

Delib.G.R. 2 aprile 2012, n. 196 ⁽¹⁾.

Accordo, ai sensi dell'art. 9 D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla Sanità penitenziaria recante "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale". (Rep. n. 5/CU) - Recepimento.

(1) Pubblicata nel B.U. Abruzzo 9 maggio 2012, n. 26.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il *decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230*, recante norme per il riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'*articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419*;

Vista la *legge 24 dicembre 2007 n. 244*, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2008)" e in particolare l'*articolo 2, comma 283*, secondo cui, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria di cui al citato *decreto legislativo n. 230 del 1999*, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, sono definiti le modalità e i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile al Servizio sanitario nazionale delle funzioni relative alla sanità penitenziaria;

Considerato che in attuazione della succitata normativa è stato emanato in data 1° aprile 2008 apposito D.P.C.M. avente per oggetto "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" pubblicato sulla G.U. n. 126 del 30 maggio 2008;

Considerato altresì che il suddetto decreto demanda alle Regioni l'espletamento delle funzioni trasferite;

Dato atto che la Giunta Regionale con propria *deliberazione del 23.06.2008 n. 544*, pubblicata sul *B.U.R.A. n. 42 del 25 luglio 2008* ha recepito il D.P.C.M. in parola, demandando alle AASSLL il compito di garantire in modo uniforme i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie all'interno delle strutture penitenziarie ubicate nel territorio regionale;

Dato atto che con la medesima deliberazione di Giunta Regionale sopra citata è stato istituito l'Osservatorio permanente regionale sulla sanità penitenziaria con il compito di valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi a tutela della salute dei detenuti, internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, garantendo, nel contempo, l'efficacia delle misure di sicurezza;

Dato atto altresì che in sede di Conferenza unificata è stato istituito il Comitato paritetico interistituzionale, previsto dall'*art. 5 comma 2 del D.P.C.M. 1° aprile 2008*, che ha il compito di elaborare e proporre accordi condivisi per l'attuazione delle "Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti

penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" di cui all'*allegato A al D.P.C.M. 1° aprile 2008*;

Rilevato che la Conferenza Unificata Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità Montane in data 19 gennaio 2012 Rep. n. 5/CU ha ratificato l'Accordo ai sensi dell'*art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante "**Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale**", allegato alla presente deliberazione (*alleg. "I"*);

Visto che l'Accordo approvato dalla Conferenza unificata in data 19.01.2012 prevede che entro tre mesi dalla data del presente accordo, in ogni Regione e PP.AA, si costituisca all'interno di ciascun Osservatorio Permanente sulla Sanità Penitenziaria, un gruppo di lavoro tecnicospicifico, composto, senza oneri aggiuntivi, anche da operatori sanitari e da operatori penitenziari e minorili. Tale gruppo di lavoro avrà il compito di elaborare, sulla base delle linee guida esistenti e tenendo conto delle indicazioni degli organismi europei e dell'OMS, un programma operativo di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili.

Considerato, altresì, che nella riunione del 29.02.2012 l'Osservatorio Permanente sulla Sanità Penitenziaria per l'attuazione dell'Accordo succitato ha deciso di costituire il gruppo tecnico-spicifico, come di seguito:

1. tre (3) rappresentanti per il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e precisamente:

D.sa Fiammetta Trisi - membro dell'Osservatorio permanente regionale sulla sanità penitenziaria;

Dott. Massimo Di Rienzo -Direttore di un Istituto Penitenziario regionale,

Dott. Vincenzo Paradiso - Commissario della Polizia Penitenziaria regionale;

2. due (2) rappresentanti delle AASSLL entrambi membri dell'Osservatorio permanente regionale sulla sanità penitenziaria e precisamente:

Dott. Vittorio Sconci - Direttore dei DSM;

Dott. Giuseppe Carducci - Responsabile del Servizio Aziendale della Medicina Penitenziaria;

