



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

DELIBERAZIONE N° X / 809

Seduta del 11/10/2013

---

Presidente

**ROBERTO MARONI**

Assessori regionali MARIO MANTOVANI *Vice Presidente*

VALENTINA APREA

VIVIANA BECCALOSSI

SIMONA BORDONALI

PAOLA BULBARELLI

MARIA CRISTINA CANTU'

CRISTINA CAPPELLINI

ALBERTO CAVALLI

MAURIZIO DEL TENNO

GIOVANNI FAVA

MASSIMO GARAVAGLIA

MARIO MELAZZINI

ANTONIO ROSSI

CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Marco Pilloni

Oggetto

PRESA D'ATTO DELLA COMUNICAZIONE DEL VICE PRESIDENTE MANTOVANI AVENTE OGGETTO: "LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO DEI SOGGETTI SOTTOPOSTI A PROCEDIMENTO PENALE: ESITI ATTIVITA' DEL GRUPPO DI APPROFONDIMENTO TECNICO"

L'atto si compone di 67 pagine

di cui 62 pagine di allegati

parte integrante



**Regione Lombardia**  
LA GIUNTA

---

**VISTA** la comunicazione del Vice Presidente Mantovani avente oggetto: "LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO DEI SOGGETTI SOTTOPOSTI A PROCEDIMENTO PENALE: ESITI ATTIVITA' DEL GRUPPO DI APPROFONDIMENTO TECNICO";

**RICHIAMATO** il comma 4 dell'art. 8 del Regolamento di funzionamento delle sedute della Giunta regionale, approvato con DGR 29.12.2010 n. 1141;

**All'unanimità** dei voti, espressi nelle forme di legge;

**DELIBERA**

1. di prendere atto della comunicazione sopracitata, allegata alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale;
2. di dare atto che il responsabile del procedimento è il Direttore della Direzione Generale Salute Walter Bergamaschi.

IL SEGRETARIO  
MARCO PILLONI



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

### **COMUNICAZIONE DEL VICEPRESIDENTE MANTOVANI ALLA GIUNTA NELLA SEDUTA DELL'11 OTTOBRE 2013**

**OGGETTO: LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO DEI SOGGETTI SOTTOPOSTI A PROCEDIMENTO PENALE: ESITI ATTIVITA' DEL GRUPPO DI APPROFONDIMENTO TECNICO**

La riforma della sanità penitenziaria, avviata a seguito del DPCM 01.04.2008, ha determinato la ridefinizione delle funzioni e delle sinergie operative da parte delle istituzioni coinvolte ai diversi livelli nella gestione dei soggetti, adulti e minori, sottoposti a provvedimenti limitativi della libertà.

Il citato DPCM (allegato A) riserva una specifica attenzione al tema della prevenzione del rischio suicidario e pone tra gli obiettivi di salute e le azioni da compiere interventi finalizzati a ridurre i suicidi e i tentativi di suicidio in carcere, fenomeno che, come evidenziato dai dati relativi sia agli adulti che ai minorenni, si rivela di particolare criticità e delicatezza.

La Conferenza Stato Regioni con accordo sottoscritto in data 19/01/2012 avente a oggetto "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" ha impegnato le rispettive Amministrazioni, attraverso le proprie articolazioni territoriali, a costituire all'interno di ciascun Osservatorio Regionale Permanente sulla Sanità Penitenziaria, un gruppo di lavoro tecnico-scientifico con lo specifico mandato di procedere a:

- una ricognizione dell'esistente in termini di disposizioni normative e pratiche già in atto;

- la definizione di specifiche modalità operative e organizzative di intervento nei confronti del disagio e le relative responsabilità, sulla base della normativa vigente, delle amministrazioni coinvolte;
- l'adozione, in tempo utile, di tutte le iniziative necessarie all'avvio, entro un anno, di una sperimentazione in almeno una struttura penitenziaria 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.

In considerazione di ciò la Direzione Generale Salute della Regione Lombardia ha promosso la costituzione di uno specifico Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT), istituito e riaggiornato con note del Direttore Generale Sanità, rispettivamente, in data 28 giugno 2012 e in data 14 gennaio 2013.

In rispondenza con il mandato determinato dalla Conferenza Stato Regioni, il gruppo ha proceduto a svolgere una ricognizione dell'esistente rispetto alle pratiche già in atto a tutela della salute e dell'incolumità psicofisica dei soggetti, minori e adulti, ristretti presso le sedi penitenziarie della regione e ha prodotto un documento relativo alle "Linee di indirizzo per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei soggetti sottoposti a procedimento penale" allegato alla Comunicazione.

Tali Linee di Indirizzo, elaborate tenendo conto delle buone prassi in essere e valorizzando gli organismi già individuati, quali per esempio le équipes multidisciplinari, costituiscono la comune base operativa alla quale gli operatori dei servizi cointeressati (Azienda Ospedaliera, ASL, Istituti penitenziari adulti e minori) sono chiamati ad attenersi per garantire una congiunta presa in carico delle situazioni di fragilità.

Questa deve essere attuata:

- individuando interventi congiunti che non devono e non possono rispondere a esclusive logiche di contenimento e di sorveglianza ma alla miglior gestione complessiva del caso;
- evitando dannose condizioni di isolamento;
- valutando le condizioni ambientali e relazionali nel cui ambito si è verificato l'evento critico;
- predisponendo tutti gli interventi di accompagnamento e supporto alla persona, anche attraverso l'offerta di opportunità trattamentali.

In piena aderenza con le indicazioni diramate dalla Conferenza Stato Regioni, le procedure individuate si fondano sul principio essenziale e ineludibile della massima condivisione e partecipazione fra i diversi attori del sistema tenendo conto delle rispettive competenze e valorizzando gli specifici apporti professionali.

L'intervento complessivo verrà articolato in ogni struttura secondo diversi piani:

- attenzione all'accoglienza, primo momento della vita detentiva in cui, notoriamente, la fragilità emotiva rappresenta la maggiore criticità rispetto all'ambientamento al contesto detentivo, valutazione preliminare e definizione del rischio autolesivo e suicidario;
- attenzione costante alle modalità con cui i soggetti affrontano e modulano la propria vita detentiva, nel tentativo di cogliere i momenti di criticità e reazione al contesto deprivante della realtà penitenziaria e prevenirne gli effetti negativi e destabilizzanti;
- valutazione di eventuali eventi critici per la predisposizione da parte dell'equipe multidisciplinare di programmi mirati da attuarsi nei confronti dei soggetti portatori di fragilità;
- elaborazione degli eventi critici e luttuosi;
- formazione dei componenti dell'equipe multidisciplinare;
- consulenza permanente/formazione degli attori del sistema da parte dei componenti dell'equipe;
- monitoraggio delle procedure.



Regione Lombardia



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria  
Provveditorato Regionale per la Lombardia

Dipartimento Giustizia Minorile  
Centro per la Giustizia Minorile per la Lombardia

## LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO DEI SOGGETTI SOTTOPOSTI A PROCEDIMENTO PENALE

Gli istituti di pena costituiscono una porzione di società complessa, dove una articolata ed ampia rete di relazioni si intreccia con molteplici fattori di tipo giudiziario, sanitario, psicologico e sociologico. Inoltre la condizione di reclusione segna una inevitabile *“frattura della continuità esistenziale attraverso la sottrazione dell'individuo dal corso della propria vita e dalla sua rete relazionale, dove 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” 25/6/2010 ) e infatti è proprio nell'immediatezza dell'ingresso in istituto dalla libertà, o in occasione di cambiamenti significativi nelle proprie condizioni detentive, che si rileva un rischio maggiore di condotte autolesive o suicidarie.”*<sup>1</sup>

Nulla di quanto può essere definito umano è estraneo all'ambiente carcerario e tutti coloro che in qualche modo afferiscono a tale mondo, (con particolare riferimento ai detenuti ma senza dimenticare operatori e volontari), necessitano di una particolare attenzione relativamente al fatto che le dinamiche più complesse che accadono all'interno della società civile, si ripetono con più vigore e profondità internamente ai luoghi di reclusione.

Dalla complessità che caratterizza il sistema penitenziario deriva quindi la necessità che la cura e la presa in carico delle persone detenute venga seguita secondo principi di governance multilivello, in cui si integrino contenuti e professionalità molto diverse tra loro. Ogni istituzione ed ufficio preposto ovviamente è da sempre stato chiamato a rispondere per le proprie competenze alle

---

<sup>1</sup> Vedi “Accordo Conferenza Unificata - Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale - 19 gennaio 2012”

necessità che via via emergevano in ambito penitenziario; ciò nel tempo ha costituito un insieme di metodologie e di strumenti di risposta ai bisogni relativi alle diverse tematiche (si pensi a titolo di esempio ai protocolli per la tossicodipendenza o per la prevenzione).

La Conferenza Unificata, nella seduta del 19.01.2012, ha approvato il documento dal titolo “Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”, che prevede una serie di azioni a carico della Amministrazione Penitenziaria e delle Regioni.

Tra queste la Conferenza dispone in particolare che *“l'Amministrazione penitenziaria e la Giustizia minorile, tramite le proprie articolazioni territoriali, e le Regioni e PP.AA. si impegnano, entro tre mesi dalla data del presente Accordo, a costituire in ogni Regione e PP.AA., all'interno di ciascun Osservatorio Permanente sulla Sanità Penitenziaria, un gruppo di lavoro tecnico-scientifico, composto, senza oneri aggiuntivi, anche da operatori sanitari e da operatori penitenziari e minorili. Tale gruppo di lavoro avrà il compito di elaborare, sulla base delle linee guida esistenti e tenendo conto delle indicazioni degli organismi europei e dell'OMS, un programma operativo di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili”*.

Sulla scorta di tale indicazione è quindi stato istituito in Regione Lombardia il **“Gruppo di Approfondimento tecnico per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei soggetti sottoposti a procedimento penale”** con il quale si è voluto dare nuovo stimolo alle azioni già presenti in materia, innestando sui percorsi paralleli già attivati dalle singole unità (Medicina penitenziaria, amministrazione penitenziaria, SERT, DSM, ecc.) una metodologia di visione integrata del bisogno, in modo da procedere in maniera ancora più determinata e focalizzata all’obiettivo del benessere delle persone sottoposte a procedimento penale, che ha anche il non secondario risvolto di risultare una azione che comporta un utilizzo più efficiente delle risorse messe a disposizione separatamente dalle singole istituzioni.

Il Gruppo di Approfondimento tecnico è stata una felice occasione di confronto serrato tra le varie istituzioni protagoniste, che ha visto dialogare e collaborare attivamente professionalità e competenze molto diverse, costituendo un salto di qualità di notevole importanza in relazione alla possibilità di affrontare le necessità emergenti, non più viste da punti di vista isolati ed inevitabilmente parziali, ma offrendo uno spazio di lavoro condiviso, dove, senza nascondere la fatica di tenere insieme visioni, strumenti e modalità di azione molto differenti, è stato però possibile procedere alla realizzazione del documento tecnico che segue, sul quale vi è stata una unanime condivisione, appunto, ed un’ampia considerazione positiva.



Regione Lombardia



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria  
Provveditorato Regionale per la Lombardia

Dipartimento Giustizia Minorile  
Centro per la Giustizia Minorile per la Lombardia

## LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO DEI SOGGETTI SOTTOPOSTI A PROCEDIMENTO PENALE (ADULTI)

Documento elaborato dal GAT (gruppo di approfondimento tecnico scientifico) istituito dalla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia con nota prot.n.H1.2012.0020097 del 28/06/2012.

### **Coordinatore:**

Emiliano Monzani - Dipartimento Salute Mentale A.O. "Ospedale Niguarda Ca' Granda" Milano

### **Coordinatore scientifico:**

Massimo Clerici - Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche - Università degli Studi Milano Bicocca

### **Componenti**

#### **Area sanitaria:**

Alessandro Albizzati - Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza A.O. "San Paolo" Milano;

Giovanni Conte - Dipartimento Salute Mentale A.O. "Spedali Civili" Brescia;

Angelo Cospito - Unità Operativa Sanità Penitenziaria Regione Lombardia;

Giuseppe De Paoli - Dipartimento Salute Mentale A.O. Provincia Pavia;

Umberto Mazza - Dipartimento Salute Mentale A.O. "San Gerardo" Monza;

Claudio Mencacci - Dipartimento Neuroscienze A.O. "Fatebenefratelli e Oftalmico" Milano;

Egidio Moja - Dipartimento di Scienze della Salute - Università degli Studi di Milano;

Marco Tosi - Regione Lombardia Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato.

Tiziana Valentini - Unità Operativa Interventi Sanitari per Minori Sottoposti a Procedimento Penale c/o Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica dell'A.O. "San Carlo Borromeo" Milano;

#### **Area penitenziaria :**

##### **Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria Milano**

Antonino Porcino - Ufficio Organizzazione e Relazioni Prap;

Davide Pisapia - Casa Circondariale Vigevano

Giacinto Siciliano - Casa di Reclusione Milano Opera

Francesca Romana Valenzi - Ufficio Detenuti e Trattamento Prap;

##### **Dipartimento Giustizia Minorile:**

Domenica Belrosso - Centro di Prima Accoglienza di Milano;

Elvira Narducci - Istituto Penale per i Minorenni di Milano;

Laura Ricci - Centro Giustizia Minorile per la Lombardia.



## INDICE

<i>PREMESSA</i>		Pag.5
<i>1. INTRODUZIONE e GLOSSARIO</i>		Pag. 6
<i>2. RICOGNIZIONE DELL'ESISTENTE</i>	Valorizzazione delle buone prassi vigenti in ordine alla tutela della fragilità psichica	Pag. 16
<i>3. COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE</i>	Individuazione di strumenti condivisi per la gestione dei casi	Pag. 17
<i>4. PROCEDURE INTEGRATE TRA SISTEMA PENITENZIARIO E SANITARIO IN CASO DI AGITI AUTOLESIVI O TENTATIVI SUICIDARI</i>	Obiettivi di intervento e scansione delle procedure	Pag. 18
<i>5. INTERVENTI DI DEBRIEFING</i>	Individuazione di spazi di elaborazione degli eventi critici e luttuosi nell'ambito della comunità teatro dell'evento critico	Pag. 24
<i>6. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI COMPONENTI L'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE. AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE-FORMAZIONE PERMANENTE DEGLI OPERATORI DEL SISTEMA</i>	Attenzioni formative e supporto permanente	Pag. 26
<i>BIBLIOGRAFIA</i>		Pag.29

## PREMESSA

La riforma della Sanità Penitenziaria, avviata a seguito della legge 230/1999 e resa operativa con l'emanazione del DPCM 01.04.2008, ha rideterminato la definizione delle funzioni e delle sinergie operative da parte delle istituzioni coinvolte ai diversi livelli nella gestione dei soggetti, adulti e minori, sottoposti a provvedimenti limitativi della libertà.

L'allegato A del citato DPCM riserva una specifica attenzione al tema della prevenzione del rischio suicidario e pone tra gli obiettivi di salute e le azioni da compiere e gli interventi finalizzati a ridurre i suicidi e i tentativi di suicidio in carcere, fenomeno che si rivela di particolare criticità e delicatezza.

La già citata Intesa della Conferenza Stato Regioni raggiunta con accordo sottoscritto in data 19/01/2012 avente ad oggetto "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" impegna le rispettive Amministrazioni, attraverso le proprie articolazioni territoriali, a costituire all'interno di ciascun Osservatorio Regionale Permanente sulla Sanità Penitenziaria, un gruppo di lavoro tecnico-scientifico con lo specifico mandato di procedere a:

- una ricognizione dell'esistente in termini di disposizioni normative e pratiche già in atto
- la definizione di specifiche modalità operative e organizzative di intervento nei confronti del disagio e le relative responsabilità, sulla base della normativa vigente, delle amministrazioni coinvolte
- l'adozione, in tempo utile, di tutte le iniziative necessarie all'avvio, entro un anno, di una sperimentazione in almeno una struttura penitenziaria 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
- al monitoraggio ed alla valutazione, anche attraverso l'utilizzo di strumenti, per la verifica dell'applicazione delle procedure stesse.

## 1) INTRODUZIONE E GLOSSARIO

Molteplici e complesse sono le problematiche che ci si trova ad affrontare nel garantire il diritto alla salute all'interno delle carceri italiane: un fenomeno rilevante – e da tempo emergente – è rappresentato, in tal senso, dalle condotte autolesive. Tali condotte, meglio definibili come “agiti autolesivi”, rappresentano nei fatti uno dei pochi strumenti di cui il detenuto dispone per richiamare l'attenzione dell'ambiente che lo circonda e, quindi, esprimere disagio od ottenere il soddisfacimento di determinate obiettivi. Non bisogna dimenticare però come, nella maggior parte dei casi, tali gesti sottendano problematiche di ordine relazionale, psicopatologico, penali e sociali ben più profonde e come la “richiesta di aiuto” non debba mai essere sottovalutata, prescindendo anche dalle motivazioni che la guidano, soprattutto se sconosciute. Tutto questo perché i danni che il soggetto si procura, per quanto lievi nella maggior parte dei casi, possono talvolta - senza che ciò sia stato previsto o pianificato - portare alla morte dell'interessato e/o rappresentare il preludio a tentativi più seri di togliersi la vita.

Alla luce delle difficoltà, da sempre riscontrate, di delineare con chiarezza cosa si intenda per “condotta/agito autolesivo”, si può premettere come tali termini aggregano un'ampia e variegata gamma di comportamenti che spaziano, appunto, dagli agiti autolesivi ai tentati suicidi fino ad arrivare ai suicidi veri e propri. Al riguardo non esiste una classificazione ufficiale, il che rispecchia un sostanziale disaccordo della letteratura sulla definizione e concettualizzazione di tale fenomeno: il dibattito, infatti, nasce - in primo luogo - dalla presenza o meno di un'intenzionalità anticonservativa nelle suddette condotte. Alcuni autori ritengono che si debbano includere nella definizione tutte le azioni che l'individuo mette in atto contro la propria persona e, quindi, non solo i gesti autolesivi, ma anche il suicidio e il tentato suicidio (Saxe et al., 2002). Tale posizione è dettata dalla concezione che il potenziale per mettere in atto un agito autolesivo possa esistere solo in chi manifesta come fine ultimo l'intento di morire (Ross e Heath, 2002; Klonsky et al., 2003).

Al contrario, vi è una corrente di pensiero che considera le condotte autolesive come entità da distinguere dalle condotte autosoppressive, ossia dal suicidio e dal tentato suicidio, in quanto non presente in maniera evidente l'intenzione di togliersi la vita (Favazza, 1998; Suyemoto, 1998): a tal riguardo Mangnall e Yurkovich (2008) definiscono comportamento autolesivo “un comportamento diretto che causi un danno fisico lieve o moderato, agito senza conscio intento suicidario, e che occorre in assenza di psicosi e/o deficit intellettivo”.

