

Valutazione e prevenzione del rischio auto/etero lesivo e suicidario in carcere: l'attività di un DSM

Risk assessment and prevention of self-harm, hetero-aggressiveness and suicide in prison: reports from a Department of Mental Health

Elena Pini*, Ilaria Riboldi*, Francesca Cova**, Enrico Capuzzi***, Milena Provenzi***, Maria Ripalta Sergio***, Sara Mauri****, Paola Rubelli****, Emanuele Truisi*****, Umberto Mazza*****, & Massimo Clerici*****

Riassunto: le questioni da affrontare nell'ambito della tutela della salute mentale all'interno delle carceri appaiono diverse e complicate proprio a partire dalla condizione di reclusione, esperienza umana "al limite" che coincide, da un lato, con la perdita della libertà individuale e, dall'altro, con la frattura della continuità esistenziale. È proprio nell'immediatezza dell'ingresso in istituto, dalla libertà, che si rileva un rischio maggiore di condotte autolesive o suicidarie. Gli agiti autolesivi, infatti, rappresentano uno dei pochi strumenti di cui il detenuto dispone per influenzare l'ambiente che lo circonda ma, nel contempo, sottendono una problematica ben più profonda ed una richiesta di aiuto. Obiettivo primario di questo contributo è la necessità di rileggere la complessità del rischio connesso all'esperienza della carcerazione alla luce dei "bisogni di salute", declinandola attraverso un'analisi delle attività dell'Equipe di Salute Mentale (ESM) realizzate in questi anni all'interno della Casa Circondariale di Monza. Obiettivi ulteriori riguardano il modello organizzativo da impiegare in un'area che ha visto recenti sviluppi e necessita ancora di una elaborazione puntuale della fattibilità nell'ambito delle normative esistenti.

Parole Chiave: carcere, rischio, suicidio, agiti autolesivi, etero-aggressività, équipe di salute mentale.

* Medico in formazione specialistica in Psichiatria, Università degli Studi di Milano Bicocca.

** Psichiatra coordinatrice ESM AO San Gerardo, Monza.

*** Psichiatra AO San Gerardo, Monza

**** Psicologo Clinico AO San Gerardo di Monza

***** Responsabile S.S. Psicologia Clinica, DSM, AO San Gerardo, Monza.

***** Professore Associato Università degli Studi di Milano Bicocca, Direttore S.C. di Psichiatria, DSM AO San Gerardo, Monza.

RSF VOL. CXXXIX - N° 3, 2015

Abstract: *to deal with mental health issues in prison is different and complicated. Imprisonment is an "extreme" human experience which involves the loss of personal freedom and causes a breach in a person's life course. In fact, the highest risk for self-harm and suicide occurs during prison admission, self-injury being one of the few means a detainee has to influence the surrounding environment. However, self-harm highlights also the presence of underlying problems and a request for help. The authors examine the complexity of risk factors and of "health needs" in imprisonment and describe some organizational issues and problems the mental health team encounters, in the prison of Monza, after the approval of the new national law on mental health care in prisons.*

Key Words: *prison, risk, suicide, self-harm, hetero-aggression, mental health team.*

Il diritto alla salute e l'istituzione penitenziaria

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) – partendo dal presupposto che la tutela della salute fa parte del patrimonio giuridico inalienabile di ogni persona, indipendentemente dalla sua condizione rispetto alla libertà personale – ha emanato alcune direttive dal titolo *Principio di equivalenza delle cure*, con cui ha sancito l'esigenza di garantire al detenuto le stesse cure mediche e psico-sociali che sono assicurate a tutti gli altri membri della comunità.

Dal crescente interesse della letteratura degli ultimi anni verso questo argomento si apprende che i principali disturbi della popolazione carceraria sono di natura psichica, infettiva e gastroenterologica e che alcune patologie croniche quali il diabete e l'ipertensione (che hanno frequenza più alta tra i soggetti detenuti rispetto alla popolazione non istituzionalizzata) sono aggravati da consumo di tabacco, abuso di alcool, malnutrizione e mancanza di attività fisica. È ormai dato acquisito, peraltro, che la prevalenza di disturbi mentali sia molto elevata nella popolazione carceraria, sia perché il carcere rappresenta un *contenitore* selettivo di cittadini con disturbi di questo tipo, sia perché la condizione stessa della detenzione è ad elevato indice di rischio psichico (un esempio per tutti, il disturbo post-traumatico da stress sembra colpire fino a un quinto dei detenuti dei Paesi occidentali [1]). L'analisi della prevalenza dei disturbi psichiatrici in carcere trova sostegno, a livello mondiale, soprattutto dalla revisione sistematica del 2012 di Fazel e Seewald [2], condotta su 109 studi svolti in 24 Paesi, ove risulta come il 3,6% degli uomini e il 3,9% delle donne detenute soffra di disturbi psicotici

different and complicated. involves the loss of personal in fact, the highest risk for self-injury being one of the environment. However, self and a request for help. The "lth needs" in imprisonment s the mental health team of the new national law on

