



LINEE DI INDIRIZZO REGIONALE PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO E AUTOLESIVO PER GLI ISTITUTI PENITENZIARI DEL VENETO

Premessa

Le linee guida emanate nel 2007 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) (1), relative alla "prevenzione del suicidio nelle carceri", specificano un ampio numero di fattori ed elementi individuali e ambientali che, nella loro interazione, aumentano il rischio di suicidio, rilevando che la detenzione rappresenta di per sé un fattore di rischio elevato.

In questo quadro le disposizioni contenute nel D.P.C.M. del 01/04/2008 che disciplinano "le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria", attribuiscono particolare attenzione alla appropriata presa in carico dei nuovi giunti e alla necessità di strutturare degli idonei programmi di prevenzione del rischio suicidario.

L'Accordo approvato in Conferenza Unificata nella seduta del 19 gennaio 2012 sulle "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale", traccia interventi per la prevenzione del rischio suicidario, al fine di assicurare un sistema integrato di azioni tra il Servizio Sanitario Nazionale e l'Amministrazione Penitenziaria. Lo stesso accordo impegna altresì le Regioni, l'Amministrazione Penitenziaria e la Giustizia minorile a costituire dei gruppi di lavoro tecnico-scientifici interistituzionali allo scopo di elaborare un programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili, sulla base delle indicazioni degli organismi europei e dell'O.M.S.

Il Piano Regionale di Prevenzione del Rischio suicidario, elaborato dal Gruppo Tecnico e recepito con DGRV n. 2722/2012 ha individuato come prioritarie le seguenti azioni:

- una ricognizione dell'esistente in ciascun Istituto/servizio penitenziario e/o minorile, in termini di disposizioni normative e pratiche già in atto;



- lo sviluppo di 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, capaci di individuare sia le aree di coordinamento sia le specifiche attività che ciascuna di esse dovrà mettere in atto;
- il monitoraggio e la valutazione delle procedure stesse, anche attraverso l'utilizzo di strumenti per la verifica dell'applicazione (es: audit, monitoraggio della diffusione e della conoscenza delle procedure, ecc.).

Le suddette azioni costituiscono, del resto, anche il fondamento tecnico normativo per il recepimento dell'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata in data 27/07/2017 relativo al Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti.

Al fine di implementare e integrare quanto già definito con la DRGV n. 2722/2012, in sede di Osservatorio interistituzionale per la Salute in Carcere si è condivisa la necessità di costituire due gruppi di lavoro, uno per l'ambito degli adulti e uno per l'ambito minorile con componenti delle Amministrazioni coinvolte (Regione, Provveditorato per l'Amministrazione Penitenziaria, Centro giustizia Minorile, Aziende ULSS e Direzioni Istituti) con l'obiettivo di realizzare delle linee di indirizzo sul tema, capaci di permettere di redigere dei protocolli locali appropriati ed omogenei nella loro struttura ed operatività. L'Accordo del 27/07/2017 mira, infatti, a concretizzare in tutte le strutture penitenziarie attività di prevenzione che, con costanza ed omogeneità, dispongano dei requisiti di assoluta condivisione degli interventi da parte sia del Servizio Sanitario Nazionale e sia dell'Amministrazione Penitenziaria. Attività che permettano l'implementazione di organizzazioni funzionali dedicate a livello centrale, regionale e locale, costantemente monitorate negli interventi e negli esiti, una definizione di caso condivisa e adatta a soddisfare i criteri di riferimento delle diverse figure coinvolte, vigilando sul costante aggiornamento dei protocolli operativi locali (2).

Del resto i principi delle azioni in ambito di prevenzione del suicidio in carcere si innestano in un contesto più generale, contraddistinto da un ambito detentivo che sta sperimentando incessantemente e progressivamente un percorso di metamorfosi epocale, volto alla sempre maggiore umanizzazione della vita detentiva e alla tutela della salute.



1. I principi generali

I programmi di prevenzione del rischio suicidario in ambito carcerario si basano su principi che devono essere in grado di contribuire ad orientare l'operato quotidiano e congiunto sia delle aree sanitarie che dell'Amministrazione Penitenziaria. Essi sono:

- la definizione e la corretta attribuzione dei significati "comportamenti a rischio", "autolesionismo", "tentato suicidio" e la necessità di una presa in carico congiunta dei soggetti che, in vario modo, esprimono un disagio;
- la definizione che l'autolesionismo e il tentato suicidio, pur non essendo sempre strettamente correlati, anche ad aspetti psicopatologici, sono sempre conseguenza di una condizione di sofferenza e disagio;
- l'importanza che qualsiasi figura operante all'interno dell'istituto penitenziario, e le reti familiari e sociali della persona detenuta, possano essere messi nelle condizioni di segnalare situazioni a rischio;
- il concetto che la detenzione è di per sé un fattore di rischio e che, lavorando in maniera attiva sull'umanizzazione della pena, si riduce fra la popolazione detenuta la probabilità di eventi autolesivi o auto-soppressivi;
- la necessità di un approccio olistico alla prevenzione del rischio suicidario orientato alla promozione del benessere e della salute sia dei detenuti, sia degli operatori;
- l'importanza strategica della formazione congiunta, appropriata e continua del personale per la prevenzione e gestione degli eventi autolesivi e auto-soppressivi.

