

Convegno

“LA PRATICA PSICOTERAPEUTICA BASATA SULLE EVIDENZE NEI SERVIZI DI PSICOLOGIA. Buone pratiche nell’uso di strumenti di valutazione di esito”

Bologna, 23 ottobre 2014

La valutazione di esito nell’attività clinica in ambito penale minorile:
il rischio suicidario e autolesivo

Giorgio De Isabella

Direttore UOC di Psicologia Clinica

AO “Ospedale San Carlo Borromeo” Milano

AO “Ospedale San Carlo Borromeo” Milano

Dipartimento Salute
Mentale

```
graph TD; A[Dipartimento Salute Mentale] --- B[YO Complessa Psichiatria]; A --- C[YO Complessa Psicologia Clinica]; A --- D[YO Semplice Dip. Neuropsych.];
```

YO Complessa
Psichiatria

YO Complessa
Psicologia Clinica

YO Semplice Dip.
Neuropsych.

Sanità Penitenziaria al SSR

- Il DGR 8120 del 1 ottobre 2008, in attuazione del DPCM 1° aprile 2008, trasferisce le funzioni sanitarie relative al Centro Giustizia Minorile (CGM) di Milano alla Azienda Ospedaliera “Ospedale San Carlo Borromeo” (AOSCB) per tutta la Lombardia, quindi sia per la Corte d’Appello di Milano che per quella di Brescia

Ministero della Giustizia

Centro Giustizia
Minorile

Centro Prima
Accoglienza

Ufficio Servizio
Sociale Minorenni

Istituto Penale
Minorile

Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT)

- Nel 2012 la Direzione Generale Sanità attiva un GAT sui rischi anticonservativi negli adulti e nei minori
- Nell'ottobre 2013 Regione Lombardia licenzia il documento "Riduzione del Rischio Autolesivo e Suicidario nei Detenuti, Internati e Minorenni Sottoposti a Provvedimento Penale"
 - Che prevede l'avvio di una sperimentazione atta a verificare l'applicazione delle procedure e delle attività finalizzate alla riduzione del rischio (DGR n. 809)

Sperimentazione sulla riduzione del rischio autolesivo e suicidario

- Dopo una fase preliminare di raccordo tra CGM e AO, a partire dal 1/11/2013 sono state implementate le seguenti attività:
 - implementazione di procedure di valutazione del rischio suicidario e autolesivo da parte dei soggetti coinvolti (AO e CGM)
 - interventi di formazione per agenti di polizia penitenziaria ed educatori finalizzata al corretto utilizzo di una griglia di osservazione di comportamenti indicatori di rischio
 - attività di monitoraggio dell'efficacia delle prassi operative e degli iter formativi applicati
- La sperimentazione è durata un anno

Dati sulla presa in carico degli autori di reato

ANNO	INGRESSI (NUOVI GIUNTI) (Per l'USSM segnalazioni dell'AG)				SEGNALAZIONI all'UOCPC			
	CPA	IPM	USSM	TOTALE	CPA	IPM	USSM	TOTALE
2012	265	197	546	1008	10 (3,8%)	94 (47,7%)	13 (2,4%)	117 (11,6%)
2013	301	262	620	1183	21 (7%)	103 (39,3%)	21 (3,4%)	145 (12,1%)
I° SEMESTRE 2014	114	102	Dato ufficiale non disponibile		6 (5,2%)	43 (42,2%)	10	59

Numero complessivo pazienti in carico per anno (vecchi e nuovi)

