



**Elvezio Pirfo**

**Dipartimento di Salute Mentale  
ASL To 2**

***Modalità, funzioni e  
criticità  
dell'intervento  
psichiatrico in  
carcere***

**ULSS 6 Vicenza**

**Convegno**

**PREVENZIONE  
DEL SUICIDIO IN  
CARCERE :  
L'ESPERIENZA  
DEL VENETO**

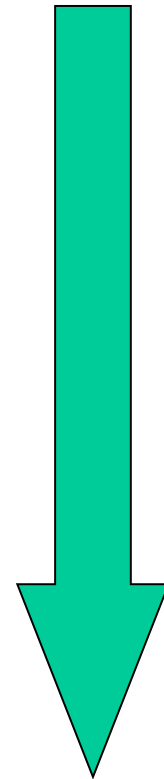
**31 marzo 2016**

# **Finalità dell'Attività Psichiatrica in Carcere**

- **Gestione del disagio psichico in Carcere**
- **Continuità della cura per pazienti psichiatrici autori di reato**
- **Contatti con i Servizi Territoriali**
- **Possibili alternative alla detenzione**
- **Attività psichiatrico forense istituzionale**

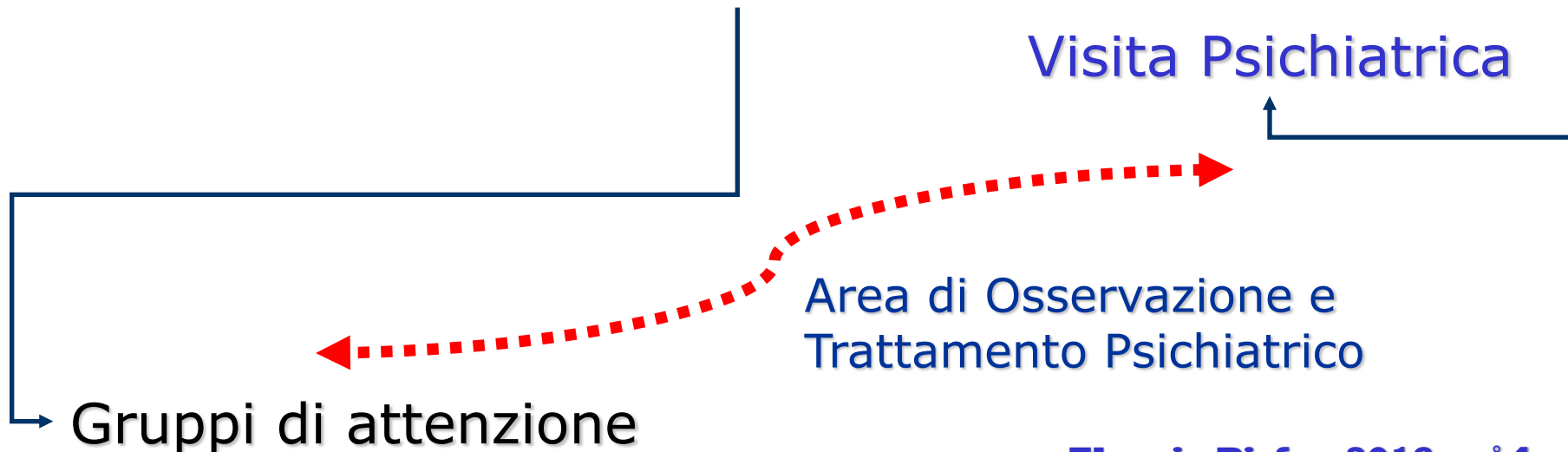
# **Organizzazione della risposta al disagio psichico e disturbi psicopatologici nella Casa Circondariale di Torino**

- **Gruppi di attenzione nelle singole sezioni**
- **Servizio psichiatrico ambulatoriale per le singole sezioni**
- **Reparto di osservazione e trattamento psichiatrico in Aree specifiche**



- **Direzione**
- **Medico ed Esperto del Presidio Nuovi Giunti**
- **Medico di guardia**
- **Agente di Polizia Penitenziaria**
- **Educatore**
- **Assistente Sociale**

## Intercettazione del sintomo





# **La resilienza....**

**... può essere definita come “la capacità o il processo di *far fronte, resistere, integrare, costruire* e riuscire a riorganizzare positivamente la propria vita nonostante l’aver vissuto situazioni difficili che facevano pensare ad un esito negativo” (Cyrulnik, 2005).**