1.1 Il lavoro congiunto e l'approccio olistico

Ogni protocollo operativo in ambito della prevenzione del rischio suicidario richiede, per la necessaria definizione e co-costruzione di un piano di intervento comune, integrato ed olistico, della strutturazione di una cornice teorica di riferimento, una condivisione di linguaggi e significati in modo da omogeneizzare i diversi *know-how* dei professionisti coinvolti nel percorso della presa in carico del detenuto con un disagio. Una base comune facilita infatti sia la comunicazione fra i diversi operatori ma anche la capacità di contrastare stigma, tabù, luoghi comuni, eventuali pregiudizi sociali e personali che in molti casi rappresentano un ostacolo al lavoro quotidiano e alla presa in carico. In una ottica di necessità di condivisione è auspicabile



che gli operatori sia sanitari che penitenziari siano in grado di provare ad intercettare, ognuno con i propri strumenti e competenze, l'elemento predittivo del suicidio dal punto di vista clinico che è rappresentato dal "pensiero suicidario". A questo proposito la formazione diventa un elemento necessario per ridurre il gap tra teorie implicite ed informazioni scientifiche sul suicidio. Il ruolo della formazione degli operatori nel campo della prevenzione del suicidio è stato evidenziato in differenti ricerche scientifiche, soprattutto nella popolazione generale, che hanno messo in luce una differenza significativa nei contesti prima e dopo la formazione degli operatori. Nel 1998 il Governo degli Stati Uniti arrivò ad ottenere una riduzione del 75% dei suicidi all'interno degli istituti penitenziari grazie all'istituzione di uno specifico iter formativo per gli operatori (3). Da queste esperienze emerge che la prevenzione del suicidio parte da una corretta formazione e conoscenza del fenomeno da parte dei diversi operatori e dalla loro capacità di lavorare in maniera congiunta. In tal modo, una visione più completa e complessa sul suicidio aiuta a strutturare un approccio olistico al problema, orientando ad una promozione del benessere e della salute sia dei detenuti e sia degli operatori.

1.2 Il pensiero suicidario

Il pensiero suicidario è considerato il primo fattore di rischio per il comportamento suicidario (4, 5) al quale è associato un incremento del rischio di suicidio e dei tentativi di suicidio (6). La prevenzione del comportamento suicidario diventa più efficace se si è in grado di riconoscere il pensiero suicidario (7, 8), per cui le migliori strategie di prevenzione nascono in contesti in cui tutti i professionisti hanno strumenti idonei per intercettarlo.

Nella concettualizzazione di Shneidmann (1996) (9) il suicidio è il risultato di un dialogo interiore, che nasce da uno stato di costrizione psicologica, una visione a "tunnel o binaria", un restringimento delle soluzioni normalmente disponibili per risolvere lo *psychache* (10) cioè il "tormento nella psiche". Il ruolo del suicidio quindi sarebbe quello di porre fine ad un "dolore mentale" insopportabile che nasce da sentimenti di colpa, vergogna, rabbia, solitudine e disperazione definiti come "ingredienti base del suicidio". Nell'individuo suicida la presenza di questi ingredienti nascono da bisogni psicologici frustrati, tanto che l'autore propone la seguente definizione "*attualmente nel mondo occidentale, il suicidio è un atto conscio di auto-annientamento, meglio definibile come uno stato di malessere generalizzato in un individuo bisognoso che alla prese con un problema, considera il suicidio come la migliore soluzione*" (11). Il suicidio è così definito come un tentativo di soluzione di un dolore, percepito come unico ed



irrisolvibile, proprio a causa della presenza del pensiero coartato e dicotomico. Il pensiero dicotomico, definito come *black and white thinking*, è il pensiero che ragiona in termini “tutto o nulla”, è il pensiero che annulla la complessità, le opzioni e le sfumature. In sintesi si tratta di una forma di distorsione cognitiva che offusca le skills cognitive, la capacità di prendere decisioni e riduce tutto ad una visione bipolare “bianco o nero”. La visione tunnel è una distorsione percettiva della realtà – sia interna che esterna – nella quale si vede una sola ed unica soluzione rispetto ai problemi. Infatti lo stato emotivo in cui si sviluppa questo pensiero ristretto è riferibile all'*hopelessness-helplessness*, cioè la sensazione che nulla di altro possa essere fatto e che nessuno possa aiutare sé stesso in una visione disperata che porta l'individuo alla sensazione di non avere vie d'uscita. A tal proposito, emerge, infatti, nella persona una forte stagnazione (di idee, di apatia e comportamenti) ed un ritiro dal mondo ambiente-relazionale.