Qualunque sia la posizione adottata, mantiene comunque grande rilevanza clinica l'approfondimento sulle motivazioni che hanno condotto il soggetto a mettere in atto un comportamento autolesivo: l'intenzionalità e le aspettative che portano un individuo a compiere un tentativo di suicidio sono differenti da quelle di un soggetto che compie un agito autolesivo senza l'intenzionalità di uccidersi. A tal fine, alcuni autori sostengono il principio che agire un comportamento aggressivo autodiretto senza intenzionalità anticonservativa possa rappresentare:

- una modalità per alleviare tensione o ansia o per esprimere in maniera impulsiva rabbia, ostilità o auto biasimo;
- oppure un'espressione non verbale per comunicare il proprio malessere emotivo e per allontanare impulsi autodistruttivi più seri;
- o, infine, un tentativo di manipolare il sistema per ottenere vantaggi personali (Mangnall e Yurkovich, 2008).

Nella letteratura anglosassone le terminologie correlate a tale fenomeno sono numerose: si parla di "*self-injurious behaviour*" (Beasley, 2000), "*repeated self-injury*" (Crowe e Bunclarck, 2000), "*self wounding*" (Huband e Tantam, 2000), "*para suicide*" (Conaghan e Davidson, 2002), "*self mutilation*" (Ross & Heath, 2002), "*episodic and repetitive self-injury*" (Favazza, 1998), "*auto destructive behaviour*" (Kicalevent et al., 2005), "*suicidal gestures*" (Charles et al., 2003) o "*suicidal attempt*" (Ivanoff et al., 1996). Il **suicidio** si colloca come atto ad esito fatale che l'interessato, con la coscienza e l'aspettativa di un esito fatale, ha portato a termine per ottenere lo scopo desiderato di morire. Se invece l'individuo sopravvive, si tratterà di **tentato suicidio**: in questo caso è importante l'indagine sulle motivazioni del gesto. Potrebbe infatti emergere una valenza più che altro dimostrativa, piuttosto che testimoniare un gesto guidato da reale intento autodistruttivo, messo in atto con modalità "chiaramente letali" e senza spazio intenzionale per l'evitamento della morte (in questo caso si parla di **mancato suicidio**). Quando invece la volontà conscia di morire non è presente, allora si avrà l'**agito autolesivo**. In quest'ultimo caso risulta particolarmente importante una valutazione diagnostica preliminare in grado di escludere che il soggetto sia affetto da sintomi psicotici (ad esempio, allucinazioni) piuttosto che da ritardo mentale; se così fosse, infatti, il comportamento autolesionistico deve essere considerato come "biologicamente guidato", stereotipizzato e, non di rado, caratterizzato nel tempo da uno stesso pattern espressivo. Altro termine frequentemente utilizzato in letteratura è quello di **parasuicidio**, introdotto da Kreitman, che - secondo la definizione OMS - indica "un atto con esito non fatale che induce un individuo, deliberatamente, ad un comportamento non abituale

che, senza l'aiuto degli altri, danneggi se stesso, oppure all'ingestione di una sostanza generalmente riconosciuta come terapeutica che gli è stata prescritta, mirando ad ottenere, in conseguenza di ciò, un danno fisico". A fianco di termini più ampi, come quelli precedentemente citati, si trovano espressioni che indicano specifiche condotte atte a danneggiare la propria persona, come l'**automutilazione**, ossia la grave mutilazione di una parte del corpo (ad esempio, enucleazione del bulbo oculare) senza intenti anticoservativi, piuttosto che l'**autoinferirsi ferite** (*self-wounding*). Si parla, infine, di **equivalenti suicidari** quando si mettono in atto comportamenti che mettono a repentaglio la propria incolumità personale nonostante la consapevolezza del rischio presente (guida spericolata, sport estremi, etc.).

## **1.1 Epidemiologia e fattori di rischio**

### *1.1.1 - Suicidio e Tentato Suicidio (TS)*

Il suicidio rappresenta la prima causa di morte in carcere e conta per circa la metà di tutti i decessi (Fazel et al., 2011). Uno studio condotto dal 2003 al 2007 su 12 nazioni occidentali ha mostrato un tasso di suicidio pari a 50-150 per ogni 100.000 detenuti uomini con valori maggiori per gli stati del Nord Europa e minori per Canada, Australia e Nuova Zelanda (Fazel et al., 2010). In particolare, per Inghilterra e Galles, il tasso di suicidio aggiustato per età nei detenuti maschi è risultato 5 volte superiore a quello della popolazione generale e nelle donne maggiore di addirittura 20 volte rispetto alle cittadine libere (Fazel et al., 2005; Fazel e Benning, 2009).

L'Istituto Nazionale di Studi Demografici francese (INED) ha condotto una ricerca sul tema confrontando la frequenza dei suicidi nella popolazione libera di adulti maschi di età compresa tra i 15 e i 49 anni in diversi paesi con quella nella popolazione carceraria (Duthé et al., 2009): ne è risultato che l'Italia è il paese con lo scarto maggiore con 1.2 adulti suicidi (nella popolazione libera) a fronte di 9.9 detenuti su una popolazione di 10.000 soggetti; i suicidi nelle carceri sono pertanto 9 volte più frequenti.

Negli Stati Uniti si sono osservati tassi di suicidio di 18-40 casi ogni 100.000 detenuti (Daniel, 2006; Baillargeon et al., 2009) contro 12 per 100.000 nella popolazione generale (Rocket et al., 2012). Molti studi confermano, quindi, che i tassi di suicidio nelle prigioni americane sono dalle 4 alle 6 volte più alti che nella popolazione generale e fino a 8 volte più alti in detenuti appena scarcerati (Fruhwald et al., 2002; Pratt et al., 2006).

Ancora in Italia, uno studio condotto da Preti e Cascio (2006) ha analizzato i tassi di suicidio nelle carceri dal 1990 al 2002; ne è risultato che questi erano costantemente più alti (di dieci volte) che

nella popolazione generale; più recentemente, Buffa (2011) ha condotto uno studio analizzando i dati DAP sugli Istituti Penitenziari italiani in un periodo definito (dal 1 luglio 2006 al 31 giugno 2007) dimostrando come nel periodo considerato, i suicidi siano stati 41, pari a un tasso di 4.6 per 10.000, cioè sette volte superiore al tasso di suicidio nella popolazione generale.

Come si è visto, i detenuti rappresentano una categoria particolarmente vulnerabile alle condotte anticonservative (Way et al., 2013): la maggior parte degli studi condotti su questo tema sono però limitati all'analisi retrospettiva dei reperti clinici associati ai detenuti morti suicidi (ad esempio, per quanto riguarda l'Italia, vedi tabella 1; [www.ristretti.it](http://www.ristretti.it), 2013).

<b>Anni</b>	<b>Suicidi</b>	<b>Totale morti</b>
2000	61	165
2001	69	177
2002	52	160
2003	56	157
2004	52	156
2005	57	172
2006	50	134
2007	45	123
2008	46	142
2009	72	177
2010	66	184
2011	66	186
2012	60	154
2013*	6	23
<b>Totale</b>	<b>757</b>	<b>2.110</b>

Tab.1 *Suicidi nel decennio 2000-2013* ([www.ristretti.it](http://www.ristretti.it) )

\* Aggiornamento al 16 febbraio 2013

Attualmente, invece, sembra preferirsi un approccio basato sull'intervista di detenuti sopravvissuti a gravi tentativi di suicidio (Marzano et al., 2009; Rivlin et al., 2012): si ritiene, infatti, che tali soggetti possano essere pressoché sovrapponibili - da un punto di vista epidemiologico - a coloro che effettivamente compiono il suicidio (Beautrais, 2001). Dagli studi effettuati in merito a tali condotte nella popolazione carceraria si evincono tre principali categorie di fattori di rischio:

- **fattori socio-demografici:** tra i fattori demografici significativamente associati con il suicidio sono stati individuati il genere maschile e la razza caucasica (Fazel et al., 2008). Altre ricerche hanno proposto, però, risultati diversi e contrastanti, rilevando tassi più alti di comportamento suicidario "non fatale" nelle donne detenute rispetto alla popolazione femminile generale (Mackenzie et al., 2003; De Ravello et al., 2008) e tassi di suicidio simili (Fazel et al., 2010), se non maggiori (Larney et al., 2012), rispetto ai detenuti di sesso maschile; inoltre, il comportamento suicidario delle donne detenute sarebbe intrinsecamente legato a storie di maltrattamenti ed abusi infantili (Marzano et al., 2010; Marzano et al., 2011; Tripodi et al., 2013). Per quanto riguarda l'età, si è evidenziata una più forte propensione al suicidio tra i 18 e i 34 anni, con un rischio suicidario 50 volte maggiore rispetto alla popolazione generale (Manconi e Boraschi, 2006). Inoltre, dalla ricerca di Fazel et al. (2010), è risultato come anche la condizione coniugale (l'essere sposato) sia un fattore di rischio, il che differisce rispetto alla popolazione generale dove il matrimonio rappresenta un fattore protettivo (Hawton et al., 2008).
- **fattori clinici:** il suicidio, nei detenuti, è significativamente associato a una recente ideazione suicidaria, ad una storia di tentati suicidi, ad una diagnosi psichiatrica attuale, al contemporaneo trattamento con psicofarmaci e ad una storia di uso/abuso di alcol (Fazel et al., 2008). Un recente studio condotto in Inghilterra (Rivlin et al., 2010) ha riscontrato - tra i detenuti di sesso maschile che avevano tentato il suicidio - il 100% di comorbilità psichiatriche, tra cui soprattutto Disturbi dell' Umore, Disturbi Psicotici, d'Ansia e Dipendenza da Sostanze. Risultati solo in parte sovrapponibili derivano d'oltreoceano (Baillargeon et al., 2009), dove il 51% dei detenuti suicidi è risultato essere affetto da patologie psichiatriche, con prevalenza di disturbi dell'umore e disturbi psicotici. Per quanto riguarda l'associazione di suicidio e storia di tentativi di suicidio piuttosto che di gesti autolesionistici, questo dato è stato ampiamente comprovato (Rivlin et al., 2010). E' stato dimostrato, infine, che l'aver vissuto un trauma in età infantile è associato - nella popolazione di donne detenute - a

precedenti tentati suicidi ed è fattore di rischio indipendente per la possibilità di compiere suicidio nel futuro (Tripodi et al., 2013).

- **fattori criminologici:** è stato rilevato un maggiore rischio di suicidio nei soggetti non ancora condannati in maniera definitiva, detenuti in cella singola, collocati in regimi detentivi speciali o, all'opposto, in un carcere sovraffollato; a proposito di correlazioni tra suicidio e tipo di reato commesso, gli studi hanno mostrato invece una certa eterogeneità di risultati (Fazel et al., 2008). Per ciò che concerne la condizione giudiziaria del soggetto, alcune ricerche hanno messo in evidenza che un più alto rischio suicidario si ha nella prima fase della detenzione e in coloro che risultano in attesa di giudizio (Manconi e Boraschi, 2006); l'impatto traumatico con l'ambiente carcerario può essere, infatti, un fattore precipitante: il distacco dalla realtà e l'incertezza sul proprio futuro possono condurre a disorientamento e abbandono e rendere l'individuo particolarmente vulnerabile.

Si tratta, generalmente, di giovani maschi di età compresa tra i 20-25 anni ed alla prima carcerazione: solitamente per aver commesso reati minori connessi all'abuso di sostanze stupefacenti (Shaw et al., 2004). Buffa (2011) ha rilevato che il 62,1% di coloro che tentano il suicidio - e il 65,9% di coloro che lo completano - non hanno ancora una condanna definitiva e, in particolar modo, il 26,8% dei suicidi e il 45,6% dei tentati suicidi avvengono nel primo trimestre successivo all'arresto. Inoltre, il tasso di suicidio aumenta con l'aumentare della durata della pena (Borrill, 2002). Infine, è stato dimostrato che i suicidi si verificano ben 12 volte di più nei soggetti posti in isolamento rispetto a quelli reclusi nelle sezioni comuni (Hayes, 2006): in Italia, Preti e Cascio (2006) hanno specificatamente osservato come i suicidi siano stati dieci volte più comuni negli Istituti affollati rispetto a quelli con capienza regolamentare.

### *1.1.2 - Agiti autolesivi*

La prevalenza di agiti autolesivi a scopo non suicidario è del 4% nella popolazione generale adulta e raggiunge percentuali del 17% tra gli adolescenti e i giovani adulti e del 21% nei soggetti con una diagnosi psichiatrica (Klonsky et al., 2003; Klonsky et al., 2008). I comportamenti autolesivi sembrano essere ancora più comuni nella popolazione carceraria. Secondo la maggior parte delle fonti il problema riguarda un'ampia proporzione di detenuti: circa il 30% dei reclusi compie almeno una volta, durante la detenzione, un agito autolesivo, percentuale che arriva in alcuni studi fino al 50% (Holley et al., 1995). Altri dati, viceversa, sembrano dimostrare come solo una piccola



frazione dei detenuti metta in atto questi comportamenti, ma in modo ripetuto, tanto da evidenziare che questi gesti si manifestano con frequenza elevatissima ma interessano solo una piccola parte della popolazione carceraria (Brooker et al., 2002; Appelbaum et al., 2011).

I dati italiani testimoniano di un problema dall'entità rilevante nel sistema carcerario nazionale: da uno studio recente, condotto sui penitenziari di Abruzzo e Molise, risulta che circa il 18% dei detenuti commette un atto contro la propria persona nella vita (Carli et al., 2011). Dal 2000 al 2010 sono stati registrati ben 60788 episodi con frequenza pressoché costante nel periodo considerato (vedi tabella 2) (fonte UIL Penitenziari).

<b>Anno</b>	<b>Atti di autolesionismo</b>
2000	6788
2001	6353
2002	5988
2003	5804
2004	5939
2005	5481
2006	4276
2007	3687
2008	4928
2009	5941
2010	5603
<b>Totale</b>	<b>60.788</b>

Tab.2 *Atti di autolesionismo nel decennio 2000-2010 (fonte UIL Penitenziaria)*

Secondo lo studio di Sakellidis et al. (2009), in ambiente carcerario gli agiti sono rappresentati nella maggior parte dei casi dal "battere la testa contro il muro" (61.4%) e, a seguire, dal "procurarsi tagli sui polsi", "buchi sulla cute", graffi, bruciature fino ad interferire con la guarigione delle ferite.

Come già indicato, dietro ad un agito autolesivo può esserci il tentativo di allentare uno stato di ansia e di tensione divenuto insopportabile; in altri casi l'atto violento autodiretto dà sfogo a sentimenti di rabbia e di ostilità verso se stessi o verso gli altri; infine, può essere un comportamento manipolatorio volto all'ottenimento di vantaggi secondari (Mangnall e Yurkovich, 2008).

Sebbene nell'ambiente carcerario questi comportamenti possano essere facilmente inquadrati come strumentali (mirati, cioè. ad ottenere un ricovero temporaneo o anche solo come richiesta di attenzione...), i dati di letteratura sembrano portare a conclusioni differenti. Le motivazioni più frequenti sono la detensione di uno stato emotivo critico (31%) e lo sfogare sentimenti di rabbia (21%) (Sakellidis et al., 2009).

Alla luce di questi dati, assume particolare importanza la risposta dell'Istituzione di fronte al comportamento autolesivo del detenuto: come osservato da Mangnall e Yurkovich (2010), infatti, le conseguenze disciplinari che seguono ad un agito annullano il sollievo dall'ansia apportato dal gesto, determinando invece un accumulo di ansia e tensione che sfocia nella ripetizione degli agiti. Dagli studi effettuati in merito a tali condotte nella popolazione carceraria si evincono, pur senza evidenze univoche, alcune categorie di **fattori di rischio per le condotte autolesive**: è nota, in primo luogo, l'associazione tra autolesionismo e **disturbi mentali**, in particolare disturbo di personalità borderline (Beasley, 1999; Sakinosky, 2002) e antisociale (Herpertz, 1995; WHO, 2007), disturbi dissociativi (Saxe et al., 2002) e disturbi da utilizzo di sostanze (Crowe e Bunclark, 2000). Gli studi condotti in ambito carcerario confermano le correlazioni osservate nella popolazione generale. Dalla letteratura non emergono invece associazioni significative con **fattori demografici o criminologici**, mentre sono stati identificati alcuni **fattori clinici** correlati con la messa in atto di agiti.

In uno studio condotto su detenuti maschi, la principale associazione è risultata quella con l'utilizzo di sostanze illegali, seguita dall'aver una diagnosi psichiatrica (Sakellidis et al., 2009). Risultati analoghi emergono anche da altri studi che evidenziano una significativa associazione tra uso di sostanze e autolesionismo nei giovani detenuti di sesso maschile; altre variabili correlate sono risultate una storia di abuso fisico nell'infanzia, manifestazioni di aggressività fisica verso altre persone od oggetti, sintomi dissociativi e bulimia (Matsumoto et al., 2005).

Nelle donne detenute, i gesti autolesivi sono più frequenti in presenza di una storia di abuso sessuale o di abuso psicologico; tra gli altri fattori di rischio, la tendenza a comportamenti a rischio quali promiscuità sessuale, condotte bulimiche o prolungato digiuno (Roe-Sepowitz, 2007). Anche nelle donne si conferma l'associazione con abuso di sostanze o alcool (Matsumoto et al., 2005; Roe-Sepowitz, 2007).

Lohner e Konrad (2006) hanno condotto uno studio allo scopo di individuare i fattori associati con la messa in atto di comportamenti autolesivi ad alto rischio di risultare letali e quelli associati ad agiti a più basso rischio. I primi sembrano correlare con una sintomatologia depressiva, mentre i

secondi sono più frequenti in presenza di un Disturbo di personalità borderline, antisociale, con aspetti di psicopatia, in presenza di frequenti infrazioni disciplinari o abuso di cannabinoidi. Analogamente, esistono evidenze sul fatto che i comportamenti suicidari siano correlati alla presenza di un disturbo dell'umore, mentre le condotte autolesive prive di intenzionalità suicidaria si associano ad una storia di iperattività nell'infanzia e ad una sindrome disforico- ansiosa ad esordio infantile o adolescenziale (Fulwiler et al., 1997).