-aggression, mental health

ia

partendo dal presupposto giuridico inalienabile di libertà rispetto alla libertà. Principio di equivalenza dire al detenuto le stesse attitudini gli altri membri della

ultimi anni verso questo a popolazione carceraria e che alcune patologie in frequenza più alta tra istituzionalizzata) sono malnutrizione e mancanza di cibo, che la prevalenza di disturbi in carcere, sia perché i cittadini con disturbi di detenzione è ad elevato disturbo post-traumatico da stress. In questi Paesi occidentali [1]). In carcere trova sostegno, normativa del 2012 di Fazel e colleghi, ove risulta come il 30% dei detenuti soffre di disturbi psicotici

e il 10,2% e il 14,1% (rispettivamente) di Depressione maggiore. Sempre Fazel e collaboratori [2] hanno evidenziato l'alta prevalenza di disturbi da dipendenza da alcol (con il 17-30% degli uomini e il 10-24% delle donne) e da sostanze (10-48% degli uomini e il 30-60% delle donne detenute).

In Italia gli studi condotti finora per attestare la prevalenza delle malattie psichiatriche negli Istituti Penitenziari non sono molti; la Società Italiana di Psichiatria [3] segnala che un terzo dei detenuti italiani soffre di una malattia mentale (psicosi, depressione, disturbi bipolari e di ansia nel 40% dei casi, ai quali si aggiungono disturbi di personalità borderline e disturbo antisociale). Uno studio sui disturbi psichiatrici condotto nel 2012 nei 20 Istituti penitenziari della Toscana [4] rileva, inoltre, che su 3329 soggetti reclutati (il 79,8% dei detenuti totali, di cui 3211 maschi e 118 femmine), 1364 (41%) soffrono di disturbi mentali. Considerando comparativamente i dati del 2009, il lavoro segnala un aumento delle patologie psichiatriche dal 33,2% al 41%.

Dalla già citata revisione sistematica del 2012 [2] risulta anche che la prevalenza dei disturbi da uso di sostanze (DUS) stimata nella popolazione detenuta sia più alta rispetto a quella della popolazione generale; ciò si conferma pure nell'area europea ad opera dell'Osservatorio europeo sulle droghe e sulle tossicodipendenze [5]. Le informazioni nazionali su tipologia e modelli di consumo delle sostanze psicoattive, legali ed illegali, tra i detenuti indicano la crescente presenza del fenomeno della poliassunzione e della politossicomania [6]; uno spazio specifico e non trascurabile è costituito dalle problematiche e patologie alcol-correlate [7].

Per ciò che concerne l'elevata comorbidità tra DUS e patologie psichiatriche, le cosiddette *doppie diagnosi*, sono disponibili dati italiani derivanti da uno studio condotto nel 2005 da Berto et al. [8] – in cui rileva circa il 35% di soggetti detenuti affetti da problematiche correlate all'uso di sostanze (due terzi rientravano nella categoria della doppia diagnosi) – e da Piselli et al. [9] presso l'Istituto Penitenziario di Perugia: in questa sede sono stati intervistati 302 "Nuovi Giunti" (nel periodo compreso tra l'agosto 2005 e il luglio 2006) con un 54,3% di "problemi" mentali. Di questi, in particolare, il 26,8% aveva esclusivamente un disturbo da uso di sostanze, il 6,6% unicamente una malattia psichiatrica, il 20,9% risultava affetto da entrambe. Le sindromi dominanti diagnosticate nei detenuti affetti da "doppia diagnosi" afferivano sia ai disturbi di Asse I (DSM IV) nelle aree dell'umore, dell'ansia, della psicosi e del controllo degli impulsi, sia ai disturbi in Asse II, soprattutto in relazione al cluster B.

Per quanto riguarda il verificarsi di eventi critici, secondo la revisione di Dixon-Gordon ed Harrison del 2012 [10], il 30% dei reclusi compie almeno una volta durante il periodo di detenzione un agito autolesivo. Svariate

risultano le modalità per concretizzare l'agito autolesivo in carcere: tagli multipli (su avambracci, addome e torace), incisioni sulla pelle, cuciture delle palpebre e delle labbra, ingestione di oggetti o sostanze tossiche, auto-bruciature, sciopero della fame, rifiuto di terapie, induzione o aggravamento di patologie [11]. Diversi, peraltro, sono anche gli strumenti adoperati: lamette, batterie, posate di plastica e di alluminio, bombolette di gas, detersivi, fili di rame elettrici, pezzi di vetro ricavati, ad esempio, da lampadine, etc.. I corpi estranei frequentemente ingeriti sono, ancora una volta, oggetti facilmente reperibili nella camera detentiva: chiodi, viti, spazzolini da denti, manici di cucchiai, forchette, lamette, batterie, lampadine, molle delle reti del letto e pezzi di metallo in genere.