Anno	PAZIENTI IN CARICO
2012	151
2013	173
2014 (I° semestre)	122

DATI DELL'INTERVENTO SANITARIO IN CPA

-Parte medica-

da gennaio 2013 a giugno 2014

- 26 segnalazioni (5 nel primo semestre del 2014)
 - 24 maschi (92%) e 2 femmine, 9 italiani e 17 stranieri (65%)
 - Fascia d'età più rappresentata: 16 (n. 13) /17 anni (n. 6) complessivamente pari al 73%
- I quesiti fanno riferimento a:
 - Interventi sanitari precedenti all'ingresso in CPA : 7 (tra cui 2 TSO)
 - Rischio suicidario/auto lesivo : 12
 - a fronte di atti consumati: 4
 - in assenza di atti consumati: 8
 - Rischio etero lesivo: 4
 - Ansia reattiva, deflessione del tono dell'umore, somatizzazione: 6
 - Deficit cognitivo: 1

DATI DELL'INTERVENTO SANITARIO IN CPA -Parte psicologica-

da gennaio 2013 a giugno 2014

- **Diagnosi categoriale ICD 10: 7**

- 3 Disturbi della condotta (F91) e 3 Disturbi misti della condotta e della sfera emotiva (F92), 1 Disturbo della Personalità (F60). **Nei restanti 19 casi nessuna diagnosi categoriale bensì solo diagnosi dimensionali**

- **Diagnosi dimensionale articolata in aree:** sono indicati i casi in cui appaiono le singole aree (non auto escludentesi)

- Deficit delle abilità metacognitive (Ad es. monitoraggio stati emotivi) e delle funzioni esecutive (ad es. disregolazione emotiva, discontrollo degli impulsi): **22**
- Funzionamento psichico borderline (ad es. angoscia abbandonica, senso di vuoto, confusione di identità, oscillazioni repentine dello stato dell'umore): **7**
- Reazione depressiva (ad es. deflessione tono dell'umore, astenia, difficoltà di concentrazione, perdita di un'immagine positiva di sé): **8**
- Strategie esternalizzanti nel fronteggiamento del compito evolutivo di separazione/individuazione dai genitori: **2**
- Funzionamento psicotico (disturbi a carico del contenuto del pensiero, ideazione persecutoria): **1**
- Abuso di sostanze/alcool: **7**

DATI DELL'INTERVENTO SANITARIO IN CPA – Parte psicologica – da gennaio 2013 a giugno 2014

● **Rischio autolesivo/suicidario/eterolesivo**

- Assente in 8 casi
- Presente rischio etero lesivo in 8 casi
- Presente rischio auto lesivo in 9 casi (in due di questi il rischio auto lesivo è alto)
- Presente rischio suicidario in 4 casi (in due di questi è alto)