**EVENTI CRITICI ANNO 2010 – 2011 – 2012**

<i>ISTITUTI</i>	<b>Anno 2010</b>								
	<b>Autolesionismo</b>	<b>Media Presenze</b>	<b>%</b>	<b>Tentato Suicidio</b>	<b>Media Presenze</b>	<b>%</b>	<b>Suicidio</b>	<b>Media Presenze</b>	<b>%</b>
<i>C.C.BERGAMO</i>	78	518	15,06	13	518	2,51	0	518	0,00
<i>C.C.BOLLATE</i>	39	1061	3,68	2	1061	0,19	0	1061	0,00
<i>C.R.BRESCIA</i>	51	517	9,86	13	517	2,51	1	517	0,19
<i>C.R. BRESCIA VERZIANO</i>	4	123	3,25	0	123	0,00	0	123	0,00
<i>C.C. BUSTO ARSIZIO</i>	44	420	10,48	6	420	1,43	0	420	0,00
<i>C.C.COMO</i>	32	575	5,57	21	575	3,65	2	575	0,35
<i>C.C.CREMONA</i>	7	340	2,06	3	340	0,88	0	340	0,00
<i>C.C.LECCO</i>	3	60	5,00	0	60	0,00	0	60	0,00
<i>C.C.LODI</i>	0	39	0,00	0	39	0,00	0	39	0,00
<i>C.C.MANTOVA</i>	0	207	0,00	0	207	0,00	0	207	0,00
<i>C.C.MILANO</i>	139	1602	8,68	24	1602	1,50	2	1602	0,12
<i>C.C.MONZA</i>	74	815	9,08	10	815	1,23	0	815	0,00
<i>C.R.OPERA</i>	39	1279	3,05	4	1279	0,31	1	1279	0,08
<i>C.C.PAVIA</i>	41	462	8,87	5	462	1,08	0	462	0,00
<i>C.C.SONDRIO</i>	1	49	2,04	0	49	0,00	0	49	0,00
<i>C.C.VARESE</i>	9	122	7,38	2	122	1,64	0	122	0,00
<i>C.C.VIGEVANO</i>	0	460	0,00	1	460	0,22	0	460	0,00
<i>C.C.VOGHERA</i>	5	213	2,35	2	213	0,94	0	213	0,00
<b><u>TOTALE</u></b>	<b>566</b>	<b>8862</b>		<b>106</b>	<b>8862</b>		<b>6</b>	<b>8862</b>	
<i>Dati a cura dell'Ufficio Detenuti - PRAP Milano -</i>									

ISTITUTI	Anno 2011								
	Autolesionismo	Media Presenze	%	Tentato Suicidio	Media Presenze	%	Suicidi o	Media Presenze	%
C.C.BERGAMO	111	541	20,52	7	541	1,29	1	541	0,18
C.C.BOLLATE	27	1127	2,40	4	1127	0,35	0	1127	0,00
C.R.BRESCIA	36	547	6,58	7	547	1,28	0	547	0,00
C.R. BRESCIA VERZIANO	1	138	0,72	0	138	0,00	0	138	0,00
C.C. BUSTO ARSIZIO	102	411	24,82	8	411	1,95	1	411	0,24
C.C.COMO	32	583	5,49	9	583	1,54	1	583	0,17
C.C.CREMONA	3	377	0,80	3	377	0,80	0	377	0,00
C.C.LECCO	1	66	1,52	1	66	1,52	0	66	0,00
C.C.LODI	1	47	2,13	2	47	4,26	0	47	0,00
C.C.MANTOVA	0	208	0,00	0	208	0,00	0	208	0,00
C.C.MILANO	92	1605	5,73	9	1605	0,56	0	1605	0,00
C.C.MONZA	93	776	11,98	12	776	1,55	1	776	0,13
C.R.OPERA	66	1295	5,10	11	1295	0,85	2	1295	0,15
C.C.PAVIA	41	489	8,38	5	489	1,02	1	489	0,20
C.C.SONDRIO	2	45	4,44	0	45	0,00	0	45	0,00
C.C.VARESE	5	111	4,50	1	111	0,90	0	111	0,00
C.C.VIGEVANO	8	482	1,66	5	482	1,04	0	482	0,00
C.C.VOghERA	3	228	1,32	3	228	1,32	0	228	0,00
<b>TOTALE</b>	<b>624</b>	<b>9076</b>		<b>87</b>	<b>9076</b>		<b>7</b>	<b>9076</b>	
<i>Dati a cura dell'Ufficio Detenuti - PRAP Milano -</i>									

ISTITUTI	Anno 2012								
	Autolesionismo	Media Presenze al 06/11/2012	%	Tentato Suicidio	Media Presenze al 06/11/2012	%	Suicidio	Media Presenze al 06/11/2012	%
C.C.BERGAMO	93	555	16,76	10	555	1,80	0	555	0,00
C.C.BOLLATE	28	1153	2,43	6	1153	0,52	0	1153	0,00
C.C.BRESCIA	30	537	5,59	11	537	2,05	1	537	0,19
C.R. BRESCIA VERZIANO	4	153	2,61	0	153	0,00	0	153	0,00
C.C. BUSTO ARSIZIO	47	412	11,41	16	412	3,88	2	412	0,49
C.C.COMO	65	529	12,29	19	529	3,59	0	529	0,00
C.C.CREMONA	7	400	1,75	5	400	1,25	1	400	0,25
C.C.LECCO	1	73	1,37	1	73	1,37	0	73	0,00
C.C.LODI	0	82	0,00	1	82	1,22	0	82	0,00
C.C.MANTOVA	7	187	3,74	0	187	0,00	0	187	0,00
C.C.MILANO	91	1660	5,48	11	1660	0,66	1	1660	0,06
C.C.MONZA	94	724	12,98	13	724	1,80	0	724	0,00
C.R.OPERA	63	1287	4,90	20	1287	1,55	2	1287	0,16
C.C.PAVIA	51	512	9,96	7	512	1,37	0	512	0,00
C.C.SONDRIO	2	46	4,35	2	46	4,35	0	46	0,00
C.C.VARESE	3	121	2,48	3	121	2,48	0	121	0,00
C.C.VIGEVANO	7	483	1,45	2	483	0,41	0	483	0,00
C.C.VOghERA	10	233	4,29	6	233	2,58	0	233	0,00
<b>TOTALE</b>	<b>603</b>	<b>9147</b>		<b>133</b>	<b>9147</b>		<b>7</b>	<b>9147</b>	
<i>Dati a cura dell'Ufficio Detenuti - PRAP Milano -</i>									

## **2) RICOGNIZIONE DELL'ESISTENTE**

Come si evince dalla tabella allegata, presso le sedi penitenziarie lombarde già dall'anno 1987 sono in atto misure di attenzione a tutela delle fragilità, rafforzate a seguito dell'emanazione delle Linee di Indirizzo emanate con lettera circolare Dap nr. 0184206 dell'8/06/2007 avente ad oggetto: " I detenuti provenienti dalla libertà : regole di accoglienza" istitutiva delle equipe multidisciplinari deputate al servizio accoglienza, presenti praticamente quasi nella totalità degli istituti penitenziari.

L'istituzione del servizio è stata inoltre supportata dalla promozione di un importante intervento formativo promosso dal Provveditorato Regionale, che ha coinvolto tutti gli operatori appartenenti all'Amministrazione Penitenziaria, alle Aziende Ospedaliere ed alle Asl (Dipartimenti dipendenze e salute mentale), dal titolo "Accoglienza e fragilità – Un possibile modello di intervento".

La ricognizione delle prassi adottate a seguito di tale direttiva e l'analisi delle procedure in uso è stato pertanto il primo passo da cui il GAT è partito, con lo scopo di valorizzarle, divulgarle e da queste muovere per migliorare ed estendere gli interventi a tutte le tipologie di casi che, per motivi diversi, possono essere considerati "a rischio".

Le presenti linee guida, che vanno ad assumere valore di raccomandazione operativa per la tutela delle fragilità in ambito detentivo, nascono pertanto a seguito di tale monitoraggio e traggono da questo quelle indicazioni operative che dal gruppo sono state considerate come maggiormente efficaci per l'effettiva presa in carico dei casi, con il fine di individuare una modalità d'intervento unitaria, condivisa ed esportabile, tale da costituire un modello di continuità nelle sedi penitenziarie regionali, fatte salve le peculiarità territoriali con le quali il servizio potrà declinarsi.

### 3) COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE

Elemento fondamentale, condicio sine qua non, su cui si ritiene debba incardinarsi tutta l'attività di presa in carico, attenzione, sensibilizzazione e monitoraggio delle fragilità, a tutela e prevenzione degli agiti autolesivi e suicidari, è la piena integrazione fra i servizi cointeressati: Amministrazione Penitenziaria per adulti e minori (Istituti Penitenziari, Uepe, IPM, CPA ), Aziende Ospedaliere/ASL e loro rispettivi Dipartimenti (Dipendenze, Prevenzione, Salute Mentale), che troveranno, secondo le indicazioni di seguito prospettate (**separatamente declinate per l'ambito minori in virtù della specificità di strutture, nel documento complementare al presente**) adeguati spazi di collaborazione, tali da garantire presso ogni sede penitenziaria modalità di condivisione partecipata nella gestione dell'utenza, tale da valorizzare ed ampliare la competenza delle equipe multidisciplinari già costituite, in grado di presidiare e orientare costantemente gli interventi sui casi ritenuti a rischio, predisponendo programmi di trattamento individualizzati, e contemporaneamente garantendo sensibilizzazione e formazione permanente degli operatori nonché un monitoraggio del fenomeno e degli interventi intrapresi.

In merito giova evidenziare la particolare rilevanza che assumono in tale delicato ambito l'esperienza e la conoscenza di contesto, elementi che rendono necessario sia perseguita nella massima misura possibile la continuità e la stabilizzazione del personale afferente ai servizi sanitari, operante presso le strutture penitenziarie.

Parimenti si ritiene sottolineare come **gli interventi predisposti dalle equipe multidisciplinari - che dovranno in ogni caso essere istituite presso ogni struttura penitenziaria - non dovranno rispondere a logiche di contenimento e sorveglianza, ma alla miglior gestione complessiva del caso, evitando dannose condizioni di isolamento, valutando le condizioni ambientali e relazionali nel cui ambito si è verificato l'evento critico, individuando e predisponendo tutti gli interventi di accompagnamento e supporto alla persona, anche attraverso l'offerta di opportunità trattamentali.** Il progetto complessivo elaborato sul caso dovrà essere portato a conoscenza di tutti gli operatori e monitorato con continuità da parte dell' équipe stessa.

Per ogni detenuto che presenti situazioni di fragilità, dovrà essere predisposto un **“fascicolo del rischio”**, di cui la scheda dell'accoglienza costituisce il primo atto, contenente il progetto relativo al caso e tutte le valutazioni e le indicazioni operative elaborate dall'equipe multidisciplinare .

In caso di trasferimento detto fascicolo dovrà seguire il detenuto unitamente al diario clinico ed al fascicolo personale .

#### **4) PROCEDURE INTEGRATE TRA SISTEMA PENITENZIARIO E SANITARIO IN CASO DI AGITI AUTOLESIVI E TENTATIVI SUICIDARI**

L'intervento complessivo verrà articolato in ogni struttura secondo diversi piani :

- attenzione all'accoglienza, primo momento della vita detentiva in cui, notoriamente, la fragilità emotiva rappresenta la maggiore criticità rispetto all'ambientamento al contesto detentivo, valutazione preliminare e definizione del rischio autolesivo e suicidario
- attenzione costante alle modalità con cui i soggetti affrontano e modulano la propria vita detentiva, nel tentativo di cogliere i momenti di criticità e reazione al contesto deprivante della realtà penitenziaria e prevenirne gli effetti negativi e destabilizzanti
- valutazione di eventuali eventi critici per la predisposizione da parte dell' équipe multidisciplinare di programmi mirati e degli interventi da attuarsi nei confronti dei soggetti portatori di fragilità
- elaborazione degli eventi critici e luttuosi
- formazione dei componenti dell' équipe multidisciplinare
- consulenza permanente/formazione degli attori del sistema da parte dei componenti dell' équipe
- monitoraggio delle procedure

##### **4.1 1° livello – fase dell'accoglienza**

A partire dal 2007, a seguito indicazioni della circolare GDAP -0181045 2007, veniva istituito il servizio di accoglienza, che ha sostanzialmente assorbito ed integrato il servizio nuovi giunti, precedentemente costituito nell'anno 1987.

Obiettivo primario del servizio: prevenire rischi suicidari e/o autolesionistici del detenuto nuovo giunto. Strumentali alla realizzazione di tale obiettivo sono le finalità del servizio di accoglienza che possono così riassumersi: scelta dell'allocazione più confacente ai bisogni del detenuto; riduzione dell'impatto con la realtà carceraria; osservazione immediata, diretta e congiunta del detenuto da parte degli operatori; approfondimento diagnostico, richiesta di cure, progettazione ed attivazione di interventi di sostegno.

All'interno del servizio opera lo staff multidisciplinare composto da operatori della Direzione Penitenziaria, dell'Azienda Ospedaliera e dell'ASL - Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento

Dipendenze – nello specifico: Direttore o suo delegato, Sanitario (medico SIAS o Dirigente Sanitario), Infermiere, Psicologo dell’A.O., Psichiatra, Funzionario Giuridico Pedagogico, Personale di polizia Penitenziaria (Comandante di reparto o suo delegato); staff che eventualmente si integra con operatori del Servizio Dipendenze, assistenti sociali, volontari a seconda delle esigenze e dei problemi manifestati dal detenuto.

Ciascuna delle figure professionali, partendo dal proprio punto di osservazione e mantenendo inalterata la propria specificità professionale e le responsabilità correlate, interagisce con le altre figure e sviluppa un piano di primo intervento condiviso sul detenuto nuovo giunto .

#### *4.1.1 Personale di Polizia penitenziaria.*

Espleta le procedure ordinarie di immatricolazione e procede alla comunicazione delle prime informazioni al detenuto sulla vita interna al carcere, le prime generali informazioni sulle regole che scandiscono la vita detentiva con particolare riguardo alle modalità di accesso ai servizi interni ed al rilascio delle autorizzazioni ai colloqui visivi e telefonici.

Sulla base della documentazione agli atti, effettua una prima valutazione sulla pericolosità passiva e/o attiva del soggetto derivante da situazioni processuali e/o penitenziarie, su problemi d’incolumità personale o di incompatibilità con altri detenuti con riferimento alla posizione individuale nonché alla scadenza della pena, se già determinata.

#### *4.1.2 Medico*

L’articolo 11 dell’ordinamento penitenziario terzo comma, stabilisce che: "all’atto dell’ingresso nell’istituto i soggetti sono sottoposti a visita medica generale allo scopo di accertare eventuali malattie fisiche o psichiche".

Tale visita deve essere effettuata con la massima sollecitudine ed in modo approfondito al fine di evitare che forme patologiche, sia fisiche che psichiche, sfuggano al tempestivo controllo sanitario e manchino, quindi, nel corso della detenzione o dell’internamento, di adeguate attenzione, valutazione diagnostica e cura; sarà cura del medico attivare, ove ne ravvisi la necessità, i diversi specialisti.

In particolare si procederà alla:

- Acquisizione dei dati anamnestici



- Verifica della presenza degli elementi sintomatici dell'intossicazione da stupefacenti e da alcool
- Esame obiettivo
- Rilevazione di segni di percosse
- Esame psichico teso ad individuare eventuali disturbi e a valutare il rischio suicidario
- Valutazione di eventuali malattie infettive e contagiose
- Impostazione dell'eventuale piano terapeutico
- Indicazioni per la gestione del soggetto (particolari cautele custodiali, isolamento sanitario, eventuali limitazioni al possesso di generi consentiti, ecc.
- Condivisione delle procedure da parte dell'interessato

Una particolare attenzione sarà posta nei confronti dei soggetti affetti da dipendenza, per i quali si provvederà all'attivazione del Ser.t

#### *4.1.3 Psicologo dell'Azienda Ospedaliera/DSM*

Valutazione multidimensionale, attraverso colloquio clinico ed assessment testale, finalizzata ad identificare, tra i detenuti che afferiscono al servizio Nuovi Giunti, i soggetti a rischio.

Con particolare riguardo alle seguenti aree:

- agiti aggressivi auto ed etero diretti (in anamnesi e nell'attualità) ;
- impulsività;
- sintomatologia psichiatrica (in anamnesi e nell'attualità).

Integrando con gli operatori degli altri servizi (SerT, area educativa-trattamentale e Polizia Penitenziaria) l'approfondimento nelle seguenti aree:

- uso di sostanze;
- situazione giuridica (tipologia del reato, precedenti detenzioni);
- valutazione sociale (famiglia, lavoro, supporto).

Formulare l'eventuale richiesta di valutazione da parte dello psichiatra.

Avviare i provvedimenti finalizzati alla tutela del detenuto e della popolazione convivente:

- eventuale inserimento del detenuto in un piano di monitoraggio, con misure di sorveglianza a carattere precauzionale;
- presa in carico del detenuto da parte del personale sanitario del Servizio, monitorando, con tempi e modi idonei, l'evoluzione del quadro clinico.

#### *4.1.4 Psichiatra*

Interviene di norma laddove attivato dal Medico, dallo Psicologo dell'A.O. o dal referente sanitario Dipartimento Dipendenze/Sert operante presso l'istituto.

Lo Psichiatra dell'Azienda Ospedaliera, operatore preferibilmente integrato nell'ambito dei Dipartimenti di Salute Mentale, agirà secondo le indicazioni che prevedono attività di consulenza e attività di presa in carico

Le attività di consulenza sono concentrate su una valutazione clinico diagnostico terapeutica con rinvio all' équipe multidisciplinare dell'accoglienza.

#### *4.1.5 Infermiere*

Presta prima assistenza alle esigenze del detenuto nuovo giunto portatore di eventuali patologie già accertate all'ingresso e funge da raccordo tra l'area sanitaria e l'area sicurezza.

#### *4.1.6 Funzionario giuridico pedagogico/della professionalità pedagogica*

L'intervento di tale operatore costituisce lo strumento volto principalmente a tracciare un profilo del nuovo giunto su più livelli: sul versante anagrafico, giuridico, sociofamiliare, scolastico, lavorativo. La finalità principale è quella di intercettare disagi e criticità del nuovo giunto e valutare le esigenze del detenuto indirizzandolo verso i servizi presenti in Istituto.

Nell'alveo di tale colloquio l'operatore fornisce ulteriori informazioni sui servizi ed attività presenti nella struttura e/o delucidazioni relative al suo percorso detentivo.

Laddove occorra provvede ad attivare l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna per eventuali interventi presso il nucleo familiare.