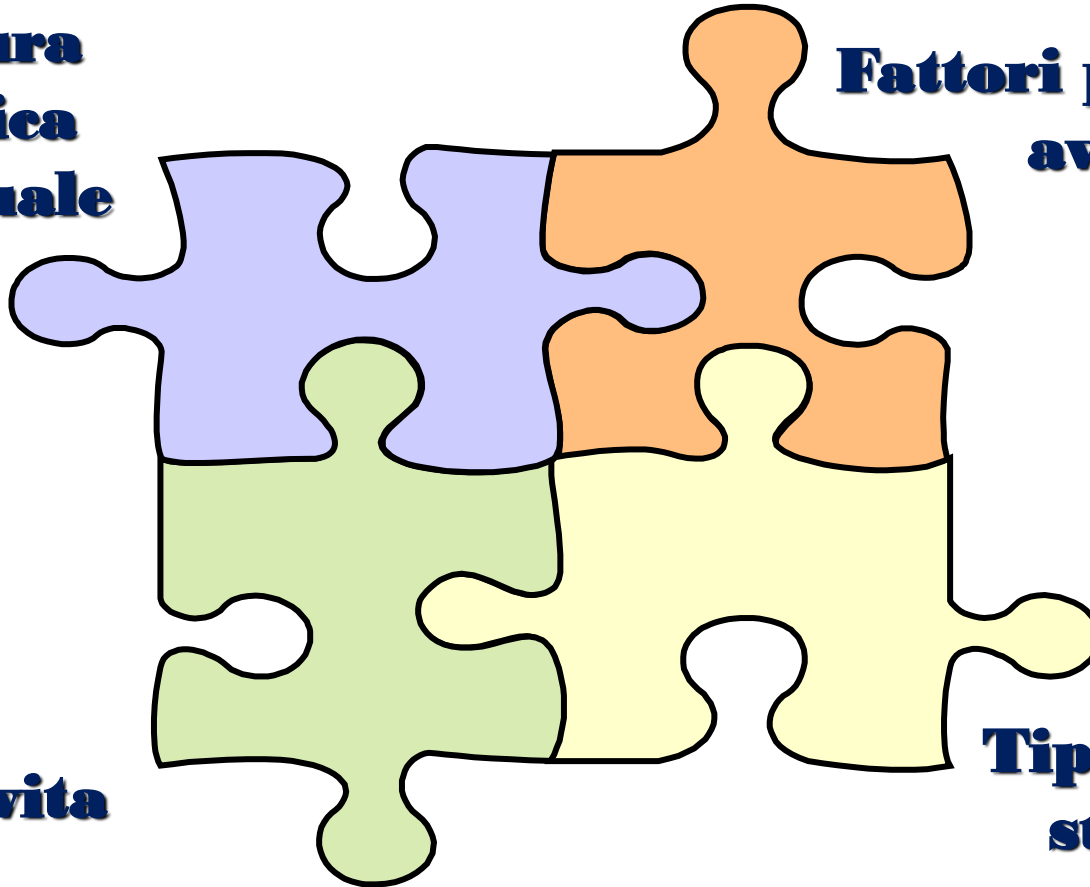
# **Resilienza**

**Struttura  
biologica  
individuale**

**Fattori protettivi o  
avversi**

**Stili di vita**

**Tipo di eventi  
stressanti**



# **L'impatto con il carcere determina:**

- **Reazioni emotive ad elevatissimo rischio anche in soggetti psichicamente integri**
- **Maggiore rischio per i soggetti “primari” e per i soggetti affetti da disturbi di natura fisica o psichica**
- **Rischio di reazioni abnormi di tipo comportamentale determinate dall'elevato carico di frustrazione che la carcerazione comporta**

# PSICOPATOLOGIA E DETENZIONE

Quadri psicopatologici in continuità con la patologia preesistente



carcere = life event



riacutizzazione dei sintomi

*agitazione psicomotoria, sindromi allucinatorie o deliranti in  
soggetti psicotici, tentativi suicidari in soggetti depressi,  
situazioni ansiose acute con quadri fobici o insonnia in  
soggetti nevrotici, comportamenti anomali nei disturbi di  
personalità*

# PSICOPATOLOGIA E DETENZIONE

## Quadri depressivi secondari a particolari condizioni carcerarie

abusanti sessuali, omosessuali  
dichiarati, travestiti, transessuali



“inaccettabili”



isolamento precauzionale

*Reazioni depressive, ansia, insonnia, tentativi suicidari*

# PSICOPATOLOGIA E DETENZIONE

**Alterazioni comportamentali, discontrollo degli impulsi,  
gesti autolesivi**

**tossicodipendenti, tossicofilie,  
culture in cui l'autolesività è un'esperienza  
normale, socialmente giustificabile**