3. tre (3) per il Dipartimento Giustizia Minorile e precisamente:

Dott. Concetto Zanghi - Dirigente membro dell'Osservatorio permanente regionale sulla sanità penitenziaria;

D.ssa Sandra Belloni - Dirigente del Centro per la Giustizia Minorile regionale;

D.ssa Giovanna Di Piero - Dirigente del Centro di Prima Accoglienza di L'Aquila;

4. un (1) esperto esterno Dott. Alfredo De Risio con qualifica di Psicologo Dirigente, Responsabile UOS di Psicologia Penitenziaria della Direzione Dipartimento di salute Mentale Azienda Unità Sanitaria Locale Roma H;

Dato atto che la partecipazione a tale gruppo tecnico-scientifico è a titolo gratuito per tutti i componenti;

Considerato che l'Osservatorio Permanente sulla Sanità Penitenziaria nella riunione del 25.10.2011 ha approvato il Protocollo operativo per la tutela della salute mentale in carcere nella Regione Abruzzo (*Allegato 2*) ed il relativo Schema Riassuntivo (*allegato 3*);

Ravvisata la necessità di recepire il suddetto accordo sancito dalla Conferenza Unificata in data 19 gennaio 2012 e di approvare il Protocollo operativo per la tutela della salute mentale in carcere nella Regione Abruzzo ed il relativo Schema Riassuntivo;

Vista la *L.R. 77/99* e ss. mm. ed integrazioni;

Considerato che la presente deliberazione non comporta oneri economici sul bilancio Regionale;

Dato atto che il Direttore Regionale della Direzione Politiche della Salute ha espresso il proprio parere favorevole in merito alla regolarità tecnica ed amministrativa della presente proposta di deliberazione ed alla sua conformità alla legislazione vigente;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge

Delibera

[Testo della deliberazione]

per le motivazioni specificate in premessa, che qui si intendono integralmente trascritte e approvate

- di recepire l'accordo sancito dalla Conferenza Unificata tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità Montane in data 19 gennaio 2012 Rep. n. 5/CU, "Accordo ai sensi dell'*art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante "**Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale**", allegato alla presente deliberazione (*alleg. "1"*);

- di approvare il Protocollo operativo per la tutela della salute mentale in carcere nella Regione Abruzzo (*Allegato 2*) ed il relativo Schema Riassuntivo (*allegato 3*);

- di costituire il gruppo tecnico-scientifico come segue:

1. tre (3) rappresentanti per il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e precisamente:

D.sa Fiammetta Trisi - membro dell'Osservatorio permanente regionale sulla sanità penitenziaria;

Dott. Massimo Di Rienzo -Direttore di un Istituto Penitenziario regionale,

Dott. Vincenzo Paradiso - Commissario della Polizia Penitenziaria regionale;

2. due (2) rappresentanti delle AASSLL entrambi membri dell'Osservatorio permanente regionale sulla sanità penitenziaria e precisamente:

Dott. Vittorio Sconci - Direttore dei DSM;

Dott. Giuseppe Carducci - Responsabile del Servizio Aziendale della Medicina Penitenziaria;

3. tre (3) per il Dipartimento Giustizia Minorile e precisamente:

Dott. Concetto Zanghi - Dirigente membro dell'Osservatorio permanente regionale sulla sanità penitenziaria;

D.ssa Sandra Belloni - Dirigente del Centro per la Giustizia Minorile regionale;

D.ssa Giovanna Di Piero - Dirigente del Centro di Prima Accoglienza di L'Aquila;

4. un (1) esperto esterno Dott. Alfredo De Risio con qualifica di Psicologo Dirigente, Responsabile UOS di Psicologia Penitenziaria della Direzione Dipartimento di salute Mentale Azienda Unità Sanitaria Locale Roma H;

- di dare atto che tale gruppo di lavoro avrà il compito di elaborare, sulla base delle linee guida esistenti e tenendo conto delle indicazioni degli organismi europei e dell'OMS, un programma operativo di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili.

