

Premessa

Il rischio suicidario in carcere è 20 volte maggiore rispetto alla popolazione generale e il suicidio è la seconda causa di morte .

La carcerazione è un fattore specifico di vulnerabilità che induce a gesti auto aggressivi chiari e inequivocabili segnali del grave stato di disagio , di malessere in cui i detenuti si trovano a vivere .

Può essere chiamata in causa una specifica vulnerabilità bio-psico-sociale della popolazione detenuta rispetto a quella generale .

La maggior parte dei suicidi in carcere avviene nel primissimo periodo di permanenza (prime 48-72 ore) , immediatamente prima e durante il processo e talvolta nel periodo immediatamente prima della scarcerazione in occasione di lunghe pene .

Esistono anche fattori spazio temporali che incidono sul rischio di suicidio quali l'uso di celle singole , isolamento , oppure in orari in cui diminuisce la vigilanza del personale o vi è una ridotta attività nell'ambito dell'istituto , questo spiegherebbe perché una percentuale elevata di suicidi viene tentata nelle ore notturne

In una buona percentuale di casi (dal 30 al 60 %) riguarda soggetti con disturbi correlati a uso di sostanze o con disturbi psichiatrici

Sarebbero stati identificati almeno quattro fattori che potrebbero individuare , se presenti ,soggetti a rischio :

- Diagnosi psichiatrica
- Trattamento psicofarmacologico
- Reato ad alto indice di violenza
- Ambientale : sistemazione in cella singola

Al momento però non sarebbe confermato quanto sopra perché verificato solo in una popolazione ristretta e di etnia ben definita .

I mezzi più comunemente usati sono :

- Impiccagione (è la più frequente) alle sbarre delle finestre , allo sciacquone del bagno , ringhiere dei letti , armadi , porte e in genere vien usato uno sgabello o una sedia per salarvi sopra e successivamente toglierla provocando così l'impiccagione . In genere vengono usati lenzuola , stringhe , cinghia dei pantaloni
- Inalazione di gas da fornellino , non molto frequente , utilizzata per lo più da soggetti tossicodipendenti che sniffano gas , perciò è difficile stabilire a chi adotta questa modalità se è un suicidio o altro che è andato oltre la propria volontà
- Ingestione di farmaci (ipnotici , tranquillanti) o altre sostanze (varichina o altro) , è molto diminuita questa modalità per un maggior controllo nella somministrazione dei farmaci per cui risulta difficile l'accumulo
- Ferite da taglio (recisione della carotide o altre vene periferiche)sono in netta diminuzione come tentativo di suicidio

Meritano grande attenzione i frequenti atti di autolesionismo che avvengono nella popolazione detenuta come un campanello che deve essere ascoltato e considerato .

Per tutti questi motivi è necessario mettere in atto tutte quelle procedure che permettono di prevenire e scongiurare qualsiasi atto autolesivo della popolazione carceraria .

Inserita in questo contesto è l'accoglienza di un nuovo detenuto all'interno del carcere , i punti cardine per questa procedura sono :

- Osservazione immediata diretta e congiunta della persona detenuta da parte di operatori delle diverse aree del carcere
- Informazione sulle regole che scandiscono la vita all'interno del carcere
- Approfondimento diagnostico e attivazione di immediati interventi di sostegno
- Scelta dell'allocatione più confacente ai bisogni del detenuto nuovo giunto

- Progettazione di un nuovo schema , concordato , di massima a medio – lungo termine degli interventi sanitari , sociali , psicologici , educativi e formativi di cui il detenuto può fruire .