### **4.2 II° livello – interventi nel percorso detentivo**

Appare sicuramente più complesso individuare le situazioni di criticità nel corso della vita detentiva, allorquando la persona detenuta viene "inglobata" dalla comunità penitenziaria, ne prende i ritmi, si adatta ai contesti ed alle dinamiche dei gruppi con i quali si identifica e spesso si confonde.

In tale contesto rivestono certamente primaria importanza i ruoli di coloro che tra loro interagiscono, primi fra tutti i compagni di detenzione ed il personale di polizia penitenziaria: nei confronti di entrambe è dunque necessario attivare e mantenere costanti percorsi di sensibilizzazione (attraverso una attività formativa permanente di cui si dirà più avanti ) perché

prestino attenzione e segnalino tutti quegli elementi che possono essere individuati come segnali anticipatori di fragilità emotive; si tratta di diffondere una “cultura dell’attenzione” che permei la quotidianità, creando i presupposti per l’individuazione di qualsivoglia “campanello d’allarme”.

Questo ben si inserisce nel più ampio quadro di intervento che l’amministrazione sta perseguendo, che, attraverso il rafforzamento delle unità operative e delle équipes di reparto, vuole rinnovare il concetto di “centralità della persona” come focus dell’intervento, facendo della conoscenza del detenuto l’obiettivo principale dell’agire del personale, penitenziario e non, che con il detenuto stesso viene ad interfacciarsi .

In primo luogo dunque tutta la comunità penitenziaria, utenti e operatori, dovrà essere in grado di intercettare i segnali di attenzione, palesi e non, spesso codificati come “eventi critici”, che possono indicare possibili fattori di rischio:

- Mutazione della posizione giuridica
- Definizione (passaggio in giudicato) della condanna
- Mutazione della situazione del nucleo familiare
- Evidenti sintomi psicopatologici
- Gesti auto lesivi
- Gesti etero aggressivi
- Tentativi di suicidio
- Tendenza all’inalazione di gas
- Ingestione di oggetti, farmaci, sostanze tossiche
- Uso di oggetti contundenti
- Urti con la testa o altre parti del corpo
- Ustioni/tentativi di darsi fuoco
- Atteggiamenti rivendicativi
- Sciopero della fame
- Altro

Qualsiasi operatore penitenziario (personale di polizia, personale sanitario, funzionari giuridico/pedagogici e di servizio sociale, cappellani, ecc.) che venga a conoscenza di un evento critico, o comunque dell’intenzione di un detenuto di porre in essere un atto auto/eterolesivo; ovvero che segnali il reiterarsi di simili comportamenti o che tenga un comportamento tale da essere oggetto di attenzione o di monitoraggio (vedi griglia di osservazione a pag. 25 delle “Linee di Indirizzo” per l’ambito minorile, accluse alle presenti) provvederà a relazionarlo formalmente alla Direzione che provvederà a convocare l’équipe multidisciplinare e nel contempo a richiedere l’intervento della sicurezza e dell’area sanitaria che, in attesa della valutazione da parte

dell'équipe multidisciplinare per la definizione della problematica, attiveranno gli interventi d'urgenza ritenuti necessari.

Dell'incontro multidisciplinare dovrà essere redatto un verbale in cui sinteticamente verrà riportato il contributo di ciascun componente e nel quale verrà indicato l'intervento da porre in essere e il contributo dei singoli professionisti in merito.

Il documento dovrà essere messo a disposizione di tutti i componenti e lasciato al diario clinico e al fascicolo del detenuto

L'équipe, laddove permanga l'urgenza o lo stato di criticità, potrà /dovrà opportunamente decidere di aggiornarsi nei tempi ritenuti necessari, ovvero, potrà deferire il caso al monitoraggio dell'équipe di osservazione e trattamento.

Degli interventi svolti e delle valutazioni da essi derivanti dovrà essere tenuto conto nell'osservazione scientifica della personalità e nell'individuazione del programma di trattamento individualizzato. In tale ottica gli psichiatri, su segnalazione da parte della segreteria tecnica dell'area educativa, parteciperanno alle sedute dell'équipe di osservazione e trattamento per i casi presi in carico, fornendo relazione scritta sul caso.

Parimenti in prossimità delle dimissioni sarà cura dell'équipe multidisciplinare e/o di osservazione e trattamento provvedere all'attivazione dei servizi del territorio competenti, al fine di garantire la continuità dell'intervento terapeutico e, ove previsto, educativo

## 5) INTERVENTI DI DE-BRIEFING

(Individuazione di spazi di elaborazione degli eventi critici e luttuosi nell'ambito della comunità teatro dell'evento critico)

In molti campi del pensiero contemporaneo, dall'aeronautica alla medicina ospedaliera, si propone che l'errore – inteso come evitabile avvento avverso – debba essere considerato come conseguenza non dello sbaglio di un singolo attore ma conseguenza dell'intero sistema (inteso come processi e metodi dell'organizzazione del contesto ) e come una irrinunciabile occasione per il miglioramento del contesto medesimo.

I lavori scientifici in quest'area – che naturalmente escludono gli errori dovuti a malafede o altri illeciti interessi – sottolineano sempre tre aspetti di fondamentale importanza:

- gli errori (intesi secondo la definizione di cui sopra) inevitabili in ogni attività umana
- nella loro genesi non è determinante la sola attività di un singolo ma le complesse interazioni tra le diverse figure professionali coinvolte (ad es. nel caso della medicina, medici, infermieri, amministrativi, regole che li dirigono, ecc);
- un maturo ripensamento degli errori rappresenta la più importante opportunità per le organizzazioni di migliorarsi.

Tale “maturo ripensamento” avviene attraverso l'accurata ricostruzione dei passaggi che hanno condotto all'errore non per trovare il colpevole ma per modificare e migliorare l'organizzazione al fine di evitare il ripetersi dell'errore.

E' necessario inoltre considerare come lasciare ai singoli operatori, di qualsiasi professionalità, la elaborazione dell'emotività, scatenata dall'evento critico, accresce senso di solitudine, di impotenza, sensi di colpa, ecc. tutte emozioni negative che si ripercuotono sulla vita dentro e fuori del lavoro, accentuando reazioni di difesa non sempre positive e utili; per questi motivi è importante gestire ed elaborare l'emotività che l'evento ha prodotto negli operatori,

Considereremo in questi paragrafi il “suicidio in carcere” come un esempio di “errore” secondo la prospettiva della letteratura citata. Esso infatti è:

- sempre possibile e nel contempo evitabile (il singolo suicidio può probabilmente essere evitato)
- avviene in un contesto in cui operano numerose figure professionali con un'alta complessità di interazioni (poliziotti, medici, psicologi, educatori, infermieri, compagni di stanza, volontari, ecc.)

- avviene in un contesto regolato da norme esterne ma in parte internamente modulabili.

Sulla base di questa definizione del suicidio in carcere, si ritiene sia necessario e opportuno trattarlo anche come una seria occasione per far sì che l'istituzione penitenziaria (e quindi tutti gli attori coinvolti nel sistema) rifletta su alcuni propri aspetti al fine di migliorarsi (qui intendendo come miglioramento l'impossibilità o la scarsa probabilità che "quel" – cioè la sua 'storia naturale' – suicidio si ripeta). Per ottenere questo miglioramento sono necessari alcuni steps:

- ✓ dopo ogni suicidio in carcere, deve essere ricostruita da parte dell'équipe multidisciplinare , con la massima precisione possibile la 'storia naturale'. Con tale termine intendiamo ad esempio i possibili avvenimenti stressanti che hanno caratterizzato il periodo antecedente al suicidio, gli eventuali segnali inviati dal suicida e non raccolti, le possibili parziali modalità di raccolta dei segnali medesimi, le modalità di reperimento degli oggetti che hanno permesso il suicidio, ecc. Questo elenco non ha la minima pretesa di completezza: sarà compito dell' équipe multidisciplinare considerare il ruolo e l'interazione delle numerosissime variabili in gioco nei singoli suicidi
- ✓ a tutte le persone coinvolte dovrà essere chiarito lo scopo di tali lavori: non certo l'identificazione di una colpa o di un colpevole ma la possibilità di modificare regole, interazioni, canali di informazione ecc., tra gli attori potenzialmente coinvolti nell'atto suicidario al fine di programmare e realizzare interventi di supporto dedicati a quanti, a vario titolo, sono stati coinvolti nell'evento (compagni di detenzione/operatori);
- ✓ i risultati di tali lavori dovranno essere oggetto di riflessione congiunta tra le amministrazioni coinvolte e tradotte in provvedimenti il più possibile rispondenti al superamento delle criticità emerse

Allo scopo si monitorare l'andamento degli eventi e la loro elaborazione presso il Provveditorato Regionale e presso l'Unità Operativa di Sanità Penitenziaria regionale verrà curata una raccolta degli elaborati che fungerà da banca dati funzionale ai tavoli già costituiti.

## **6) FORMAZIONE DEGLI OPERATORI COMPONENTI L'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE. AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E FORMAZIONE PERMANENTE DEGLI OPERATORI DEL SISTEMA**

Come ampiamente argomentato nei paragrafi precedenti, abbiamo visto come il contesto detentivo presenti specifiche caratteristiche relazionali, ambientali, organizzative e gestionali che incidono sulla condizione psicologica dei detenuti e degli stessi operatori e richiedono un adeguato approccio multidisciplinare, nei percorsi di valutazione e di cura della salute mentale.

La struttura e l'organizzazione del lavoro si riflettono drammaticamente anche sul personale. Sempre nel nostro paese, nel periodo 2000 – 2011, sono stati registrati 68 suicidi tra gli operatori della Polizia Penitenziaria, con la media di circa un evento ogni due mesi.

Per affrontare questi temi e cercare di ridurre le condizioni di malessere occorre intervenire a vari livelli:

### **6.1 Primo livello – prevenzione**

Sicuramente rilevante appare l'attività preventiva che può essere realizzata all'interno dei processi organizzativi delle strutture, relativamente al miglioramento delle condizioni di vita dei ristretti, prescindendo da alcune, pur necessarie, riforme strutturali, non sempre possibili all'amministrazione penitenziaria, attenendo piuttosto alla sfera politica e di amministrazione del contesto più generale.

L'Amministrazione Penitenziaria, dal canto suo, sia a livello centrale sia regionale e locale sta attivando a questo scopo i circuiti detentivi e una modalità di gestione organizzativa, attraverso il cd. "regime aperto", per migliorare le condizioni di vivibilità delle strutture penitenziarie.

Relativamente al miglioramento delle condizioni dei lavoratori è possibile intervenire sulla organizzazione del lavoro, individuando nodi critici e cercando di migliorare quegli elementi che influiscono sullo stato di malessere/benessere, quali comunicazione, partecipazione e condivisione di obiettivi, in poche parole dando senso al lavoro, riconoscendo l'operatore come persona in quanto tale e in quanto detentore di competenze e capacità, dando visibilità alla sua azione e motivandolo.

A livello centrale, regionale e locale è inoltre attivo dall'anno 2008 un intervento sistematico di tipo formativo, volto a promuovere benessere e superare il malessere degli operatori penitenziari,

attraverso il *Progetto di Ascolto e benessere organizzativo*, che per il territorio lombardo si è concretizzato nel progetto denominato "BEA nel sistema penitenziario della Lombardia" in corso sin dal 2009.

## **6.2 Secondo livello - gestione degli eventi critici**

Al fine di prevenire gli eventi critici è opportuno attivare azioni formative specifiche in tema di disagio al fine di riconoscere segnali e far proprie le procedure necessarie per prevenire gli atti autolesivi.

Le azioni formative da indirizzare agli operatori penitenziari potranno svilupparsi attraverso una parte di didattica frontale per temi specifici ed una parte interattiva, di discussione ed approfondimento a partire dall'esperienza diretta, mediante l'impiego di tecniche quali il problem solving ed il role playing.

Tale formazione è finalizzata ad una conoscenza maggiormente approfondita delle problematiche psicologiche e psicopatologiche e della dimensione relazionale, attinenti alla specificità della condizione della popolazione detenuta. Occorre sviluppare gli argomenti dell'ampio spettro della patologia psichiatrica: i disturbi dell'umore, dell'ansia e dell'adattamento; la schizofrenia e gli altri disturbi psicotici; i disturbi di personalità; i disturbi correlati a sostanze e la "doppia diagnosi"; il comportamento aggressivo, auto ed etero lesivo.

La formazione dovrà porsi inoltre, l'obiettivo, soprattutto nel modulo dedicato ad "aggressività e violenza", di identificare e valutare l'impegno emotivo, che caratterizza le relazioni interpersonali, con la popolazione detenuta e nel gruppo degli operatori stessi, proprio nella specificità del contesto istituzionale e di permettere ai partecipanti di riconoscere le proprie risorse, ottimizzandole nella relazione interpersonale, approfondendo la condivisione, il confronto e la gestione delle situazioni relazionali maggiormente problematiche. In questo modo viene facilitata l'identificazione degli stili individuali utili per affrontare e gestire efficacemente le situazioni, ad alto impatto e coinvolgimento emotivo, che possono mettere in difficoltà l'operatore, determinando un clima favorevole allo scambio di punti di vista differenti, alla condivisione delle esperienze ed alla fruibilità dei contenuti.

## **6.3 Terzo livello - possibilità di cura**

L'intervento è pensato per coloro che tra gli operatori presentino forte disagio individuale sia personale sia maturato sul posto di lavoro, disagio che va individuato, riconosciuto come tale dal



soggetto interessato e che trovi un luogo attento e dedicato che consenta di affrontarlo in anonimato e in totale sicurezza, possibilmente al di fuori del luogo di lavoro.

In questo caso sarebbe opportuno prevedere, un accesso facilitato ai servizi di salute mentale del territorio per un'attività di Counselling psicologico con l'obiettivo di offrire, agli operatori penitenziari ascolto, valutazione, supporto e consulenza specialistica per le problematiche personali che riguardano la dimensione relazionale (il rapporto con sé e/o con gli altri) eventualmente sentite come urgenti, anche nello svolgimento della professione.

Tale intervento deve trovare sede al di fuori degli istituti ed essere assicurato da personale esterno agli stessi, al fine di prevenire la naturale diffidenza che potrebbe determinarsi, garantendo lo stesso contesto clinico comune a tutta la popolazione.

L'intervento, a carattere consulenziale, è finalizzato a sostenere la persona nel riconoscere ed affrontare quegli aspetti di criticità che possono compromettere il benessere soggettivo e, conseguentemente, la stessa qualità della vita: favorendo atteggiamenti propositivi ed attivi; agevolando il riconoscimento delle proprie risorse e delle competenze disponibili (cognitive, emotive e sociali); valutando ed approfondendo l'impiego delle modalità di risposta agli eventi stressanti.

## BIBLIOGRAFIA

- Alper C, Peterson S. *Dialectic behavior therapy for patients with borderline personality disorder*. J Psychosoc Nurs, 2001, 39(10): 38–45.
- Appelbaum KL, Savageau JA, Trestman RL et al. *A National Survey of Self Injurious Behavior in American Prisons*. Psychiatr Serv., 2011, 62:285-290
- Baillargeon J, Penn JV, Thosa CR et al. *Psychiatric disorders and suicide in the Nation's largest state prison system*. J Am Acad Psych Law, 2009, 37:188-93.
- Beasley S. *Deliberate self-harm in medium security*. Nurs Management, 2000, 6(8):29–33.
- Beautrais AL. *Suicides and serious suicide attempts. Two populations or one?* Psychol Med 2001, 31:837-45.
- Borrill J. *Self inflicted deaths of prisoners serving life sentences 1988-2001*. Br J Fore Pract, 2002, 4:30-38.
- Briere JPD, Gil EPD. *Self mutilation in clinical and general population samples. Prevalence, correlates and functions*. American Journal of Orthopsychiatry, 1998, 68:609-620.
- Brooker C, Repper J, Beverly C et al. *Mental Health Services and Prisoners: A review*. Sheffield, United Kingdom, University of Sheffield, School of health and related research, 2002
- Buffa P, *La prevenzione dei suicidi in carcere. Contributi per la conoscenza del fenomeno*, in Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. Istituto Superiore di Studi Penitenziari, Quaderni ISSP, 2001 n.8.
- Carli V, Mandelli L, Poštuvan V et al. *Self Harm in Prisoners*. CNS Spectr., 2011, [Epub ahead of print]
- Conaghan S, Davidson K. *Hopelessness and the anticipation of positive and negative future experiences in older para suicidal adults*. Br J Clin Psychol, 2002, 41(3):233–243.
- Crowe M, Bunclark J. *Repeated self-injury and its management*. Int Rev Psychiatr, 2000, 12(1):48–53.
- Daniel AE. *Preventing suicide in prison: a collaborative responsibility of administrative, custodial and clinical staff*. J Am Acad Psych Law, 2006, 34:165-75.
- De Ravello, L., Abeita, J., & Brown, P. *Breaking the cycle/mending the hoop: adverse childhood experiences among incarcerated American Indian/Alaska Native women in New Mexico*. 2008, 29:300-315.
- Duthé G, Hazard A, Kensley A et al. *Suicide en prison: la France comparée à ses voisins européens*. INED, Population & Sociétés, 2009, 462:1-4.
- Favazza A. *Bodies under Siege: self mutilation and body modification in culture and psychiatry (2nd edition)* Baltimore, MD: John Hopkins University Press, 1998.
- Fazel S, Baillargeon J. *The health of prisoners*. Lancet, 2011, 377: 956-965.
- Fazel S, Benning R, Danesh J. *Suicide in male prisoner in England and Wales*. Lancet, 2005, 366:1301-2.
- Fazel S, Benning R. *Suicide in female prisoner in England and Wales, 1978–2004*. Br J Psych, 2009, 194: 183-184.
- Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A. *Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors*. J Clin Psych, 2008, 69:1721-1731.
- Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. *Prison Suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007*. Soc Psychiatry Psychiatr epidemiol, 2011, 46:191-195.
- Fruhwald S, Frottier P, Benda N et al. *Psychosocial characteristics of Jail and Prison suicide victims*. Wiener Klinische Wochenschrift, 2002, 114:657-659.
- Fulwiler C, Forbes C, Santangelo SL et al., *Self-mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners*. J Am Acad Psychiatry Law., 1997, 25(1):69-77
- Hawton K, Van Heeringen K. *International Handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, United Kingdom: John Wiley and Sons; 2008.
- Hayes L. *Suicide prevention on correctional facilities: an overview*. In: Clinical Practice in correctional medicine. Pusey M. Philadelphia, Mosby Elsevier, 2006:317-328.
- Herpertz S. *Self-injurious Behaviour: psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self injurers*. Acta Psychiatr Scand, 1995, 91(1):57-68
- Holley HL, Arboleda-Florez J, Love E. *Lifetime prevalence of prior suicide attempts in a remanded population and relationship to current mental illness*. Int J Offender Ther Comp Criminol., 1995, 39 (3):109-209
- Huband N, Tantam D. *Attitudes of self-injury with a group of mental health staff*. Br J Med Psychol, 2000, 73(4):495–505.
- Klonsky ED, Olino TM. *Identifying clinically distinct subgroups of self injurers among young adults: a latent class analysis*. J Consult Clin Psychol., 2008, 76:22-27
- Klonsky ED, Oltmanns T, Turkheimer E. *Deliberate self-harm: Prevalence and psychological correlates*. Am J Psychiatr, 2003, 160:1501-1509.
- Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. *Deliberate self harm in a non clinical population: prevalence and psychological correlates*. Am J Psychiatry, 2003, 160:1501-08
- Kocalevent R, Fliege H, Rose M et al. *Autodestructive syndromes*. Psychother Psychosom, 2005, 74, 202–211.