- di dare mandato al Servizio Prevenzione Collettiva della Direzione Politiche della Salute per l'assunzione di tutti gli atti consequenziali necessari per l'attuazione del presente provvedimento;

- di inviare il presente provvedimento, per gli specifici adempimenti di competenza, alle AAUSSL del territorio regionale;

- di pubblicare il presente atto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*.

Allegato 1 ⁽²⁾

(2) NDR: L'allegato 1 non è stato pubblicato nel Bollettino Ufficiale.

Allegato 2

Protocollo operativo per la tutela della salute mentale in carcere nella regione Abruzzo

Il *D.P.C.M. del 1° aprile 2008* ha sancito in maniera definitiva il passaggio delle competenze in materia di assistenza sanitaria a favore della popolazione detenuta, dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, stabilendo che *"i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione efficaci ed appropriate"*.

I detenuti affetti da disagio psichico rappresentano una percentuale significativa, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, della popolazione carceraria.

La condizione di disagio psichico può essere preesistente alla carcerazione, o insorgere nel corso e come conseguenza della stessa.

Le manifestazioni più eclatanti del disagio psichico destabilizzano profondamente l'ambiente carcerario e assurgono tristemente alla ribalta delle cronache nei casi in cui si tratti di atti suicidari o di autolesionismo.

Il carcere, inoltre, può esercitare una patogenicità più subdola, incidendo significativamente sul senso di dignità personale dell'individuo e minando l'equilibrio psichico lentamente e a lungo termine.

IL *D.P.C.M. del 1° aprile 2008* ha fornito, quali atti di indirizzo, indicazioni alle regioni per garantire ai cittadini detenuti un programma di prevenzione primaria e secondaria, di cura e riabilitazione tanto più difficile da realizzare ma indispensabile in un ambiente di per sé patogeno come il carcere.

In particolare nel D.P.C.M. vengono esplicitate le modalità operative per eseguire un programma sistematico di interventi che affronti con risposte adeguate la complessità del fenomeno (Allegato "A" - Linee di indirizzo per gli interventi del SSN a tutela della salute dei detenuti).

Per raggiungere gli obiettivi previsti ogni ASL della Regione Abruzzo garantisce l'assistenza psichiatrica presso gli Istituti Penitenziari del territorio di competenza attraverso il proprio Dipartimento di Salute Mentale (DSM), come previsto dal Protocollo d'Intesa stipulato tra la Regione Abruzzo, il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria di Pescara e il Centro della Giustizia Minorile di L'Aquila, approvato con Delib.G.R. n. 423 del 25 maggio 2010.

Il DSM in ambiente intramurario deve:

- assicurare le prestazioni previste nei Livelli Essenziali di Assistenza;
- attuare gli interventi di cura e riabilitazione in stretto collegamento con le articolazioni organizzative dei servizi psichiatrici del territorio;
- garantire azioni mirate alla prevenzione dei comportamenti disadattativi;
- favorire l'integrazione dei malati mentali e dei portatori di disagio sociale nell'ambiente intramurario anche utilizzando psicoterapie di gruppo, gruppi di auto-mutuo-aiuto, nonché il coinvolgimento delle associazioni di volontariato;

- svolgere attività mirata alla prevenzione dei comportamenti autolesivi;

Il DSM deve fornire personale altamente qualificato con adeguata specializzazione (psichiatra, psicologo, assistente sociale). Solo in questo modo si può andare oltre la ormai obsoleta figura del consulente psichiatra ad ore, autonomo e staccato dall'ambito psichiatrico territoriale e giungere a procedure di intervento psichiatrico uniformi, come previsto dalla legge, sul territorio e all'interno del carcere.