*soggetti che già sono portatori di disagio, ma non di una  
franca patologia psichiatrica*

# PSICOPATOLOGIA E DETENZIONE

**Quadri depressivi nei soggetti appartenenti a classi socio-economiche elevate**

**meccanismi di difesa inadeguati**

*soggetti che si ritrovano ad affrontare delle situazioni psicologiche che sono del tutto diverse da quelle, pur difficili, che sono allenati a gestire*

# **PSICOPATOLOGIA E DETENZIONE**

**Condotte suicidarie  
reattive alla carcerazione  
o alle vicende giudiziarie,  
in soggetti con anamnesi negativa**

**reazioni imprevedibili e drammatiche  
in individui che all'ingresso in carcere non  
presentano segni predittivi per una possibile  
sofferenza psichica**



# PSICOPATOLOGIA E DETENZIONE

## Problemi psicopatologici secondari a malattie fisiche gravi

quadri più gravi di tipo infettivo, HIV e quadri  
HIV correlati, forme oncologiche,  
cardiopatiche

*depressione, psicosi*

# **PSICOPATOLOGIA E DETENZIONE**

**Alterazioni comportamentali e  
discontrolli indotti dalla  
necessità, inconscia o strategica,  
di simulare malattia mentale  
per eventuali vantaggi giudiziari.**

# **AREE CLINICHE**

## **Stato mentale ed affettivo nelle fasi prossime al reato**

- **Progressiva escalation emotiva e comportamentale legata all'evento reato a cui può aggiungersi la reazione alla carcerazione**
- **Particolare attenzione agli autori di infanticidio, uxoricidio, reati a forte contenuto emotivo**
- **Situazioni a forte rischio di rebound da senso di colpa**

# **AREE CLINICHE**

## **Livello di consapevolezza e di informazione sulla propria condizione**

- **La scarsa conoscenza delle leggi ed il timore di gravi conseguenze, anche se inesistenti ma immaginate come concrete, possono portare il detenuto a reazioni abnormi**

## **AREE CLINICHE**

### **Rischio di condotte violente autodirette**

- **Vengono analizzate nel colloquio le idee, i propositi, l'impulsività, la progettualità futura, il punto di vista del detenuto sulle sue capacità di autocontrollo e una autovalutazione sulla propria modalità di reagire alla detenzione**

# **AREE CLINICHE**

## **Prima valutazione della componente simulatoria o dissimulatoria di malattia mentale**

- **Non a fini peritali quanto per impostare una corretta diagnosi e terapia**
- **Intervento tempestivo per evitare la cronicizzazione di condotte poi difficilmente distinguibili da reali stati psicopatologici**

# **RISCHIO AMBIENTALE**

**Individuazione di eventuali caratteristiche di fragilità e di vulnerabilità**

**(età, capacità cognitive, aspetto fisico, mancanza di esperienze penitenziarie, tendenze sessuali)**

**utili a garantire al detenuto assegnazioni in sezioni adeguate.**

# **INDICAZIONI SANITARIE DI CUSTODIA**

**Valutazione psichiatrica atta a fornire  
specifiche indicazioni immediate per la  
custodia:**

- **Livello di sorveglianza**
- **Rimozione**
- **Piantonamento**
- **Eventuale invio al Reparto di  
Osservazione Psichiatrica.**



# **Tutela Salute Mentale in carcere**

- **Presidio del DSM riconosciuto nell'Atto Aziendale come Struttura Semplice a Valena Dipartimentale in ottemperanza ai LEA**
- **Riproposizione integrale delle modalità di lavoro territoriale del DSM**

# **Dipartimento di Salute Mentale**

- **SERVIZIO PSICHIATRICO  
AMBULATORIALE**
- **REPARTO II SESTANTE PER  
OSSERVAZIONE E TRATTAMENTO**

# **SERVIZIO PSICHIATRICO AMBULATORIALE**

- **Attività clinica di consulenza specialistica**
- **Intervento diagnostico e terapeutico anche in urgenza**
- **Indicazioni farmacoterapiche**
- **Gestione dell'evento critico che ha determinato la richiesta**