Kreitman N, Philip AE, Greer S et al. Parasuicide. *Br J Psychiatry*, 1969, Jun;115(523):746-747.

Larney S, Topp L, Indig D et al. A cross-sectional survey of prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among prisoners in New South Wales, Australia. *BMC Public Health*, 2012, 6:12-14.

Lekka NP, Argyriou AA, Beratis S. *Suicidal Ideation in prisoners: risk factors and relevance to suicidal behavior - prospective case control study*. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2006, 256: 87-92.

Lohner J, Konrad N. *Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: distinguishing features in male inmates' self-injurious behavior*. *Int J Law Psychiatry*., 2006, 29(5):370-85

Mackenzie N, Oram C, Borril J. *Self inflicted deaths of women in custody*. *Br J Foren Pract*, 2003, 5:27-35.

Manconi L, Boraschi A. *Quando hanno aperto la cella era già tardi perchè: suicidi ed autolesionismo in carcere 2002-2004*, *Rassegna Italiana di Sociologia*, 2006.

Mangnall J, Yurkovich E. *A literature review of Deliberate self-harm*. *Perspect Psychiatr Care*., 2008, 44(3):175-84

Mangnall J, Yurkovich E. A grounded theory exploration of deliberate self-harm in incarcerated women. *J Forensic Nurs*. 2010, 6(2):88-95. doi: 10.1111/j.1939-3938.2010.01072.x.

Marzano L, Fazel S, Rivlin A et al. *Psychiatric disorders in women prisoners who have engaged in near-lethal self-harm: case-control study*. *Br J Psych*, 2010, 197:313-319.

Marzano L, Hawton K, Rivlin A et al. *Psychosocial influences on prisoner suicide: a case-control study of near-lethal self-harm in women prisoners*. *Soc Sci Med*, 2011, 72:874-883.

Marzano L, Rivlin A, Fazel S et al. *Interviewing survivors of near-lethal self-harm: a novel approach for investigating suicide amongst prisoners*. *J Forensic Leg Med*, 2009, 16:152-155.

Matsumoto T, Yamaguchi A, Asami T et al. *Characteristics of self-cutters among male inmates: association with bulimia and dissociation*. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2005, 59(3):319-2

Pratt D, Piper M, Appelby L et al. *Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study*. *Lancet*, 2006, 368:119-123.

Preti A, Cascio MT. *Prison Suicide and self harming behaviors in Italy, 1990--2002*. *Med Sci Law*, 2006, 46:127-134.

Rivlin A, Fazel S, Marzano L et al. *Studying survivors of near-lethal suicide attempts as a proxy for completed suicide in prisons*. *For Sci Int*, 2012, 220:19-26.

Rivlin A, Hawton K, Marzano L et al. *Psychiatric disorders in male prisoners who made a near lethal suicide attempts: case-control study*. *Br J Psych*, 2010, 197: 313-19.

Rockett IR, Regier MD, Kapusta ND et al. *Leading causes of unintentional and intentional injury mortality: United States, 2000-2009*. *Am J Pub Health*, 2012, 102: 84-92.

Roe-Sepowitz D. *Characteristics and predictors of self-mutilation: a study of incarcerated women*. *Crim Behav Ment Health*., 2007, 17(5):312-21

Ross S, Heath N. *A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents*. *J Youth Adolescence*, 2002, 31:67-78.

Sakellidis EI, Papadodima SA, Sergeantanis TN et al., *Self-injurious behavior among Greek male prisoners: prevalence and risk factors*. *Eur Psychiatry*., 2010, 25(3):151-8

Sakinosky I. *Repetition of suicidal behavior*. In: the International Handbook of suicide and attempted suicide. Hawton K, Van Heringen K eds Wiley John & sons Ltd, Sussex 2002; 385-404.

Saxe GN, Chawla N, Van der Kolk B. *Self destructive behavior in patient with dissociative disorders*. *Suicide Life Threat Behav*., 2002, 32(3):313-20

Shaw J, Baker D, Hunt M et al. *Suicide by prisoners. National Clinical Survey*. *Br J Psych*, 2004, 184:263-267.

Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, Mann JJ. *Are suicide attempters who self mutilates a unique population?*. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158: 427-432.

Suyemoto K. *The function of self mutilation*. *Clin Psychol Rev*, 1998, 18(5):531-534.

Tripodi SJ, Onifade E, Pettus-Davis C, *Nonfatal suicidal behavior among women prisoners: the predictive roles of childhood victimization, childhood neglect, and childhood positive support*. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 2013.

UIL Penitenziari

Way BB, Kaufman AR, Knoll JL et al. *Suicidal ideation among inmate patients in state prison: prevalence, reluctance to report, and treatment preferences*. *Behav Sci Law*, 2013, in Press.

World Health Organization (2007). *La prevenzione del suicidio nelle carceri*. [www.ristretti.it](http://www.ristretti.it)

World Health Organization. *La prevenzione del suicidio nelle carceri*, 2007.



Regione Lombardia



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria  
Provveditorato Regionale per la Lombardia

Dipartimento Giustizia Minorile  
Centro per la Giustizia Minorile per la Lombardia

## LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO DEI SOGGETTI SOTTOPOSTI A PROCEDIMENTO PENALE (MINORENNI)

Documento elaborato dal sottogruppo-minori del GAT (gruppo di approfondimento tecnico scientifico) istituito dalla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia con nota prot.n.H1.2012.0020097 del 28/06/2012.

### **Coordinatore:**

*Emiliano Monzani - Dipartimento Salute Mentale A.O. "Ospedale Niguarda Ca' Granda" Milano*

### **Area sanitaria:**

*Alessandro Albizzati - Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza A.O. "San Paolo";  
Francesco Bossi – Unità Operativa di neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza A.O. "San Carlo Borromeo" Milano;*

*Antonina Cardia – ASL Milano 1 - Legnano, SERT di Limbiate;*

*Giorgio De Isabella - Unità Operativa Interventi Sanitari per Minori Sottoposti a Procedimento Penale c/o  
Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica A.O. "San Carlo Borromeo" di Milano;*

*Edoardo Lavelli – Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Fondazione I.R.C.C.S.  
Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico;*

*Tiziana Valentini - Unità Operativa Interventi Sanitari per Minori Sottoposti a Procedimento Penale c/o  
Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica dell'A.O. "San Carlo Borromeo" di Milano;*

### **Area penitenziaria, Dipartimento Giustizia Minorile:**

*Domenica Belrosso - Centro di Prima Accoglienza di Milano;*

*Flavia Croce - Centro Giustizia Minorile per la Lombardia;*

*Daniela Giustiniani - Istituto penale per i Minorenni di Milano;*

*Elvira Narducci - Istituto Penale per i Minorenni di Milano;*

*Laura Ricci - Centro Giustizia Minorile per la Lombardia.*

## INDICE

<i>PREMESSA</i>		Pag.33
1. <i>INTRODUZIONE</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione del quadro istituzionale.</li> <li>- Dati sulla autolesività e suicidarietà rilevati presso l'Istituto penale per i Minorenni ed il Centro di Prima Accoglienza di Milano (anni 2011 – 2012).</li> </ul>	Pag.33
2. <i>L'ACCOGLIENZA</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Specificità del contesto minorile: modello organizzativo ed operativo.</li> <li>- Procedure ordinarie di segnalazione per la presa in carico psicologica da parte dell'A.O. San Carlo Borromeo di Milano nonché per l'attivazione dell'équipe dell'ASL di Milano SerT.3 s.s.penale minorile.</li> </ul>	Pag.40
3. <i>PROCEDURE INTEGRATE TRA SISTEMA PENITENZIARIO E SANITARIO IN CASO DI AGITI AUTOLESIVI O TENTATIVI SUICIDARI</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obiettivi di intervento e scansione delle procedure.</li> </ul>	Pag.45
4. <i>FORMAZIONE</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interventi preventivi di promozione della salute.</li> <li>- Strumenti di monitoraggio dei segnali di suicidarietà per gli operatori di polizia penitenziaria.</li> <li>- Interventi di de-briefing a chiamata in seguito ad atti autolesivi e/o suicidari già consumati.</li> </ul>	Pag.51
<i>APPENDICI</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrizione della procedura di segnalazione (utilizzo della scheda) e tempi di intervento per rischio suicidario ed autolesivo a fronte di atti consumati.</li> <li>- Griglia di osservazione sul rischio suicidario per gli agenti di Polizia Penitenziaria</li> </ul>	Pag.52  Pag.60
<i>BIBLIOGRAFIA</i>		Pag.62

## PREMESSA

Il presente documento è stato elaborato dal sottogruppo minori, del GAT sopra citato, parallelamente all'evoluzione del dibattito svolto sul Tavolo regionale dal gruppo allargato - Adulti e Minori - al fine di coniugare le scelte metodologiche, scientifiche ed organizzative, adottate da quest'ultimo, con la specificità del contesto minorile e dei suoi Servizi Residenziali (Istituto Penale per i Minorenni e Centro di Prima Accoglienza di Milano).

## 1) INTRODUZIONE

### 1.1 Quadro istituzionale di riferimento

Si propone, in apertura del presente lavoro, una sintetica presentazione dell'articolazione dei Servizi della Giustizia Minorile sul territorio Lombardo, al fine di definire con chiarezza il quadro istituzionale di riferimento.

#### *1.1.1 Il Centro per la Giustizia Minorile per la Lombardia*

Il Centro per la Giustizia Minorile per la Lombardia (CGM) è l'organo del decentramento amministrativo sul territorio regionale lombardo. Il CGM esprime le linee di indirizzo politico del Ministro e del Dipartimento per la Giustizia Minorile, consentendo l'attuazione degli obiettivi definiti a livello centrale nell'ambito della Regione Lombardia. Ha funzione di programmazione tecnica ed economica, controllo e verifica dei Servizi Minorili dipendenti. Il Centro è, inoltre, promotore, attraverso l'attivo coinvolgimento dei Servizi, della definizione di politiche territoriali convergenti con quelle ministeriali, in particolare attraverso la costruzione di un dialogo con gli Enti Locali e con gli altri attori istituzionali e non (privato sociale, volontariato...) che nei territori operano a favore degli adolescenti in difficoltà.

Dal CGM di Milano dipendono i seguenti Servizi:

- **L'Istituto Penale per i Minorenni di Milano "C. Beccaria" (IPM)** - unico Istituto Penale sul territorio lombardo - attualmente accoglie solo utenza maschile ed è il Servizio deputato ad eseguire le misure penali maggiormente afflittive ovvero la custodia cautelare, l'espiazione pena e la semidetenzione. L'IPM ospita i ragazzi di età compresa fra i 14 e i 21 anni (quando il reato cui è riferita la misura sia stato commesso prima del compimento della maggiore età) per i quali l'Autorità Giudiziaria competente abbia disposto una misura privativa della libertà personale.

- **Il Centro di Prima Accoglienza di Milano (CPA)** ospita i minorenni (maschi e femmine) in stato di arresto, fermo o accompagnamento sino all'udienza di convalida (entro le 96 ore), assicurando la permanenza degli stessi senza connotarsi come struttura di tipo carcerario.

Gli interventi del Servizio sono finalizzati a:

- fornire all'Autorità Giudiziaria Minorile, in base ai dati raccolti, le prime indicazioni circa l'intervento educativo, psicologico e sociale che sarebbe auspicabile compiere a favore del minore;
- offrire indicazioni sulle risorse, le strutture educative ed i Servizi territoriali che è possibile attivare;
- realizzare un'immediata mediazione tra esigenze penali, educative e di intervento.

- **L'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni di Milano (USSM di Milano)**

Ha competenza territoriale sulle province di Milano, Varese, Monza e Brianza, Lecco, Lodi, Como, Pavia, Sondrio.

- **L'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni di Brescia (USSM di Brescia)**

Ha competenza territoriale sulle province di Brescia, Bergamo, Cremona, Mantova.

Gli U.S.S.M.:

- forniscono assistenza ai minorenni autori di reato in ogni stato e grado del procedimento penale;
- forniscono elementi conoscitivi concernenti il minorenne soggetto a procedimento penale e formulano concrete ipotesi progettuali concorrendo alle decisioni dell'Autorità Giudiziaria Minorile;
- svolgono attività di sostegno e controllo nella fase di attuazione dei provvedimenti della Magistratura in accordo con gli altri Servizi Minorili della Giustizia e degli Enti Locali;
- attuano gli interventi previsti dalla legge contro la violenza sessuale e quelli previsti dalla Convenzione dell'Aja.

### *1.1.2 Dati di contesto*

Il presente documento si riferisce esclusivamente ai Servizi della Giustizia Minorile a carattere residenziale (Istituto Penale per i Minorenni e Centro di Prima Accoglienza di Milano) e scaturisce dal lavoro congiunto del CGM e di detti Servizi con l'Unità Operativa Interventi Sanitari a favore dei minori sottoposti a procedimento penale istituita, presso l'Azienda Ospedaliera "San Carlo Borromeo", ai sensi della DGR 8120 del 1° ottobre 2008, della Direzione Generale Sanità Regione

Lombardia conseguentemente al DPCM 1° Aprile 2008.

Nel contesto minorile i fenomeni autolesivi hanno una maggiore incidenza rispetto a quelli suicidari.

Elementi di differenziazione del sistema penale minorile rispetto a quello degli adulti che si ipotizza influenzino una fenomenologia diversa, in materia, tra i due “circuiti carcerari” sono:

- la residualità nel sistema processuale previsto per i minori dell’esperienza detentiva (custodia cautelare, esecuzione pena) alla quale si accede solo in caso di reati di estrema gravità o di pregresso fallimento di un’articolata serie di misure di controllo/aiuto previste sul territorio (prescrizioni, permanenza in casa, comunità);
- il modello di intervento previsto nel contesto detentivo, fondato su una presenza costante e significativa del personale educativo in un rapporto minore/operatore molto favorevole al minore.

Si è avvertita l’esigenza di fornire tale premessa per accompagnare la lettura dei dati, indicati a seguire, relativi ad una ricognizione del fenomeno autolesivo e suicidario nel biennio 2011-2012 presso l’IPM ed il CPA di Milano.

**I dati di seguito riportati fanno riferimento al 2011 e 2012.** Riguardano 21 pazienti, di cui 19 sono maschi. La prevalenza maschile dipende dalla disattivazione della sezione femminile in IPM nel dicembre 2010. Le ragazze arrestate/fermate/accompagnate in CPA vengono assegnate, in caso di custodia cautelare, all’Istituto Penale per Minorenni di Pontremoli.

Gli atti autolesivi e suicidari sono stati valutati con la Scala Bongar del Rischio di Mortalità, associati alla numerosità degli stessi per ciascun paziente, alla nazionalità e alla diagnosi psicopatologica.

I minori sono in prevalenza stranieri: 16 su 21. Gli stranieri provengono, in ordine decrescente, 7 dall’Europa (Romania, Bosnia, Albania, Ucraina), 5 dal Nord Africa (Tunisia e Marocco), 3 dal Sud America e, infine, 1 dalla Cina.

Le diagnosi psicopatologiche più frequenti sono quelle dei Disturbi Misti della Condotta e della Sfera Emozionale (8 F92) e delle Sindromi da Disadattamento con reazione Mista Ansioso-Depressiva (4 F43.22). Vi sono anche Disturbi della Personalità Emotivamente Instabile tipo Borderline (1 F60.31) e tipo Impulsivo (2 F60.30), tratti maladattivi quali disregolazione emotiva e discontrollo degli impulsi, ancorché non configuranti una diagnosi da ICD10. Tre minori non hanno ricevuto alcuna diagnosi.



La maggior parte dei pazienti commette solo un atto autolesivo (12 su 21) e con nessun rischio di mortalità: 25 atti su un totale di 47 hanno punteggio 2,0 della Scala Bongar, descrittivo di un atto avvenuto in contesto pubblico o riferito dal soggetto stesso o da altri prima che avvenga e per il quale la morte è un esito improbabile rispetto all'atto. Solo una minoranza (4 pazienti su 21) commette più di 5 atti autolesivi. L'atto suicidario con rischio di mortalità più elevato, 10,0, compare solo una volta.

La maggior parte dei pazienti sono stati segnalati per una consulenza neuropsichiatria in IPM (14 su 21), tre erano già stati segnalati al momento di compiere l'atto autolesivo o suicidario.

