

PREVENZIONE E GESTIONE DEL DISAGIO E DEL
RISCHIO SUICIDARIO:
SIGNIFICATIVITÀ DELL' APPROCCIO
MULTIDISCIPLINARE

ELISABETTA PALÙ
V. DIRETTORE C.C. MILANO

- L'elevato turn over fra le persone detenute (elevato numero di ingressi/uscite dall'Istituto) e la necessità di garantire un adeguato livello di assistenza hanno indotto a sviluppare strategie e modalità di lavoro per assicurare un intervento rapido e specifico per ogni situazione.
- Si presuppongono la presa in carico multidisciplinare e la definizione, sin dai primi momenti di permanenza in istituto, di un progetto individuale che coinvolga tutti gli operatori interni ed esterni
- Ciascuno concorre, nel rispetto delle proprie competenze, alla definizione del percorso ed al raggiungimento dei risultati prefissati

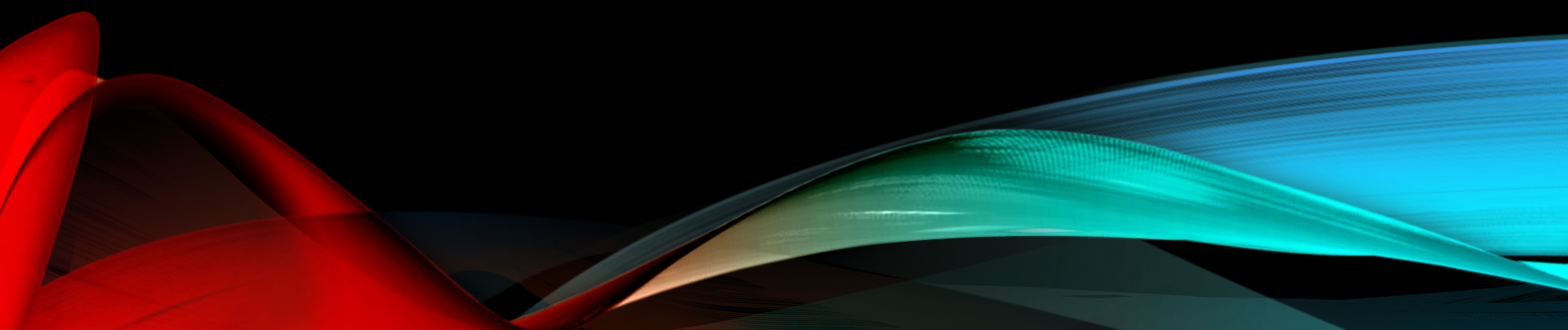
Servizi coinvolti

- Amministrazione Penitenziaria (Istituti Penitenziari, UEPE)
- Agenzia di Tutela della Salute (ATS)
- Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST - DSMD)
- Servizi che collaborano (équipe multidisciplinare) per l'attività di presa in carico del detenuto a tutela della salute e della qualità di vita