L'attività di sostegno si deve integrare con quella della sorveglianza che si estrinseca nelle forme della Grande Sorveglianza e della Sorveglianza a Vista , atti che non comportano interventi diretti sul disagio individuale , ma intervengono sulla meccanica dell'attuazione del gesto suicidario , potendo comportare l'effetto di potere trattare il disagio psichico di chi è a rischio suicidario con isure privative dei residui spazi di libertà dell'individuo

Il Comitato Nazionale per la Bioetica , in merito al suicidio in carcere sottolinea la necessità di :

- Trasparenza delle regole interne
- Trattamento maggiormente personalizzato che eviti la deresponsabilizzazione e l'infantilizzazione , fonti di impotenza e umiliazione per il detenuto
- Prevenzione specifica delle situazioni di rischio (sovraffollamento , incarcerazione , arresto , ecc ..) e non solo dei singoli soggetti a rischio

L'OMS per la prevenzione del suicidio in carcere prevede di :

- Curare la qualità del clima sociale e porre particolare attenzione all'ambiente considerando i suoi livelli di attività , di sicurezza , di cultura e il rapporto tra personale e detenuti
- Mettere in atto strategie tese a ridurre comportamenti aggressivi ad altre forme di violenza e enfatizzare , invece , relazioni supportive tra i detenuti e il personale sanitario e di polizia penitenziaria

Va prevista l'organizzazione di corsi di formazione condivisi sulla prevenzione del rischio suicidario aperti al personale sanitario operante nell'Istituto Penitenziario e al personale di Polizia Penitenziaria operanti nella Casa di Reclusione di Massa

1 - SCOPO

Lo scopo di presente protocollo è quello di delineare il comportamento delle varie figure professionali ,sia sanitarie che non , svolgenti attività all'interno della Casa di Reclusione di Massa che in condivisione , individuano i detenuti a rischio di comportamento suicidario e stabiliscono provvedimenti idonei di prevenzione da mettere in atto .

2 - CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente protocollo si applica nella Casa di Reclusione di Massa

3 -RIFERIMENTI

- D.Legs 230/99 “ Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'art 5 della legge 20 novembre 998 , nr 219 “
- L.R. nr 64/05 “ Tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati negli IIPP ubicati in Toscana “
- Lettera circolare DAP del 06/06/2007 “ Servizio di accoglienza dei detenuti in ingresso negli IIPP “
- DPCM 1 aprile 2008 “Modalità e criteri di trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie , dei apporti di lavoro , delle risorse finanziarie del 14/12/ 2009e e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria “
- Piano Sanitario Regionale Toscana 2008 – 2010 e Piano Sociale Integrato Regionale Toscana 2012 - 2015 “ La salute in carcere “
- Deliberazione Giunta Regionale Toscana n. 1153 del 14/12/2009 : “Approvazione protocollo d'intesa fra Regione Toscana e Ministero Della Giustizia “

- Circolare DAP Ufficio detenuti nr 3524/5074n del 12/05/200
- Deliberazione Giunta Regionale Toscana n . 441 del 30/05/ 2011 : “ Linee di intervento prioritarie in materia di sanità penitenziaria per il biennio 2011 – 2012 , punto 2 , lettera A , allegato 1 ,prevenzione del rischio suicidario “
- Deliberazione Giunta regionale Toscana n. 842 del 31/10/2011 “ La prevenzione del suicidio in carcere: linee di indirizzo “
- Circolare DAP Ufficio Detenuti nr 0445330- 2011 del 24/11/2011
- Accordo CU Stato-Regioni province autonome del 09/01/2012 “ Linee di indirizzo per la riduzione del rischio auto lesivo e suicidario nei confronti dei detenuti , degli internati sottop a provvedimento penale “

4 -TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

R.S.S.D	Responsabile Sanitario Struttura Detentiva
M.G.	Medico di Guardia
G.M.	Gruppo Multidisciplinare
G.S-	Grande Sorveglianza
A.G.	Autorità Giudiziaria
O.P.	Ordinamento Penitenziario
P.P.	Polizia Penitenziaria
INF	Infermiere
PSI	Psichiatra

RESPONSABILITA'

Le responsabilità previste dalla presente procedura sono le seguenti :

