College of Psychiatrists	<p><i>Ndr:</i> citazione di un Report inglese scritto tra le due guerre mondiali del 1900: "Il sistema penale non prevede più pene corporali ma una punizione attraverso la privazione di libertà e la negazione di ogni soddisfazione intellettuale emotiva, spirituale... in passato si avevano pene corporali mentre il sistema contemporaneo prevede metodi diretti contro le funzioni superiori del Sistema nervoso centrale".</p>	

Bibliografia

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

- 1) Buffa Pietro (2012) "Il suicidio in carcere: la categorizzazione del rischio come trappola concettuale ed operativa", in Rassegna penitenziaria e criminologica, 1, XV, Gennaio – Aprile 2012
- 2) CurtissJ DuRand et al. (1995) A Quarter of Suicide in a Major Urban Jail: Implications for Community Psychiatry. American Journal of Psychiatry, 1995, 152:1077-1080
- 3) Department of Mental Health and Substance Abuse. Preventing suicide in jails and prisons [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007 [cited 2010 May 27]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595506_eng.pdf
- 4) Dooley, E. (1990) Prison suicide in England & Wales 1972–87. British Journal of Psychiatry, **156**, 40-45
- 5) Fazel S et al. (2008) Suicide in prisoners: A Systematic Review of Risk Factors. J of Clinical Psychiatry 69: 11 nov 2008, 1721-1731
- 6) Forrester A, Slade K. (2014): Preventing self-harm and suicide in prisoners: job half done. Lancet. Vol 383 March 29, 2014: 1109- 1111
- 7) Fruehwald S, Matschnig T, Koenig F, Bauer P, Frottier P. (2004) Suicide in custody: a case-control study. British Journal of Psychiatry, 2004, 185: 494-498.
- 8) Hawton K, linsell L, Adeniji t, Sariaslan A, Fazel S. (2014) : Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. Lancet. Vol 383 March 29, 2014 : 1147-1154
- 9) Humber, Webb, Piper, Appleby, Shaw (2013) "A national case-control study of risk factors among prisoners in England nd Wales " Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2013) 48: 1177-1185
- 10) Pompili M. et al. (2006) Suicidio nelle carceri I: fattori di rischio e modalità dell'atto suicidario. Psichiatria e psicoter. 2006 - 25, 3, 207-225
- 11) Pompili M. et al. (2006) Suicidio nelle carceri II: la situazione italiana ed elementi di prevenzione. Psichiatria e psicot. 2006 - 25, 4, 309-322
- 12) Pompili M. (2010) Suicide prevention: a long – lasting Italian tradition. Toward understanding the suicidal mind. Giornale italiano di psicopatologia 2010 - 16, 3 , 231-238
- 13) Rivlin, Hawton, Marzano, Fazel (2013) Psychosocial Characteristic and Social Networks of Suicidal Prisoners: Towards a Model of Suicidal Behaviour in Detention ", PLoS One. 2013; 8(7)
- 14) Royal College of Psychiatrists (2000) Community Care. Council Report CR86. London: Royal College of Psychiatrists.
- 15) Saavedra J, Lopez M (2013) . Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios. Rev psiquiatr Salud Ment (Barc.) 2013

- 16) Shaw J. Baker D. Hunt I.M. Moloney A. Appleby L. (2005) Suicide by prisoners: national clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184: 263-2005
- 17) Tatarelli R. et al (1999) Suicide in Italian Prisons in 1996 and 1997: A Descriptive Epidemiological Study. *International J of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43(4), 1999 438-447

STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO IN CARCERE NELLA LETTERATURA INDICIZZATA

Ciro Garuti, Psicologo

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

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

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

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

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

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

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

Strumenti per la valutazione del rischio suicidario strutturati in modo specifico per l'ambito carcerario			
	Tipo	Item	Italiano
Specifici per il rischio suicidario	A	39	N
	A	20+13	N
	I	24	N
	A	28	N
	A	9	N
	I	21	N
Che contengono item che valutano il rischio suicidario	I	25	N
	I	24	S
	A	52	N
	I	20	N
Che si correlano al rischio suicidario	I	56	N

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

Strumenti per la valutazione del rischio suicidario non strutturati in modo specifico per l'ambito carcerario