Lo stato cognitivo, in cui avviene quanto definito, è una forte ambivalenza rispetto alla vita e la morte. E la scelta del suicidio, per quanto si configuri come una decisione dell'individuo, avviene in un assetto psicologico in cui c'è un restringimento di opzioni ed alternative. Nel contesto detentivo il restringimento delle idee, il ritiro dalle persone e dal mondo relazionale assumono una portata maggiore in termini di cristallizzazione del pensiero su un funzionamento di tipo dicotomico in quanto *“la restrizione della libertà finisce col rendere il soggetto assolutamente dipendente [dal contesto] anche per l'appagamento di molte esigenze fondamentali”* (12) sia per la vita individuale che relazionale. Inoltre, il carcere (che rappresenta, inevitabilmente, una vera e propria istituzione totale), per ragioni legate al proprio mandato “custodiale”, tende ad imporre *“valori ed abitudini comuni a tutti, annullando le differenze individuali”* e mettendo in crisi l'identità.

I suggerimenti per la gestione della crisi suicidaria partono dal riconoscimento e dall'esplorazione del pensiero suicidario, contestuale e storica. L'esplorazione della storia del pensiero suicidario può essere, infatti, utile per mettere in luce i fattori di rischio specifici per quell'individuo, e permettere il riconoscimento della vulnerabilità individuale alla quale sarà possibile dare un risposta e contenimento all'interno di uno specifico programma di intervento individuale.



2. Le aree di intervento

Il suicidio, è sempre un evento di enorme tragicità. Le aree di intervento si devono basare sull'esperienza e sulle evidenze scientifiche che indicano che gli elementi principali alla base del comportamento suicidario sono di natura bio-psico-sociale e costituiti da fattori ambientali, biologici, sociali e biologici.

Le azioni di prevenzione si basano principalmente sull'intercettazione del disagio attraverso l'individuazione e l'analisi dell'influenza dei fattori di rischio sull'eventuale presenza di un pensiero suicidario.

Il passo successivo a tali azioni è la definizione di un programma di intervento (integrato) che ha l'obiettivo di ridurre l'influenza dei fattori precipitanti e/o fattori di rischio sul pensiero suicidario ed impedire che lo stesso si strutturi in maniera più profonda e si evolva in atto.

Il suicidio, nel più ristretto ambito penitenziario, insieme agli atti autolesionistici posti in essere da una moltitudine di persone detenute rappresentano la spia di un disagio e di una sofferenza. E' noto, non solo grazie all'esperienza che ciascun operatore matura sul campo, ma anche come dimostrato dai contributi scientifici che hanno affrontato il problema (12), che dietro un tentativo di auto soppressione, con esiti esiziali o meno, possono esservi molteplici fattori: ambientali, psicologici, sociali, biologici. La problematica è complessa, appare enormemente vasta e pluridimensionale, è spesso concomitante ad altre ed è tale da ingenerare oltre che un impatto emotivo di fortissimo rilievo sugli operatori, anche una frammentazione degli interventi e una disomogeneità operativa. E' per tale ragione che la formazione del personale, ricopre un ruolo di cruciale importanza.

In base a quanto premesso si possono delineare le principali aree di intervento così da poter affrontare il fenomeno nei suoi diversi stadi di evoluzione che sono l'intercettazione del disagio, l'integrazione degli interventi, la gestione del caso, il monitoraggio dello stesso e il fronteggiamento del caso di suicidio.

2.1 L'intercettazione del disagio e l'attenzione

Intercettare il disagio richiede la capacità di prestare attenzione alla presenza dei fattori di rischio significativi capaci di influenzare il processo evolutivo del pensiero suicidario oppure di identificare i fattori in grado di svilupparlo. Dalla capacità di intercettare e riconoscere il disagio ha origine il cosiddetto "attenzione".



Come suggerito dal Piano Nazionale di Prevenzione delle condotte suicidarie in ambito penitenziario già sopra menzionato (2), ampia rilevanza va data a tutti gli interventi di prevenzione che possano incidere, in senso migliorativo, sullo stato di sofferenza e disagio presente all'interno dei contesti penitenziari. In questo senso pare cruciale sottolineare l'importanza da attribuire all'ampliamento della c.d. "area dell'attenzione". Si auspica che all'interno di ciascuna realtà penitenziaria siano chiari e fatti propri, da parte di tutti di tutti gli operatori, i segnali ed i fattori di potenziale rischio individuati dalle ricerche scientifiche in merito che sono principalmente (1):

- l'assenza di rete familiare, oppure grave conflittualità con i componenti del nucleo familiare;
- l'assenza o carenza di una rete di relazioni sia all'esterno sia all'interno dell'Istituto Penitenziario;
- l'impatto della detenzione in sé sull'individuo (inteso come trauma con l'istituzione e con la propria vicenda giuridica);
- la tipologia di reato per cui la persona esprime sentimenti di vergogna, colpa, preoccupazione;
- la presenza di patologie psichiatriche, di dipendenza, di dolore cronico o altre patologie croniche e/o acute significative;
- gli eventi di vita stressanti (udienze e eventi anche esterni sia attuali che precedenti alla carcerazione);
- i pregressi e/o gli attuali eventi critici come comportamenti autolesivi, tentativi di suicidio, comportamenti di tipo dimostrativo, ecc.
- la familiarità per comportamenti suicidari;
- l'espressione della sofferenza nelle sue diverse forme (crisi di pianto, insonnia, pigrizia o estrema irrequietezza, disturbi del sonno, disturbi alimentari, sbalzi di umore, perdita di interesse nelle attività e/o relazioni, ripetuti rifiuti di cure e/o richiesta di aumento del dosaggio dei farmaci).