**Figura 1 - Distribuzione del campione per provenienza geografica**

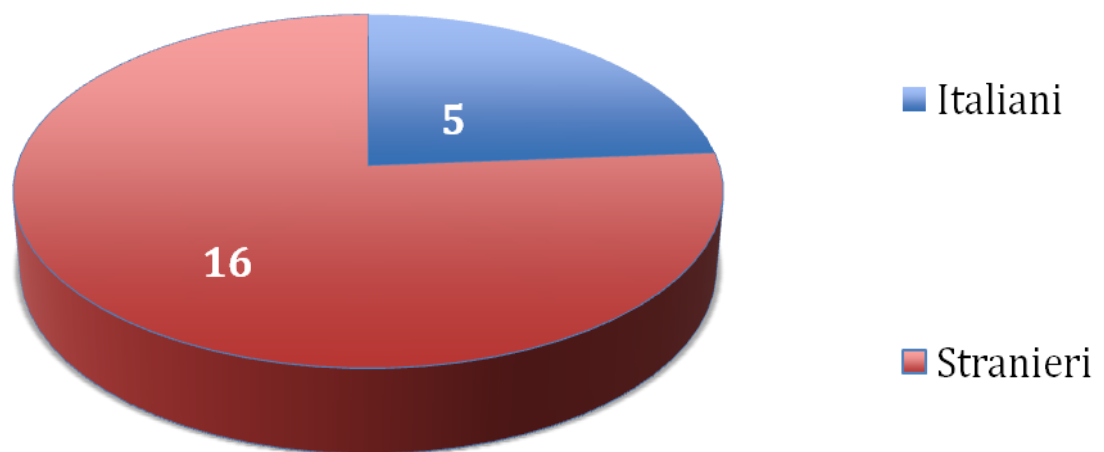


Figura 2 - Distribuzione del campione per diagnosi ICD 10/Tratti maladattivi

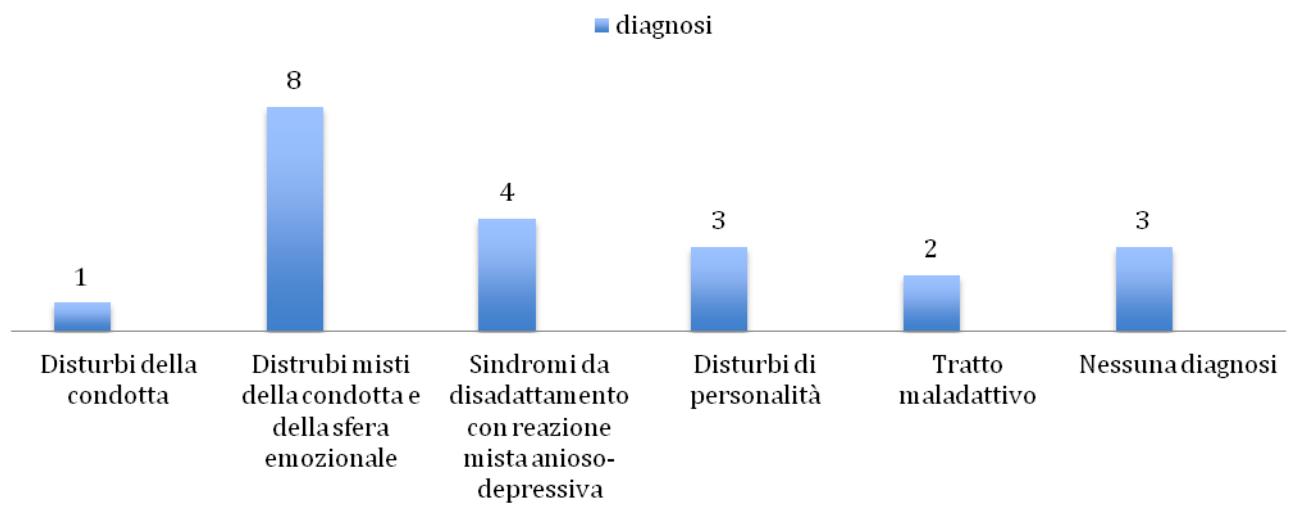
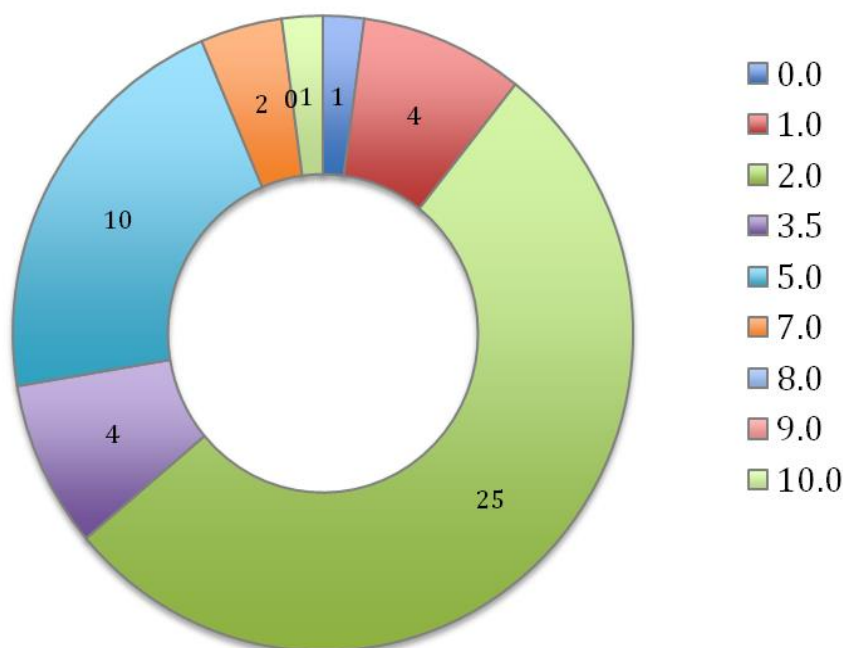
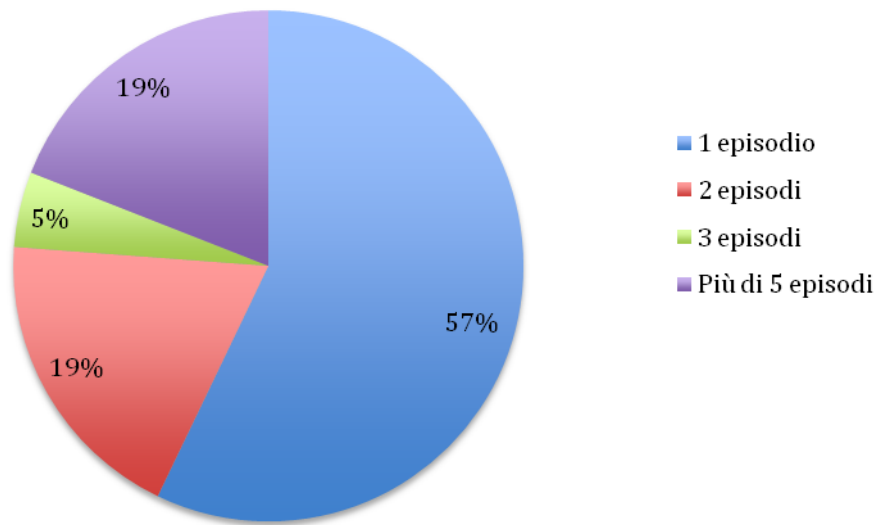


Figura 3 - Registrazione di 47 episodi autolesivi suddivisi secondo la scala Bongar\*

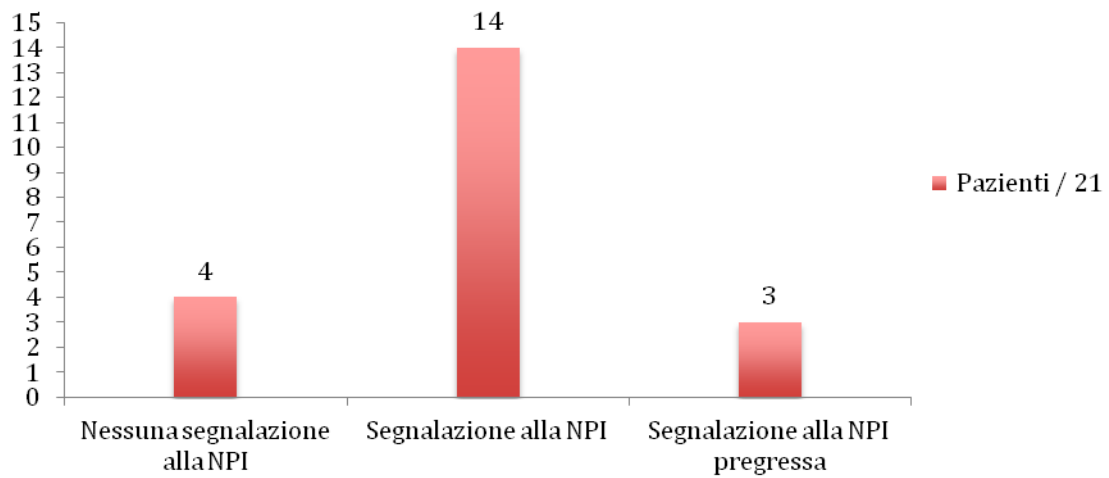


0.0	La morte è un esito impossibile rispetto al comportamento suicidario
1.0	La morte è un risultato molto improbabile. Se si verificasse sarebbe il risultato di una complicazione, un incidente o di circostanze insolite.
2.0	La morte è un esito improbabile rispetto all'atto. Se si verificasse sarebbe probabilmente dovuto ad effetti secondari imprevisti. Frequentemente l'atto viene compiuto in un contesto pubblico, e viene riferito dal soggetto o da altri. Potrebbe essere giustificato il ricorso all'assistenza medica, ma non è necessario alla sopravvivenza.
3.5	La morte è improbabile nel cui si intervenga con cure tempestive richieste dal paziente o da altri. I pazienti solitamente comunicano il loro gesto, o lo commettono pubblicamente, o non prendono precauzioni per nascondersi o arrecarsi danno.
5.0	La morte ha il 50 per cento di probabilità di verificarsi o, per la maggioranza delle persone, il metodo ha un esito incerto. Questo punteggio è usato quando i dettagli sono vaghi.
7.0	La morte è un esito probabile se non intervengono immediate e vigorose cure mediche richieste dal paziente o da altri. L'atto viene eseguito in pubblico in un contesto in cui è probabile che il paziente venga aiutato o scoperto.
8.0	La morte del paziente viene considerata come un esito probabile dell'atto suicidario se non viene salvato da un intervento esterno in una condizione di rischio calcolato (per esempio nell'attesa del ritorno di un compagno di cella.) L'azione è attuata in privato o non vengono fatte comunicazioni dirette.
9.0	La morte è una conseguenza altamente probabile: un intervento fortuito o circostante impreviste possono salvare la vittima. Non vengono fatte comunicazioni o vengono compiuti sforzi per sottrarre il tentativo all'attenzione dei soccorritori.
10.0	La morte è quasi certa, a prescindere dalla circostanze o dall'intervento di un agente esterno. Molte persone a questo livello muoiono rapidamente dopo il tentativo.

**Figura 4 - Divisione dei Pazienti in base al numero di episodi autolesivi registrati**



**Figura 5 - Divisione dei Pazienti secondo la loro interazione con la NPI**



## 2) L'ACCOGLIENZA

Nell'ambito penitenziario minorile, il DPR 448/88, attraverso l'introduzione, nel corpo del processo penale ordinario, di un'insieme di norme specifiche per i minorenni, non solo ha creato il "processo penale minorile", fortemente tipizzato nell'iter e nelle misure applicabili, sia in fase cautelare che in fase esecutiva, ma ha anche previsto, per la gestione della fase "pre-cautelare", che va dall'arresto/fermo/accompagnamento fino all'udienza di convalida, l'Istituzione di un Servizio appositamente dedicato, distinto dal contesto carcerario: il *Centro di Prima Accoglienza*. Parlare di accoglienza nella realtà penitenziaria minorile implica, pertanto, prendere in considerazione due fasi, distinte sia sul piano giuridico che istituzionale:

- a) LA FASE PRE-CAUTELARE (durata max 96 ore) che va dall'arresto/fermo/accompagnamento fino all'udienza GIP, gestita nel Centro di Prima Accoglienza;
- b) LA FASE DELL'INGRESSO E DELLA PRIMA FASE DI PERMANENZA in istituto penale per minorenni.

### 2.1 Centro di Prima Accoglienza (CPA)

Servizio residenziale che lavora su tempi ridottissimi (massimo 96 ore) con un mandato di accoglienza e contestualmente di accompagnamento dei minori arrestati/fermati/accompagnati fino all'udienza di convalida.

"Accoglienza" che, in fase pre-cautelare, il legislatore ha voluto separata da quella intramuraria per evitare prematuri effetti di carcerizzazione. La norma prevede, infatti, che i Centri di Prima Accoglienza debbano assicurare la permanenza dei minori senza caratterizzarsi come strutture di tipo carcerario.....". Presso il Servizio sono operativi h. 24 gli Agenti di Polizia Penitenziaria minorile che garantiscono il controllo e l'ordinata gestione della vita interna alla struttura. Il personale educativo assicura, in tempi rapidissimi, l'anamnesi della situazione socio-familiare dei ragazzi assumendo diretti contatti con i Servizi del Territorio, presenza all'udienza di convalida, fornisce al Giudice per le Indagini Preliminari gli elementi informativi sulla situazione del minore e svolge un'azione di sostegno e chiarificazione al ragazzo ed alla sua famiglia nel caso di applicazione di una misura cautelare.

E' garantita anche la presenza del Servizio Sanitario, di mediatori culturali e di volontari, che concorrono a svolgere nei confronti dei ragazzi/e arrestati/fermati/accompagnati un'azione di tutela nell'impatto con il sistema penale.

## **2.2 Istituto Penale per i Minorenni IPM) - “Gruppo Accoglienza”**

Come previsto dal Progetto di Istituto e disciplinato dal Regolamento Interno, l'Istituto Penale per i Minorenni di Milano prevede l'articolazione della sezione detentiva (attualmente è attiva solo quella maschile) in gruppi, il cui numero è proporzionale agli spazi fruibili ed al personale.

Al presente sono attivi quattro gruppi (1 gruppo accoglienza, 2 gruppi orientamento, 1 gruppo avanzato). L'accesso ai gruppi avviene secondo un criterio di modularità in base al livello di consapevolezza della situazione personale e giuridica dei ragazzi, dell'ammissione a progetti esterni, non disgiunto dal livello di responsabilità e autonomia dei singoli. Tale modularità garantisce la valorizzazione del percorso del minore rendendo più visibili i suoi progressi.

Il gruppo ACCOGLIENZA è specificatamente destinato ad ospitare i ragazzi al primo ingresso in Istituto ed è caratterizzato da obiettivi operativi e tempistica di presenza ben definita (1 -2 mesi al massimo).

Detto Gruppo accoglie sempre i ragazzi al primo ingresso in IPM (provenienti da CPA o dalla Libertà), mentre per i ragazzi recidivi vengono operate rapide valutazioni rispetto all'opportunità di un loro diretto ingresso nei 2 gruppi ORIENTAMENTO o all'esigenza di un passaggio preliminare nel contesto più “tutelato” dell'ACCOGLIENZA.

Detto gruppo ha come obiettivi specifici:

- 1) l'accoglienza;
- 2) l'azione di conoscenza del minore e delle sue eventuali problematiche sanitarie, con un'azione di screening indirizzata all'individuazione di situazioni di rischio anche dal punto di vista anticonservativo;
- 3) la contestualizzazione ed il primo orientamento;
- 4) l'analisi e definizione della situazione personale e giuridica;
- 5) laddove sia possibile, l'attivazione delle potenzialità del minore e delle risorse esterne in funzione dell'elaborazione e sostegno di un progetto volto al suo rapido reinserimento nel contesto esterno.

Proprio per garantire un approccio specifico degli interventi, le attività per i ragazzi del gruppo accoglienza sono diversificate e svolte in ambienti separati da quelli degli altri ragazzi inseriti nei gruppi di orientamento e di trattamento avanzato.

### **2.3 La fase di accoglienza in CPA e in IPM**

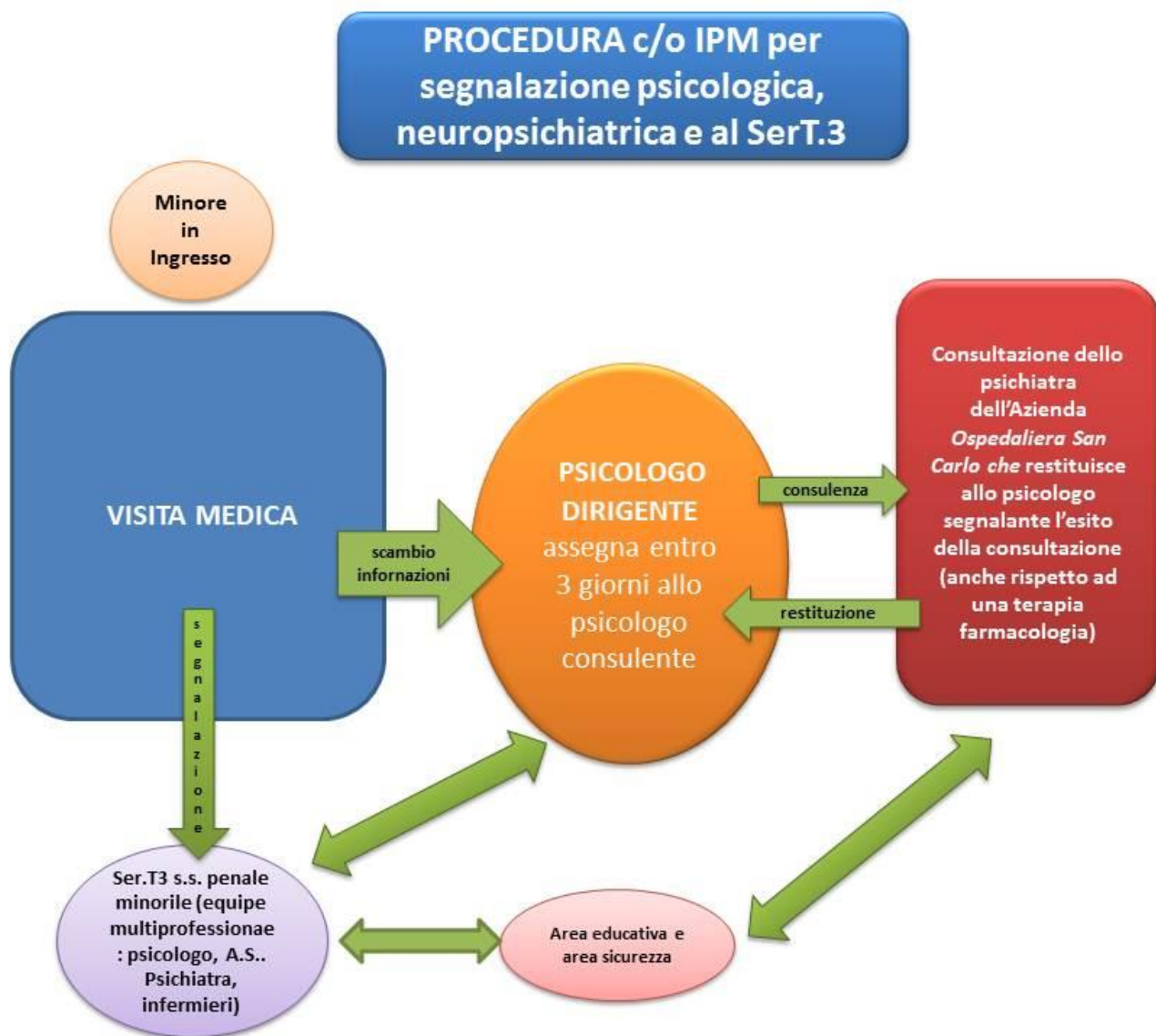
Nella realtà minorile - CPA e Gruppo Accoglienza - esistono quindi due “spazi” operativi, con tempistiche precise, legati da un rapporto di fisiologica connessione.