	Tipo	Item	Italiano	
Specifici per il rischio suicidario	A	20	N	
	A	5	N	
	I	21	S	
	A	12	S	
	A	48	S	
	A	30	S	
	A	15	N	
	A	30	S	
	I	26	N	
	A	14	N	
	A	36	N	
	Che contengono item che valutano il rischio suicidario	A	21	S
		A	21	S
		I	24	S
		A	50	N
		I	87	S
		I	22	N
I		87	S	
I		10	S	
A		22	N	
A		30	S	
A		20	S	
Che si correlano al rischio suicidario	I	15	S	
	A	13	N	

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

Allegato 2
LISTA DI ARBOLEDA-FLOREZ

Il detenuto:
è in stato di intossicazione da sostanze e/o ha un passato di abuso di sostanze
esprime livelli insoliti di vergogna, colpa, e preoccupazione per l'arresto e l'incarcerazione
mostra disperazione o paura per il futuro, o segni di depressione come il pianto, l'appiattimento affettivo, e l'assenza di comunicazione verbale
ammette di avere al momento pensieri riguardanti il suicidio (è sbagliato credere che non si debba domandare ad una persona se pensa, in quell'istante, di volersi suicidare perché ciò potrebbe indurlo all'azione)
in passato è stato in trattamento per problemi psichiatrici
soffre attualmente di un disturbo psichiatrico, o si comporta in maniera insolita e bizzarra, per esempio se ha difficoltà di concentrazione, parla da solo o sente le voci
ha già tentato una o più volte il suicidio, e/o afferma che il suicidio al momento è una soluzione possibile
afferma di avere attualmente piani suicidari (da prendere in considerazione anche i contatti con i familiari ed altri detenuti vicini)
riferisce di avere poche risorse interne e/o esterne di supporto
è ritenuto a rischio di suicidio dall'agente che lo ha arrestato e/o tradotto
ha già avuto in passato un rischio suicidario (dal registro)

Allegato 3

ALCUNE SCALE DI VALUTAZIONE PSICOLOGICA DEL RISCHIO SUICIDARIO

Scale specifiche al contesto detentivo:

SAMI

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

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

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

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

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

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

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

Tempi di somministrazione: 20- 40 minuti

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

Reperibilità dello strumento: Acquistabile tramite O.S. GIUNTI

JSAT

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

Intervista semistrutturata, standardizzata, di prima valutazione del soggetto in ambito penitenziario, che può essere somministrata all'ingresso nell'Istituzione Carceraria (Servizio Nuovi Giunti), ma

anche successivamente, per costruire un percorso trattamentale del paziente durante il periodo detentivo, finalizzato alla revisione periodica dei suoi bisogni e del suo stato mentale.

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

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

Tempo di somministrazione: 15- 20 minuti

Destinatari: Detenuti adulti e minorenni

Reperibilità dello strumento: Acquistabile tramite O.S. GIUNTI

Scale non specifiche al contesto detentivo:

HOPELESSNESS SCALE- BHS

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

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

La perdita di speranza, che è stata definita come un insieme di aspettative negative per sé e per la propria vita futura, oltre ad essere un sintomo comune a molte condizioni psicopatologiche, è un elemento fondamentale nella dinamica suicidaria.

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

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

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

Destinatari: Adulti dai 17 anni

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

SAD PERSONS SCALE

A cura di Patterson et al.

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

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

INGLESE	ITALIANO
Sex	Sesso (maschile)
Age	Età (<19 anni >45)
Depression	Depressione
Previous attempt	Tentativi precedenti
Ethanol abuse	Abuso di alcolici
Rational thinking loss	Perdita del ragionamento razionale
Social support laking	Mancanza di supporto sociale
Organized plan	Presenza di uno specifico progetto di suicidio
No spouse	Mancanza del partner
Sickness	Malattie fisiche

0-4: rischio basso

5-6: rischio medio

7-10: rischio alto

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

Tempi di somministrazione: 10 minuti

Destinatari: Adulti

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

SCALE FOR SUICIDE IDEATION

(Beck et al., 1979)

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

Prende in considerazione:

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

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

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

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

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

Tempi di somministrazione: 10 minuti

Destinatari: Adulti

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

INTENT SCORE SCALE (ISS)

(DW Pierce, 1981)

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

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

la prima (circostanze relative al tentativo di suicidio), composta da 6 item;

la seconda (considerazioni personali), composta da 4 item;

la terza (rischio), composta da 2 item.