Analizzando in particolare il suicidio, esso rappresenta la prima causa di morte in carcere e conta per circa la metà di tutti i decessi [12]. Considerati come gruppo, i detenuti mostrano tassi di suicidio più elevati rispetto alla comunità libera: secondo lo studio di Fazel (condotto dal 2003 al 2007 su 12 Nazioni occidentali), il tasso di suicidio è 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. Per quanto riguarda invece l'Italia, Buffa, analizzando i dati del DAP sugli Istituti Penitenziari dal 01.07.2006 al 31.06.2007, rileva 41 suicidi, pari ad un tasso di 4,6 per 10.000, ossia 7 volte superiore al tasso di suicidio nella popolazione generale [13]. Un dossier pubblicato nel 2013 da Manconi e Torrente [14] – *Quei suicidi in cella* – propone, a partire da un approfondimento statistico dei fenomeni di autolesionismo e suicidio avvenuti negli ultimi 5 anni in Piemonte, Liguria e Campania, variazioni percentuali significative dei tassi di suicidio fra i detenuti – anche solo da un anno all'altro – con aumento dei suicidi in particolari momenti di crisi e per ragioni che sono intrinsecamente legate a processi interni all'istituzione penitenziaria. Quanto detto viene confermato dalla serie storica 1980-2010 [15]: in particolare, la lettura della curva dei tentativi di suicidio e dei suicidi realizzati mostra come i tentativi abbiano avuto un tendenziale aumento a partire dalla seconda metà degli anni '80, con la punta massima raggiunta alla fine degli anni '90 ed eguagliata nel 2010. All'interno di questa dinamica irregolare, si può considerare – con riferimento agli ultimi 30 anni – una minor frequenza di suicidi in carcere nel corso del 1990 e del 2006. In quegli anni, come noto, sono stati approvati dal Parlamento gli ultimi provvedimenti di clemenza, per cui è possibile ipotizzare che tali atti – sommati al miglioramento delle condizioni detentive a seguito della riduzione dell'affollamento – abbiano stemperato il clima all'interno degli istituti, favorendo il contenimento dei comportamenti autolesivi. Gli ultimi dati a disposizione, forniti dal report Uil-PA Penitenziari [16], attestano che la curva degli eventi critici si è abbassata: nel 2013, all'interno di 33 strutture

penitenziarie, si è registrato almeno un suicidio in cella, per un totale di 42 suicidi (ma l'*Osservatorio di Ristretti Orizzonti* ne ha denunciati 49) a confronto dei 56 del 2012 (-33,3%). In 153 strutture (75,3%) si è verificato almeno un tentativo di suicidio, per un totale di 1062 tentati suicidi rispetto ai 1305 del 2012 (-10,6%). Nel 2014 il trend ha seguito quello dell'anno precedente con 44 suicidi. Nei 15 anni tra il 2000 al 2015 il numero totale di suicidi nelle carceri italiane è stato di 866. La regione con più suicidi è la Campania (8); quella con un numero più alto di tentati suicidi è la Toscana (161). Roma Rebibbia è il carcere che ha fatto registrare il maggior numero di suicidi (3); Firenze Sollicciano l'istituto in cui si è verificato il maggior numero di tentati suicidi (45), seguita da Prato (43) e Piacenza (36). I dati aggiornati al 15 agosto 2015 [17] descrivono 72 decessi in carcere di cui 28 suicidi (873 suicidi dei 2444 decessi dal 2000 ad oggi).

Il metodo più diffuso per mettere in atto il suicidio in carcere è l'impiccagione ([18]-[23]) con percentuali che – come rilevato da Fruehwald e collaboratori [24] – arrivano all'82,5% dei casi, all'86% per Way et al. [25] e al 94% per Pérez-Carceles et al. [26]. Fanno seguito l'inalazione di gas, l'avvelenamento da mix di farmaci e il soffocamento. Da alcuni autori [27] viene segnalato come spesso sia riconoscibile una comunicazione dell'intenzionalità suicidaria prima che il fatto avvenga: il 69% dei suicidi aveva espresso tale proposito a qualcuno prima di morire e l'82% aveva comunicato la propria intenzione nella settimana precedente.

La misurazione del rischio autolesivo e suicidario in carcere

Secondo i dati della letteratura internazionale nessuna scala autosomministrata può essere usata come unica misura predittiva del rischio autolesivo e suicidario in quanto spesso questi strumenti omettono di riconoscere i soggetti che di fatto tenteranno di togliersi la vita (falsi negativi) fornendo invece molti falsi positivi. Anche rispetto agli agiti con esito non fatale alcune scale tendono a sovrastimare il rischio [28]. È in base a questi dati che le linee guida internazionali [29] raccomandano di non utilizzare i soli strumenti di *assessment* per decidere se effettuare o meno una valutazione di *follow up*, che dovrebbe comunque essere compiuta entro le 4 settimane dallo *screening* per stabilire quale intervento possa essere più adeguato per la presa in carico del paziente. Secondo i dati dell'OMS [30], all'interno degli Istituti Penitenziari non solo vi è un maggior numero di agiti autolesivi ad esito infausto, ma gli individui che hanno una storia di detenzione presentano più frequentemente ideazione suicidaria durante tutto il corso della loro vita: tra loro, il tasso di suicidio continua ad essere particolarmente elevato anche