LOGICA DEGLI INTERVENTI

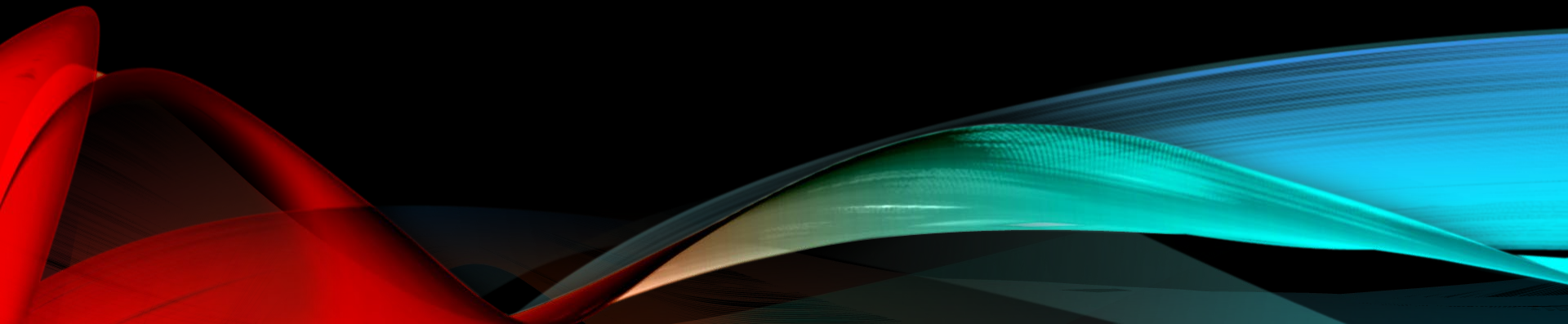
GLI INTERVENTI PER LA GESTIONE DEL DISAGIO E LA PREVENZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO NON POSSONO CONCEPIRSI ATTRAVERSO IL RICORSO AI TRADIZIONALI STRUMENTI DI TIPO PENITENZIARIO/CUSTODIALISTICO (SORVEGLIANZA A VISTA, GRANDE SORVEGLIANZA, PRIVAZIONE DI SUPPELLETTILI ED OGGETTI)

DEVONO ISPIRARSI AD UN NUOVO MODELLO “TRATTAMENTALE”
MODULANDO LE MISURE IN FUNZIONE DEL GRADO DI INCIDENZA DEL RISCHIO, CON UN IMPEGNO CHE SI ESTENDE A TUTTA LA DETENZIONE ED AI VARI CONTESTI DI VITA DELLA POPOLAZIONE DETENUTA



IL LAVORO IN ÉQUIPE

prevede il coinvolgimento e la condivisione fra tutti gli operatori presenti in Istituto, Direzione, Polizia Penitenziaria, medici, infermieri, psicologi, educatori, ma anche volontari, membri delle associazioni - tutti coloro che intervengono nell'assistenza del detenuto apportano le proprie risorse e competenze, senza che necessariamente l'intervento assuma un carattere terapeutico - la logica è quella di privilegiare la riduzione dell'ozio, l'inserimento nelle attività, il soddisfacimento di bisogni primari, il coinvolgimento attivo nella definizione del percorso e l'utilizzo delle risorse interne



I MEDIATORI CULTURALI

- Atteso l'elevato numero di detenuti di nazionalità straniera e le conseguenti difficoltà linguistiche e culturali nella gestione dei detenuti a rischio suicidario e/o fragilità psichica, gli operatori dello staff possono avvalersi di mediatori culturali eventualmente disponibili. I mediatori sono figure fondamentali nell'interlocuzione con i soggetti stranieri in difficoltà, contribuendo non solo alla traduzione linguistica ma anche alla condivisione di modelli culturali che possono condizionare i comportamenti dei singoli, alla esplicazione al detenuto dei modelli culturali di riferimenti propri del sistema complessivo e penitenziario italiano
- In assenza di tali operatori, pur con i limiti che tale soluzione implica, potranno essere utilizzati detenuti della stessa madrelingua del soggetto in grado di consentire/favorire la comunicazione tra operatori e detenuto e così contribuire alla comprensione dello stato di disagio dello stesso.

Si tratta di diffondere una "cultura dell'attenzione" nella quotidianità creando i presupposti per l'individuazione di qualsivoglia "campanello d'allarme".