## **SERVIZIO PSICHIATRICO AMBULATORIALE**

- **Controllo periodico delle condizioni cliniche di detenuti portatori di disturbo psichico in terapia farmacologica di mantenimento**
- **Valutazione dell'evoluzione delle condizioni psichiche dei detenuti sottoposti a G.S. o M.S.**
- **Controllo psichiatrico dei detenuti tossicodipendenti**

# **SERVIZIO PSICHIATRICO AMBULATORIALE**

- **Servizio di ascolto e sostegno psicologico**
- **Interventi psicologici focalizzati e a breve termine su richiesta dello psichiatra**

# **REPARTO DI OSSERVAZIONE E TRATTAMENTO PSICHIATRICO “IL SESTANTE”**

- **Due Sezioni: una di Osservazione (23 posti) e una di Trattamento (30 posti)**
- **Equipe multidisciplinare**
- **Personale di Custodia dedicato**

## **REPARTO IL SESTANTE - OSSERVAZIONE**

- **Inquadramento clinico psichiatrico di disturbi evidenziatisi durante la detenzione**
- **Trattamento di situazioni cliniche acute**
- **Intervento individuale: controlli medici, colloqui psichiatrici, psicologici, psicoeducativi, trattamento farmacologico**
- **Celle singole e videosorvegliate**
- **Passaggio alla sezione di trattamento rapido**

# **REPARTO IL SESTANTE – TRATTAMENTO**

- **Attività tese al recupero delle abilità perse a causa del disturbo psichico e sviluppo di migliori capacità di adattamento alla detenzione**
- **Connotazione comunitaria di tipo riabilitativo e risocializzante**
- **Intervento prevalentemente di tipo gruppale**
- **Regime custodiale attenuato**



# Criticità Generali

- **Psichiatrizzazione di qualsiasi dis-comportamento o dis-adattamento**
- **Riconoscimento del Diritto alla cura (anche dei Disturbi Mentali) per i detenuti e del Carcere come uno dei Luoghi della Cura**
- **Manca di *architetture* di servizio**
- **Deficit di programmazione**

# **Il suicidio in carcere: la categorizzazione del rischio come trappola concettuale ed operativa - Pietro Buffa 2011**

- **la media dei suicidi per 10.000 detenuti nei Paesi dell'Europa Occidentale è risultata pari a quattordici casi per 10.000 abitanti**
- **Il dato medio italiano si collocherebbe, intorno ai dieci casi.**

**Pompili M., e al “Suicidio nelle carceri: La situazione italiana ed elementi di prevenzione”,  
Psichiatria e Psicoterapia, 25, 4, 2006**

## **Il suicidio in carcere: la categorizzazione del rischio come trappola concettuale ed operativa - Pietro Buffa 2011**

- **popolazione detenuta: sono più giovani, più poveri, meno integrati in termini sociali, economici, culturali e con tassi maggiori di patologie fisiche e psichiche.**
- **Negli anni la popolazione detenuta abbia visto una radicale modificazione strutturale nel senso che risulta maggiormente frammentata in termini di coesione sociale e culturale.**
- **Tale frammentazione implica un maggior individualismo e l'aumento della solitudine e questo ha reso il sistema ancor più vulnerabile rispetto al rischio dei suicidi.**

# **Il suicidio in carcere: la categorizzazione del rischio come trappola concettuale ed operativa - Pietro Buffa 2011**

## **I fattori di resilienza al suicidio**

- **risorse interiori e quelle intellettive (stati di coping efficaci)**
- **lo stato di salute pre - carcerazione,**
- **l'ironia, che consente di affrontare una situazione critica con un grado di coinvolgimento adeguato per non farsene travolgere,**
- **il coraggio, inteso come la capacità di investimento affettivo e di responsabilità rispetto ad un progetto autonomo,**
- **la capacità di sognare, cioè di proiettarsi in futuro diverso e migliore partendo da un fondato esame di realtà e da un bilancio delle proprie competenze.**

**Il suicidio in carcere:  
la categorizzazione del rischio come trappola  
concettuale ed operativa - Pietro Buffa 2011**