Nell'ambito dell'organizzazione di un efficace servizio psichiatrico in carcere particolare attenzione deve essere posta alle situazioni di emergenza-urgenza psichiatrica e "pseudopsichiatrica" (condizioni, come le proteste sotto varie forme, che richiedono interventi specifici e risposte non di tipo psichiatrico, perlopiù di tipo socio-ambientale o giudiziario) che possono evolvere in comportamenti autolesionistici o suicidari.

Il suicidio in carcere occupa il primo posto nella lista degli eventi "sentinella" che devono far riflettere su organizzazione, strategie e percorsi di cura.

Infatti la carcerazione è un fattore specifico di vulnerabilità all'autoaggressione, chiaro, inequivocabile segnale di disagio in cui i detenuti si vengono a trovare.

I suicidi sono più frequenti tra coloro che:

- meno socializzano con gli altri detenuti;
- sono meno impegnati nelle diverse attività;
- vengono trasferiti da altro carcere;
- ricevono comunicazione di sopravvenuta condanna;
- subiscono lutti o altri gravi problemi familiari;

I periodi di maggior rischio sono:

- subito dopo la carcerazione (2-10 giorni);
- dopo 2 mesi e durante pene lunghe;
- Il 60% circa dei suicidi riguarda reclusi da meno di un anno.

Particolarmente a rischio risultano i giovani al primo arresto.

Si uccidono più gli italiani degli stranieri, con una presenza di circa il 35% sul totale dei detenuti, gli stranieri suicidi costituiscono il 16%.

I tossicodipendenti rappresentano il 31% dei casi di suicidio.

La maggior parte dei tentativi di suicidio viene messo in atto in celle singole, di isolamento, in settori di massima sicurezza o in istituti di pena sovraffollati, in orari in cui diminuisce la vigilanza del personale (spesso nelle ore notturne).

Alla luce di quanto esposto, in considerazione della necessità di arginare i fenomeni di autolesionismo e, più in generale di prevenire il disagio psichico in carcere, risulta indispensabile la realizzazione di una presa in carico efficace dei cittadini ristretti negli istituti di pena e di una strategia operativa incisiva con la sensibilizzazione e il coinvolgimento di tutti gli operatori penitenziari (Medici, Infermieri, Educatori, Criminologi, Psicologi, Assistenti Sociali, Cappellano e Operatori di Polizia Penitenziaria). La prevenzione del disagio, in particolare del disagio grave che si manifesta con comportamenti autolesionistici o con tentativi di suicidio, non può essere attuata dal singolo specialista psichiatra, ma deve necessariamente passare attraverso un lavoro di equipe coordinato dallo specialista psichiatra.

Tutti coloro che operano in ambito penitenziario devono essere formati e sensibilizzati al problema. E' necessario operare sul paziente e sull'ambiente.

PROTOCOLLO OPERATIVO

Per una efficace e appropriata tutela della salute mentale in carcere bisogna attuare un **percorso diagnostico-terapeutico** che deve coinvolgere tutti coloro che operano nell'istituto e che inizia nel momento stesso dell'ingresso del detenuto.

Infatti, sicuramente cruciale nell'ambito dell'esperienza detentiva risulta essere il momento dell'ingresso in carcere.

Particolare attenzione deve essere posta al soggetto che entra in carcere, specie se si tratta di una prima esperienza detentiva.

1. **La visita psichiatrica di primo ingresso** (che deve essere eseguita dallo psichiatra dopo la visita medica generale svolta dal medico SIAS, Servizio Integrativo di Assistenza Sanitaria) assume un'importanza cruciale nel processo di prevenzione e individuazione del disagio psichico.