La fase di accoglienza, in entrambe i Servizi sopra specificati, prevede che la visita da parte del medico avvenga con massima sollecitudine (entro le 12 ore dall'ingresso in CPA ed entro le 24 ore in IPM). E' prevista, altresì, l'immediata attivazione dell'intervento educativo congiuntamente a quello psicologico.

E' alla visita di primo ingresso, svolta dal medico, alla quale si affianca l'intervento dello psicologo, che viene demandata la prima importante funzione di screening sulle situazioni di rischio di agiti anticonservativi o autolesionistici o comunque di problematiche di rilievo sanitario che esponano il minore a gravi difficoltà di inserimento nel contesto detentivo in caso di carcerazione.

Le diagnosi dei sanitari, che a loro volta potranno avvalersi dei rilievi comportamentali e dei dati di osservazione degli operatori penitenziari, diventano patrimonio di conoscenza dell'équipe multiprofessionale dei Servizi per l'individuazione di adeguati piani di intervento psico-socio-educativi.

PROCEDURE ORDINARIE DI SEGNALAZIONE PER L'ATTIVAZIONE DELLA PRESA IN CARICO PSICOLOGICA DA PARTE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA SAN CARLO BORROMEIO E/O DELL'ATTIVAZIONE DELL'ASL DI MILANO SERT.3 S.S. PENALE MINORILE.





## PROCEDURA presso C.P.A. INTERVENTI psicologici e Ser.T3



### **3) PROCEDURE INTEGRATE TRA SISTEMA PENITENZIARIO E SANITARIO IN CASO DI AGITI AUTOLESIVI O TENTATIVI SUICIDARI**

Al di fuori degli interventi salva-vita, da attuare in regime di assoluta urgenza, attraverso il presidio sanitario interno o il ricorso all'accesso ospedaliero – 118, si declina a seguire:

#### LA PRASSI ORDINARIA

Scandisce i vari interventi posti in essere nel contesto penitenziario, in sintonia con l'area sanitaria, a seguito della rilevazione e segnalazione di un atto autolesivo o di un tentativo suicidario.

Si premette che chiunque venga a conoscenza dell'intenzione di un soggetto di porre in essere atti auto/etero lesivi o che comunque presenti comportamenti tali da essere oggetto di attenzione, provvederà a segnalarlo alla Direzione per iscritto.

Quest'ultima informerà i referenti dell'Area Sicurezza, Educativa e Sanitaria per gli interventi di rispettiva competenza.

#### In caso di agiti

Qualsiasi operatore penitenziario che venga a conoscenza di un evento critico (atto autolesivo o tentativo suicidario):

- avvisa il capoposto dell'accaduto ai fini dell'invio in infermeria del ragazzo per gli interventi sanitari del caso;
- redige una segnalazione scritta.

Il Capoposto, a sua volta, per le vie brevi, informa il Comandante di Reparto per l'adozione o ratifica degli interventi resisi necessari, nell'immediato, per la salvaguardia dell'incolumità del ragazzo.

Analoga comunicazione urgente viene data all'educatore referente, se presente in Istituto, per l'opportuna azione di sostegno al minore. L'agito autolesivo o anticonservativo e gli eventuali interventi adottati in urgenza dall'Area Sicurezza, sono oggetto di rapporto (dal Capoposto al Comandante) e di comunicazione alla Direzione (da parte del Comandante).

I rapporti in esame confluiscono in un apposito registro (registro atti autolesivi – appendice del registro atti diversi). In infermeria il Medico, oltre alle certificazioni di competenza (bollettino

sanitario, diario clinico), compila l'apposita scheda di segnalazione predisposta dall'A.O. che, come proceduralmente concordato, viene inoltrata allo Psicologo Dirigente per gli interventi del caso e, contestualmente, alla Direzione dell'IPM. Se il medico ravvisa in anamnesi un abuso problematico da sostanze stupefacenti o da alcol e ipotizza che l'evento sia a ciò riconducibile, segnala il caso all'ASL di Milano – Sert.3 s.s. Penale Minorile. Quest'ultimo darà riscontro alla Direzione delle valutazioni effettuate.

SCHEDA DI SEGNALAZIONE RISCHIO SUICIDARIO (R.S) AUTOLESIVO (R.A.) in IPM e in CPA a fronte di atti consumati.

(scheda elaborata dell'Azienda Ospedaliera "San Carlo Borromeo" di Milano ed articolata in due parti: la prima con compilazione a cura del medico di medicina generale; la seconda con compilazione a cura dello psicologo)

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE in IPM e CPA  
PER RISCHIO SUICIDARIO (R.S.) E AUTOLESIVO (R.A.)  
a fronte di atti consumati**

Allo Psicologo Dirigente

fax .....

p.c. alla Direzione dell'IPM  
alla Direzione CPA

**Parte Prima**

Nome e cognome .....Data e luogo di nascita .....

Visitato in data -- / -- /--

1. Atto rilevato in  CPA in  IPM

**AUTOLESIONISMO**

- Ingestione di oggetti
- Ingestione di farmaci
- Ingestione di sostanza tossiche
- Folgorazione
- Impiccagione
- Soffocamento
- Tagli
- Uso di oggetti contundenti
- Urti con la testa o altre parti del corpo
- Ustioni/tentativi di darsi fuoco
- Altro

**TENTATIVO DI SUICIDIO**

- Ingestione di oggetti
- Ingestione di farmaci
- Ingestione di sostanza tossiche
- Folgorazione
- Impiccagione
- Soffocamento
- Tagli
- Uso di oggetti contundenti
- Urti con la testa o altre parti del corpo
- Ustioni/tentativi di darsi fuoco
- Altro

2. Atto riferito nella raccolta anamnestica, anche recente (eventualmente quantificare numero di volte)

**AUTOLESIONISMO**

- Ingestione di oggetti
- Ingestione di farmaci
- Ingestione di sostanza tossiche
- Folgorazione
- Impiccagione
- Soffocamento
- Tagli
- Uso di oggetti contundenti
- Urti con la testa o altre parti del corpo
- Ustioni/tentativi di darsi fuoco
- Altro

**TENTATIVO DI SUICIDIO**

- Ingestione di oggetti
- Ingestione di farmaci
- Ingestione di sostanza tossiche
- Folgorazione
- Impiccagione
- Soffocamento
- Tagli
- Uso di oggetti contundenti
- Urti con la testa o altre parti del corpo
- Ustioni/tentativi di darsi fuoco
- Altro

ABUSO DI SOSTANZE E/O DI ALCOOL      Si  No

ABUSO SESSUALE E/O FISICO SUBITO      Si  No

BULIMIA      Si  No

TERAPIA PSICOFARMACOLOGICA PRESCRITTA (specificare se già in uso)

.....

SI SEGNALE PER:

R.A.     Basso  Elevato

R.S.     Basso  Elevato

Firma del Medico di Medicina Generale .....

Milano, -- / -- / --

In appendice si riporta la descrizione delle procedure.

---

Parte seconda

AI MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Fax.....

p.c. DIREZIONE IPM

DIREZIONE CPA

FATTORI DI RISCHIO

- Sintomi depressivi
- Sintomi ansiosi e/o somatizzazioni
- Sintomi psicotici
- Disregolazione emotiva       Discontrollo degli impulsi       Iperattività
- Sintomi dissociativi
- Bulimia
- Abuso di sostanze/alcool (anche pregresso), se non rilevato dal MMG
- Altro

- Ideazione suicidaria
  - Intenzionalità si  no
  - Progettualità si  no  Quale piano?
  - Morte come soluzione si  no

Significato del T.S:

- Mancanza di speranze si  no
- Vissuto di inaiutabilità si  no
- Assenza percepita di supporto si  no
- Eventi stressanti/traumatici recenti(oltre alla carcerazione)e/o remoti
  
- Pregressa presa in carico dei Servizi Sanitari si  no  Quale servizio? Diagnosi (se nota)

ESITI:

- Esito del test SAMI: Livello di rischio suicidario

- SI CONFERMA IL LIVELLO DI RISCHIO RILEVATO DA MMG     NON SI CONFERMA IL LIVELLO
- RISCHIO PIU ELEVATO(quale?).....     RISCHIO PIU BASSO (quale?).....

Firma psicologo consulente.....in data -- / -- / --

La Direzione ricevuta la scheda del medico, sulla base dei contenuti della segnalazione, redige una disposizione indirizzata al Comandante di Reparto per gli interventi di competenza dell'area di sicurezza ritenuti opportuni ed informa l'area educativa per gli interventi di sostegno chiedendo una verifica sulla situazione attuale del ragazzo.

Il consulente psicologo, incaricato dallo psicologo Dirigente, a seguito della segnalazione del medico, integra le osservazioni di quest'ultimo convalidando o meno l'ipotesi ed il livello di gravità del rischio autolesivo o suicidario. Di ciò viene dato riscontro sia al Medico che alla Direzione dell'Istituto.

La conferma da parte dello psicologo di un rischio suicidario elevato può portare alla richiesta di una consulenza neuropsichiatrica secondo criteri prestabili nella descrizione delle procedure sanitarie in appendice.

Altresì il consulente psicologo, qualora ritenga che il comportamento autolesivo sia primariamente attribuibile ad un uso problematico di sostanze stupefacenti, lo segnala all'ASL di Milano – Sert.3 s.s. Penale Minorile, se non vi ha già provveduto il medico.

Sulla base di quanto sopra rappresentato, la Direzione, congiuntamente al Comandante di Reparto, valuta se confermare o modificare/revocare quanto già disposto in urgenza.

Le risultanze delle valutazioni operate, nei rispettivi ambiti di competenza dai vari professionisti, e le decisioni adottate in urgenza, diventano patrimonio operativo dell'équipe interna di riferimento attiva per ogni minore, che in quanto équipe multiprofessionale elaborerà le strategie operative di intervento.

Ci si avvale inoltre di riunioni mensili di raccordo istituzionalmente già previsti tra ASL, Azienda e Responsabile di Area Pedagogica o Vice-Direzione dell'Istituto, finalizzate alla rappresentazione di dimensioni di criticità legate alle procedure, alla funzionalità delle stesse per migliorare la comunicazione interprofessionale ed interistituzionale.

#### 4) FORMAZIONE

L'Azienda Ospedaliera "San Carlo Borromeo" ha già avviato, dal marzo 2012, un progetto di promozione della salute dei minori con valenza di terapia ambientale attraverso:

- il potenziamento delle competenze relazionali degli operatori di polizia penitenziaria e del personale educativo;
- la capacità di leggere i profili psicologici dei minori, tra i quali anche quelli caratterizzati da autolesività e/o suicidarietà.

In merito a detti minori, si è elaborata un'apposita griglia di osservazione per gli operatori di polizia penitenziaria, accompagnata dal "razionale" della griglia stessa e da una descrizione di strategie relazionali implementabili.

Detta griglia è proposta a seguire come Appendice 2.

Nel caso di agiti anticonservativi che abbiano suscitato particolare allarme o risonanza emotiva tra gli operatori, si concorderanno con la Direzione dell'IPM e/o del CPA specifici interventi di *Debriefing* .



## APPENDICE N.1

### **DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA DI SEGNALAZIONE (UTILIZZO DELLA SCHEDA) E TEMPI DI INTERVENTO PER RISCHIO SUICIDARIO (R.S.) E AUTOLESIVO (R.A.) IN ISTITUTO PENALE MINORENNI “C. Beccaria” E NEL CENTRO DI PRIMA ACCOGLIENZA a fronte di atti consumati**

#### PREMESSA

I soggetti a cui si rivolge questo intervento hanno un'età compresa tra i 14 e i 20 anni fino ad un giorno prima del compimento del 21° anno.

La responsabilità del coordinamento dei Servizi coinvolti nell'area del Penale Minorile è della Unità Operativa “Interventi Sanitari per Minori Sottoposti a Procedimento Penale”, istituita il 07/08/2009 con delibera n. 830. Gli interventi sanitari si svolgono secondo quanto stabilito nelle “Indicazioni relative all'attività sanitaria rivolta a soggetti sottoposti a procedimento penale presso i Tribunali per i Minorenni di Milano e di Brescia” emanate dalla regione Lombardia il 14/04/2011. Gli interventi sanitari di tipo psicologico sono messi in atto da psicologi afferenti alla UOC di Psicologia Clinica, su segnalazione del Medico di Medicina Generale che fa riferimento alla UOs Direzione Medica di Presidio delle Strutture Ambulatoriali e Territoriali. In base all'accordo vigente dal 1/01/2012 tra UOC di Psicologia Clinica e UONPIA dell'AO Ospedale San Carlo Borromeo, lo psicologo che prende in carico il soggetto di cui al primo capoverso di questa premessa, può segnalare mediante compilazione di apposita scheda per una consulenza neuropsichiatrica che assume l'assetto delle Visite e Parere ospedaliere, con tempistica di 72 ore.

La procedura si articola in una scheda da compilare a cura del Medico di Medicina Generale (da ora in poi MMG) e in una scheda psicologica, a cura dello psicologo. La scheda a cura del MMG prevede due rilevazioni: la prima fa riferimento ad atti autolesivi o suicidari avvenuti in CPA o in IPM; la seconda, ad atti, dello stesso tipo, avvenuti prima dell'ingresso in CPA e/o in IPM.

La scheda a cura dello psicologo ha la funzione di confermare o meno il livello di rischio stabilito dal MMG (definendolo anche nei termini di “basso”, “medio” o “elevato”) e di specificare le dimensioni psicologiche ed eventualmente, quelle psicopatologiche, sottese all'atto (FATTORI DI RISCHIO).

## PASSAGGI NELLA PRESA IN CARICO

### Aspetti comuni a CPA e IPM

La compilazione della scheda di segnalazione, inserita nel documento del GAT- sottogruppo minorile “Linee di indirizzo per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei minorenni sottoposti a procedimento penale”, costituisce la prima procedura sanitaria di rilevazione e gestione del rischio suicidario (R.S.) e/o autolesivo (R.A.) a fronte di comportamenti agiti. Essa attiva, quindi, l'intero intervento sanitario in tema di rischio suicidario o autolesivo. Il MMG effettua la prima visita e stabilisce preliminarmente il livello di rischio (“basso” o “elevato”) invia, quindi, la scheda allo psicologo dirigente e ne lascia copia, per conoscenza, alla Direzione perché prenda le opportune iniziative. Lo psicologo dirigente identifica il consulente che effettuerà la valutazione psicologica e che confermerà/modificherà il livello di rischio individuato dal MMG. Alla segnalazione da parte del Medico di Medicina Generale e al colloquio clinico dello psicologo, (accompagnato dalla somministrazione di un questionario standardizzato), segue una presa in carico sanitaria se il rischio viene confermato.

### Aspetti specifici del CPA dopo la convalida, da parte dello psicologo, del rischio (RS e/o RA)

In presenza di qualsiasi livello di rischio (basso, medio elevato) è previsto un approfondimento diagnostico con eventuale segnalazione ai Servizi territoriali in presenza di una condizione psicopatologica. In tal caso, nelle more del loro intervento, si implementa un ciclo consultativo per favorire una prima acquisizione di consapevolezza nel minore circa il bisogno sanitario sotteso dal T.A./R.A. L'AO San Carlo è la sede dell'approfondimento psicodiagnostico e dell'intervento consultativo fintanto che il paziente non sia preso in carico da un Assistente Sociale, salvo ulteriori accordi con la Direzione dell'USSM a svolgere, anche in assenza di questo presupposto, l'intervento in questa sede.

I passaggi di attivazione di questa presa in carico prevedono la redazione di relazioni di valutazione psicodiagnostica, con eventuali aggiornamenti e di segnalazioni scritte a UONPIA e/o CPS.

### Aspetti specifici dell'IPM dopo la convalida, da parte dello psicologo, del rischio (R.S. e/o R.A.)

**In caso di rischio basso è previsto:** un approfondimento diagnostico con eventuale segnalazione ai Servizi territoriali in presenza di una condizione psicopatologica e un monitoraggio con colloquio mensile per i tre mesi successivi, con somministrazione di un test (Core-OM).

**In caso di rischio medio è previsto:** un approfondimento diagnostico con eventuale segnalazione ai Servizi Sanitari Territoriali in presenza di una condizione psicopatologica e un ciclo consultativo con focus sulle dimensioni maladattive associate all'atto (T.S. o A.A).

**In caso di rischio elevato è previsto:** un approfondimento diagnostico, un ciclo consultativo con focus sulle dimensioni maladattive associate all'atto (T.S. o A.A), un'eventuale segnalazione per consulenza neuropsichiatrica, la segnalazione ai Servizi Sanitari territoriali, un'attività di raccordo con ASL-Sert per la definizione del Case Manager (come già previsto negli Accordi con ASL, rivisti nel febbraio 2012) nella prospettiva di un intervento congiunto.

## ARTICOLAZIONE DELLA SCHEDA IN UNA PARTE MEDICA E IN UNA PARTE PSICOLOGICA

### Scheda compilata dal MMG:

Gli eventi riportati in items sono gli stessi per il R.S. e per il R.A. E' il medico che li classifica come atti autolesivi (A.A.) o tentativi di suicidio (T.S.). Gli eventi in items sono quelli richiesti dal sistema di registrazione dati del Ministero di Giustizia.

Tempistiche per la valutazione dello psicologo (non riportate sulla scheda per ragioni di brevità e di sintesi):

1. *Per l'IPM:*

- a. Rischio suicidario elevato: tempistica urgente, la visita psicologica deve essere effettuata nella stessa giornata della segnalazione del MMG, se pervenuta entro le ore 16;
- b. Rischio suicidario basso : tempistica di 24 ore (dalla segnalazione);
- c. Rischio di atti autolesivi segue una tempistica ordinaria: entro 72 ore dalla segnalazione;

2. *Per il CPA:* vale la tempistica prevista da quel Servizio minorile in relazione ai tempi imposti dall'Autorità Giudiziaria che effettua l'Udienza di Convalida entro 96 ore dall'arresto/fermo della Polizia Giudiziaria.