dopo la scarcerazione. L'OMS indica molteplici fattori di rischio individuali ed ambientali, possibilmente incidenti sul numero di comportamenti auto/etero lesivi e suicidari: tra questi ricordiamo la concentrazione, negli istituti di pena, di gruppi *vulnerabili* (giovani maschi, persone con disturbi mentali, persone interdette, socialmente isolate, con problemi di abuso di sostanze e con storie di precedenti comportamenti suicidari); l'impatto psicologico dell'arresto e della carcerazione; le crisi di astinenza dei tossicodipendenti, la consapevolezza di una condanna lunga o lo stress quotidiano della vita in carcere. Inoltre, non in tutti gli ambienti carcerari esistono procedure d'identificazione e monitoraggio dei detenuti ad alto rischio suicidario; e anche laddove programmi o procedure adeguate sussistano, eventuali condizioni di sovraccarico lavorativo del personale di cura e custodia, o il loro mancato addestramento, possono talvolta impedire il riconoscimento dei segnali precoci di rischio suicidario. In tali contesti rileviamo dunque dei rischi situazionali (come le condizioni di detenzione: isolamento, numero di detenuti per cella o la differente presenza di personale; ad esempio, di notte o nei fine settimana), ma anche rischi derivanti da condizioni personali, sociali e relazionali (la situazione psicopatologica, quella familiare e anche quella delle relazioni interne alla struttura detentiva). In ogni caso, qualunque fattore di stress o vulnerabilità sia presente, i vissuti che conducono il detenuto a mettere in atto un tentativo di suicidio presuppongono sentimenti di disperazione, restrizione delle prospettive future e perdita delle capacità di gestione dello stress.

L'esperienza del DSM dell'A.O. San Gerardo di Monza nel carcere

In Italia, il D.L. N.230/99 "Riordino della medicina penitenziaria" ed il DPCM 01.04.08 "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" hanno sancito, da un lato, il diritto alla tutela e, dall'altro, il passaggio alle Regioni della gestione della salute e dei conseguenti interventi di diagnosi e cura della popolazione detenuta. Il Servizio "Nuovi Giunti" ha preso l'avvio nel 1987, a seguito di due circolari (la Circ. n° 3182/5632 del 21/7/1986 e la Circ. DAP n° 3233/5683 del 30/12/1987) emanate dall'allora Direttore Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena, allo scopo di accertare le situazioni di fragilità psicofisica dei detenuti al momento del loro ingresso in carcere, così da prevenire eventuali agiti auto ed eteroaggressivi. Dieci anni più tardi sono state proposte linee-guida *per un apporto migliorativo ed integrativo al sistema di prevenzione e di intervento ai fini di una riduzione*

del numero dei suicidi nelle carceri (circ. DAP n. 14871/4 del 1998). Secondo queste linee guida é necessario attuare tre tipi di prevenzione:

- *prevenzione primaria*, rivolta alla popolazione detenuta senza particolari fattori di rischio autolesivo e suicidario; consiste nel rendere il più possibile umani e tollerabili gli aspetti organizzativi ed ambientali del carcere (garantendo, ad esempio, un maggior contatto tra detenuti e famiglie ed evitando l'isolamento);
- *prevenzione secondaria*, rivolta ai detenuti portatori di precisi fattori di rischio quali presenza di sindromi depressive, disturbi della condotta legati ad impulsività e violenza, tossicodipendenza;
- *prevenzione terziaria*, per detenuti recidivi con pregressi agiti autolesivi.

Le circolari n. 57/7373 del 3 giugno 1999 (*Intervento psichiatrico negli istituti penitenziari*) e n. 24/5974 del 12 maggio 2000 (*Atti di autolesionismo e suicidi in ambiente penitenziario*) hanno meglio definito il ruolo dello psichiatra in carcere: lo psichiatra sarebbe intervenuto nei casi di disagio individuati non solo dallo psicologo, ma anche dal medico nel corso della prima visita e avrebbe, inoltre, potuto segnalare un detenuto al servizio psicologico o ad altre aree di trattamento (per un approccio multidisciplinare). Nel 2007, con la circolare n. 0181045, datata 6 giugno dello stesso anno (*Detenuti provenienti dalla libertà: regole di accoglienza - Linee di indirizzo*), il Servizio "Nuovi Giunti" diventa Servizio di Accoglienza, trasformandosi in una realtà costituita da uno staff multidisciplinare, teso ad offrire un intervento multifattoriale e globale in grado di rispondere in maniera specifica a determinati disagi.