2.2 L'individualizzazione e l'analisi dei fattori di rischio

In campo medico si definiscono fattori di rischio gli elementi statisticamente significativi che concorrono all'esordio, allo sviluppo e al decorso di una malattia (e/o di un comportamento).



Nell'ambito del suicidio i fattori di rischio sono gli elementi su cui si costruisce un comportamento suicidario. I fattori di rischio non rappresentano però gli elementi esclusivamente determinanti del comportamento suicidario. A questo proposito occorre sottolineare che i fattori di rischio entrano in relazione con caratteristiche individuali, emotive, relazionali e contestuali che potenziano o riducono tali fattori. Come presente in letteratura- *“le cause dei suicidi sono tante quanto i suicidi”* (12), quello che li accomuna è la presenza e strutturazione di un pensiero suicidario che rappresenta un anello di congiunzione tra le diverse storie.

La condotta suicidaria, quindi, è sempre determinata da una molteplicità di fattori e anche il concomitare di più fattori di rischio non riesce, secondo le attuali conoscenze, a concretizzarsi in una soddisfacente capacità predittiva. Se consideriamo che un “tumulto emozionale”, fattori accidentali o l'impulsività possono determinare lo scatenamento del comportamento suicidario si comprende come spesso un suicidio può risultare un'evenienza altamente imprevedibile.

Secondo la letteratura internazionale il rischio di suicidio è di 11-14 volte più frequente nella popolazione carceraria, rispetto a quella generale (13-14); un documento del Ministero della Giustizia lo definisce tra 15 e 18 volte più frequente nella popolazione detenuta rispetto a quella generale (12).

In letteratura sono stati definiti come fattori di rischio significativi precedenti tentativi di suicidio e/o pregressa ideazione suicidaria, patologie psichiatriche ed abuso di sostanze (15, 16); alti livelli di aggressività ed impulsività (17-18); disturbi di personalità (19); relazioni interpersonali caotiche ed instabili (20, 21) e lo stress acuto connesso al percorso giuridico ed all'incarcerazione (22).

La storia familiare del soggetto ed i cambiamenti nella relazioni a causa della detenzione sono elementi importanti di vulnerabilità. Anche all'interno della sfera personale la detenzione rappresenta un momento altamente stressante da affrontare: separazione fisica, difficoltà comunicative, senso di colpa e vergogna, rabbia, solitudine sono elementi di rischio significativi. L'impatto con l'istituzione penitenziaria, soprattutto per chi vive la prima esperienza detentiva, porta a vissuti di ansia, paura, frustrazione, ai quali vanno ad aggiungersi i correlati legati alla separazione dal mondo esterno. Secondo un report del 2002 (23), il periodo più critico per lo sviluppo di eventi suicidari è il primo mese di detenzione. Altri fattori di rischio riguardano anche altri aspetti del percorso detentivo come ad esempio le fasi di cambiamento della posizione giuridica del detenuto. I detenuti in attesa di giudizio ed i detenuti condannati



avrebbero un tasso di suicidio rispettivamente di 7,5 e 6 volte maggiore rispetto alla popolazione generale (24). In merito alle variabili giuridiche alcuni studi riportano che il suicidio è più frequente nei casi di attesa di rinvio a giudizio o sentenza di primo grado o di appello; negli anni 2000/2001 il 44,2% di suicidi è stato commesso da detenuti definitivi; nel 2002 il 36,4% e nel 2003 il 48,3%. Ogni fase processuale porta con sé dei risvolti emotivi legati alla sfiducia verso il futuro ed alla perdita di speranza. Altri elementi importanti sono gli aspetti specifici del sistema penitenziario che ospita l'individuo come il sovraffollamento. In uno studio italiano del 2006 (25) è stato evidenziato un tasso di suicidio 10 volte superiore nelle carceri sovraffollate. Per quanto riguarda il regime di isolamento si registrano dati di criticità; nel 2010 il 60% dei suicidi avvenuti in Italia hanno riguardato detenuti in isolamento o in alta sicurezza.