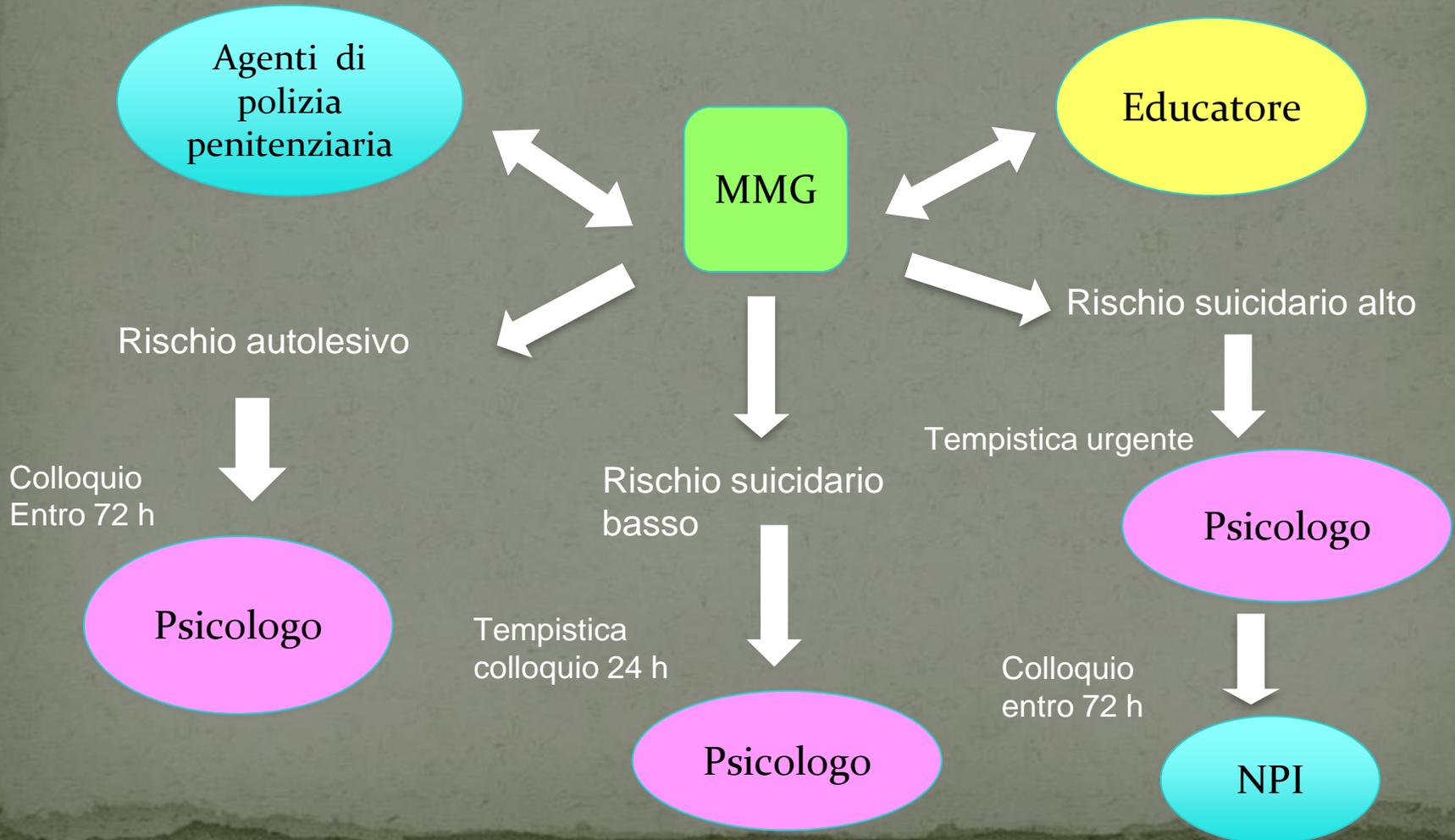
● **Invii**

- Prosecuzione AOSCB: 17 casi
- UONPIA competente: 10 casi
- ASL: 8 casi
- In 4 casi sono presenti tutti e tre gli invii
- Ricovero in SPDC: 1

Interventi di valutazione di condizioni particolari : Misure per l'intercettazione efficace del rischio suicidario e auto lesivo

1. **Potenziamento della capacità di intercettazione** dei segnali di rischio autolesivo e suicidario da parte dell'area di **polizia penitenziaria e di quella educativa**
2. **Accurata identificazione** da parte dei soggetti **sanitari dei segnali di rischio** e dei criteri di attribuzione del grado di rischio
3. **Adattamenti in itinere** sulla base della rilevazione di criticità nell'implementazione delle procedure di valutazione del rischio
4. **Differenziazione dei contesti clinici** in cui rilevare una quota residua dei rischi (setting di gruppo-Terapia sulle dinamiche di gruppo)

I soggetti e la tempistica dell'attivazione per la valutazione del rischio



FORMAZIONE SUL RISCHIO SUICIDIARIO E AUTOLESIVO

- Rivolto al **Personale di Polizia Penitenziaria e agli educatori/assistenti sociali**
- **Obiettivo:** sviluppare le capacità di riconoscimento precoce dei comportamenti auto lesivi e suicidari, utilizzando correttamente la griglia di osservazione comportamentale predisposta
- **Articolato** in una parte teorica con la presentazione di slides e in una parte più interattiva di lavoro in gruppi pluriprofessionali (agenti, educatori, psicologi e assistenti sociali) su casi esemplificativi, arricchita con la presentazione di filmati, utili a identificare i comportamenti critici.i
- Mediante interventi di “brainstorming” con gli agenti si cercherà di far emergere **strategie di gestione del rischio già presenti** nel loro repertorio professionale al fine di rinforzarle e/o **individuare di nuove.**
- Nel periodo iniziale di utilizzo della griglia è stato previsto un **accompagnamento da parte dello psicologo** per favorire un utilizzo corretto della stessa (questa parte dell’operatività è stata momentaneamente sospesa)