Nella nostra esperienza, la Casa Circondariale di Monza è un Istituto Penitenziario di Custodia Preventiva che, secondo gli art. 59 e seguenti dell'Ordinamento Penitenziario, assicura la custodia degli imputati a disposizione di ogni autorità giudiziaria: essa accoglie, pertanto, soggetti in attesa di giudizio, appellanti, ricorrenti o con detenzione massima o residuo di pena di 3 anni (salvo eccezioni). La struttura è composta da un detentivo maschile su tre livelli, per un totale di 15 sezioni, con un edificio - ex Reparto Femminile - su due livelli con una sezione per piano di reclusione. Una sezione semiliberi è posta extramuro. Le stanze detentive sono, complessivamente, 340 con una capienza regolamentare di 402 detenuti (i dati ufficiali forniti dal Ministero della Giustizia ed aggiornati all'08.05.2015, descrivono, tuttavia, 606 detenuti presenti alla data). A seguito del trasferimento della Medicina Penitenziaria al SSN, presso la CC di Monza operano medici ed operatori sanitari dipendenti dalle ASL e dall'Azienda Ospedaliera San Gerardo. Dal 2010 è attiva un'Equipe di Salute Mentale, servizio atto a garantire la

presenza quotidiana (dal lunedì al venerdì) del medico psichiatra e degli psicologi clinici. L'équipe è responsabile, nel complesso:

- dell'osservazione dei Nuovi Giunti e della valutazione di eventuali rischi auto/etero-lesivi e suicidari;
- dell'individuazione precoce di disturbi mentali e della loro presa in carico;
- del Reparto di Osservazione Psichiatrica (ROP) per l'espletamento dell'osservazione ex art. 112 c.p.;
- della presa in carico dei detenuti "doppia diagnosi" e del monitoraggio dei protocolli operativi tra il DSM ed il SerT;
- di interventi di formazione specialistica rivolti al personale carcerario sanitario (medici e infermieri) e di interventi rivolti al personale carcerario non sanitario (sportello psicologico e corsi di formazione per operatori della Polizia Penitenziaria).

A motivo di questa organizzazione e per la sua capienza, l'Istituto può considerarsi come una struttura sanitaria complessa che, per definizione, accoglie dai 150 ai 650 posti letto. Il Protocollo operativo del Servizio Accoglienza della CC di Monza è strutturato (schematicamente) come segue:

- *Procedure d'ingresso* (immatricolazione, contatto con i servizi territoriali, compilazione o recupero della cartella di detenzione);
- *Ingresso nella sezione "Accoglienza"* (garanzia di cibo e pulizia, informative sui diritti e servizi, socialità, colloqui con i familiari e possibilità di telefonate, centro di ascolto, possibilità di attivazione del mediatore culturale);
- *Visita medica MMG* (e degli specialisti di cui si rende necessaria la consulenza) entro 36 ore (compresi gli specialisti del Servizio Dipendenze);
- *Visita psicologica entro 72 ore dall'ingresso: colloquio clinico e somministrazione di scale di valutazione* per la rilevazione del distress psicologico del soggetto e/o del rischio di comportamenti auto/etero-lesivi ed attivazione della visita psichiatrica (con o senza priorità);
- *Riunione multidisciplinare*, a frequenza settimanale, alla presenza degli operatori di tutti i servizi sanitari e della Polizia Penitenziaria;
- *Collegamento con il territorio* (mediante DSM, Ser.T ed altri Servizi Sociali).

Le variabili indagate durante lo screening medico-psicologico sono sia statiche (socio-demografiche e anamnestiche) che dinamiche (variabili personali e contestuali) e pongono particolare attenzione a fattori quali: intossicazione (o pregresso uso/abuso/dipendenza) da sostanze, sintomi

depressivi, ideazione e/o intenzionalità suicidaria, presenza in anamnesi di tentati suicidi e agiti autolesivi, storia di trattamenti psichiatrici e presenza di una psicopatologia nell'attualità, rete di supporto sociale [30]. Gli obiettivi di tale valutazione sono essenzialmente:

- individuazione, tra i Nuovi Giunti, dei soggetti a rischio di agito autolesivo;
- effettuazione di una valutazione del grado di impulsività del soggetto che, insieme alla presenza di diagnosi psichiatrica, è fattore di rischio per gli agiti aggressivi etero-diretti;
- formulazione, in base alle informazioni emerse dalla valutazione psico-sociale, di eventuali richieste di approfondimento psichiatrico ed eventuale inserimento del detenuto in un piano di monitoraggio, con misure di sorveglianza a carattere precauzionale;
- eventuale presa in carico del detenuto da parte del personale sanitario dell'Equipe di Salute Mentale, valutandone, con i tempi e i modi ritenuti opportuni, l'evoluzione del quadro clinico.

Come già descritto, il tentativo di predire il comportamento aggressivo mediante strumenti autosomministrati rischia spesso di produrre un elevato numero di falsi positivi, per le molteplici variabili sia statiche che dinamiche implicate; per questi motivi si è scelta una valutazione multidimensionale che utilizza, oltre agli strumenti di autovalutazione, il supporto di un'intervista clinica centrata sulla raccolta di informazioni nelle seguenti aree:

- anamnesi degli agiti aggressivi (auto/etero diretti);
- situazione giuridica (tipo di reato, precedenti detenzioni);
- valutazione psicosociale (relazioni significative, supporto sociale e familiare, lavoro);
- presenza di disturbo psichiatrico (in anamnesi e nell'attualità);
- uso di sostanze;
- rischio suicidario/autolesivo;
- impulsività.