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

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

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

Tempi di somministrazione: 10 minuti

Destinatari: Adulti

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

PROGRAMMA STRUTTURE PER MINORI

Alla luce delle indicazioni contenute nella circolare DAP del 25.11.2011 sulle “Modalità di esecuzione della pena. Un nuovo modello di trattamento che comprenda sicurezza, accoglienza e rieducazione” e dall’Accordo di Conferenza Unificata del 19.01.2012 sulle “Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”, si ritiene che la valutazione del rischio autolesivo debba essere concepita come obiettivo di un’azione comune: “In ogni caso sarà importante che il sistema sviluppi capacità di intercettare e trattare con tempestività stati di disagio psicologico e di disturbo psichico o altri tipi di fragilità, attivando un coordinamento funzionale delle diverse figure professionali presenti, a prescindere dal loro rapporto di dipendenza istituzionale” e “Deve essere superato il concetto di sorveglianza, oggi alla base delle misure utilizzate per prevenire gesti autolesivi; a questo deve sostituirsi quello di sostegno” (circolare DAP 25.11.2011). Inoltre, si indica di “Organizzare corsi di addestramento (e di aggiornamento) per il personale di Polizia Penitenziaria e per gli operatori sanitari che li aiuti a riconoscere i detenuti a rischio suicidario”, di “Implementare procedure di screening sistematico dei detenuti sia all’ingresso che durante la detenzione, per identificare gli individui con un rischio suicidario elevato, nonché di “Implementare procedure di screening precoce e relativa valutazione dei minori privati della libertà” (Accordo di Conferenza Unificata del 19.01.2012).

La riduzione del rischio autolesivo e suicidario nelle strutture penitenziarie minorili pone immediatamente un problema di definizione rispetto ai gesti di autolesionismo e al tentativo di suicidio classicamente inteso. Nel periodo adolescenziale il bisogno di trasgressione e la voglia di mostrarsi “contro” il sistema costituito ne rappresentano una caratteristica precipua.

All’interno di una struttura chiusa come il carcere questi aspetti possono amplificarsi al punto di reificarsi e trasformare in agiti questi aspetti di ribellione. Inoltre gesti autolesivi o tentativi di suicidio dimostrativi possono essere utilizzati per ottenere vantaggi rispetto alla propria situazione giudiziaria.

La questione è ulteriormente complicata dal differente utilizzo che viene fatto dell’autolesionismo nelle diverse culture, in particolare quelle del Sud del mondo, ormai rappresentanti la maggioranza degli ospiti delle strutture carcerarie.

D’altro canto, “L’impatto psicologico dell’arresto e dell’incarcerazione, la paura di essere abbandonati da familiari e amici, la crisi di astinenza dei tossicodipendenti, la consapevolezza di una condanna lunga, lo stress quotidiano della vita in carcere, sono tutti elementi in grado di superare la soglia di resistenza di una persona” (Comitato Nazionale per la Bioetica “Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici” 25.06.2010), per cui ognuno degli individui che varca la soglia di un ambiente detentivo è potenzialmente a rischio autolesivo, e quindi segnalabile come tale: ci si rende conto, però, che l’indicazione di rischio possibile per ognuno dei minori ristretti (in questo caso, i falsi positivi hanno di certo un peso notevolmente inferiore dei falsi negativi) avrebbe notevoli ripercussioni sull’organizzazione della sicurezza in IPM.

Il Centro di Giustizia Minorile (CPA, IPM e Comunità Ministeriale) e il Servizio Sanitario Nazionale sono impegnati a lavorare congiuntamente per identificare e prevenire il più precocemente possibile ogni manifestazione di disagio suggestiva di eventuali gesti autolesivi.

Il mandato di identificare un percorso di prevenzione rappresenta anche l'occasione di un lavoro sempre più integrato e congiunto fra le due aree, quella sanitaria e quella della giustizia dopo il DPCM .

E' evidente come una buona integrazione debba riuscire a unire le istanze strettamente mediche con quelle di sicurezza, soprattutto elaborando un metodo di lavoro congiunto che prima sia scandito da norme e protocolli e, in un secondo tempo, si trasformi in un prassi consolidata.