L'INTERVENTO DI VALUTAZIONE/ PREVENZIONE/ RIDUZIONE DEL RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO

- **Individuazione precoce** dei soggetti a rischio mediante interventi, realizzati in collaborazione con il MMG, di:
 - **screening**
 - **valutazione approfondita** del rischio autolesivo e suicidario
- **Trattamento precoce** dei soggetti a rischio
 - “Intervento sanitario successivo alla rilevazione del rischio suicidario”

SCREENING SUL RISCHIO SUICIDARIO IN IPM E CPA

- Screening del rischio autolesivo e suicidario realizzato in collaborazione con il MMG, nel caso in cui questi rilevi, avvalendosi di una specifica **Griglia di osservazione**, la presenza di **indicatori di rischio**, **in assenza di atti consumati** sia contingentemente alla misura cautelare che in anamnesi

INDICATORI COGNITIVI-COMPORTAMENTALI/SOMATICI PER IL RISCHIO AUTOLESIVO/SUICIDIARIO IN IPM E CPA PER IL MMG

- **AREA DELL'IDEAZIONE ESPRESSA (il minore comunica che...)**
 - la morte rappresenta la soluzione ai suoi problemi
 - ha un piano per attuare il suicidio ovvero un atto auto lesivo
 - teme di perdere il controllo sulle proprie azioni
- **AREA DEI COMPORTAMENTI AGITI (osservati o riferiti)**
 - Isolamento:
 - Grave incuria verso di sé (igiene) ed il proprio ambiente più prossimo (ad esempio, la propria stanza)
 - Reazioni ostili, improvvise e sproporzionate agli stimoli ambientali (non direttamente riguardanti gli eventi critici della storia penale del soggetto)
 - Azioni di "congedo"
 - Abbuffate frequenti
- **AREA SOMATICA**
 - Disturbi del sonno

SEGNALAZIONI PER SCREENING SUL RISCHIO SUICIDARIO IN IPM E CPA

- **Periodo: settembre 2013 – ottobre 2014:**
- **25 segnalazioni** (24 del MMG e 1 dell'educatore)
- **Motivo della richiesta:** ansia reattiva in prima carcerazione, reazioni ostili, tendenza all'isolamento, pensieri suicidari, timore di perdere il controllo delle proprie azioni, tendenza all'autobiasimo, propositi autolesivi, attaccamento invertito ai genitori, iposviluppo somatico
- **Un caso** segnalato per valutazione di rischio auto lesivo in assenza di atti consumati ha effettuato atti autolesivi una volta e minacciato propositi autolesivi diverse volte

VALUTAZIONE APPROFONDATA DEL RISCHIO SUICIDARIO

a fronte di un atto consumato in CPA/IPM

- Prevede la possibilità di effettuare **due rilevazioni mediante apposite schede**,
 - una a cura del **MMG**
 - e l'altra, a cura dello **psicologo**, attivato dal MMG
- Il **MMG** compila la scheda facendo una **preliminare assegnazione di livello di rischio (basso o alto)** e la invia allo psicologo attivando un approfondimento
- Lo **psicologo** giunge alla determinazione in via definitiva, del livello di rischio definendolo nei termini di "**basso**", "**medio**" o "**elevato**", sulla base della presenza di **dimensioni psicologiche /psicopatologiche**, sottese all'atto