FASI	FUNZIONI				
	RSSD M,G	INF	GM	PSI	PP
Accoglienza a Nuovi Giunti					R
Visita Nuovo Giunto	R	C			
Visita detenuto con nuovo status	R	C			
Valutazione psichiatrica nuovo giunto	C	C		R	
Esito valutazione psichiatrica	C	C	C	R	
Segnalazione Psicologi , Educatori , Polizia Penitenziaria	C		C		R
Valutazione GM			R		

R responsabilità
C coinvolgimento

5 - DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

E' opportuno distinguere , per le differenti modalità di intervento richieste , la posizione dei detenuti nuovi giunti in :

- Detenuti alla prima carcerazione
- Detenuti che rientrano in carcere con esperienza detentiva
- Detenuti trasferiti da altri istituti

Sebbene solo le prime due tipologie rientrano nella categoria “ Nuovi Giunti “ come descritte dalle disposizioni in materia , è opportuno considerare tutte le tipologie per dare un ordine alla successione degli

interventi e rendere più sinergico l'apporto di tutti gli operatori interessati alla presa in carico di detenuti che fanno ingresso in istituto .

Qualsiasi procedura di gestione o prevenzione del rischio suicidario non è in grado di contemplare le qualità essenziali di un sanitario che stanno nel saper di base , nell'esperienza e nella sensibilità personale (intuire anche segnali sfumati di una crisi che può preannunciare gesti estremi) .

La prevenzione dei gesti suicidari e auto lesivi in carcere non è tout court demandabile ai servizi sanitari , l'umanizzazione della vita detentiva , il sovraffollamento carcerario o il profilo strutturale igienico sanitario degli IIPP , la carenza del personale di polizia penitenziaria sono fattori inderogabili che intervengono nei processi che portano a un aumento del rischi suicidario .

Gli atti essenziali da mettere in essere sono :

- Accoglienza
- Presa in carico
- Riunione multidisciplinare

In questa ottica è fondamentale favorire la sinergia fra operatori penitenziari e sanitari attraverso la costituzione di un gruppo multidisciplinare costituito da :

- Direttore Casa di Reclusione di Massa o suo delegato
- Responsabile Sanitario del Presidio Sanitario Azienda USL 1 Massa Carrara “ Istituto Penitenziario “ o suo delegato
- Comandante Polizia Penitenziaria Casa di Reclusione di Massa o suo delegato
- Psichiatra del Presidio Sanitario Azienda USL 1 Massa Carrara “ Istituto Penitenziario “
- Psicologo ex art 80 O.P.
- Psicologo del Presidio Sanitario Azienda USL 1 Massa Carrara “ Istituto Penitenziario “
- Funzionario giuridico pedagogico area trattamentale (Educatore)
- Assistente sociale

L'attività sanitaria deve fondarsi su un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato e Intergrato sottoposto a periodiche verifiche , il progetto deve costituire una risposta del SSR alla domanda d'aiuto e deve essere elaborato e verificato in equipe .

Attualmente nella Casa di Reclusione di Massa è garantita la presenza di :

- Medico di guardia H 24
- Psichiatra dalle ore (concordare) alle ore (concordare) per cinque ore al giorno dal lunedì al venerdì , reperibile per urgenze in orari diversi e nei giorni di sabato e domenica
- Responsabile sanitario del presidio mediamente per tre ore al giorno
- Psicologo dell'USL (va stabilito l'orario e i giorni)
- Psicologo ex art 89 O.P. nei giorni (concordare) dalle ore (concordare) alle ore (concordare)

6 -ACCOGLIENZA NUOVO GIUNTO

L'accoglienza del nuovo giunto , qualunque sia la sua provenienza , è multidisciplinare e deve essere mirata ad individuare con tempestività i bisogni sociali e di salute generale dei detenuti , coinvolgendo in una progettualità condivisa operatori sanitari , educatori , psicologi , psichiatri , personale di polizia penitenziaria

L'accoglienza viene effettuata al'atto dell'ingresso da :

- Personale di Polizia Penitenziaria che fornisce verbalmente le prime e generali informazioni al nuovo giunto sulla vita penitenziaria
- Responsabile Sanitario de Presidio o suo delegato
- Infermiere professionale
- Psichiatra
- Psicologo
- Educatore

In questa fase devono essere indicati interventi di tipo terapeutico specialistico , logistico e di sorveglianza ed è necessaria una stretta collaborazione fra i vari operatori .