La sempre più rinnovata consapevolezza della detenzione come fattore di rischio che già di per sé incrementa le possibilità di gesti infausti, esige, oggi più che mai, una presa di coscienza assai forte, da parte di tutti gli operatori, della necessità di una presa in carico del "benessere" di tutto il sistema penitenziario in modo condiviso e congiunto. La responsabilità della presa in carico sia del singolo che dell'intero contesto è di "tutti" e per tale ragione vanno, in primis, ampliate le possibilità di segnalazione del disagio ad opera di chiunque possa intercettarlo (familiari, avvocati, operatori del terzo settore, volontari, compagni di detenzione) oltre all'essenziale e imprescindibile ruolo, in tal senso, degli operatori istituzionali. L'attivazione di reti e sinergie con le realtà esterne all'Istituto Penitenziario per incrementare l'offerta trattamentale e il dialogo con le figure che portano avanti all'interno del carcere percorsi specifici, si rivelano essere un'importante strumento di conoscenza e, di conseguenza, operativo. Come allo stesso tempo i servizi territoriali o gli enti di formazione presenti nel territorio possono fungere da partner preziosi per l'attivazione di corsi che mirino a formare le stesse persone ristrette a essere d'aiuto in situazioni di forte disagio dei propri compagni di detenzione. Attenzione particolare va poi rivolta alle persone detenute portatrici di problematiche psichiche o di dipendenza a favore delle quali la collaborazione con i servizi territoriali appare, più che negli altri casi, di fondamentale importanza.

2.3 La definizione e la pianificazione del programma di intervento

Elementi fondamentali per una definizione e pianificazione degli interventi sono la **raccolta delle informazioni, la loro condivisione ed elaborazione rispetto agli obiettivi ed al contesto.** In



questo senso l'elemento della comunicazione tra i vari operatori appare cruciale per favorire il processo di definizione di un programma di intervento.

Un aspetto determinante nell'operatività quotidiana è, senza dubbio, la condivisione delle informazioni relative alla persona che ha suscitato una preoccupazione e un allarme, sia che esse siano state percepite e valutate al loro ingresso, sia che ciò accada nel corso della detenzione. Tale concetto, che si supporrebbe essere oramai pacifico e facente parte di un patrimonio comune, si traduce ancor oggi, nella prassi, in uno degli aspetti più critici e lacunosi della presa in carico del detenuto a rischio. La comunicazione è spesso insoddisfacente all'interno del carcere e non permea le diverse aree, non ha carattere di continuità, o in taluni casi, è del tutto assente.

Non pare quindi superfluo ribadire l'essenzialità di una comunicazione osmotica, efficace e a più livelli fra i diversi attori coinvolti. Un primo livello di comunicazione da curare è quello tra la *Polizia Penitenziaria e le Forze dell'Ordine che hanno effettuato l'arresto*. All'atto dell'ingresso, per esempio, può essere di grande aiuto l'acquisizione del verbale di arresto e un primo confronto con le Forze dell'Ordine che hanno materialmente effettuato l'operazione per ricevere un feedback in merito alle eventuali informazioni acquisite da parenti e amici, alla reazione della persona, al comportamento durante la traduzione, agli elementi familiari che possono avere avuto un peso significativo e possono rappresentare un ulteriore elemento di osservazione e conoscenza rilevante ai fini della presa in carico da parte dell'istituzione che accoglie la persona. Un ulteriore livello è poi quello della comunicazione tra gli operatori penitenziari appartenenti alle diverse aree. Tali informazioni acquisite e tutte le altre che man mano si aggiungono, dovrebbero essere condivise tra il personale sanitario e quello penitenziario in diverse e concomitanti forme e costituiscono elemento cruciale per la costruzione del lavoro dello staff multidisciplinare. Oltre all'uso dei registri, delle schede e dello scambio di informazioni per vie informali sarà necessario istituire strutturate riunioni multidisciplinari che possano permettere la discussione dei casi che suscitano più preoccupazione. L'obiettivo delle riunioni sarà quindi quello di una presa in carico condivisa in cui non vi sia un accentramento di responsabilità in capo ad un solo operatore/area e contestualmente per strutturare un pensiero condiviso per la presa in carico dell'utente in maniera tale che lo stesso possa essere al centro di una rete che opera in modo sinergico.

Più in particolare in merito allo strumento dello **staff multidisciplinare**, si rileva come questo sia chiamato a svolgere una duplice funzione, da un lato la gestione dell'emergenza, dall'altro la