LE SCHEDE DI RILEVAZIONE DEL RISCHIO

- Sia il medico che lo psicologo rilevano l'eventuale presenza di fattori che sono considerati dalla letteratura scientifica maggiormente indicativi di rischio
 - Precedente tentativo suicidario/autolesivo
 - Abuso di sostanze stupefacenti/alcool
 - Abuso fisico o sessuale subito
- In più, lo psicologo deve valutare la presenza di
 - sintomi /sindromi maggiormente correlati al rischio (sintomi depressivi, bulimia disregolazione emotiva e impulsività, disturbi della personalità del cluster B)
 - ideazione suicidaria anche strutturata e disperazione (per il rischio suicidario)
 - motivazioni ed esiti percepiti (per il rischio autolesivo)
 - altri eventi critici (recente immigrazione, difficoltà di adattamento scolastico etc.)
 - rischio rilevato mediante una scala di valutazione del rischio suicidario (il Suicide Assessment Manual for Inmates -SAMI) e di un questionario per la valutazione degli atti autolesivi (il Self Harming Inventory -SHI)

CRITERI DI CONFERMA DA PARTE DELLO PSICOLOGO DEL RISCHIO SUICIDARIO E AUTOLESIVO

Rischio suicidario

- Il **livello elevato** di R.S. rilevato dal medico va confermato dallo psicologo in presenza dei fattori di rischio di Mancanza di Speranze, Vissuto di Inaiutabilità (che insieme costituiscono la dimensione della disperazione, predittiva del suicidio) e Ideazione suicidaria. In assenza dei summenzionati criteri, il rischio viene considerato rischio medio.
- Il **livello basso** può essere elevato al livello immediatamente superiore (medio) in presenza di almeno sei fattori di rischio, tra i quali devono sempre comparire
 - Sintomi psicopatologici quali la disregolazione emotiva, il discontrollo degli impulsi, i sintomi depressivi in associazione ai primi due citati.
 - Ideazione suicidaria
 - Mancanza di speranze
 - Inaiutabilità
 - Eventi traumatici recenti o remoti

Rischio autolesivo

- Lo psicologo **conferma o eleva il livello** più basso di rischio autolesivo, in presenza di sintomi psicopatologici che si riferiscono a quadri psicopatologici, come ad esempio Disturbo Misto della Condotta e della Sfera Emozionale o Disturbo della Personalità Emotivamente Instabile o Sindromi Affettive Bipolari.
- Occorre indagare l'intenzionalità e il significato dell'atto autolesivo, ad esempio: punizione, rivendicazione o protesta, alleviamento dell'angoscia, altra modalità disfunzionale per uscire da una situazione considerata, dal minore, intollerabile.

SEGNALAZIONI PER RISCHIO AUTOLESIVO/SUICIDARIO A FRONTE DI ATTI CONSUMATI (da ottobre 2013 a ottobre 2014) – Parte medica

- 25 casi segnalati : 19 IPM 6 CPA
 - 1 femmina e 24 maschi (le femmine, soprattutto rom, transitano dal CPA, ma non vengono più collocate in IPM dal 2010)
 - Età: compresa fra i 14 e i 22 anni (con reato commesso da minorenne)
 - N° di casi segnalati più di una volta (in relazione a diversi reati o a violazione della misura cautelare esterna) : 2 marocchini e 2 tunisini
 - Nazionalità: in prevalenza nordafricani (13, pari al 52%, di cui 8 marocchini), 3 italiani, 6 europei (3 rumeni, un albanese, una croata rom, un rom di incerta nazionalità) , un siriano, un cileno, un senegalese
 - Tipologia e Livelli di rischio rilevati dal MMG: 10 casi segnalati per rischio auto lesivo, 15 casi per entrambi i rischi; il livello di rischio assegnato è prevalentemente basso (solo tre rischi autolesivi alti)
- In 9 casi è stata effettuata segnalazione ad ASL

VALUTAZIONI PER RISCHIO AUTOLESIVO/SUICIDARIO A FRONTE DI ATTI CONSUMATI (da ottobre 2013 a ottobre 2014) – Parte psicologica

