
DOTT. DANIELE VASARI

PSICOLOGO- PSICOTERAPEUTA- ESPERTO IN CRIMINOLOGIA

-SPECIALISTA AMBULATORIALE AUSL REGGIO EMILIA ISTITUTI PENALI RIUNITI -

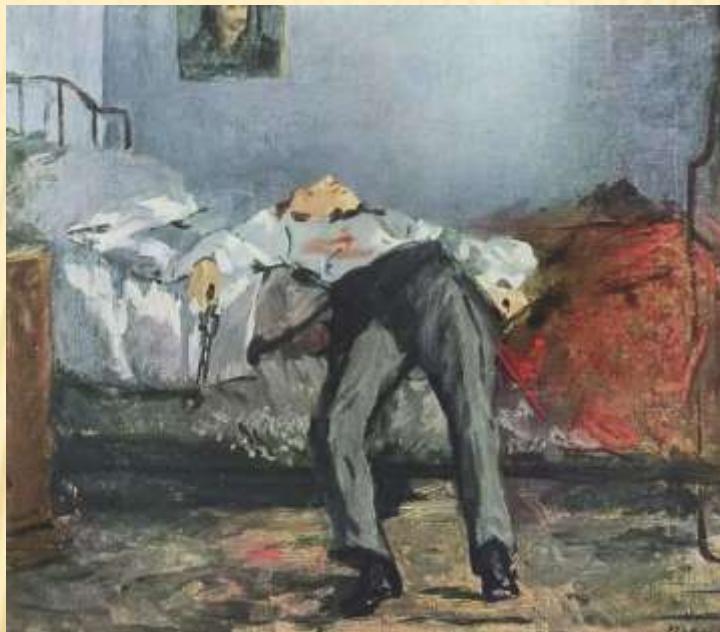
REFERENTE UNITA' LOCALE RISCHIO SUICIDARIO

-REFERENTE SCIENTIFICO DEL CUAV-CTM FORLI

Definizione di suicidio

Durkheim, 1897

ogni caso di morte *direttamente* o *indirettamente* risultante da un atto ... compiuto dalla stessa vittima pienamente consapevole di produrre questo risultato



Organizzazione Mondiale della Sanità

un atto con un esito fatale **pianificato** e realizzato dalla stessa persona deceduta con l'obiettivo di **produrre cambiamenti desiderati**

Suicidio in carcere



Il suicidio in carcere ha rilevanza, oltre per la vita umana persa, perché:

- "Fallimento" del mandato di cura
- Implementazione del disagio percepito da tutti (ristretti e operatori)
- Creazione di "fantasmi" sull'operato di tutti gli addetti da parte dei ristretti e familiari

Tasso di suicidi in carcere

- Tasso annuo popolazione 6,18 su 100000 abitanti
- Tasso annuo popolazione 111,6 su 100000 detenuti

QUASI 20 VOLTE SUPERIORE A QUELLO DELLA POPOLAZIONE GENERALE

Dato ISTAT 2020

Quali riflessioni da questi dati?

La popolazione carceraria è "malata"?

- Carcere come fattore di vulnerabilità tramite creazione di uno stato di anomia psicologica e dove il SE' diventa l'Istituzione (Prisonization)
- La carcerazione può mettere in crisi l'istinto di autoconservazione

Il suicidio dal punto di vista psicologico

- Rivela una componente difensiva rispetto alla propria autodeterminazione (IO DECIDO, E' LA SOLUZIONE...)
- una componente di riscatto dalle colpe (IO PAGO COSI')
- una componente aggressiva (VENDETTA)

Fattori psicosociali comuni

- Assenza rete familiare
- Pregressi TS negli ultimi 24 mesi
- Storia psichiatrica e/o psicologica
- Recenti dissidi con altri ristretti
- Sanzioni disciplinari
- Notizia negative

Si può elaborare un profilo?

- Detenuti in attesa di giudizio : 20-25 anni, senza relazioni significative, prima carcerazione, reati minori spesso per droga.
- Detenuti condannati : 30-35 anni, reati violenti, decisione dopo anni di carcere (4-5). Si faccia attenzione ai conflitti che questi hanno con altri detenuti o familiari o Istituzione.

ATTENZIONE NON SONO PROFILI PREDITTIVI
Spesso quando si cerca di fare uno screening personologico, il suicida avrà un profilo "più normale"...

Variabili Giuridiche

L'attesa...

- le persone non ancora definitivamente condannate vivono una condizione di insicurezza e di attesa rispetto al futuro e questo può costituire fattore di angoscia esistenziale
- la maggiore frequenza dei suicidi negli imputati può spiegarsi attraverso lo shock psicologico della carcerazione (giudizio morale e psicologico esterno e interno), la rivelazione pubblica del crimine, l'adattamento a un nuovo modello di regole..