programmazione degli interventi e delle azioni conseguenti alla manifestazione di un disagio che perdura nel tempo in corso di detenzione. Alla luce delle variegate situazioni soggettive cui il personale deve far fronte, un'articolazione flessibile dello strumento dell'equipe multidisciplinare può risultare di grande aiuto anche in considerazione della peculiarità che ciascun Istituto Penitenziario porta in sé in termini di capienza, tempistiche d'azione, personale disponibile, ecc. Si ritiene che la gestione dell'emergenza si possa demandare l'attivazione dei primi interventi necessari ad uno staff multidisciplinare, per così dire, "ristretto" e composto dal Direttore (o da un suo delegato), dal Comandante di Reparto (o da un suo delegato), dal Responsabile dell'Area Pedagogica (o da un suo delegato) e dal Medico (o da un suo delegato); ciò al fine di approntare le necessarie prime misure affinché si allievi la situazione di "dolore" manifestata dal detenuto e lo si "protegga" rimandando ad un momento successivo una strutturazione sinergica di interventi che coinvolga più figure professionali. Tale organizzazione consente un intervento in tempi brevi che non necessita, necessariamente della presenza di uno spazio di incontro tra le figure a intervalli regolari e predeterminati, e che si può attivare all'uopo secondo le modalità di convocazione che ciascuna realtà vorrà individuare. Tale equipe, così strutturata, ha come obiettivi, per esempio, la scelta per il detenuto dell'allocatione in una camera di pernottamento più appropriata, l'acquisizione di informazioni, la predisposizione delle cure mediche del caso, l'agevolazione immediata di contatti con le figure affettive di riferimento (se presenti), l'identificazione dei professionisti da investire per la presa in carico della persona, l'inserimento del caso all'ordine del giorno della prossima riunione utile dell'equipe multidisciplinare che, come sopra detto, si riunisce a cadenza regolare e frequente per valutare le situazioni di disagio evidenziate e insorte in corso di detenzione. La programmazione e il monitoraggio dell'efficacia degli interventi predisposti per la gestione del caso è quindi affidata, in seguito, ad un **equipe multidisciplinare** che potremmo definire "allargata" poiché, oltre ai membri precedentemente menzionati, vede il coinvolgimento dello psichiatra (nel caso di soggetto cui sia stata diagnosticata una patologia psichica durante la detenzione in Istituto o comunque allorquando il medico lo ritenga opportuno), dello psicologo ex art. 80, dello psicologo e dell'educatore Ser.D. nel caso in cui il soggetto sia portatore di problematiche correlate alla dipendenza o al disagio psichico, il responsabile del servizio infermieristico e il funzionario E.P.E. qualora i problemi manifestati dal detenuto siano legati a difficoltà legate ai rapporti con i familiari o, comunque, con il mondo esterno.



L'equipe, così articolata, prenderà in carico l'utente e formulerà un **progetto individualizzato di prevenzione** del rischio autolesivo/suicidario, utilizzando strumenti di monitoraggio e di verifica degli esiti, riunendosi periodicamente per verificare l'evoluzione dei casi trattati e le eventuali modifiche da apportare al suddetto programma. Tutte le azioni intraprese dall'equipe multidisciplinare verranno annotate nella documentazione clinica del detenuto e culmineranno nella predisposizione di un programma d'intervento e/o terapeutico. Si coglie l'occasione per ricordare che la possibilità offerta dallo strumento delle equipe multidisciplinari è anche quella, per ciascun operatore, di acquisire dai colleghi che svolgono un altro ruolo con una diversa professionalità elementi di interpretazione, di valutazione e di conoscenza di cui non è in possesso, e che si possono integrare alla propria specifica competenza, permettendo il raggiungimento di obiettivi comuni.

2.4 La presa in carico

La presa in carico consiste in una relazione strutturata e professionale di aiuto che ha l'obiettivo di proporre un intervento nei confronti di un soggetto che ha bisogno di una risposta in termini di trattamento. Una presa in carico richiede una conoscenza profonda della storia clinica, familiare e legale del soggetto. Il prodotto della presa in carico e la sua espressione finale, è la strutturazione di un programma individualizzato. La presa in carico congiunta, che è l'espressione di un accordo condiviso sul percorso dell'utente, attraverso l'analisi dei fattori di rischio, dei fattori protettivi, degli interventi effettuati in passato e delle criticità del contesto, è un processo che vede impegnati sia l'equipe penitenziaria che quella sanitaria.

Nel caso in cui l'evento di tentativo di suicidio o autolesionismo si sia verificato è necessario scongiurare un ennesimo tentativo autosoppressivo ed accompagnare la persona verso un processo di "riabilitazione", volto al miglioramento delle condizioni che hanno portato il soggetto a compiere il gesto. La valutazione della natura delle azioni auto-soppressive deve essere congiunta tra le aree sanitaria e penitenziaria. Non è semplice distinguere gli atti di autolesionismo dai tentativi di suicidio ed è per questo che, anche in merito a tale aspetto, è bene che la valutazione degli operatori sia fatta congiuntamente e si addivenga da parte degli operatori ad una attribuzione comune di significato del gesto. La presa in carico congiunta da parte di tutti gli attori, come si è già più volte espresso, è di fondamentale importanza. E' di enorme rilevanza far percepire alla persona di essere al centro di una rete che opera in modo consapevole e coordinato. A seguito di un tentativo di suicidio o atto di autolesionismo, lo



strumento del colloquio individuale diventa elemento essenziale della presa in carico, accanto al lavoro integrato dell'equipe multidisciplinare. Dopo aver prestato il primo soccorso e le cure mediche del caso, e superate le emergenze, è importante valutare congiuntamente il livello di intenzionalità del gesto e ridurre il rischio che l'evento si ripeta. In questo senso l'equipe multidisciplinare deve porre attenzione all'analisi del pensiero suicidario dell'individuo ed al significato che lo stesso assume nella storia passata e presente della persona. Un evento suicidario all'ingresso in carcere si differenzia, infatti, molto da un evento suicidario che avviene a fine pena, ed i fattori di rischio sono differenti tra loro, motivo per cui la presa in carico di un individuo richiede una specifica e profonda conoscenza della persona da parte di tutti i professionisti attivi nel processo trattamentale. Il principio alla base della gestione del caso di tentato suicidio sarà, perciò, quello di un *supporto personalizzato* e non standardizzato, ma tarato sui bisogni, le caratteristiche e il funzionamento del singolo.