Tutta la comunità penitenziaria deve essere in grado di intercettare i segnali di attenzione, "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
- Atro

Il personale addetto alla sicurezza integrata e quello infermieristico possono fare riferimento ad un elenco di espressioni o agiti che sondano la presenza di alcune condizioni di rischio in ragione di una fragilità esistenziale, per cui il soggetto:

- a. esprime livelli insoliti di vergogna, colpa, preoccupazione per l'arresto e l'incarcerazione;
- b. mostra disperazione o paura per il futuro, segni di depressione come il pianto, l'appiattimento affettivo e l'assenza di comunicazione verbale
- c. evidenzia pensieri riguardanti il suicidio o addirittura ammette di avere dei piani in proposito;
- d. ha già tentato una o più volte il suicidio;
- e. si isola o mostra grave incuria della persona e dell'ambiente in cui si trova;
- f. dà via oggetti personali, mostra perdita di interesse in attività e/o relazioni;
- g. mostra ripetuti rifiuti di cure o, a contrario, richiede dosi maggiori di farmaci;
- h. ha avuto diagnosi o è stato in trattamento psichiatrico in passato;
- l. riferisce di avere poche risorse interne e/o esterne di supporto;
- J. reagisce in maniera ostile a certe notizie sul suo percorso giudiziale;
- k. è stato segnalato, al momento dell'ingresso, dallo staff di accoglienza come soggetto a rischio.

Qualsiasi operatore (équipe multidisciplinare) venga a conoscenza di un evento critico:

- provvede a relazionarlo formalmente alla Direzione
- adotta nell'immediato i provvedimenti di competenza di cui dà atto nella relazione
- ove la segnalazione venga da un medico, lo stesso provvederà a stilare referto da consegnare al personale di sorveglianza che redigerà la relazione di cui sopra

La **Polizia penitenziaria** può essere chiamata a collaborare nelle azioni di sostegno alla persona anche attraverso colloqui e visite più frequenti

La Direzione, acquisiti ulteriori elementi e se ne ravvede la necessità, provvede a convocare l'équipe multi-disciplinare e a richiedere l'intervento della sicurezza e dell'area sanitaria

Dell'incontro multidisciplinare deve essere redatto un verbale in cui riportare il contributo di ciascun componente e nel quale indicare l'intervento da porre in essere - il documento dovrà essere messo a disposizione di tutti i componenti e lasciato nel fascicolo del detenuto

LE COSE DA NON FARE

Contestualmente, sul piano relazionale, è necessario che tutti gli operatori facciano attenzione a:

- ~ Non banalizzare lo stato emotivo del soggetto;
- ~ Non fare comunicazioni provocatorie;
- ~ Non fare ironia o sarcasmo
- ~ Dare spazio e tempo all'ascolto e non al giudizio

La Presa in Carico Multidisciplinare

Presca in Carico Multidisciplinare (PIM): è attivata nei casi per i quali si valuta una condizione di malessere psichico e/o di rischio significativo, ha una funzione operativa, vi partecipano Direttore o suo sostituto, Responsabile di Reparto, Educatore, Psicologo, Psichiatra, Medico - all'interno della P.I.M. vengono concordati gli interventi per il caso specifico, il gruppo può avvalersi della collaborazione degli altri operatori (volontari, docenti, etc.) – è sempre previsto il monitoraggio della situazione oggetto di attenzione

I LUOGHI DI GESTIONE DEL DISAGIO

- Ambienti ordinari (sezioni ordinarie)
- Ambienti inseriti in sezioni con minor numero di soggetti presenti all'interno delle quali, anche a fronte di un aumentato rischio autolesivo, è possibile assicurare un costante monitoraggio ed osservazione ed un più fluido intervento degli operatori dello staff multidisciplinare.

I LUOGHI DI GESTIONE DEL DISAGIO

- Le situazioni disagio vanno gestite in via prioritaria nell'ambito delle sezioni ordinarie
- Le situazioni che necessitino di un livello di un assistenza intensificata dal punto di vista sanitario/psichiatrico vengono di regola gestite presso il SAI, in camere comuni o in camere appositamente predisposte.
- Le situazioni che richiedono una intensificazione dei livelli di assistenza psichiatrica, psicologica la cui gestione richiede particolari cautele vengono gestite presso la sezione c.d. infermeria (CAR) o presso le camere appositamente predisposte del lato b del sesto reparto.

LE C.D. "C.A.R."