Per ciò che concerne gli strumenti di valutazione, sono stati scelti – tra i più utilizzati – quelli che potessero offrire una panoramica di significativo interesse e tali da essere somministrati nel corso dei primi colloqui valutativi, nonché ripetuti trimestralmente. Tra questi:

1. *Jail Screening Assessment Tool (JSAT)-Mental Health, Law and Policy Institute* [31], nella versione italiana a cura di S.Ciappi [32]. Strumento di valutazione psicologica, specifico per la popolazione carceraria,

sviluppa un'intervista semistrutturata (che richiede 15-20 minuti per la somministrazione) finalizzata a:

Articolo I. valutare il livello attuale di funzionamento del soggetto (almeno nell'ultimo mese);

Articolo II. predire il livello di adattamento psicologico all'interno dell'istituzione carceraria;

Articolo III. segnalare al personale di custodia tutti coloro che necessitano di cure particolari o che sono a rischio di violenza, suicidio, vittimizzazione.

Negli studi di validazione internazionali, lo strumento ha mostrato buone proprietà di attendibilità e validità, soprattutto rispetto alla riduzione dei falsi negativi (tasso di specificità=70,6%).

2. *Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11)* [33], versione italiana di Fossati et al. [34]. La scala, autosomministrata e composta da 30 item su scala Likert a 4 punti (1=raramente o mai; 4=quasi sempre o sempre), è stata messa a punto per la valutazione dell'impulsività intesa come "agire senza pensare", come mancanza di controllo sui pensieri e sui comportamenti. La BIS-11 prende in considerazione tre tipi di impulsività: l'Impulsività Motoria, l'Impulsività senza Pianificazione e l'Impulsività Attentiva. È una scala di rapida e facile compilazione (5/7 minuti), ampiamente usata sia per valutare il ruolo dell'impulsività nel contesto della psicopatologia, sia per lo studio dell'impulsività nei soggetti non psichiatrici. Il punteggio totale può andare da 30 a 120; il punteggio medio va da 63,8 ($\pm 10,2$) nei controlli, a 69,3 ($\pm 10,3$) in soggetti con comportamenti di abuso, a 71,4 ($\pm 12,6$) in pazienti psichiatrici ed a 76,3 ($\pm 11,9$) in reclusi maschi.

3. *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)* [35], Adattamento italiano a cura di Zennaro et al. [36]. È un questionario diagnostico autosomministrato, composto da 175 item in scala dicotomica (Vero/Falso), che richiede un tempo di somministrazione di circa 25 minuti. È costituito da 24 sotto-scale cliniche e 4 indici di correzione. Lo strumento è ampiamente utilizzato sia in Italia che all'estero, in numerosi ambiti (dai setting ambulatoriali a quelli della psichiatria forense) e consente di:

Articolo I. valutare l'interazione fra disturbi di Asse I e Asse II, basandosi sul sistema di classificazione del DSM-IV;

Articolo II. identificare le caratteristiche più profonde e pervasive della personalità, sottostanti la sintomatologia manifesta del paziente;

Articolo III. ottenere una comprensione integrata delle relazioni che intercorrono fra caratteristiche di personalità e sindromi cliniche, per favorire l'individuazione del trattamento.

valutare l'interazione fra disturbi di Asse I e Asse II, basandosi sul sistema di classificazione del DSM-IV;
 identificare le caratteristiche più profonde e pervasive della personalità, sottostanti la sintomatologia manifesta del paziente;
 ottenere una comprensione integrata delle relazioni che intercorrono fra caratteristiche di personalità e sindromi cliniche, per favorire l'individuazione del trattamento.

4. *Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE-OM CORE)* ([37], [38]). È un sistema di valutazione per i servizi di psicoterapia costituito da 3 strumenti interdipendenti: CORE-OM (*Outcome measure*), CORE-A (*Assessment*), *End of Therapy Form*. Nel protocollo viene utilizzato CORE-OM. CORE-OM è un questionario a 34 item compilato dal paziente, in cui ogni affermazione viene valutata su una scala a 5 punti. Gli item del CORE si riferiscono a quattro domini: benessere soggettivo (4 item), sintomi/ problemi (12 item), funzionamento (12 item), rischio (6 item). Il dominio del benessere soggettivo è costituito da un unico costrutto principale; il dominio dei problemi è costituito da item che si riferiscono a sintomi depressivi, sintomi ansiosi, sintomi fisici ed effetti del trauma; il dominio del funzionamento contiene item che si riferiscono alle relazioni significative, al funzionamento generale e sociale; il dominio del rischio si riferisce ad aspetti auto ed eterolesivi. Il punteggio totale corrisponde al livello di disagio psicologico.

Considerando nel dettaglio i dati di attività dell'ESM, sono stati valutati – nell'anno solare trascorso (1/01-31/12/2014) – 1029 soggetti: il trend dei soggetti assistiti è in costante aumento negli ultimi 6 anni passando da 32 pazienti nel 2009 a 1029 nel 2014. In questo anno il numero degli agiti autolesivi è stato di 99, mentre quello dei tentativi di suicidio di 9. Il numero degli autori è di 36, di cui 29 hanno messo in atto agiti autolesivi, 5 dei tentativi di suicidio e 2 sia agiti che TS. La valutazione degli effetti degli interventi di prevenzione degli agiti suicidari indica come, in particolare negli ultimi 3 anni (2012/2014, cioè quelli nei quali il modello è stato messo a regime e le condizioni di collaborazione con l'Istituzione ospitante pienamente operative), vi sia stata una sostanziale stabilizzazione del numero di gesti autolesivi commessi, così come del numero degli autori di gesti autolesivi, sia per quanto riguarda gli agiti violenti, che i tentativi di suicidio.