Il nuovo giunto che arriva alla Casa di Reclusione di Massa deve essere tempestivamente visitato da parte di RSSD o suo delegato nell'immediatezza del suo ingresso , prima dell'assegnazione in sezione e al massimo nell'arco delle 24 ore (O.P.)

6 , 1 - NUOVO GIUNTO DA ALTRA STRUTTURA DETENTIVA O ALTRO CON PROBLEMATICHE PSICHIATRICHE

Se proviene da altra struttura detentiva o altro , il RSSD o suo delegato provvede ad effettuare la visita medica del soggetto prendendo visione della documentazione sanitaria della struttura di provenienza . Il personale di Polizia Penitenziaria che opera l'immatricolazione e/ o gli operatori che ricevono notizia di attenzione dall'esterno segnaleranno il caso al RSSD o suo delegato (M.G.)

Se non segnalato , ma dall'esame della documentazione emergano fattori di rischio o di disagio viene segnalato allo :

- Psichiatra che deve eseguire valutazione nel più breve tempo possibile e conseguenti azioni concordate col responsabile del presidio e gli altri operatori non sanitari (sostegno , grande sorveglianza , grandissima sorveglianza , sorveglianza a vista) e si valuta la segnalazione al GM
- Personale di sorveglianza (polizia penitenziaria)
- Educatori
- Psicologo
- Direzione CR Massa

6,2 – NUOVO GIUNTO DA LIBERTA' SENZA PRECEDENTI CARCERAZIONI

Il RSSD o suo delegato provvede ad effettuare la visita medica del soggetto (come previsto al punto 6) , durante la visita viene somministrato un questionario che valuta la presenza di fattori di rischio ad atti suicidari che si esplicitano in :

- Primo arresto
- Prima detenzione
- Attesa di giudizio
- Isolamento
- Detenuti con atteggiamento poco disponibile alla socializzazione
- Anamnesi positiva per coinvolgimento in situazioni stressanti
- Lunga condanna
- Presenza di gravi patologie

Viene compilata inoltre una scheda di valutazione del rischio suicidario (ved allegato 1) che viene consegnata alla sorveglianza con opportune indicazioni sia all'allocazione che a eventuali misure cautelative , all'atto della visita medica il RSSD o suo delegato indica l'allocazione più idonea

- Nell'arco di 24/ 36 ore è sottoposto a visita specialistica psichiatrica per nuova valutazione sul rischio suicidario mediante l'utilizzo di strumenti codificati di diagnostica psichiatrica e qualora venga confermata l'esistenza di fattori di rischio vengono messe in atto le conseguenti azioni concordate col responsabile del presidio e gli altri operatori non sanitari (sostegno , grande sorveglianza , grandissima sorveglianza , sorveglianza a vista) e si invia a una valutazione del GM
- Viene attivata dal personale di Polizia Penitenziaria , in modo automatico , la Grande Sorveglianza

6,3 – NUOVO GIUNTO PROVENIENTE DA LIBERTA' CON PROVVEDIMENTO DI G:S: D PARTE DELL' A.G. O DA ALTRO ISTITUTO CON PROVVEDIMENTO DI G.S.

Da parte del RSSD o suo delegato (M.G.) deve essere attivata nel più breve tempo possibile una consulenza psichiatrica per le opportune indicazioni di misure cautelative . relazionando al RSSD che potrà attivare il G.M.