Area dedicata alla valutazione e monitoraggio di soggetti a maggiore rischio autolesivo nell'ambito della sezione destinata ai detenuti che richiedono particolari cautele sanitarie ex art 32.o.p.

C.A.R/2- CHI PUÒ ESSERVI UBICATO

Soggetti provenienti dalla libertà o già presenti nella struttura **che evidenzino segnali indicativi di un possibile aumento del rischio autolesivo riconducibili a situazioni di rilievo clinico e/o condizioni di tipo reattivo a situazioni di stress** (prima fase arresto, cattive notizie, condanna, rigetti istanze di particolare rilievo, etc.) **bisognosi di una intensificazione dei livelli di osservazione, vigilanza o monitoraggio clinico psicologico/psichiatrico**

C.A.R./3- COME SI ACCEDE E QUANTO SI RIMANE

- Su proposta del medico, psicologo o psichiatra
- Il soggetto permane nell'area per il tempo necessario alla valutazione del caso ed alla definizione di un progetto individuale idoneo a superare la fase di criticità non gestibile in contesto ordinario

C.A.R./4 - LE MODALITÀ DI GESTIONE DELL'AREA

- Le camere di pernottamento rimangono chiuse.
- All'interno della sezione non è possibile l'uso del fornellino autoalimentato
- È consentito il possesso di generi ed oggetti (Lenzuola, capi vestiario, etc.) - Eventuali limitazioni al possesso di devono essere espressamente previste dal sanitario e recepite nel provvedimento di ubicazione e confermate dallo staff md
- È assicurata la fruizione delle ore di permanenza all'aperto (con i limiti eventualmente previsti dal P.T.I.) e la partecipazione alle attività trattamentali ordinarie ed a quelle dedicate all'interno o all'esterno della sezione

CARE GIVERS / PEER SUPPORTERS

- ❖ In caso di necessità può essere prevista la presenza nell'area di uno o più detenuti *care givers* o *peer supporter* che assicurino l'assistenza di cui i soggetti possono avere bisogno e/o facilitino l'attività di socializzazione dei soggetti riducendo i momenti di ozio e solitudine
- ❖ Tali detenuti hanno il compito di supportare i nuovi giunti e di compagni di detenzione nella conoscenza della struttura anche rispetto alla filosofia gestionale che la caratterizza, cogliere situazioni di difficoltà, prospettare agli operatori richieste ed esigenze che il singolo non riesca a portare avanti autonomamente
- ❖ Il “rapporto tra pari” può facilitare l'ambientamento nell'Istituto, ridurre quel grado di disorientamento che può essere fonte di notevole disagio emotivo e, nelle fasi successive, facilitare l'inserimento nelle attività e la partecipazione attiva alla vita dell'istituto.

C.A.R./5 - IL RUOLO DEGLI OPERATORI

- **Lo psichiatra** effettua la valutazione diagnostica, imposta il piano di trattamento individualizzato; valuta il rischio autolesivo ed individua gli elementi che possano ridurre il rischio medesimo. Assicura il monitoraggio del soggetto
- **Lo psicologo** assicura il supporto al detenuto e lo aiuta ad elaborare la situazione di crisi. Integra, ove necessario, la valutazione psicodiagnostica e del rischio auto/etero lesivo in accordo con lo psichiatra. Concorre a determinare le aree di intervento psicosociale per il superamento delle criticità.
- **il medico di reparto** monitora quotidianamente il soggetto raccordandosi con gli specialisti e segnalando al personale di polizia penitenziaria ogni difficoltà ...
- **Il medico di p.s.** Interviene nelle situazioni di urgenza , attenendosi alle indicazioni sulla gestione complessiva del caso che emergono dal diario clinico
- **L'infermiere** somministra la terapia, monitora l'andamento clinico e registra le consegne di ordine sanitario