In questa fase è necessario individuare:

• **I soggetti con disturbi psichiatrici in atto o pregressi quali:**

a. Disturbi dell'umore

b. Schizofrenia ed altri disturbi psicotici

c. Disturbi di personalità gravi

d. Altri disturbi (disturbo da attacchi di panico, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo del comportamento alimentare, disturbi somatoformi, disturbo post-traumatico da stress)

• **I soggetti con anamnesi positiva per pregressi tentativi di suicidio**

Dovranno, dunque, essere valutate attentamente le condizioni cliniche, stabilire se il paziente può ricevere cure adeguate nell'istituto o, in alternativa richiedere il ricovero nel Reparto Detentivo dell'Ospedale Civile a carico del SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), contattare gli specialisti referenti del paziente sul territorio per ottenere informazioni dettagliate e concordare un percorso di cura che deve prevedere anche la possibilità di incontro tra paziente e medico di riferimento.

Contestualmente si attivano tutte le misure idonee a modificare le condizioni ambientali ed evitare l'attuazione di gesti anticonservativi (celle con arredo idoneo, videosorveglianza, lenzuola di carta, ecc.).

I soggetti che risultano portatori di fattori di rischio per lo sviluppo di un disagio psichico in carcere devono ricevere una attenta valutazione psichiatrica e psicologica per evidenziare, in primo luogo, la presenza di un rischio suicidario.

2. La valutazione del rischio di suicidio, effettuata dallo specialista psichiatra si basa su:

- Ricostruzione storica della vita del paziente (diagnosi clinica e valutazione psicosociale), bisogna porre attenzione a:

- > pregressi atti autolesivi e familiarità per il suicidio (Il 30% dei suicidi ha già tentato il suicidio);

- > storia di abusi sessuali;

- > perdita precoce di una figura significativa;

- > avversità significative anche recenti (ad esempio un lutto familiare);

- Analisi delle caratteristiche anagrafiche e socioculturali del paziente:

- > sesso maschile (rischio maggiore);

- > età (compresa tra i 18 e i 30 anni o superiore a 60);

- > isolamento sociale;

- Somministrazione di scale di valutazione e questionario per i segni predittivi per il suicidio. Le scale di valutazione possono essere di aiuto nello stabilire una soglia di allerta;

- Rilevazione di altri segni: difficoltà di ragionamento, commenti o espressioni sul suicidio, affermazioni concernenti l'assenza di speranza, assenza di significato della vita, inutilità, impotenza, disperazione, rabbia, bassa stima di sé, auto-denigrazione, percezione che gli eventi siano catastrofici, ipergeneralizzazione, lettura degli eventi come fatti personali, agitazione, scarso controllo degli impulsi, ridotta capacità di giudizio, allucinazioni, senso di colpa, mancanza di progetti per il futuro.

Dal momento che, nella maggior parte dei casi, un comportamento suicidario non viene messo in atto in modo improvviso -nonostante l'impulsività costituisca spesso il momento finale del processo suicidario- ma consegue ad un periodo (più o meno lungo) di sofferenza e pensieri di morte e talvolta anche ad un lungo periodo in cui la strategia per attuarlo viene meditata, gran parte dei pazienti prima di arrivare a mettere in atto il tentativo lancia e/o esprime segnali premonitori che possono essere raccolti. Deve essere sfatata l'errata convinzione che chiedere al paziente se stia pensando al suicidio possa esporlo a maggior rischio facendogli nascere l'idea di metterlo in atto. Nel momento in cui si evidenziano segnali di ideazione suicidaria bisogna affrontare con franchezza il problema con il paziente.

Il soggetto a rischio suicidario non va mai allocato in degenza singola, ma opportunamente deve essere scelta una compagnia sensibilizzata in grado di aiutarlo e sostenerlo. Bisogna rimuovere dalla

cella tutti gli elementi a valenza autolesiva ed utilizzare le lenzuola di carta. Indispensabile è l'attivazione della "grande sorveglianza" della polizia penitenziaria previa sensibilizzazione e descrizione del problema.