**I fattori di resilienza al suicidio.**

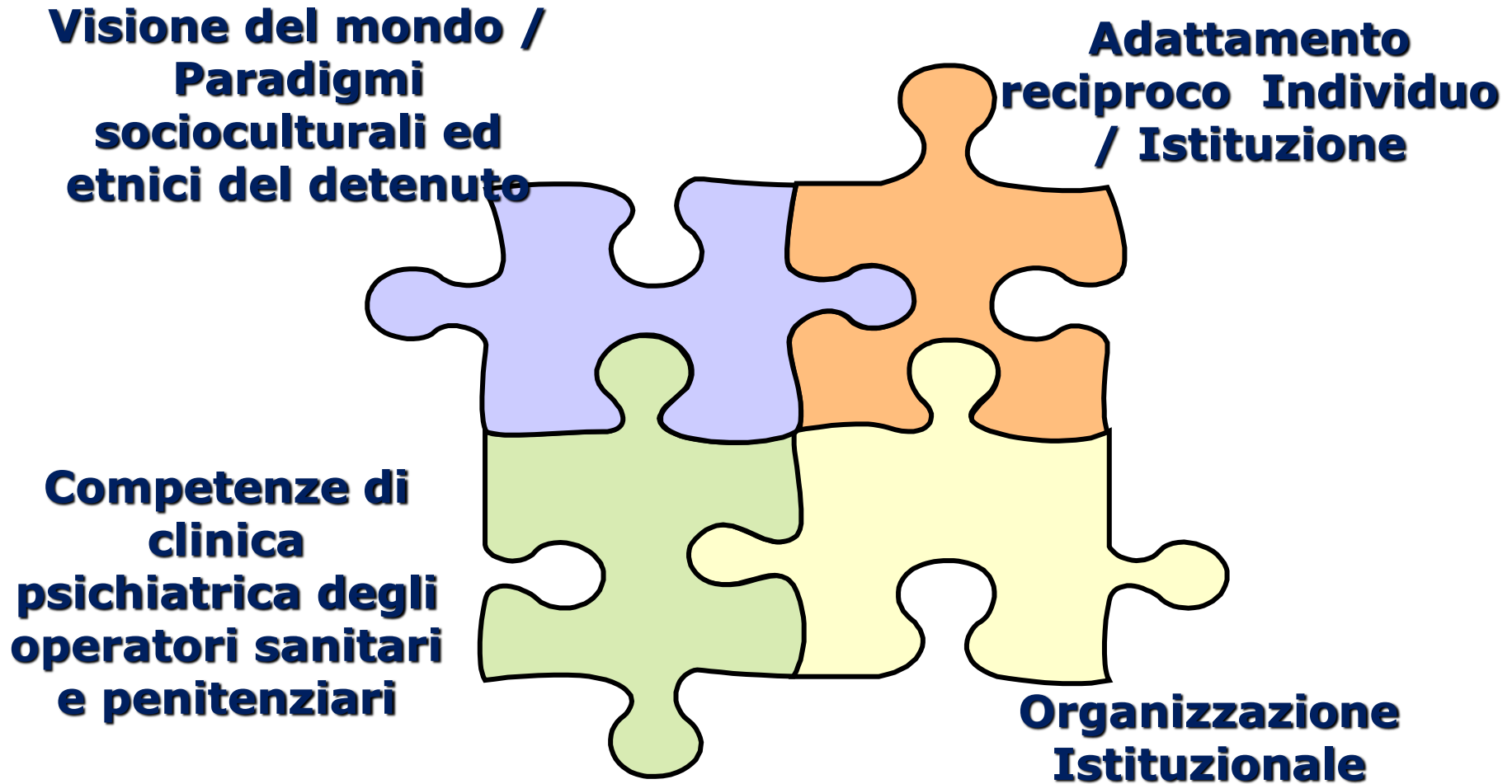
- **Un secondo gruppo ricomprende:**
  - **la progettualità individuale,**
  - **la capacità di stare nel qui ed ora,**
  - **l'esame di realtà,**
  - **le attività occupazionali interne all'istituto,**
  - **il permesso di soggiorno per gli stranieri.**

# **Il suicidio in carcere: la categorizzazione del rischio come trappola concettuale ed operativa - Pietro Buffa 2011**

## **I fattori di resilienza al suicidio**

- **Il terzo insieme di fattori raggruppa le capacità relazionali e sociali:**
  - **la presenza di una rete sociale e familiare e di risorse civili,**
  - **il sostegno da parte dei propri familiari o di altri soggetti esterni durante e dopo la carcerazione,**
  - **la capacità e l'opportunità di potersi relazionare con gli altri detenuti e gli operatori nel corso della carcerazione**
  - **il possesso di una prospettiva credibile di reinserimento sociale al termine della stessa**
  - **la disponibilità al cambiamento.**