C.A.R./6 - IL RUOLO DEGLI OPERATORI/2

Il **F.G.P.** (educatore) interviene **secondo necessità ed indicazione del P.T.I.** per impostare ed agevolare gli interventi sul piano socio-familiare (colloqui, telefonate, segnalazione ai servizi, coinvolgimento in attività) che **possano contribuire al superamento della situazione di disagio** e contribuire, per quanto possibile alla **definizione di un progetto individuale mantenendo il collegamento degli interventi sul caso**

C.A.R./7 - IL RUOLO DEGLI OPERATORI/3

Il **personale di Polizia penitenziaria** addetto alla vigilanza della sezione e delle altre aree di possibile presenza del soggetto (colloqui, aule, passeggi, etc.), **assicura la sorveglianza** dei detenuti presenti nell'area nel rispetto delle indicazioni ricevute, **l'osservazione continua delle dinamiche di relazione e dei comportamenti, agevola la partecipazione** dei soggetti indicate nel p.t., **segnala per iscritto e verbalmente** ogni situazione degna di rilievo e/o bisognosa di valutazione

L'Ispettore responsabile del reparto (in sua assenza quello di sorveglianza generale) **assicura la presenza quotidiana** all'interno della sezione, si accerta delle condizioni dei soggetti ubicati e del rispetto delle indicazioni operative da parte dei diversi operatori, segnalando tempestivamente ogni difficoltà o situazione meritevole di rilievo ed approfondimento

C.A.R./8 - IL RUOLO DEGLI OPERATORI/4

Il ruolo dei VOLONTARI : collaborano al soddisfacimento dei bisogni primari (fornitura generi di prima necessità), agevolano la partecipazione dei detenuti ammessi ad attività trattamentali, assicurano ove necessario momenti di ascolto in raccordo con gli altri operatori dello staff multidisciplinare

USCITA DALLE C.A.R.

- **Lo Staff multidisciplinare tenuto conto delle risultanze dell'osservazione condotta - se valuta esclusa o superata la situazione di maggiore rischio - attesta il cessare dell'esigenza di diversificazione del soggetto e determina la riammissione a vita comune in sezione ordinaria, fornendo agli operatori l'indicazione degli interventi necessari nel reparto di assegnazione del detenuto.**

IL S.A.I.

Il SAI è il reparto ad assistenza sanitaria intensificata ove è possibile assicurare un **maggiore intervento clinico terapeutico** in un **contesto di natura prevalentemente sanitaria**

SAI/2 - CHI PUÒ ESSERE UBICATO

- **Soggetti**, provenienti dalla libertà o già presenti presso l'istituto, **con patologie psichiatriche accertate o da accertare** anche in fase di acuzie **non gestibili in reparto ordinario e non bisognose di ricovero in struttura ospedaliera specializzata**
- **Soggetti** la cui ubicazione sia stata **espressamente prevista dall'AG al momento dell'arresto o successivamente** (e per il tempo necessario all'inquadramento della situazione ed alla definizione di un quadro diagnostico), dal **PRAP** o dal **DAP** per **osservazione o per avvalersi del servizio psichiatrico d'istituto**
- Soggetti autori di reati di particolare efferatezza o clamore mediatico bisognosi di accurata valutazione psichiatrica

SAI/3 - IL RUOLO DEGLI OPERATORI

- **Psichiatra:** effettua valutazione diagnostica, imposta il piano di trattamento individualizzato (P.T.I.) e ne assicura il monitoraggio. Valuta il rischio autolesivo ed individua gli elementi che possono ridurlo. Segnala gli interventi di competenza di altri operatori. Propone l'invio urgente in ps., anche con rito immediato, quando ritiene che le condizioni cliniche non siano gestibili in istituto.
- **Psicologo:** interviene su richiesta dello psichiatra.
- **F.g.p.:** interviene secondo le indicazioni del PTI e con gli obiettivi definiti nel piano
- **Il personale di p.p.** assicura la vigilanza del detenuto attenendosi alle indicazioni dello psichiatra in merito alle migliori modalità di gestione ed intervento e delle aree e comportamenti da monitorare

SAI/4 - LE MODALITÀ DI GESTIONE DEL SOGGETTO RICOVERATO- COSA FA IL DETENUTO?