### CRITERI DI ATTRIBUZIONE DI LIVELLO DI RISCHIO PER IL MMG

<p><u>Livello elevato di R.S. in presenza di almeno tre dei sei criteri sottoelencati</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. T.S. nella fase pre-cautelare dell'arresto/fermo</li> <li>2. T.S. in anamnesi</li> <li>3. Abuso di sostanze/alcool</li> <li>4. Numerosi atti autolesivi in anamnesi</li> <li>5. Abuso sessuale e/o fisico subito</li> <li>6. Bulimia</li> </ol> <p>Tra i tre criteri necessari per configurare l'elevato livello di rischio devono sempre comparire sia il numero 1 o il numero 2 che il numero 3.</p>	<p><u>Livello basso di R.S. in presenza di almeno due fra i cinque criteri sottoelencati</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. T.S. in anamnesi</li> <li>2. Abuso di sostanze/alcool</li> <li>3. Abuso sessuale e/o fisico subito</li> <li>4. Numerosi atti autolesivi in anamnesi</li> <li>5. Bulimia</li> </ol> <p>Fra i criteri necessari per configurare il basso livello di rischio, deve sempre comparire il numero 1</p>
<p><u>Livello elevato di R.A. in presenza di almeno tre dei cinque criteri sottoelencati</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A.A. nella fase pre-cautelare dell'arresto/fermo</li> <li>2. A.A. in anamnesi</li> <li>3. Abuso di sostanze/alcool</li> <li>4. Abuso sessuale e/o fisico subito</li> <li>5. Bulimia</li> </ol> <p>Tra i tre criteri devono sempre comparire sia il numero 1 o il numero 2, che il numero 3.</p>	<p><u>Livello basso di R.A. in presenza di almeno due dei quattro criteri sottoelencati</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A.A. in anamnesi</li> <li>2. Abuso di sostanze/alcool</li> <li>3. Abuso sessuale e/o fisico subito</li> <li>4. Bulimia</li> </ol> <p>Tra i due criteri deve sempre comparire il numero 1.</p>

Nel giorno di sabato il MMG valuta l'opportunità di ricorrere al Pronto Soccorso. In quei giorni, non verrà effettuata la valutazione da parte dello psicologo. Nel giorno di domenica, se non fosse disponibile la Guardia Medica, la Direzione dell'IPM può ricorrere al Pronto Soccorso.

### **Scheda compilata dallo psicologo**

La prima parte, relativa alla psicopatologia, può fare riferimento ad una sindrome, ad un disturbo del comportamento o a singoli sintomi.

L'ideazione suicidaria comprende riferimenti:

1. all'intenzione di morire
2. all'intenzione di mettere in atto un piano articolato e personale per procurarsi la morte
3. alla considerazione che non vi sono altre soluzioni oltre alla morte.

Se manca la pianificazione (criterio 2), si registra "Pensieri passivi di morte" e ciò abbassa il rischio suicidario da elevato a medio oppure basso (salvo presenza in anamnesi di un Tentato Suicidio (TS) rilevato dal MMG. Si identifica quindi il significato del gesto, anche qualora questo non contenesse un'intenzionalità anticonservativa.

Eventi di vita stressanti/traumatici recenti o remoti: sono considerati tali sia eventi personali (insuccessi scolastici, vittimizzazioni, malattie), che familiari (separazioni/divorzi, malattie gravi dei genitori, grave precarietà economica, ecc.).

### CRITERI DI CONFERMA DA PARTE DELLO PSICOLOGO DEL RISCHIO SUICIDARIO E AUTOLESIVO

#### **Rischio suicidario**

1. Il livello elevato di R.S. rilevato dal medico va confermato dallo psicologo in presenza dei fattori di rischio di Mancanza di Speranze, Vissuto di Inaiutabilità (che insieme costituiscono la dimensione della disperazione, predittiva del suicidio) e Ideazione suicidaria. In assenza dei summenzionati criteri, il rischio viene considerato rischio medio.
2. Il livello basso può essere elevato al livello immediatamente superiore (medio) in presenza di almeno sei fattori di rischio, tra i quali devono sempre comparire
  - Sintomi psicopatologici quali la disregolazione emotiva, il discontrollo degli impulsi, i sintomi depressivi in associazione ai primi due citati.
  - Ideazione suicidaria

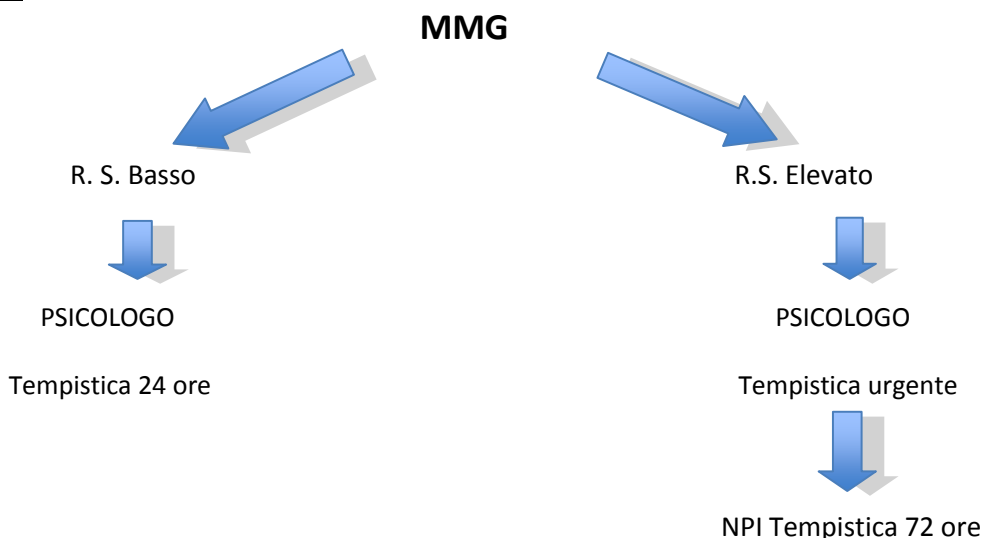
- Mancanza di speranze
- Inaiutabilità
- Eventi traumatici recenti o remoti

### Rischio autolesivo

Lo psicologo conferma o eleva il livello più basso di rischio autolesivo, in presenza di sintomi psicopatologici che si riferiscono a quadri psicopatologici, come ad esempio Disturbo Misto della Condotta e della Sfera Emozionale o Disturbo della Personalità Emotivamente Instabile o Sindromi Affettive Bipolari. Occorre indagare l'intenzionalità e il significato dell'atto autolesivo, ad esempio: punizione, rivendicazione o protesta, alleviamento dell'angoscia, altra modalità disfunzionale per uscire da una situazione considerata, dal minore, intollerabile.

### ASPETTI CLINICO-ORGANIZZATIVI (RAPPORTI INTRA E INTERISTITUZIONALI)

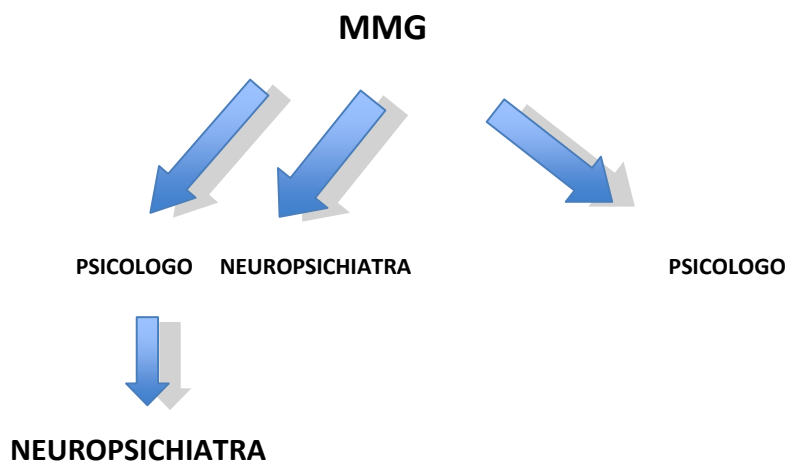
1. La valutazione di rischio suicidario segue sempre, in IPM, lo schema temporale riportato di seguito:



Il rischio suicidario elevato, identificato dal MMG, può portare alla valutazione dell'opportunità di un ricovero ospedaliero che, ad ora, segue la turnazione degli ospedali milanesi.

La compilazione della Scheda di Segnalazione per R.S. o R.A. da parte del MMG vale anche come richiesta di consulenza psicologica, ovvero il MMG non dovrà inviare l'apposita scheda. Resta inteso che l'osservazione ad esempio di una deflessione del tono dell'umore, di un'ansia reattiva o di atti eterolesivi, viene invece registrata come quesito nella Scheda di richiesta di consulenza psicologica.

2. La valutazione psicodiagnostica per problematiche psicopatologiche non attinenti a R.S. e R.A. segue il seguente schema in IPM



La doppia segnalazione iniziale del MMG avviene solitamente quando il medico considera, all'ingresso in IPM, l'opportunità di una valutazione sulla terapia farmacologia, a cura del neuropsichiatra. In questo caso segnala sempre anche allo psicologo.

3. In CPA lo schema di intervento è il seguente, valido sia per il R.S. e l'R.A., che per problematiche psicopatologiche non attinenti al R.S. e R.A.



Anche in CPA, la valutazione di un rischio suicidario da parte del MMG elevato può portare alla valutazione dell'opportunità di un ricovero ospedaliero.

Si ritiene comunque auspicabile l'intervento del neuropsichiatra anche in CPA.

#### Conferma del rischio elevato da parte dello psicologo

La conferma da parte dello psicologo di un rischio suicidario elevato può portare alla richiesta di consulenza neuropsichiatrica in IPM.

La consulenza neuropsichiatrica viene sempre richiesta quando compare almeno una delle seguenti condizioni:

1. Tentativo di suicidio in CPA o in IPM ed elevato rischio suicidario confermato dallo psicologo

2. Psicopatologie in atto: Sindrome Affettiva Bipolare, Disturbo della Personalità Emotivamente Instabile (tipo Impulsivo o tipo Borderline)

In IPM, la consulenza neuropsichiatrica segue la tempistica di 72 ore già prevista dall'Accordo Operativo vigente dal 1/01/2012 con la UONPIA dell'AOSCB. Se questa tempistica per l'intervento neuropsichiatrico non risultasse, alla valutazione del MMG, adeguata per la gestione del caso, quest'ultimo potrà, a sua discrezione, ricorrere al Pronto Soccorso.

Gli operatori sanitari si esprimono in termini di rischio autolesivo o suicidario e di livelli di rischio, chiedendo che si attivino tutte le opportunità previste per evitare tale rischio.

Nella certificazione, redatta in carta intestata, scrive sempre "Si prega di trasmettere la presente relazione a chi di competenza".

In CPA, nel caso si rilevi un rischio elevato a fronte di un tentativo di suicidio avvenuto in CPA o nel periodo di tempo immediatamente precedente al collocamento in quel servizio minorile, il MMG o la stessa struttura minorile può avvalersi del Pronto Soccorso, fermo restando la segnalazione da parte dello psicologo al Servizio territoriale.

La conferma di un rischio suicidario o di un rischio per atti autolesivi dà inizio oltre che ad una presa in carico sanitaria anche a momenti di scambio e confronto con gli operatori socio-educativi e gli agenti al fine di mettere in atto le strategie relazionali più adeguate con questi minori.

La presenza, anche in anamnesi, di Abuso di Sostanze o di Alcool ha come effetto immediato la segnalazione alla ASL da parte dello psicologo consulente, qualora non sia stata già effettuata dal Medico di Medicina Generale.



**GRIGLIA DI OSSERVAZIONE SUL RISCHIO SUICIDARIO  
PER AGENTI DI POLIZIA PENITENZIARIA**

**IDEAZIONE ESPRESSA**

Ogni comunicazione del minore che fa riferimento a:

- Mancanza di speranza** per il proprio futuro: il minore vi dice “la mia vita è finita”, “sono rovinato”.
- Inaiutabilità:** al vostro tentativo di portare conforto il minore risponde “nessuno può aiutarmi”.
- Diffidenza:** il minore vi dice che non si fida di nessuno.
- Attrazione verso la morte:** il minore vi dice che desidera morire perché la morte gli risolve i problemi.
- Ideazione di un piano** per farlo: precipitarsi dalla tromba delle scale, impiccarsi, quando nessuno presta attenzione.
- Perdita di controllo:** il minore vi comunica che teme di perdere il controllo su di sé.

**COMPORAMENTI AGITI**

- Isolamento:**
  - in I.P.M. il minore appare ritirarsi dalle relazioni con i compagni, chiede di non partecipare alle attività (ad es. chiede di rimanere da solo in stanza);
  - in C.P.A. il minore non cerca il rapporto con l’educatore o si sottrae alla richiesta di colloquio di quest’ultimo a fronte di reati gravissimi (violenza sessuale, altri reati contro la persona).
- Grave incuria** verso di sé (igiene) ed il proprio ambiente più prossimo (ad es. stanza).
- Reazioni ostili, improvvise e sproporzionate agli stimoli.** In CPA ciò deve destare preoccupazione quando il minore ha già ricevuto le comunicazioni sull’iter penale dall’agente e dall’educatore : ad esempio andate a svegliare il minore e ricevete un insulto. Ricevere una “cattiva notizia” cioè una notizia che altera in modo radicale la rappresentazione di sé e le proprie aspettative sul futuro rende comprensibile una reattività ostile e sproporzionata. Le reazioni che devono allertare sono quelle non legate a eventi critici della storia penale del soggetto.
- Azioni di “congedo”** (non quelle che mette in atto il minore al momento delle dimissioni dal carcere): il minore regala oggetti che gli appartengono e di cui ha bisogno (felpe) o che si presume gli siano molto cari (ad es. foto di familiari).
- Abbuffate frequenti.**

**CHIARIMENTI PER LA GRIGLIA DI OSSERVAZIONE**

Gli elementi di osservazione fanno riferimento a due dimensioni psichiche:

- **L’umore depresso**
- **L’impulsività**

Mentre la prima dimensione è intuitivamente collegata al rischio suicidario, la seconda non lo è in ugual misura, ma è altrettanto importante nel determinare il rischio suicidario.

La depressione infatti abbatte la spinta all’azione, anche quella suicidaria; è la tendenza all’azione impulsiva che porta il depresso ad agire, quando si è formata in lui l’idea che la morte può risolvere i suoi problemi. L’impulsività si esprime anche in azioni aggressive reattive a stimoli ambientali che non sembrano giustificarle.

Ostilità verso il personale, azioni non pianificate possono configurare anche un quadro antisociale. Ciò non elimina il rischio suicidario: anche l'antisocialità correla con il rischio suicidario. L'antisociale non tollera di dovere rispettare delle regole e la morte può sembrargli la risoluzione, accompagnata dal pensiero di farla pagare ai suoi nemici.

### STRATEGIE ORGANIZZATIVE

La compilazione deve avvenire:

- in fase di ingresso;
- in occasione di momenti cruciali della storia del minore: nel passaggio dal modulo "Accoglienza" a quello di "Orientamento", a ridosso delle udienze, dopo avere ricevuto una condanna non attesa, dopo avere ricevuto una "cattiva notizia" dalla famiglia (ad es. lutto familiare).

La griglia di osservazione compilata dall'Agente deve essere anche consegnata all'Educatore per garantire il passaggio di informazioni.

### STRATEGIE RELAZIONALI

**E' un elenco di cose da fare e da non fare, facendo esempi anche bruschi per essere più efficaci nel comunicare il senso del compito richiesto.**

1. Convalidare le emozioni negative: comunicare al minore che se si sente a quel modo ha delle buone ragioni. Comunicare nel contempo che in Istituto c'è chi può comprendere le sue ragioni.
2. Quindi non banalizzare o squalificare il vissuto emotivo dicendo che "i pensieri di morte sono stupidaggini" e che non li deve avere. Dareste ragione al sentimento del minore di non essere aiutabile.
3. Normalizzare: molte persone si sentono in quel modo quando gli accade ciò che è accaduto a lui, ma nel giro di un po' di tempo riacquistano la fiducia e la voglia di vivere perché riprendono il controllo della situazione, cioè riescono ad approfittare delle opportunità che l'IPM offre.
4. Non fare comunicazioni provocatorie: "se continui a rompere te la do io la corda". Comunicano espulsività e ritiro dalla relazione, il che potrebbe dare ragione al minore di pensare che il mondo gli è ostile.
5. Non fare ironia o sarcasmo per gli stessi motivi citati al punto 3 e 4. L'ironia può essere usata solo quando si conosce il minore e si è stabilita una relazione tale da fare presumere che il ragazzo capisca che state facendo ironia. Il sarcasmo mai.
6. Non fare promesse che non si possono mantenere o la cui realizzazione non è nel vostro raggio di azione come l'annuncio "Uscirai presto!!".
7. Non attribuire etichette negative alla persona, bensì solo, quando necessario, al comportamento. Se la definizione negativa riguarda l'intera persona, non ci sono margini di libertà a pensare qualcosa di diverso e più positivo di sé, anche solo della possibilità di cambiare.
8. Dare spazio e tempo all'ascolto e meno al giudizio quindi non dire "mi stai deludendo, ti sei tagliato ancora", magari con la buona intenzione di stabilire un rapporto personale con il ragazzo, oppure "guarda che tanto è inutile, non esci da qui con i tagli", ma piuttosto "c'è un altro modo per stare meglio o per esprimere la rabbia".

## BIBLIOGRAFIA

- Migliarese G, Longo M.G. , Mencacci C., *“Il suicidio e l’impulsività in adolescenza: una revisione sistematica della letteratura”*, Journal of Psychopathology 2012; 18:344-351
- Annette L. Beautrais, Ph.D., *“Suicide and Serious Suicide Attempts in Youth: A Multiple-Group Comparison Study”*, Am J Psychiatry 2003; 160:1093-1099
- Freuchen A., Kjelsberg E., GrØhlt B., *“Suicide or accident? A psychological autopsy study of suicide under the age of 16 compared to deaths labeled as accidents”*, Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2012, 6:30
- Lundh L.G., Karim J., Quilish E., *“Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory”*, Scandinavian Journal of Psychology, 2007, 48, 33-41
- Laye-Gindhu A., Schonert-Reichl K.A., *“Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of Self-Harm”*, Journal of Youth and Adolescence, Vol. 34, No 5, October 2005, pp. 447-457
- Gullotta T.P., Adams G. R. (edited by) , *“ HANDBOOK OF ADOLESCENT BEHAVIORAL PROBLEMS Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment”*- Springer 2005 - Suicide – Chapter 11 – by John Kalafat
- Goldstein M. L. Morewitw S., *“Chronic disorders in children and adolescents”* Springer, 2011
- Biffi G., De Isabella G., *“Nuove Sfide per la Salute Mentale”* , *Innovazioni cliniche e organizzative*, Collana Lavoro di Cura e di Comunità, Maggioli Editore, 2012