Rilevamenti oggettivi nei casi di suicidio

Fattori individuali

- Reato ad altro indice di violenza
- Malattia mentale
- trattamento psicofarmacologico durante la detenzione
- Pregressi tentativi di suicidio (fare attenzione alla sottovalutazioni)

Fattori ambientali

- Allocazione cella singola e disponibilità dei mezzi
- eventi di vita stressanti
- Esperienze dirette o familiarità per comportamenti suicidari

Fattori socio-demografici

- Interruzione relazioni
- Isolamento sociale
- Migrazione
- Status compromesso

Ipotesi soggettive nei casi di suicidio

Elementi correlati alla costituzione di personalità

- Forte emotività
- Agiti Impulsivi
- Turbe caratteriali
- Labilità psichica

Esperienza di storia di vita

- Frustrazione e rifiuto
- Fallimenti di vita (carcerazione, matrimonio, viaggio migratorio, ecc)

Non sono elementi indicizzabili ma possono essere un utili per valutare un eventuale disagio

Sapere leggere i segnali

Un comportamento suicidario difficilmente viene messo in atto in modo improvviso ma si accompagna a periodi di sofferenza e a pensieri di morte.

Questo avviene nonostante l'impulsività costituisce spesso il momento finale del processo (rituale) suicidario.

Attenzione

In carcere anche un evento dimostrativo può tramutarsi in un suicidio sebbene non accompagnato da una reale volontà autosoppressiva

Sapere leggere i segnali

- Chiede al pz se sta pensando al suicidio non è un errore ma evitare critica e giudizi che potrebbero rivestire un ruolo ulteriore di svilimento del pz. **Mai minimizzare.**
- **Fare attenzione ai gesti autolesivi accompagnati da repentini cambiamenti di umore.**
- Frasi come : "Adesso ho trovato la serenità.. Adesso ho capito... Non soffrirò più così... ecc"). Queste espressioni, non indicano necessariamente intenti, ma **necessitano di domande di approfondimento.**

Sapere leggere i segnali Segnali d'Allarme

- Parlare di suicidio o di morte
- Segnali verbali esplicativi o impliciti
- Isolamento volontario
- Disfarsi di cose care
- Pianificazione del gesto (rituali)
- Aggravamento di patologie
- Sensi di colpa
- Comportamenti impulsivi e/o aggressivi
- Miglioramento improvviso ed inspiegabile dell'umore (pianificazione)
- Trascuratezza
- Riduzioni delle attività
- Insonnia
- Agitazione

Sintesi del Piano Regionale di intervento
Analisi del Protocollo

RILEVAZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO IN CARCERE

SINTESI OPERATIVA E FATTORI CLINICI

Sintesi del Piano Regionale di intervento Riferimenti normativi pregressi

- **Circolare DAP n. 0032296 del 25 gennaio 2010**

Istituisce unità di ascolto della Polizia Penitenziaria per affrontare l'emergenza suicidi.

- **Circolare DAP n. 0177644 del 26 aprile 2010**

Introduce nuovi interventi per ridurre il disagio derivante dalla detenzione e prevenire fenomeni autoaggressivi.

- **Direttiva del Ministro della Giustizia (2 maggio 2016)**

Fornisce linee guida ministeriali per affrontare i suicidi tra i detenuti.

Sintesi del Piano Regionale di intervento Riferimenti normativi pregressi

- **Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario (19 gennaio 2012)**

Stabiliscono protocolli per la gestione del rischio autolesivo e suicidario tra detenuti, internati e minorenni sottoposti a provvedimenti penali.

- **Piano Nazionale per la Prevenzione delle Condotte Suicidarie (27 luglio 2017)**

Definisce linee guida condivise tra Stato e Regioni per la prevenzione dei suicidi nel sistema penitenziario per adulti.

- **Circolare DAP n. 0302875 del 8 agosto 2022**

Rafforza l'impegno per un intervento continuo nella prevenzione dei suicidi tra i detenuti, richiamando e aggiornando le direttive precedenti.

Sintesi del Piano Regionale di intervento Principi del Piano Regionale

- Involvement of all penitentiary and sanitary figures
- Uniform actions among all involved actors
- Monitoring and audit of interventions
- Distinction between autolesionism and suicide
- Inclusion of detainees and volunteers
- Updated protocols between Penitentiary Institutions and Sanitary Enterprises

Sintesi del Piano Regionale di intervento Approccio alla salute mentale

- Esclusione di interventi psichiatrici non motivati
- Evitare interpretazioni patologizzanti e stigmatizzanti

Sintesi del Piano Regionale di intervento Analisi del Protocollo

Lo screening in ingresso deve essere svolto da personale sanitario afferente all'Azienda USL, ovvero dal medico di medicina penitenziaria e dallo psicologo del servizio nuovi giunti.

La valutazione di screening del rischio suicidario deve essere svolta dal medico penitenziario afferente all'Azienda USL in occasione della visita di primo ingresso.