- **Fruisce dei momenti di socialità e degli spazi di permanenza all'aperto previsti ove le condizioni personali lo consentano secondo le indicazioni del programma terapeutico individuale.**
- **Partecipa alle attività espressamente previste nell'ambito del programma terapeutico individuale ove compatibili con le condizioni personali (centro diurno)**
- **Eventuali limitazioni al possesso di generi devono essere espressamente previste dal P.T.I. su proposta dello psichiatra.**

SAI/5 - LA DOTAZIONE DELLE CAMERE

- Gli arredi essenziali fissi e mobili
- Il televisore
- I caloriferi
- Il colore
- La dotazione della camera (lenzuola, altri effetti) che può variare in base ai livelli di rischio ed alle indicazioni dello specialista psichiatra
- Il fornello (divieto)
- La videosorveglianza

SAI/6- LE MODALITÀ DI CONTROLLO

- Sorveglianza ordinaria
- Sorveglianza a vista (eccezionale e temporanea)
- Videosorveglianza

SAI/8 - LE DIMISSIONI

- Proposta dello psichiatra
- Riunione di staff multidisciplinare (nelle date prefissate o in via d'urgenza solo in caso di circostanze particolari relative alla persona o all'esigenza di ricoverare altre persone con indisponibilità di posti)

ALTRE POSSIBILI UBICAZIONI SEZIONE EX ART 32 PER DETENUTI CHE RICHIEDONO PARTICOLARI CAUTELE

- I soggetti con problematiche comportamentali gravi che non consentono la condivisione la piena condivisione degli spazi individuali e/o collettivi con altri detenuti potranno essere ubicati nelle camere **del VI primo piano latoB**

COME SI ACCEDE?

- **Su proposta motivata dello psichiatra**
- **Su analogha proposta urgente del medico di P.S., fino a valutazione psichiatrica**
- Deve essere certificata **l'impossibilità** per il detenuto di condividere spazi detentivi e comuni con altro detenuto e l'ubicazione **presso il Sai o le CAR a tutela della salute del detenuto e degli altri soggetti ivi ubicati.**

IL RUOLO DEGLI OPERATORI SANITARI

33

- **Lo psichiatra** effettua la valutazione diagnostica, imposta il piano di trattamento individualizzato; valuta il rischio autolesivo ed individua gli elementi che possano ridurre il rischio medesimo. Assicura il monitoraggio del soggetto
- **Lo psicologo** assicura il supporto al detenuto e lo aiuta ad elaborare la situazione di crisi. Integra, ove necessario, la valutazione psicodiagnostica e del rischio auto/etero lesivo in accordo con lo psichiatra. Concorre a determinare le aree di intervento psicosociale per il superamento delle criticità.
- **il medico di reparto** monitora quotidianamente il soggetto raccordandosi con gli specialisti e segnalando al personale di polizia penitenziaria ogni difficoltà
- **Il medico di p.s.** Interviene nelle situazioni di urgenza , attenendosi alle indicazioni sulla gestione complessiva del caso che emergono dal diario clinico
- **L'infermiere assicura la corretta assunzione della terapia prescritta**, monitora gli interventi medici sui soggetti a rischio, segnala situazioni che necessitino di valutazione (per esperienza e valutazione personale o per espressa previsione medica o dello staff multidisciplinare).