Pertanto, una visione più illuminata in senso sistemico dovrebbe prevedere il coinvolgimento di tutti gli adulti che, a vario titolo, ruotano attorno al minore privato della libertà: in tal senso, si propone la costruzione di una cultura di attenzione di sistema, dove ognuno degli attori istituzionali attivi le proprie specifiche competenze per osservare, identificare, rilevare e comunicare la presenza di eventuali elementi di rischio e, contestualmente, riconoscere l'esistenza di possibili fattori di protezione relativamente al rischio autolesivo. E' opportuno ricordare come l'adattamento alla struttura detentiva non sia immediato, ma richieda del tempo: rispetto a questo, i due momenti maggiormente critici sono rappresentati dai primissimi momenti della detenzione, causa lo scoramento e l'angoscia per la carcerazione, e dopo qualche settimana, soprattutto nelle personalità maggiormente rigide e poco adattabili.

Tuttavia tale azione, certamente fondamentale nella fase di ingresso, dovrà necessariamente mantenersi durante tutto il tempo della detenzione, con particolare attenzione a specifici eventi potenzialmente stressogeni quali rinvio di udienze, aggravamenti di pena, problemi familiari intercorrenti durante la detenzione e che possono richiedere un maggior livello di attenzione.

La costruzione di una cultura di attenzione di sistema e la condivisione dei diversi strumenti di lavoro si raggiunge attraverso l'istituzione di regolari équipes congiunte, sanitarie e della giustizia, che mantengano un monitoraggio continuo sui giovani detenuti, anche mediante l'utilizzo di una scheda dedicata, sotto riportata; per raggiungere tali scopi è necessario svolgere incontri formativi-informativi che prevedano la partecipazione di tutto il personale afferente al Centro di Giustizia Minorile, andando così a costituire una sorta di "addestramento" all'uso della scheda e al lavoro congiunto.

Inoltre il servizio di NPIA dell'AUSL di Bologna utilizza il Questionario sul comportamento del bambino - Anni 6-18, Child Behavior Checklist for Ages 6-18 di Thomas M. Achenbach - 2001, che contiene anche specifici items riguardanti il rischio auto-lesivo e suicidario per effettuare un primo screening all'ingresso.

VADEMECUM

Da specificare nella scheda se il dato è riferito (R) o accertato (A)

FATTORI STRESSOGENI

- Suicidi familiari/amicali
- Lutti familiari/amicali
- Perdita/Abbandono dai genitori
- Separazione/Divorzio dei genitori
- Gravi malattie familiari
- Conclusione/Interruzione di rapporti significativi
- Cambiamenti ambientali/residenziali
- Litigi con parenti/amici
- Esperienze di abuso/maltrattamento
- Espulsione/Allontanamento dal gruppo di coetanei
- Episodi di rifiuto/Umiliazioni subite
- Bocciatura scolastica
- Rimproveri

FATTORI STRESSOGENI CONTESTUALI

- Tempi di attesa di un'udienza
- Scarsa frequenza dei colloqui con i familiari
- Rigetto di istanze
- Subire maltrattamenti fisici/psicologici da parte di altri detenuti
- Deterioramento della tenuta a prolungate detenzioni
- Aggravamento di misure cautelari
- Tempi di attesa in IPM
- Inattività
- Patologia organica
- Esposizione a fenomeni autolesivi (es. gesti di altri ragazzi, media, fiction, ...)

INDICATORI PRIMARI RISCHIO SUICIDARIO

- Familiarità suicidaria
- Pregressi tentativi suicidari

Tra le **OSSERVAZIONI/INDICAZIONI** rilevare eventuale presenza di

- Compagno di stanza che parla la stessa lingua
- Riferimento telefonico da chiamare
- Rapporto significativo con adulto istituzionale
- Altro

SCHEDA RILEVAZIONE RISCHIO DI AGITI AUTOLESIVI PER MINORI AFFERENTI ALLE STRUTTURE DEL CGM

PARTE PRIMA PROFILO GENERALE

1. ANAGRAFICA
2. PROVENIENZA/POSIZIONE FAMILIARE
3. POSIZIONE GIUDIZIARIA E PRECEDENTI A cura di: AREA TRATTAMENTALE/SICUREZZA
4. ATTIVITA'
5. PROGETTI
6. STORIA CLINICA A cura di : AREA SANITARIA

PARTE SECONDA SCHEDA DI SEGNALAZIONE

PROVENIENZA

AREA SANITARIA

MEDICO
INFERMIERA
PSICOLOGO
NEUROPSICHIATRA
ALTRA FIGURA PROFESSIONALE

AREA TRATTAMENTALE/SICUREZZA

POLIZIA PENITENZIARIA
EDUCATORE
MEDIATORE CULTURALE
ASSISTENTE SOCIALE

PROBLEMA SEGNALATO

AUTOLESIONISMO
ANSIA
DISTURBI DEL SONNO
DISTURBI DELL' ALIMENTAZIONE
ISOLAMENTO/RITIRO RELAZIONALE
UMORE DEPRESSO
SOCIALIZZAZIONE
AGGRESSIVITA'
ALTRO