3. Lo psichiatra deve delineare una specifica, ben articolata programmazione delle visite di controllo.

La individuazione del disagio psichico deve essere seguita da un adeguato trattamento. Il paziente deve essere informato con linguaggio a lui comprensibile sulle condizioni di salute psichica e sulle possibilità di cura. Gli effetti terapeutici e collaterali dei farmaci eventualmente utilizzati devono essere ampiamente illustrati al paziente. La tendenza all'abuso di psicofarmaci, in particolare benzodiazepine, tanto frequente in carcere, deve essere scoraggiata e devono essere proposti, specie ai soggetti a rischio di abuso, percorsi di trattamento alternativi.

Tutti i detenuti, anche coloro che non vengono individuati come soggetti a rischio devono avere la possibilità di accedere, se lo desiderano, al colloquio con gli specialisti.

4. Il sostegno psicologico diventa fondamentale e deve essere assicurato attraverso:

- colloqui individuali
- psicoterapie di gruppo
- interventi psicoeducativi

La carcerazione rappresenta di per sé un grave evento stressante in quanto implica: limitazione della libertà, perdita del ruolo sociale, spersonalizzazione, livellamento, riduzione della privacy, convivenza obbligata.

Il paziente deve essere aiutato a sviluppare adeguate strategie di *coping* (insieme di strategie mentali e comportamentali messe in atto per fronteggiare un evento stressante).

Il detenuto deve essere aiutato a considerare opportunamente i suoi problemi. Si potrà ottenere il cambiamento nel modo di vedere le cose e la situazione potrà divenirgli più tollerabile. Il detenuto va incoraggiato a cambiare le cose che possono essere cambiate e ad accettare le cose che non possono essere cambiate. Deve essere stimolato a sviluppare interessi nuovi, attività lavorative, attività ricreative, attività sportive.

5. Devono essere coltivati e richiamati gli affetti familiari, anche attraverso l'intervento del Servizio Sociale Dipartimentale. E' sicuramente opportuno coinvolgere in questo progetto il Cappellano, il volontariato, i compagni di cella, il personale di polizia penitenziaria. Fondamentale è l'obiettivo di perseguire una maggiore umanizzazione nei rapporti tra detenuti e operatori.

Insopprimibile la possibilità di implementare i rapporti affettivi con la propria famiglia.

6. Gli operatori del DSM devono avere la possibilità di contatti diretti con la popolazione detenuta accedendo alle Sezioni e agli ambienti per l'attività in comune, per avere l'occasione di una diretta osservazione delle eventuali manifestazioni di disagio psichico e, nel contempo avviare un rapporto diretto con il paziente, propedeutico ad una scelta di adesione ad un percorso diagnostico ed ad un eventuale trattamento terapeutico appropriato. Tale modalità di approccio diretto con i pazienti affetti da psicopatologie sarà resa possibile attraverso azioni integrate del

personale dell'Area Sanitaria e dell'Area della Sicurezza oltre che dell'Area Trattamentale e socio-educativa che facilitino la continuità dell'intervento del Servizio Psichiatrico nel contesto ambientale.

7. La circolarità delle informazioni, vale a dire la possibilità di acquisire informazioni attendibili sulle condizioni e sui comportamenti del detenuto da tutti gli Operatori e dagli stessi detenuti acquisisce particolare significato ed importanza e deve essere incoraggiata.

8. Per la forte presenza di extracomunitari nella popolazione detenuta sarebbe opportuno poter disporre anche di mediatori culturali.

9. Un programma di prevenzione del disagio psichico in carcere deve, inoltre, prevedere:

- Interventi sul contesto ambientale:

- > Ambiente fisico: è necessaria la disponibilità di spazi adeguati, il più possibile accoglienti in modo da favorire la comunicazione tra operatori e paziente, e lo svolgimento delle attività cliniche e riabilitative.

- > Ambiente sociale: la sensibilizzazione e la formazione rispetto al tema del disagio psichico degli operatori penitenziari deve essere prevista ed effettuata in modo strutturato con incontri periodici.

- La possibilità di accesso, da parte dei pazienti a progetti ricreativi e di formazione lavorativa, finalizzati all'acquisizione di abilità eventualmente spendibili dopo la dimissione.