Nella presa in carico è importante definire se agire primariamente sui fattori ambientali, familiari, contestuali oppure individuali. Ogni caso richiede interventi specifici e collegati alla storia della persona: per alcuni soggetti è importante favorire colloqui con parenti e amici, estendere le possibilità di interazione con la comunità esterna; per altri è necessario agevolare la partecipazione alle attività intramurarie oppure attivare una vigilanza e osservazione della persona.

Altre azioni, che sono connesse ad una presa in carico da parte di tutto il sistema detentivo, possono configurarsi nella sensibilizzazione generale e nella formazione dei detenuti al supporto dei compagni di detenzione in maggiore difficoltà.

2.5 Il monitoraggio della situazione di disagio

Nel caso in cui tutte le misure di prevenzione ambientale e personale di prevenzione non abbiano sortito l'effetto sperato e l'evento si è verificato, oltre alla realizzazione degli interventi di prevenzione, è necessario monitorare la situazione di disagio. Ciò è possibile, principalmente, mediante lo strumento del colloquio (di cui è sempre utile lasciare traccia) affinché ciascun operatore abbia il "termometro" del disagio della persona. In tutti i casi sono necessarie riunioni periodiche dello staff multidisciplinare tra gli operatori per valutare se gli interventi posti in essere devono essere rimodulati e/o modificati. Al termine di ogni riunione si attribuiranno dei compiti e una tempistica di attuazione delle azioni e una valutazione delle stesse.



3. La gestione del caso di suicidio

Per gli operatori è di enorme aiuto un momento dedicato all'analisi dell'evento suicidario, anche per confrontarsi sui propri stati d'animo.

Momento diverso sarà invece quello del c.d. debriefing, ovvero una riunione a carattere operativo per valutare in senso critico gli eventi, lasciandone una traccia capace di rappresentare da una parte una rielaborazione dell'evento e dall'altra un elemento di utilità per la gestione di altri casi.



Glossario

Autolesionismo

Comportamento intenzionale autodiretto, dove non vi è evidenza di intenzionalità di morte. Comprende: l'auto lacerazione, il sovradosaggio di farmaci e/o sostanze, ecc. (26, 27)

Ideazione suicidaria

Cognizioni che possono variare da pensieri fugaci riguardanti il fatto che la vita non meriti di essere vissuta, a progetti ben concreti e meditati di auto-soppressione.

Suicidio

Il termine suicidio (formato sull'analogia del latino *homicidium* e composto da *sui*, genitivo del pronome riflessivo, e *-cidio*, dal tema di *caedere*, "tagliare a pezzi, uccidere") indica l'atto di togliersi deliberatamente la vita. Esso si riferisce a- "Tutti i casi di morte risultanti direttamente o indirettamente da atti positivi o negativi provocati dalla stessa vittima e che sa che produrranno questo risultato" (28). In altri termini *"il suicidio è un atto conscio di auto-annientamento, meglio definibile come uno stato di malessere generalizzato in un individuo bisognoso che alla prese con un problema, considera il suicidio come la migliore soluzione"* (11). In via più generale il suicidio è "un atto auto-inflitto, minaccioso della vita, fatale ed intenzionale, senza un manifesto desiderio di vivere; ci sono due componenti implicite: mortalità ed intenzionalità (28-30).

Tentativo di suicidio

Un comportamento di potenziale auto-soppressione, con un risultato non fatale, per cui c'è evidenza che la persona intenda uccidere se stessa. Un tentativo può o non può provocare delle lesioni".

Debriefing

Riflessione finale su un processo che analizza e valuta il percorso per la definizione degli aspetti negativi e positivi di una determinata azione e/o evento.

Presa in carico

Definisce una relazione di gestione, aiuto ed intervento nei confronti di un soggetto. La presa in carico è l'assunzione di responsabilità da parte di un servizio nei confronti di una persona che ha bisogno di una risposta in termini di trattamento. L'espressione concreta della presa in carico è la formulazione di un progetto terapeutico riabilitativo.