Limiti e prospettive

L'autolesionismo e i tentativi di suicidio in carcere sono fenomeni diffusi, al punto da diventare uno degli elementi caratteristici "strutturali" dell'istituzione

penitenziaria che hanno assunto una dimensione ampiamente problematica. Studiare le motivazioni e i fattori di rischio sottostanti a questi eventi critici è il primo obiettivo per un intervento efficace sugli stessi. L'esperienza condotta in questi anni nell'ambito del progetto "psichiatria penitenziaria", in sintonia con quanto riportato dalle *Linee guida*, ha permesso di identificare perlomeno alcuni aspetti critici dell'evento carcerazione – la "prima" detenzione dalla libertà, la detenzione "in isolamento" o la conferma di "condanna definitiva" – durante i quali aumenta la probabilità di compiere agiti autolesivi e tentati suicidi e che richiedono, pertanto, un'attenzione più specifica da parte degli operatori e dell'équipe multidisciplinare. La multidisciplinarietà operativa e la necessità di garantire una costante integrazione tra sistemi, anche quando mossi da finalità differenti (ad esempio, quella di custodia e quella sanitaria), ci appaiono i fondamentali presupposti per muoversi in un sistema complesso come quello dell'Istituzione Penitenziaria mantenendo in evidenza i diritti umani fondamentali. A questo proposito, alcune raccomandazioni chiave conclusive ci sembrano opportune ([39]-[41]):

- la valorizzazione delle relazioni costruttive e di supporto tra personale e detenuti: in questa dimensione, una particolare attenzione dovrebbe essere data al miglioramento dei regimi detentivi, alla formazione del personale e al sistema di turnazione del personale;
- l'ampliamento delle opportunità di interazione dei detenuti con il mondo esterno, in particolare con la famiglia e la rete sociale di sostegno ed i servizi sanitari di continuità territoriale (MMG, CPS, Ser.T);
- l'implementazione delle possibilità, per i detenuti, di partecipare ad attività occupazionali, a programmi d'istruzione e a progetti di sviluppo di competenze specifiche;
- la crescita della sensibilità istituzionale alla diversità della popolazione carceraria in termini di cultura, etnia, sesso e stato di condanna;
- il potenziamento dei programmi di valutazione e di prevenzione dei "rischi", a più livelli, attuati dall'équipe di salute mentale in carcere con la possibilità di sviluppare un sistema di informazioni longitudinali progettato per identificare le specifiche variabili predittive del rischio.

Bibliografia

- [1] Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet* 2011; 377(9769): 956-65.
- [2] Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2012; 200(5): 364-73.
- [3] Mencacci C. Comunicato stampa. Il incontro Nazionale dei Giovani Psichiatri. Società Italiana di Psichiatria. 2013 Aprile 11-13; Roma.
- [4] Silvestri C, Bravi S, Voller F. La salute dei detenuti in Toscana. Collana documenti Agenzia Regionale di Sanità della Toscana 2013; N.71.
- [5] Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (Lisbona, Portogallo). Evoluzione del fenomeno della droga in Europa. Relazione annuale 2012.
- [6] Dipartimento Politiche Antidroga (Roma, Italia). Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia. Relazione annuale al Parlamento 2012.
- [7] Cecchi M. Alcol e carcere. Esperienza di alcologia penitenziaria in Toscana. Firenze: Brossura; 2000.
- [8] Berto D, Tartari M, Tabacchi B, Gerra G, Tamburino G. Dual diagnosis within Italian prisons. Some preliminary data. *International Journal of Prisoner Health* 2005; 1: 19-24.
- [9] Piselli M, Elisei S, Murgia N, Quartesan R, Abram KM. Co-occurring psychiatric and substance use disorders among male detainees in Italy. *International Journal of Law and Psychiatry* 2009; 32: 101-107.
- [10] Dixon-Gordon K, Harrison N, Roesch R. Non-suicidal self-injury within offender populations: a systematic review. *International Journal of Forensic Mental Health* 2012; 11: 33-50.
- [11] Smith HP, Kaminski RJ. Self-injurious behaviors in state prisons finding from a National survey. *Criminal Justice and Behavior* 2011; 38 (1): 26-41.
- [12] Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2011; 46(3): 191-5.
- [13] Buffa P. Le condotte autoaggressive. *Rassegna penitenziaria e criminologica* 2008; 3: 15-20.
- [14] Manconi L, Torrente G. Quei suicidi in cella. Dossier per Ristretti; 2013. www.ristretti.it
- [15] Manconi L, Torrente G. Suicidi dietro le sbarre, una catastrofe del diritto. *L'Unità*; 7 Gennaio 2013.
- [16] Uilpa-Penitenziari. Carceri – Uil: nel 2013 calano i suicidi e gli eventi critici: segnale incoraggiante, ora il governo sostenga il DAP. Comunicato stampa; 9 Gennaio 2014.