IL RUOLO DEGLI OPERATORI PENITENZIARI/1

Il F.G.P. (educatore)

- monitora quotidianamente la situazione accertandosi delle condizioni del ristretto ed
- interviene **secondo necessità ed indicazione del P.T.I.** per impostare ed agevolare gli interventi sul piano socio-familiare (colloqui, telefonate, segnalazione ai servizi, coinvolgimento in attività) che **possano contribuire al superamento della situazione di disagio** e contribuire, per quanto possibile alla **definizione di un progetto individuale mantenendo il collegamento degli interventi sul caso**

IL RUOLO DEGLI OPERATORI PENITENZIARI/2

Il **personale di polizia penitenziaria** addetto alla vigilanza della sezione e delle altre aree di possibile presenza del soggetto (colloqui, aule, passeggi, etc.), **assicura la sorveglianza** dei detenuti presenti nell'area nel rispetto delle indicazioni ricevute, **l'osservazione continua delle dinamiche di relazione e dei comportamenti, agevola la partecipazione** dei soggetti indicate nel p.t., **segnala per iscritto e verbalmente** ogni situazione degna di rilievo e/o bisognosa di valutazione

Il responsabile del reparto (in sua assenza quello di sorveglianza generale), assicura la presenza quotidiana all'interno della sezione, si accerta delle condizioni dei soggetti ubicati e del rispetto delle indicazioni operative da parte dei diversi operatori, segnalando tempestivamente al medico di reparto, al comandante ed al Direttore ogni difficoltà o situazione ogni situazione meritevole di rilievo ed approfondimento .

IL RUOLO DEGLI ALTRI OPERATORI

- **I volontari:** ove previsto nel P.T.I. collaborano al soddisfacimento dei bisogni primari (fornitura generi di prima necessità), agevolano la partecipazione dei detenuti ammessi ad attività trattamentali, assicurano ove necessario momenti di ascolto in raccordo con gli altri operatori dello staff multidisciplinare

LE MODALITÀ DI GESTIONE DEL SOGGETTO - COSA FA IL DETENUTO?

- Fruisce dei **momenti di socialità** e degli **spazi di permanenza all'aperto** previsti **ove le condizioni personali lo consentano** secondo le **indicazioni del programma terapeutico/trattamentale individuale**.
- **Partecipa alle attività espressamente previste nell'ambito del programma terapeutico individuale** **ove compatibili con le condizioni personali (centro diurno)** e con le cautele previste
- **Eventuali limitazioni al possesso di generi** devono essere **espressamente previste dal p.t.i.** su proposta dello psichiatra.

LE PARTICOLARI CATEGORIE DI SOGGETTI

- **Detenute**, allocazione in infermeria con modalità analoghe alle c.d. C.a.r. - Eventuali ex art. 148 c.p. saranno gestite anche in sezione ordinaria, ove più funzionale al p.t.i.
- **Protetti**: in sezione se idonei a vita comune - Presso le CAR o il 6/lato b se bisognosi di particolari cautele e separazione dagli altri detenuti

IL FASCICOLO DEL RISCHIO

- **In che consiste.** Diario di bordo che raccoglie il PTI, gli interventi ed il loro monitoraggio
- **Quando si attiva:** quando viene evidenziata una situazione di disagio bisognosa di maggiore osservazione ed approfondimento con potenziale incremento del rischio autolesivo/suicidario

LE RIUNIONI PERIODICHE DI VALUTAZIONE DI FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA

- **Con cadenza mensile lo staff multidisciplinare** si riunisce per analizzare i dati relativi alle situazioni gestite, valutare gli eventi critici e l'andamento del servizio
- **Con cadenza trimestrale** (prima se necessario su richiesta di uno dei componenti) si riunisce il **gruppo di monitoraggio** previsto dal protocollo composto dai dirigenti dei diversi servizi (Direttore, dirigente sanitario, responsabile Psichiatria, responsabile psicologia) – Alla riunione possono partecipare altre figure che i responsabili ritengono di coinvolgere (volontari).

LE RIUNIONI DI VALUTAZIONE DEGLI EVENTI CRITICI

- **Debriefing posto facto** finalizzato a monitorare l'impatto sugli operatori coinvolti, verificare l'accaduto, individuare possibili accorgimenti organizzativi
- Valutazione trimestrale degli eventi critici, per reparto, finalizzata alla valutazione degli interventi ed alla verifica dei possibili accorgimenti per il miglioramento del sistema organizzativo e dei modelli di intervento