- La possibilità da parte dei pazienti di poter usufruire dei progetti di riabilitazione psichiatrica specifici (progetto Armonia e borse lavoro) come previsto per gli utenti del DSM non ristretti in carcere.

OSSERVAZIONE PSICHIATRICA.

Il *D.P.C.M. 1° Aprile 2008* ha sollevato problematiche nuove relativamente all'accertamento dell'infermità psichica dei soggetti detenuti.

Nel periodo precedente l'emanazione del suddetto decreto la cosiddetta "osservazione psichiatrica" per soggetti che nel corso del periodo detentivo della pena sviluppavano disturbi psichici, veniva svolta presso appositi centri dell'Amministrazione Penitenziaria o negli OPG (Ospedali Psichiatrici Giudiziari).

L'accordo stato-regioni del 26 novembre 2009 (G.U. del 4 gennaio 2010) recepito dalla Regione Abruzzo con *Delib.G.R. n. 424 del 25 maggio 2010*, a tal proposito prevede:

e) reparti di osservazione psichiatrica (Art. 112 comma 1, D.P.R. 230/2000)

L'art. 112 D.P.R. 230/2000 non prevede espressamente reparti o sezioni di osservazione psichiatrica, ma esclusivamente l'"accertamento delle condizioni psichiche" da svolgersi "nel medesimo istituto dove il soggetto si trova o, in caso di insufficienza di quel servizio diagnostico, in altro istituto della medesima categoria".

L'Amministrazione Penitenziaria ha destinato appositi reparti allo svolgimento dell'osservazione psichiatrica. Attualmente reparti di osservazione psichiatrica sono stati realizzati nelle carceri di

Monza, Torino, Bologna, Firenze, Roma Rebibbia, Reggio Calabria, Palermo, Cagliari, Livorno, Napoli. Altri reparti sono stati approntati, ma non ancora aperti presso Verona, Piacenza e Lanciano.

La creazione di apposite sezioni per l'osservazione psichiatrica è stata, sino ad oggi, una delle possibili risposte al disagio psichico all'interno del carcere, ed è una delle possibili modalità di gestione e organizzazione del servizio psichiatrico intramurario che necessita di potenziamento all'interno del sistema carcere nel suo complesso.

Si conviene quindi sull'esigenza dell'implementazione del servizio psichiatrico negli istituti penitenziari, in modo da consentire l'osservazione psichiatrica tendenzialmente in sede. In particolare si evidenzia la necessità di potenziare il servizio psichiatrico nei reparti detentivi femminili, ove si registra un'insufficienza di posti letto nelle strutture finora a disposizione dell'Amministrazione, anche in ragione dell'attuale sovraffollamento.

Nelle more di possibili diverse forme di organizzazione di tale servizio, si ritiene opportuno mantenere le strutture esistenti, sottolineando, però, al contempo la necessità che ogni ASL competente per ciascuna struttura penitenziaria provveda alla presa in carico psichiatrica.

Al Servizio psichiatrico penitenziario vengono demandati compiti di:

1. diagnosi e cura dei disturbi psichiatrici acuti e cronici nei soggetti detenuti;
2. "osservazione psichiatrica" che può essere richiesta dalla autorità giudiziaria per la valutazione della compatibilità del soggetto con il regime detentivo, attività che richiede professionalità ed esperienza particolari.

Il trattamento delle condizioni di acuzie psichiatrica come anche l'osservazione psichiatrica disposta dall'autorità giudiziaria non possono essere effettuati all'interno dell'istituto di pena a meno che non siano presenti appositi reparti, vale a dire strutture sanitarie con i requisiti previsti dalla legge, assimilabili a reparti ospedalieri, con camere di degenza attrezzate per il soggiorno, le visite ed il monitoraggio dei pazienti-detenuti che ne hanno necessità, dove il personale medico e paramedico possa accedere e svolgere le proprie mansioni senza limitazioni e, quindi, senza incorrere in **comportamenti omissivi** secondo ciò che prevede la ordinaria pratica medica. E' inoltre, indispensabile la presenza di personale infermieristico specializzato e presente in tutto l'arco delle 24 ore e di equipe mediche specializzate.