- **Conferma o cambiamento del livello di rischio attribuito dal MMG :**
Lo psicologo ha confermato il livello di rischio attribuito dal MMG in un terzo circa dei casi (9 casi su 25), in 4 casi lo considera assente, in 12 casi lo eleva di un livello, in due di questi 12 casi stabilisce un rischio suicidario non attribuito dal MMG
- **Diagnosi associate:**
 - **Categoriali (5) :** prevalentemente disturbi della condotta e disturbi misti della condotta e della sfera emotiva(4) , un Disturbo di personalità emotivamente instabile tipo borderline
 - **Dimensionali :** sintomi ansioso-depressivi (10); deficit delle funzioni esecutive ad es. disregolazione emotiva, discontrollo degli impulsi: (17); deficit di monitoraggio degli stati emotivi interni (1); strategie di coping esternalizzanti dei compiti evolutivi, ad es. dipendenza dai coetanei, manipolazione degli adulti (3) ; organizzazione borderline di personalità con tratti antisociali o narcisistici o sintomatologia psicotica (5); abuso di sostanze (7).

COMMENTI SUI DATI

- Il fatto che la **maggioranza degli atti siano sia di tipo auto lesivo che suicidario**, in cui quindi l'intenzionalità anticonservativa è mobile, non è ancora diventata oggetto di ruminazione e lascia il posto a motivazioni fluide di regolazione delle emozioni e di controllo ambientale, orienta verso l'ipotesi di un disadattamento iniziale alla situazione detentiva o precautelare.
- Il fatto che la **prevalenza dei soggetti siano nordafricani** orienta verso il riconoscimento di un contributo culturale nel determinare il funzionamento psichico di questi soggetti: il disadattamento alla condizione detentiva si aggiunge alla percezione del fallimento o di gravi difficoltà del progetto migratorio, sia esso di tipo predatorio/consumistico, o da ricongiungimento. Soprattutto attraverso l'atto auto lesivo il minore nordafricano comunica che vuole decidere lui come soffrire e nel misurarsi con il dolore fisico sperimentare e mostrare la propria capacità di padroneggiare il dolore.
- La presenza di molte diagnosi dimensionali che fanno riferimento a deficit delle funzioni esecutive (17) e di un'organizzazione borderline di personalità (5), nell'88% dei casi fa pensare ad un **rischio che tende a ripresentarsi** ogniqualvolta il soggetto di trovi in situazioni altamente stressanti, a meno che non si intervenga su quelle dimensioni psichiche.

INTERVENTO SANITARIO SUCCESSIVO ALLA RILEVAZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO

- Monitoraggio fino all'esaurimento della crisi suicidaria
- Approfondimento diagnostico (anche in presenza di un rischio basso)
- Consultazione con focus specifici sulle dimensioni psicopatologiche connesse al rischio (ad es. pensieri depressivi, impulsività)
- Richiesta di consulenza neuropsichiatrica in presenza di un rischio elevato

La risposta di contenimento del rischio da parte del contesto detentivo

La valutazione del rischio da parte dello psicologo esita anche in alcune comunicazioni agli operatori del detentivo circa:

1. La calendarizzazione degli interventi successivi, le aree sulle quali si interverrà:

Ad es. problem solving sulle strategie relazionali da mettere in atto con i compagni del gruppo e con gli adulti; impulsività, pensieri depressivi

2. Le condizioni che favoriscono il contenimento del rischio e l'adattamento del minore alla vita in istituto

- ad es. collocamento in cella doppia, frequenti colloqui con l'educatore, ascolto attivo

La risposta di contenimento del rischio da parte del contesto detentivo

3. L'identificazione dei **momenti di maggiore rischio** auto autolesivo (ad es. dopo il colloquio con un padre che continua a riversare sul minore i problemi della famiglia)
4. Il tipo di **comunicazione** (spiegazioni da fornire al minore, contatto con i familiari...)
5. Il tipo di coinvolgimento nelle **attività** educative/socializzanti in ordine alla possibilità di rispondere ai **bisogni primari** (di sicurezza, relazione, controllo cognitivo) del minore