7 – PRESA IN CARICO

La presa in carico è conseguente alla valutazione psichiatrica e non si rivolge non solo ai detenuti nuovi giunti a rischio nella fase di accoglienza , ma anche a detenuti già presenti nella Casa di Reclusione di Massa che abbiano manifestato sopraggiunti stati di disagio psichico insorti a seguito di variate situazioni socio-economiche –sanitarie , quali :

- Situazioni familiari : separazioni coniugali , divorzi , abbandoni , malattie o decessi di congiunti
- Situazioni personali : insorgenza di patologie croniche o con prognosi non favorevole , perdita del lavoro
- Situazioni legate alla condizione giuridica : condanne definitive di lunga durata , nuove ordinanze restrittive , rigetto di misure alternative

E' importante cogliere in itinere gli elementi di rischio (eventi sentinella) e monitorare il percorso clinico . Per gli aspetti di prevenzione custodiale le misure di

- Sostegno
- Grande sorveglianza
- Grandissima sorveglianza
- Sorveglianza a vista

Sono definite da una disposizione generale della Direzione della Casa di Reclusione di Massa (intervalli temporali della vigilanza , divieto temporaneo di utilizzo di oggetti , colloqui di sostegno con gli operatori dello staff)

Sotto il profilo medico tali misure devono essere prescritte dallo specialista psichiatra a seguito di attenta valutazione e portate a conoscenza del RSSD per le azioni conseguenti :

- Sostegno : controllo sanitario almeno ogni 48 ore
- Grande sorveglianza : controllo sanitario almeno una volta al giorno
- Grandissima sorveglianza : controllo sanitario almeno due volte al giorno con intervallo di 12 ore circa
- Sorveglianza a vista : controllo sanitario almeno tre volte al giorno

Può essere proposto il ricovero in infermeria per un tempo determinato per mettere in atto una prima osservazione sanitaria concertato fra il RSSD e lo specialista psichiatra

Qualora venga rilevata una gravità clinica ingestibile o situazione ad alto rischio sarà necessario la valutazione di un invio presso centri di osservazione psichiatrica dell'Amministrazione Penitenziaria o a strutture di ricovero esterno (SPDC ospedale di Massa)

8 - RIUNIONE GRUPPO MULTIDISCIPLINARE

E' molto importante l'esistenza di una collaborazione attiva fra le varie figure operanti in carcere , ognuno per le sue competenze , per cui è necessaria una stretta integrazione per :

- Stabilire e mantenere una alleanza terapeutica

- Indicare per ognuna delle persone considerate a rischio le misure di sorveglianza e i controlli attuabili sia dal personale penitenziario che sanitario più adeguato alle condizioni di rischio della persona
- Individuazione del luogo più adatto alla cura all'interno del carcere in modo da garantire condizioni compatibili con 'obiettivo della garanzia della salute del detenuto , anche suggerendo trasferimenti in IIPP ritenuti più idonei
- Sviluppo di un piano di trattamento sanitario specifico
- Promuover l'aderenza al piano di trattamento sanitario verificando anche la compliance del paziente , anche attraverso una somministrazione diretta e controllata da parte del personale sanitario
- Curare contatti con i famigliari se possibile
- Rivalutare periodicamente il rischio di suicidio e l'efficacia dell'adeguatezza delle misure di sorveglianza sia sanitarie che penitenziarie
- Monitorare attentamente le condizioni psicopatologiche e la risposta alla terapia onde individuare in tempo utile eventuali situazioni di emergenza/urgenza e permettere un pronto intervento evitando in tal modo un ritardo o un mancato riconoscimento dell'urgenza

Per questo è importante e fondamentale la comunicazione strutturata fra le figure professionali sanitarie e penitenziarie denominata Gruppo Multidisciplinare , costituito come previsto al punto 5 , con eventuale integrazione del personale del SERT e degli infermieri .

E' in questa occasione che viene elaborato il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato e vengono verificati i risultati raggiunti .

Si discute sull'osservazione sia all'ingresso che durante la detenzione di eventuali rischi anticonservativi o auto lesivi e con seguenti interventi necessari , definendo le azioni e la presenza da parte degli operatori secondo le specifiche competenze

Sono previste a cadenza ordinaria riunioni quindicinali-

In tali riunioni si valuta in sede collegiale l'adozione , la modifica , il mantenimento o la revoca delle misure intensificate di custodia e altre azioni di sostegno psicoassistenziali e medico trattamentali utili alla gestione e graduale riduzione del disagio rilevato .