Bibliografia

1. "La prevenzione del suicidio nelle carceri", World Health Organization, 2007
 2. "Linee di indirizzo sulla gestione di casi a rischio suicidario in carcere", Regione Toscana, Centro Regionale per la salute in carcere, 2009.
 3. "Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors", APA (American Psychiatry Association), Practice Guidelines, 2003.
-

Allegato 3 Schema riassuntivo

1. Sintesi Della Normativa Vigente

· **Il D.P.C.M. del 1 aprile 2008** ha sancito il passaggio delle competenze in materia di assistenza sanitaria a favore della popolazione detenuta dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, stabilendo che *"i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione efficaci"*.

· **Il protocollo d'intesa tra la Regione Abruzzo, il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria di Pescara e il Centro della Giustizia Minorile dell'Aquila** (Delib.G.R. n. 423 del 25 maggio 2010) all'articolo 15, recependo le linee di indirizzo del D.P.C.M. 1° aprile 2008, sancisce che *"ogni ASL della Regione Abruzzo deve garantire l'assistenza psichiatrica presso gli Istituti Penitenziari del territorio di competenza attraverso il proprio Dipartimento di Salute Mentale"*.

2. Protocollo Operativo.

Il DSM in ambiente intramurario deve:

- assicurare le prestazioni previste nei Livelli Essenziali di Assistenza;
- attuare gli interventi di cura e riabilitazione in stretto collegamento con le articolazioni organizzative dei servizi psichiatrici del territorio;
- garantire azioni mirate alla prevenzione dei comportamenti disadattativi;
- favorire l'integrazione dei malati mentali e dei portatori di disagio sociale nell'ambiente intramurario anche utilizzando psicoterapie di gruppo, gruppi di auto-mutuo-aiuto, nonché il coinvolgimento delle associazioni di volontariato;
- svolgere attività mirata alla prevenzione dei comportamenti autolesivi;

Le suddette attività saranno svolte attraverso:

a. **La visita psichiatrica dei nuovi ingressi** (che deve essere eseguita dallo psichiatra dopo la visita medica generale svolta dal medico SIAS, Servizio Integrativo di Assistenza Sanitaria) che assume un'importanza cruciale nel processo di prevenzione del disagio psichico attraverso l'individuazione di:

- **soggetti con disturbi psichiatrici in atto o pregressi**
- **soggetti con anamnesi positiva per pregressi tentativi di suicidio**
- **soggetti con elevato rischio di suicidio**

b. **Una specifica e ben articolata programmazione delle visite di controllo**

c. Il sostegno psicologico assicurato attraverso:

- colloqui individuali
- psicoterapie di gruppo
- interventi psicoeducativi

d. Il sostegno e richiamo agli affetti familiari attraverso l'intervento del Servizio Sociale Dipartimentale

e. L'accesso degli operatori del DSM alle Sezioni e agli ambienti per le attività in comune per garantire contatti diretti con la popolazione detenuta

f. Un programma di prevenzione del disagio psichico e quindi anche delle condotte suicidarie con interventi sull'ambiente fisico e sull'ambiente sociale

g. La formazione specifica del personale sulla prevenzione delle condotte suicidarie

h. La somministrazione di test psicodiagnostici per evidenziare segni prodromici di ideazione suicidaria

Bibliografia

1. "La prevenzione del suicidio nelle carceri", World Health Organization, 2007
2. "Linee di indirizzo sulla gestione di casi a rischio suicidario in carcere", Regione Toscana, Centro Regionale per la salute in carcere, 2009.
3. "Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors", APA (American Psychiatry Association), Practice Guidelines, 2003.