ESITO DELL'INTERVENTO SUL RISCHIO AUTO LESIVO E SUICIDARIO (da ottobre 2013 a ottobre 2014)

- I pazienti che hanno presentato un rischio auto lesivo e suicidario nel periodo considerato sono 27 (di cui 2 in assenza di segnalazione da parte del MMG per atti consumati) nelle sedi dell'IPM e del CPA
- I dati di esito riguardano i singoli episodi di rischio segnalati anche per lo stesso paziente (non corrispondenza con il numero di pazienti). Nel caso di episodi ravvicinati in concomitanza di diversi ingressi in IPM, si valuta l'esito relativo all'ultimo ingresso
- I dati di esito sono ricavati dalle schede di monitoraggio e, in loro assenza, dalle relazioni e riguardano sia i cambiamenti nel livello di rischio che l'evenienza di una recidiva. Per i casi visitati in CPA, le rivalutazioni sono avvenute solo in alcuni casi in IPM
- Durata media dell'intervento in mesi
- Non si tengono in considerazione i casi in cui le valutazioni dello psicologo hanno considerato assente il rischio segnalato dal MMG

ESITO DELL'INTERVENTO SUL RISCHIO AUTO LESIVO E SUICIDARIO (da ottobre 2013 a ottobre 2014)

- Si sono raggruppati i dati nelle seguenti macro categorie:
 - **Pazienti che sono molto migliorati (R per Responders)** Indicatori: dismissione completa dei rischi o di quello più importante (il suicidario)
 - **Migliorati (R-)** Indicatore: qualsiasi riduzione del livello di rischio, anche in presenza di incremento del livello del rischio autolesivo o di recidiva di atto autolesivo prima del miglioramento
 - **Peggiorati (NR per Non Responders):** Indicatore: Incremento del livello di rischio e/o recidiva di atto suicidario e autolesivo in assenza di successivo miglioramento . Nel valutare il peggioramento non si tiene in considerazione la recidiva verificata in periodi detentivi precedenti
 - **Invariati (I) :** Indicatore: mantenimento del livello di rischio iniziale in assenza di recidiva di qualsiasi tipo di rischio
 - **Dato non disponibile (DND) :** Non si dispone del dato di esito per segnalazione recente o per impossibilità a monitorare il ragazzo

TABELLA RIASSUNTIVA DEI DATI DI RISCHIO AUTOLESIVO/SUICIDARIO

R	R-	I	NR	DND*	Non considerati	Tempo medio di intervento in mesi **
8	2	7	0	5	3	2

Tempo medio di intervento: 2 mesi

- * Il dato non disponibile può dipendere da una frequente evenienza in IPM e CPA di:
- Trasferimento ad altro istituto o in comunità molto lontana dalla sede dell'intervento
 - Irreperibilità del minore collocato in comunità e da lì allontanatosi

** I casi non considerati (nei quali lo psicologo considera assente il rischio attribuito dal MMG) e quelli per cui i dati non sono disponibili non sono stati conteggiati nel calcolo del tempo medio di intervento

Aspetti di integrazione tra i soggetti sanitari

- La gestione del rischio autolesivo/suicidario per essere efficace richiede **interventi sinergici**:
 - col personale **ASL/Tossicodipendenze** per la valutazione della problematica dell'abuso
 - con lo specialista **psichiatra per la gestione del trattamento farmacologico**
 - col personale della rete sanitaria esterna al carcere (ad esempio in caso di accesso al **Pronto Soccorso**)
- Le **recidive** devono essere l'occasione per riunire i soggetti coinvolti (sanitari e non) per identificare le «falle del sistema», e per imparare da eventuali errori, cercando di introdurre interventi correttivi atti a contenere ulteriormente il rischio