Di tali riunioni deve essere redatto apposito verbale .

Per la verifica oltre alle valutazioni sul procedere del piano terapeutico individualizzato , potranno essere effettuati degli audit clinici su eventi critici e eventi sentinella per individuare azioni preventive , analisi delle procedure organizzative o ogni altra condizione che può influire sul fenomeno

9 – GESTIONE DELLE URGENZE/EMERGENZE

Le urgenze ed emergenze cliniche di tipo psicopatologiche vengono gestite dal Medico di Guardia , fatta eccezione che si verificano durante l'orario di presenza dello psichiatra . E' necessario un raccordo costante con lo psicologo , educatore e Polizia Penitenziaria , quest'ultima strategica perché più di ogni altra figura è costantemente presente con la popolazione detenuta .

Se l'intervento è differibile il medico di guardia lo segnalerà con priorità allo psichiatra

I sanitari potranno richiedere , con le procedure e modalità previste , provvedimenti di intensificazione della sorveglianza per problematiche sanitarie , motivando la proposta e allegando prescrizioni per la Direzione e il Comando della Polizia Penitenziaria .

Qualora venga rilevata una condizione grave tale da non permetterne la gestione potrà essere previsto il ricovero presso centri idonei di osservazione psichiatrica presenti nella regione Toscana (CC Firenze) .

Nei casi di emergenza dovrà essere previsto l'invio con l'attivazione del 118 presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Massa dove verrà sottoposto a una valutazione psichiatrica a cui potrà eventualmente seguire un ricovero temporaneo , se possibile negli appositi locali presenti di degenza riservati a soggetti con restrizioni della libertà presso l'Ospedale di Massa o in SPDC per gravi emergenze .

10 – FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEGLI OPERATORI COINVOLTI

E' necessario prevedere corsi di formazione e aggiornamento di tutte le figure coinvolte che oltre che a fornire conoscenze di base può arricchire il bagaglio culturale e doti di sensibilità personale e attenzione che sono essenziali per cogliere i primi segnali di una crisi , preludio di un gesto anticonservativo .

La DRG Toscana , nr 842 del 3/10/2011 pone l'accento sull'opportunità di una formazione del personale sanitario e penitenziario sui temi della manipolazione suicidaria e sulla pericolosità intrinseca di tali atti ,la cui evoluzione può sfuggire al controllo del soggetto stesso in caso di tentativo di suicidio il personale sanitario e di polizia penitenziaria , per quanto di competenza e nel rispetto dei ruoli istituzionali deve essere formato a prestare il primo soccorso .

Tali corsi devono avere cadenza annuale e periodicamente dovrebbero avere corso esercitazioni di “ falso allarme “ per verificare le procedure e introdurre eventuali correzioni oltre che a all'instaurarsi di alcuni automatismi che riducano drasticamente i tempi di intervento .

11 - ACCESSIBILITA' E RISERVATEZZA

Tale protocollo è accessibile a tutti gli operatori sanitari e penitenziari coinvolti , che operano all'interno della Casa di Reclusione di Massa

12 – ARCHIVIAZIONE

Il presente protocollo è archiviato presso l'infermeria all'interno della Casa di Reclusione di Massa e presso la Direzione della Casa di Reclusione di Massa

APPENDICE

L'attività psichiatrica ha carattere di consulenza e sarà compito del MG o del RSSD integrare o modificare i trattamenti prescritti , fermo restando l'obbligo di una corretta comunicazione tra i colleghi ,

Lo specialista psichiatra , come gli altri specialisti , risponde funzionalmente al RSSD , ed è tenuto a comunicare con congruo anticipo al RSSD e al Direttore di U.O. eventuali periodi di assenza e il Referente Aziendale per la salute in carcere per attivarne la sostituzione .