# ***Lo sguardo sul suicidio e le condotte suicidarie in carcere***



# **Gestione del rischio suicidiario presso la Casa Circondariale di Torino**

## **ALTO LIVELLO DI ATTENZIONE**

### **Criteri**

**Detenuti che presentano sintomatologia psichiatrica acuta o sub-acuta (sintomi psicotici, disturbi dell'umore, importanti anomalie comportamentali, ideazione auto lesiva) o che abbiano messo in atto un tentativo suicidiario**

### **Provvedimenti**

**È prevista visita psichiatrica entro le 24 ore con successivo invio al Reparto Osservazione Psichiatrica “il Sestante” non appena disponibile un posto oppure presa in carico da parte del Servizio Psichiatrico con visite quotidiane e colloqui psicologici ravvicinati finalizzati alla osservazione dell'evoluzione del quadro clinico  
Nel caso i criteri di alto rischio non rientrino entro 48/72 ore si provvederà comunque all'invio al Reparto Osservazione Psichiatrica “il Sestante”**



# **Gestione del rischio suicidiario presso la Casa Circondariale di Torino**

## **MEDIO LIVELLO DI RISCHIO**

### **Criteri**

**Detenuti con anamnesi positiva per disturbi psichici con o senza presa in carico da parte dei Servizi Territoriali. Detenuti che presentano sintomatologia psichiatrica minore o che abbiano messo in atto o minaccino gesti auto lesivi. Circostanze personali e familiari negative (lutti, separazioni, sentenze, gravi diagnosi cliniche) che possano determinare alterazioni del timismo**

### **Provvedimenti**

**È prevista visita psichiatrica entro le 24 ore con presa in carico da parte del Servizio Psichiatrico con visite e colloqui psicologici ravvicinati finalizzati all'osservazione dell'evoluzione del quadro clinico**

# **Gestione del rischio suicidiario presso la Casa Circondariale di Torino**

## **BASSO LIVELLO DI RISCHIO**

### **Criteri**

**Detenuti che presentano sfumata sintomatologia o che abbiano modalità chiaramente strumentali o che abbiano compiuto gesti auto lesivi correlati a richieste concrete e non su base psicopatologica**

### **Provvedimenti**

**È prevista visita psichiatrica secondo la consueta programmazione con presa in carico da parte del Servizio Psichiatrico con visite e colloqui psicologici settimanali finalizzati all'osservazione dell'evoluzione del quadro clinico**

# **Prevenibilità del suicidio**

- ✓ **Difficoltà a trasferire dati statistici di carattere generale sul singolo caso**
- ✓ **L'esistenza di fattori di rischio e di aree di vulnerabilità consentono di identificare gruppi di pazienti a rischio ma non quale paziente!**

# **Posizione di garanzia**

✓ **Ridimensionare il problema della responsabilità penale dello psichiatra. Proprio lo sforzo di ricostruzione dei suoi compiti, tra tutela della salute e residue pretese di obblighi custodiali, ha messo infatti in luce il collegamento tra cornice della posizione di garanzia e rischio consentito.**

**Cristiano Cupelli *La colpa dello psichiatra. Rischi e responsabilità tra poteri impeditivi, regole cautelari e Linee Guida***

# **Posizione di garanzia**

**doveri del medico,**

**al quale “non si può chiedere in  
misura di diligenza, prudenza e  
perizia, più di quanto egli non sia  
tenuto a fare in posizione di  
garante”.**

**Cristiano Cupelli *La colpa dello psichiatra. Rischi e responsabilità tra  
poteri impeditivi, regole cautelari e Linee Guida***

# **Posizione di garanzia**

✓ **L'idea, va detto, non pare metabolizzata da parte della giurisprudenza, incline per lo più, come pure si è denunciato, ad abbracciare una ricostruzione fattuale del potere di agire, arrivando nella sostanza a ritenere il suicidio di un paziente psichiatrico sempre prevenibile previa segregazione o contenzione fisica.**

**Cristiano Cupelli *La colpa dello psichiatra. Rischi e responsabilità tra poteri impeditivi, regole cautelari e Linee Guida***

**Leggere la responsabilità dello psichiatra in una prospettiva integrata (tra regola cautelare e posizione di garanzia), ristabilendo da un lato gli esatti confini degli obblighi dello psichiatra, oltre i quali non può essere addebitato l'omesso impedimento dell'evento, e dall'altro facendo confluire nella stessa posizione di garanzia gli intrecci tra regola cautelare e volontà del paziente, tanto sul versante dei poteri di agire del medico e dei relativi doveri impeditivi, quanto su quello della selezione della migliore regola cautelare del caso concreto.**

# Grazie dell'attenzione

***elvezio.pirfo @aslto2.piemonte.it***