Nel caso in cui il medico non rilevi un livello di rischio è assicurata, automaticamente, la valutazione dello psicologo-psicoterapeuta che avverrà entro i 4 giorni successivi all'ingresso del ristretto in Istituto Penitenziario. Tale valutazione avrà la finalità principale di integrare o confermare quanto indicato dal medico.

Successivamente alle prime due valutazioni, al nuovo giunto a cui non è stato assegnato un livello di rischio, verrà garantita una seconda valutazione dello psicoterapeuta entro 10 gg dalla prima valutazione.

Sintesi del Piano Regionale di intervento Analisi del Protocollo

Creazione dell'ULPS (Unità Locale Prevenzione Suicidaria) composta da:

- Referente Sanitario ULPS
- Referente della Amministrazione Penitenziaria (Direttore, Comandante o altri delegati)
- Incontri a cadenza settimana se non diversamente disposto dal grading di rischio per discussione pz NG o altre criticità riscontrate
- Analisi del rischio Suicidario

Nessun Rischio: nessuna azione specifica (ma rivalutazione psicologica dopo 10 giorni dall'ingresso)

Lieve : valutazione entro 3 giorni e rivalutazione settimanale

Medio : valutazione entro 2 giorni e rivalutazione entro 4 giorni

Alto: valutazione urgente e rivalutazione entro 2 giorni

Negli incontri si potranno concordano i provvedimenti da adottare per ogni singolo caso

Sintesi del Piano Regionale di intervento Analisi del Protocollo

Gestione dei casi a rischio:

- monitoraggio più stretto, che non dovrà mai intendersi a carattere esclusivamente a custodiale e securitario
- una procedura certa che codifichi tempi
- un periodico e frequente intervento sanitario finalizzato a valutare lo stato del soggetto
- un livello di attenzione diffuso e consapevole non solo tra gli operatori ma anche tra gli stessi compagni di detenzione sia nella fase delle acuzie che nel periodo successivo che consenta l'instaurarsi di relazioni di sostegno significative;
- interventi dei peer supporter
- disponibilità di oggetti pericolosi
- interventi di supporto istituzionali
- Valutazione procedura per eventuale chiusura o prosegua.

Sintesi del Piano Regionale di intervento

Analisi del Protocollo

	Rischio lieve	Rischio medio	Rischio alto
Ubicazione	//	Eventuale Camera di pernottamento condivisa (confronto con area sanitaria e ULPS)	Camera di pernottamento ad hoc (videosorvegliata, condivisa, ecc) previo confronto con area sanitaria o ricovero ospedaliero
Cautele	//	Eventuale Limitazione dell'uso di oggetti potenzialmente pericolosi (par. 3.9) (confronto con area sanitaria e ulps)	Eventuale Limitazione dell'uso di oggetti potenzialmente pericolosi (par. 3.9) (confronto con area sanitaria e ulps)
Ascolto e supporto	<p>Intervento a cura del personale afferente all'area trattamentale ed a cura del personale di Polizia Penitenziaria (e/o di altro personale eventualmente coinvolto nella gestione del caso specifico). L'esito degli interventi sarà condiviso con l'area sanitaria a corredo delle valutazioni di tipo clinico.</p> <p>Altra fonte di sostegno nel corso della quotidianità è rappresentata dal coinvolgimento dei compagni di detenzione</p>	<p>Intervento a cura del personale afferente all'area trattamentale ed a cura del personale di Polizia Penitenziaria (e/o di altro personale eventualmente coinvolto nella gestione del caso specifico). L'esito degli interventi sarà condiviso con l'area sanitaria a corredo delle valutazioni di tipo clinico.</p> <p>Altra fonte di sostegno nel corso della quotidianità è rappresentata dal coinvolgimento dei compagni di detenzione</p>	<p>Intervento a cura del personale afferente all'area trattamentale ed a cura del personale di Polizia Penitenziaria (e/o di altro personale eventualmente coinvolto nella gestione del caso specifico). L'esito degli interventi sarà condiviso con l'area sanitaria a corredo delle valutazioni di tipo clinico.</p> <p>Altra fonte di sostegno nel corso della quotidianità è rappresentata dal coinvolgimento dei compagni di detenzione</p>
Coinvolgimento	Valutare l'autorizzazione di colloqui e telefonate straordinarie con congiunti ed altre persone, così come un maggiore coinvolgimento in attività sportive, ricreative e culturali	Valutare l'autorizzazione di colloqui e telefonate straordinarie con congiunti ed altre persone, così come un maggiore coinvolgimento in attività sportive, ricreative e culturali	Valutare l'autorizzazione di colloqui e telefonate straordinarie con congiunti ed altre persone, così come un maggiore coinvolgimento in attività sportive, ricreative e culturali
Comunicazioni	//	Alla Magistratura competente	Specifiche ai congiunti e alle persone indicate dagli artt. 29 O.P. e 63 R.E. Altresi alla Magistratura competente

Grazie per l'attenzione