- [17] Ristretti Orizzonti. Morire di carcere: dossier 2000-2015. www.ristretti.org
- [18] Dooley E. Prison suicide in England and Wales, 1972-87. *The British Journal of Psychiatry* 1990; 156: 40-45.
- [19] Green C, Kendall K, Andre G, Looman T, Polvi M. A study of 133 suicides among Canadian federal prisoners. *Medicine, Science and Law* 1993; 33(2): 121-127.
- [20] DuRand CJ, Burtka GJ, Federman EJ, Haycox JA, Smith JW. A quarter century of suicide in a major urban jail: implications for community psychiatry. *The American Journal of Psychiatry* 1995; 152(7): 1077-80.
- [21] Shaw J, Baker D, Hunt IM, Moloney A, Appleby L. Suicide by prisoners. National clinical survey. *The British Journal of Psychiatry* 2004; 184: 263-67.
- [22] Patterson R, Hughes K. Review of completed suicides in the California Department of Corrections and Rehabilitation. *Psychiatric Services* 2008; 59: 676-682.
- [23] Lindsay MH. National survey of jail suicide. 20 Years later. U.S. Department of Justice. National Institute of Correction. Washington; 2010.
- [24] Fruehwald S, Frottier P, Benda N, Eher R, Konig F, Matschnig T. Psychosocial characteristics of victims of suicide in prisons. *Wiener Klinische Wochenschrift* 2002; 114(15-16): 691-6.
- [25] Way BB, Miraglia R, Sawyer DA, Beer R, Eddy J. Factors related to suicide in New York state prisons. *International Journal of Law and Psychiatry* 2005; 28(3): 207-2.
- [26] Pérez-Carceles M, Inigo C, Luna A, Osuna E. Mortality in maximum security psychiatric hospital patients. *Forensic Science International* 2011; 119(3): 279-83.
- [27] Daniel AE, Fleming J. Suicides in a State correctional system, 1992-2002: a review. *Journal of Correctional Health Care* 2006; 12(1): 24-35.
- [28] Department of Health. Best Practice in Managing Risk – Principles and evidence for best practice in the assessment and management of risk to self and others in mental health services. National risk management programme. London; 2007.
- [29] National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Self-harm: The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. NICE clinical guideline 16. London; 2004
- [30] World Health Organization (WHO). La prevenzione del suicidio nelle carceri. Geneva; 2007.
- [31] Nicholls TL, Roesch R, Olley MC, Ogloff JR, Hemphill JF. Jail Screening Assessment Tool (JSAT): Guidelines for mental health screening in jails. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University. Burnaby, Canada; 2005.

- [32] Ciappi S. Jail Screening Assessment Tool: Uno strumento di screening psicologico in ambito forense e penitenziario. Firenze: Giunti OS; 2011.
- [33] Barratt ES, Stanford MS. Impulsiveness. In: Costello CG, ed. Personality characteristics of the personality disordered. New York: Wiley; 1995, p. 91-119.
- [34] Fossati A, Di Ceglie A, Acquarini E, Barratt ES. Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects. *Journal of Clinical Psychology* 2001; 57(6): 815-828.
- [35] Millon T, Millon C, Davis R, Grossman S. MCMI-III Manual (Third ed.). Minneapolis, USA: Pearson Education, Inc.; 2009.
- [36] Zennaro A, Ferracuti S, Lang M, Sanavio E. Adattamento italiano del MCMI-III, Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. Firenze: Giunti OS; 2008.
- [37] Barkham M, Evans C, Margison F, McGrath G, Mellor-Clark J, Milne D, Connell J. The rationale for developing and implementing core outcome batteries for routine use in service settings and psychotherapy outcome research. *Journal of Mental Health* 1998; 7: 35-47.
- [38] Evans C, Mellor-Clark J, Margison F, Barkham M, McGrath G, Connell J, Audin K. Clinical outcomes in routine evaluation: the CORE-OM. *Journal of Mental Health* 2000; 9: 247-55.
- [39] American Psychiatric Association. Linee-guida per la gestione dell'assistenza psichiatrica nelle carceri (edizione italiana a cura di Massimo Clerici, Claudio Mencacci e Silvio Scarone). Milano: Masson; 2002.
- [40] A.VV. *Psichiatria e Carcere*. Noos 2006; 12 (1).
- [41] D'Urso N, Cicolari F, Cimolai VE, et al. Caratteristiche cliniche, sociodemografiche e criticità nella cura del paziente affetto da patologia mentale detenuto in Italia: studio osservazionale di casi consecutive della durata di 6 mesi. *Quaderni Italiani di Psichiatria* 2012; 31(3): 92-111.

Per corrispondenza:

*Prof. Massimo Clerici, Università degli Studi Milano Bicocca
Dipartimento di Chirurgia e Medicina Traslazionale
Via Cadore 48, 20900 Monza
massimo.clerici@unimib.it*