PARTE PRIMA
SEZIONE A
(a cura di Area Trattamento/Sicurezza)

ANAGRAFICA

COGNOME: _____ NOME: _____
IN POSSESSO DI DOCUMENTI D' IDENTITA': NO
SI' Tipo: _____
DATA DI NASCITA: __/__/____ LUOGO DI NASCITA: _____
RESIDENZA: _____ NAZIONALITA': _____
SCOLARITA': _____
ESPERIENZE LAVORATIVE: _____

POSIZIONE GIUDIZIARIA E PRECEDENTI

- PRIMA DETENZIONE: NO SI'
- PRECEDENTI PENALI: NO SI' (specificare) _____

- PRECEDENTI CARCERAZIONI: NO SI'
- MISURA CAUTELARE: NO SI' (specificare) _____
- AGGRAVAMENTO MISURA CAUTELARE: NO SI'
- ESPIAZIONE PENA NO SI'

PARTE PRIMA
SEZIONE B
(a cura di Area Sanitaria)

STORIA CLINICA

- PRECEDENTI PSICHIATRICI: NO
SI' (specificare) _____
- PRECEDENTI AGITI AUTOLESIVI: NO
SI' (specificare) _____
- TERAPIA PSICOFARMACOLOGICA: NO
SI' (specificare) _____
- FAMILIARITA' PER DISTURBI PSICHIATRICI: NO
SI' (specificare) _____
- USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE: NO
SI' (specificare) _____
- ALTRO: _____

PROGETTI IN ISTITUTO

- TRATTAMENTO INTERNO: NO
SI', con frequenza _____
- LAVORO ESTERNO: NO
SI', con frequenza _____
- COLLOCAMENTO IN COMUNITA': NO
SI', con frequenza _____
- RIENTRO AL DOMICILIO: NO
SI', con frequenza _____
- ALTRO (specificare): NO

SI', con frequenza _____

**PARTE SECONDA
SCHEDA DI SEGNALAZIONE
AREA TRATTAMENTALE/SICUREZZA**

DATA: __/__/____

UTENTE

COGNOME: _____ NOME: _____

ISTITUTO: _____

FIGURA PROFESSIONALE

- EDUCATORE
- ASSISTENTE SOCIALE
- MEDIATORE CULTURALE
- POLIZIA PENITENZIARIA
- DIRETTORE
- ALTRA FIGURA PROFESSIONALE:

FATTORI STRESSOGENI

NO
SI' (specificare)

FATTORI STRESSOGENI CONTESTUALI

NO
SI' (specificare)

PROBLEMA RILEVATO

- AUTOLESIONISMO
- ANSIA
- DISTURBI DEL SONNO
- DISTURBI DELL' ALIMENTAZIONE
- ISOLAMENTO/RITIRO RELAZIONALE
- UMORE DEPRESSO
- SOCIALIZZAZIONE
- AGGRESSIVITA'
- ALTRO _____

**PARTE SECONDA
SCHEDA DI SEGNALAZIONE
- AREA SANITARIA -**

DATA: __/__/____

UTENTE

COGNOME: _____

NOME: _____

ISTITUTO: _____

FIGURA PROFESSIONALE

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> MEDICO | <input type="radio"/> PSICOLOGO |
| <input type="radio"/> INFERMIERA | <input type="radio"/> PSICHIATRA |

FATTORI STRESSOGENI

NO

SI' (specificare)

FATTORI STRESSOGENI CONTESTUALI

NO

SI' (specificare)

PROBLEMA RILEVATO

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> AUTOLESIONISMO | <input type="radio"/> SOCIALIZZAZIONE |
| <input type="radio"/> ANSIA | <input type="radio"/> AGGRESSIVITA' |
| <input type="radio"/> DISTURBI DEL SONNO | <input type="radio"/> ALTRO _____ |
| <input type="radio"/> DISTURBI DELL' ALIMENTAZIONE | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> ISOLAMENTO/RITIRO RELAZIONALE | |
| <input type="radio"/> UMORE DEPRESSO | |

SEGNALAZIONI

AREA TRATTAMENTALE /SICUREZZA