Bibliografia

- (1) WHO (2007), Preventing suicide in jails and prisons, Department of Mental Health and Substance Abuse
- (2) Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti, Rep. N.81/CU del 27 luglio 2017
- (3) Buffa P. (2008). Alcune riflessioni sulle condotte autoaggressive poste in essere negli Istituti Penali Italiani – in “Rassegna Penitenziaria” n. 3.
- (4) Bonner R. L., & Rich A. R. (1987). Toward a predictive model of suicidal ideation and behaviour: some preliminary data in college students. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 17. 50-63
- (5) Shea, S.C. (1998). The chronological assessment of suicide events: A practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 58-72
- (6) Kessler R. C., Bergers G., & Walters E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56, 617-626
- (7) Mann J.J, & Currier D. (2007). Prevention of suicide. *Psychiatric Annals*, 37, 331-339
- (8) Nordentoft M., (2007). Prevention of suicide and attempt suicide in Denmark. *Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. Danish Medical Bulletin*, 54, 306-369
- (9) Shneidman E. (1996). Final thoughts and reflections. *The suicidal mind* (pp. 157-166), New York: Oxford University Press
- (10) Shneidman E. (1993). Suicide as a psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 147-149
- (11) Shneidman E. (1985). Definition of suicide (pp. 202 – 213), New York: John Wiley and Sons
- (12) Paradiso V. (2011). Il suicidio in carcere: cause del fenomeno e strumenti di prevenzione. *Quaderni ISSP*, N° 8
- (13) McKee G.R. (1988). Lethal vs nonlethal suicide attempts in jail. *Psychol. Rep.*, 82, 611-614
- (14) Shaw J., Baker D., Hunt I. M., Moloney A., Appkeby L. (2004). Suicide by prisoners. *National Clinical Survey. Br. J. Psychiatry*, 184, 263-267
- (15) Baiillargeon J., et al. (2009). Psychiatric disorders and suicide in the nation's largest state prison system. *Journal of the American Academy of Psychiatry Law*, 37, 188-193



- (16) Marzano, Fazel et al. (2010). Psychiatric disorders in women prisoners who have engaged in near-lethal self-harm: Case control-study. *The British Journal of Psychiatry*, 149, 371-375
- (17) Haden S. & Shiva A. (2008). Trait impulsivity in a forensic inpatient sample: an evaluation of the Barratt Impulsive Scale. *Behavioral Science and the Law*, 26, 675-690
- (18) Kavanagh L., et al. (2010). Neurocognitive deficits and psychiatric disorders in a NSW prison population. *International Journal of Law Psychiatry*, 33, 20-26
- (19) Campbell M. A., Doucette N. L. & French S. (2009). Validity and stability of the youth psychopathic traits inventory in a nonforensic sample of young adults. *Journal of Personality Assessment*, 91, 584--592
- (20) Farina F., Arce R. & Novo M. (2008). Neighborhood and community factors: effects on deviant behaviour and social competence. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(1), 78-84
- (21) Hare H, Newmann C. (2005). Structural models of psychopathy. *Current Psychiatry Reports*, 7(1), 57-64
- (22) Bonner R. (2006). Stressful segregation housing and psychosocial vulnerability in prison suicide ideators, *Suicide and Life – Threatening Behaviour*, 36, 250-254
- (23) Prison Service Internal Report Safer Custody, 2002, www.gov.uk
- (24) Jenkis R., Bhugra D., Meltzer H., Singleton N., Bebbington P., Brughat T., Coid J., Farrell M., Lewis G., Paton J. (2005). Psychiatric and social aspects of suicidal behavior in prisons. *Psychol. Med.*, 35, 257-269.
- (25) Preti A., Cascio M.T. (2006). Prison suicides and self-harming behaviours in Italy, 1990-2002, *Med. J. Law*, 46, 127-134
- (26) Hawton K.D. & Weatherall R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients OMS presented to a general hospital. *Br. J. Psychiatry*, 182, 537-542
- (27) American Association of Suicidology (AAS) (2006). Resource sheet: the language of suicide. Core competencies for the assessment and management of individuals at risk for suicide. Washington, DC
- (28) Durkheim E. (1987). *Suicide. A study in sociology*
- (29) Davis J.H. (1988). Suicidal investigation and classification of death by coroners and medical examiners. Nolan J. (Ed). *The suicide case investigation and trial insurance claims. Tort and Insurance Practice Section*, 33-50. The American Bar Association, Washington, DC
- (30) Mayo D.J. (1992). What is being predicted? The definition of "suicide". In Maris R.W., Berman A.I. et al. *Assessment and prediction of suicide*, 88-101, Guilford, New York



Il presente documento è stato redatto dal seguente gruppo di lavoro:

- dott. Enrico Sbriglia – Provveditore dell'Amministrazione Penitenziaria del Triveneto
- dott. Armando Reho – Direttore dell'Ufficio III Detenuti e Trattamento del Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria del Triveneto
- dott.ssa Irene Iannucci – Direttore Istituto Penitenziario di Udine
- dott.ssa Sara Maria Chiara Gambino - Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria del Triveneto
- dott.ssa Marina Caneva – Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria del Triveneto
- dott. Antonio Zaza - Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria del Triveneto
- dott. Andrea Zema – Comandante di Reparto della Casa Circondariale di Treviso
- dott.ssa Antonella Reale – Direttore Casa Circondariale di Padova
- dr. Felice Alfonso Nava – Dirigente U.O. Salute Mentale e Sanità Penitenziaria Regione Veneto
- dott.ssa Giulia A. Bassetti – Funzionario U.O. Salute Mentale e Sanità Penitenziaria Regione Veneto
- dr. Vincenzo De Nardo – Responsabile UOSD Sanità Penitenziaria Azienda ULSS 3 Serenissima
- dr.ssa Gabriella Rossi - Responsabile UOSD Sanità Penitenziaria Azienda ULSS 5 Polesana
- dr. Elvio Bellini – Medico di Sanità Penitenziaria Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana

