

Decreto del Presidente
in qualità di Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

DECRETO n. **del**

OGGETTO: Recepimento Accordo n. 5/CU del 19 gennaio 2012 e approvazione documento recante “Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio”.

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio approvato con L.R. 11 novembre 2004, n.1;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale n.1 del 6 settembre 2002 e successive modificazioni ed integrazioni;

DATO ATTO che, con deliberazione del Consiglio dei ministri del 21 marzo 2013, il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel Piano di Rientro dai disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

DATO ATTO, altresì, che il Consiglio dei Ministri con deliberazione del 1 dicembre 2014, ha deliberato la nomina dell'arch. Giovanni Bissoni quale Sub Commissario nell'attuazione dei piani di rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, richiamati in particolare le azioni e gli interventi in via prioritaria indicati nella deliberazione del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati, intervenendo anche per garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, sicurezza e qualità, attraverso un utilizzo efficiente delle risorse;

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*”;

VISTA la legge regionale 16 giugno 1994 n.18, e successive modificazioni recante “*Disposizioni per il riordino del SSR ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzioni delle aziende unità sanitarie locali*”;

Segue decreto n.
IL PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni recante “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale;

VISTO il decreto legge c.d. “Balduzzi” 13 settembre 2012 , n.158 recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n.189 ed in particolare, l’articolo 1 sul riordino dell’assistenza territoriale e la mobilità del personale delle aziende sanitarie e l’art.4 sulla dirigenza sanitaria ed il governo clinico;

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n.66 del 12 febbraio 2007 concernente “*Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell’Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell’art.1, c.180, della Legge 311/2004*”;

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n.149 del 6 marzo 2007 avente per oggetto: “*Presa d’atto dell’Accordo Stato –Regioni ai sensi dell’art.1, c.180, della Legge n.311/2004 sottoscritto il 28 febbraio 2007, Approvazione Piano di Rientro*” e i seguenti obiettivi:

- 1.1.2 Definizione dei requisiti per l’autorizzazione
- 1.1.3 Modalità e termini per l’adeguamento ai requisiti organizzativi
- 1.1.4 Ulteriori requisiti per l’accreditamento
- 1.2.2 Ridimensionamento dei reparti con bassa performance organizzativa
- 1.2.4 Riorganizzazione della rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l’emergenza, l’urgenza e l’elezione;

VISTO l’art.2 commi da 67 a 105 della legge 23 dicembre 2009 n.191 ed in particolare l’art.88, che prevede la gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*;

VISTO il decreto legge c.d. “Spending Review” 6 luglio 2012, n.95 recante “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n.135;

VISTA la Convenzione dell’ONU sui diritti dell’infanzia approvata dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989, ratificata nel nostro ordinamento con la Legge n. 176 del 27 maggio 1991, e in particolare l’articolo 37 commi 2 e 3 che recitano “L’arresto, la detenzione o l’imprigionamento di un fanciullo devono essere effettuati in conformità con la legge, costituire un provvedimento di ultima risorsa e avere la durata più breve possibile” e “ogni fanciullo privato di libertà sia trattato con umanità e con il rispetto dovuto alla dignità della persona umana e in maniera da tener conto delle esigenze delle persone della sua età”;

VISTO il D.P.C.M. 1 aprile 2008 avente ad 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”;

Segue decreto n.
IL PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(*delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013*)

VISTO l'Accordo 26 novembre 2009 ai sensi dell'art.9 del Decreto Legislativo 1997, n.281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "*Linee di indirizzo per l'assistenza dei minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria*", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 4.1.2010;

VISTO l'Accordo n. 5/CU del 19 gennaio 2012, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria della Conferenza Unificata recante: "*Linee di indirizzo per la riduzione del rischio auto lesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale*";

CONSIDERATO che nel suddetto Accordo si prevede che "L'amministrazione penitenziaria e la Giustizia Minorile, tramite le proprie articolazioni territoriali, e le Regioni e le PP.AA., si impegnano, entro tre mesi dalla data del presente Accordo, a costituire in ogni Regione e PP.AA., all'interno di ciascun Osservatorio Permanente sulla Sanità Penitenziaria, un gruppo di lavoro tecnico-scientifico, composto, senza oneri aggiuntivi, anche da operatori sanitari penitenziari e minorili";

TENUTO CONTO che, come previsto dal citato Accordo, "tale gruppo di lavoro tecnico-scientifico 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" che dovrà prevedere:

- una ricognizione dell'esistente nella Regione Lazio ed negli istituti/servizi penitenziari e/o minorile, in termini di disposizioni normative e pratiche in atto;
- specifiche modalità operative ed organizzative di intervento nei confronti del disagio che, sulla base delle competenze e delle responsabilità attribuite dalla normativa vigente alle Amministrazioni coinvolte, individuino sia le aree di coordinamento sia le specifiche attività che ciascuna di esse dovrà mettere in atto;
- l'adozione, in tempo utile, di tutte le iniziative necessarie all'avvio, entro un anno dalla data della stipula del presente Accordo, di una sperimentazione in almeno una struttura carceraria per adulti e una per minori presente sul territorio regionale, fermo restando che il successo e l'efficacia sono legati all'effettiva messa in atto delle azioni specifiche individuate per ciascuna Amministrazione coinvolta;
- il monitoraggio e la valutazione, anche attraverso l'utilizzo di strumenti per la verifica dell'applicazione delle procedure stesse (es. Audit, monitoraggio della diffusione e della conoscenza delle procedure, ecc.);
- dei percorsi di formazione congiunta degli operatori appartenenti alle diverse amministrazioni coinvolte (incluso il personale di Polizia Penitenziaria), estesi eventualmente al terzo settore ed al volontariato;

Segue decreto n.
IL PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

CONSIDERATO che con determinazione n. B06961 del 2 ottobre 2012 è stato istituito un gruppo di lavoro tecnico-scientifico per la definizione di un Programma operativo di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili di cui all'Accordo sul documento della Conferenza Unificata recante: "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio auto lesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" del 19 gennaio 2012;

CONSIDERATO che il suddetto gruppo è stato integrato con determinazione B01648 del 6/05/2013 recante "integrazione della Determinazione n. B06961 del 2 ottobre 2012 avente per oggetto: "costituzione gruppo di lavoro tecnicoscienfifico per la definizione di un Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili di cui all'Accordo sul documento della Conferenza Unificata recante: "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio auto lesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" del 19 gennaio 2012";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.247 del 25 luglio 2014 recante "Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta (delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013) n.U00251 del 30 luglio 2014 recante "Adozione delle Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale 2014 – 2016";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 3 febbraio 2011 n.8 e smi recante "Modifica dell'Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato «Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie»";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 424/2012 e, in particolare, l'Allegato n. 2 dal titolo "Percorsi sanitari del minore nell'area penale per le misure alternative" che definisce i percorsi sanitari dei minori condotti presso il CPA (Centro di Prima Accoglienza) o detenuti presso l'Istituto Penale Minorile Casal del Marmo;

CONSIDERATA la normativa dell'Unione Europea sul problema della salute mentale e in particolare il "Patto europeo per la salute e il benessere mentale" le cui conclusioni (2011/C 202/01) indicano l'importanza per la salute mentale degli adolescenti;

CONSIDERATO che la prevenzione del suicidio è parte integrante del primo "Mental Health Action Plan 2013-2020" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) che sul tema ha prodotto anche la pubblicazione "Preventing suicide: a global imperative" - WHO World Health Organization (2014);

Segue decreto n.
IL PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

TENUTO CONTO che la Conferenza Unificata, nella seduta del 24 gennaio 2013, ha approvato l'Accordo concernente il *Piano di azioni nazionale per la salute mentale* che individua le aree di bisogno prioritarie, i percorsi di cura e le azioni programmatiche di tutela della salute mentale in età adulta, in infanzia e in adolescenza;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 287 del 16/9/2014 che recepisce il suddetto PASM demandandone l'applicazione, per quanto concerne la tutela della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, alle AASSLL e alle AAOO;

CONSIDERATO che l'Accordo concernente il "*Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*" (PANSM) (Atto rep. N. 4/CU del 24.01.2013) impegna le Regioni e le Province autonome a recepirne i contenuti con propri provvedimenti, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili;

VISTO il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale che prevede tra gli obiettivi per la tutela della salute mentale la prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti diagnosticati per disturbo dell'umore, sia nelle strutture sanitarie che in carcere;

CONSIDERATO, inoltre, che lo stesso piano sollecita ad incrementare la disponibilità di trattamenti efficaci, appropriati e tempestivi per pazienti affetti da disturbo dell'umore, che prestino particolare attenzione al rilievo di sintomi predittivi di un aumentato rischio suicidario;

CONSIDERATA l'importanza di implementare un approccio basato sull'ottica della prevenzione al fine di evitare il cronicizzarsi di patologie psichiche e/o psichiatriche al fine di tutelare la salute dei detenuti e di evitare in futuro maggiori spese a carico del SSR;

CONSIDERATO che è necessario individuare strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici ed assistenziali per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario;

CONSIDERATO che è necessario definire in maniera più dettagliata il percorso identificazione e di presa in carico e di cura dei detenuti con rischio autolesivo e/o suicidario;

CONSIDERATO che con il miglioramento della presa in carico assistenziale si avrà un miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e, quindi, della salute dei minori;

RITENUTO necessario recepire l'Accordo n. 5/CU del 19 gennaio 2012 recante: "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio auto lesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale";

PRESO ATTO del suddetto Accordo;

Segue decreto n.
IL PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

RITENUTO quindi necessario emanare un programma operativo per la riduzione del rischio auto lesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, così come previsto nel suddetto Accordo;

VISTO il documento approvato dal gruppo di lavoro, di cui alla determinazioni n. B06961 del 2 ottobre 2012 e n. B01648 del 6/05/2013, dal titolo "Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio" (*Allegato 1*) che è parte integrante del presente Decreto del Commissario ad Acta;

CONSIDERATO che il suddetto programma operativo, al fine di valutarne le criticità, sarà avviato in forma sperimentale per la durata di 1 anno presso 1 istituto penale per adulti e presso 1 istituto penale per minori;

TENUTO CONTO che alla fine del periodo della sperimentazione il gruppo di lavoro monitorerà gli eventuali problemi emersi e proporrà soluzioni al fine di superarli

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

- di recepire l'Accordo n. 5/CU del 19 gennaio 2012 recante: "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio auto lesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale";
- di approvare l'Allegato 1 che è parte integrante del presente Decreto recante: "Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio";
- di prevedere che il presente programma operativo sarà avviato in forma sperimentale per la durata di 1 anno presso 1 istituto penale per adulti e 1 istituto penale per minori e che, al termine di detta sperimentazione, potranno essere apportate, in conseguenza delle risultanze ottenute, opportune modifiche e integrazioni;
- di trasmettere il presente decreto, ai sensi dell'art. 3, comma 1, dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;
- di notificare il presente provvedimento, a cura del Direzione proponente, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere per i provvedimenti di competenza.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

NICOLA ZINGARETTI





Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio

*Accordo Conferenza Unificata n. 5/CU del 19 gennaio 2012
Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale*

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Programmazione della Rete dei Servizi nell'Area dei Soggetti Deboli
(Salute mentale – Dipendenze – Carcere)

Indice

Premessa	3
Introduzione: Una teoria psicologica del suicidio: un dolore esistenziale nascosto	4
1. La prevenzione del suicidio in carcere	6
1.1 Modalità per aiutare un detenuto che minaccia di suicidarsi.....	7
1.2 Modalità per meglio comunicare con il paziente a rischio di suicidio.....	9
1.3 L'isolamento del detenuto.....	11
2. Dati epidemiologici relativi alla Regione Lazio	13
3. Programma operativo di prevenzione ed intervento per il rischio autolesivo e suicidario ..	15
3.1. Negli Istituti penitenziari per adulti.....	15
3.2 Monitoraggio.....	18
4. Specificità dei servizi minorili: l'IPM e il CPA	19
4.1 L'IPM - Istituto Penale Minorile	20
4.2 Rivalutazione Interdisciplinare del rischio suicidario.....	26
4.3 Gestione delle situazioni di criticità.....	26
5. CPA - Centro di prima Accoglienza	27
5.1 Protocollo di prevenzione per il rischio suicidario ed autolesivo all'interno del CPA.....	27
Nomenclatura	31
Bibliografia	32
Allegati	33

- 1. Determinazione n. B06961 del 2 ottobre 2012 e Determinazione n.B01648 del 6 maggio 2013*
- 2. Schede relative agli adulti*
- 3. Schede relative ai minori nell'Istituto Penale Minorile Casal del Marmo*
- 4. Schede relative ai minori nel Centro di Prima Accoglienza*

Premessa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization*), in collaborazione con l'International Association for Suicide Prevention (*IASP*), si è occupata della prevenzione del suicidio in carcere e ha proposto, nel 2007, un documento dedicato proprio alla prevenzione di questo fenomeno. La pubblicazione rappresenta i punti indispensabili che devono essere rispettati al fine di poter avviare un efficace programma di prevenzione del suicidio, il quale richiede necessariamente una collaborazione sinergica fra un ampio spettro di persone che a vario titolo operano per e negli istituti penitenziari.

In seguito, in data 19 gennaio 2012, è stato sancito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 9 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria della Conferenza Unificata recante: *Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale*.

Nel suddetto Accordo si prevede che l'amministrazione penitenziaria e la Giustizia Minorile, tramite le proprie articolazioni territoriali, le Regioni e le PP.AA., si impegnano a costituire un gruppo di lavoro tecnico-scientifico, composto, senza oneri aggiuntivi, anche da operatori sanitari penitenziari e minorili. Tale gruppo di lavoro tecnico-scientifico ha avuto 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 autolesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili che dovrà prevedere:

- una ricognizione dell'esistente nella Regione Lazio e negli istituti/servizi penitenziari e/o minorili, in termini di disposizioni normative e pratiche in atto;
- specifiche modalità operative ed organizzative di intervento nei confronti del disagio che, sulla base delle competenze e delle responsabilità attribuite dalla normativa vigente alle Amministrazioni coinvolte, individuino sia le aree di coordinamento sia le specifiche attività che ciascuna di esse dovrà mettere in atto;
- adozione, in tempo utile, di tutte le iniziative necessarie all'avvio, entro un anno dalla data della stipula del presente Accordo, di una sperimentazione in almeno una struttura carceraria per adulti e una per minori presente sul territorio regionale, fermo restando che il successo e l'efficacia sono legati all'effettiva messa in atto delle azioni specifiche individuate per ciascuna Amministrazione coinvolta;
- monitoraggio e valutazione, anche attraverso l'utilizzo di strumenti per la verifica dell'applicazione delle procedure stesse (es. Audit, monitoraggio della diffusione e della conoscenza delle procedure, ecc.);
- percorsi di formazione congiunta degli operatori appartenenti alle diverse amministrazioni coinvolte (incluso il personale di Polizia Penitenziaria), estesi eventualmente al terzo settore ed al volontariato.

Il gruppo di lavoro regionale è stato formalizzato con *Determinazione n. B06961 del 2 ottobre 2012 (allegato n. 1)* avente ad oggetto: "Costituzione gruppo di lavoro per la definizione di un Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili di cui all'Accordo sul documento della Conferenza Unificata recante: *"Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale"* del 19 gennaio 2012.

Il gruppo di lavoro è stato successivamente ampliato, con *Determinazione n.B01648 del 6 maggio 2013 (allegato n. 1)*, con la rappresentanza di componenti esperti nel campo dei minori.

Introduzione

Una teoria psicologica del suicidio: un dolore esistenziale nascosto

Secondo la concettualizzazione della suicidologia classica, il suicidio è il risultato di tre elementi fondamentali. Affinché un suicidio avvenga deve esserci un processo di accensione della ‘miccia’, che passa attraverso diversi stati che precedono l’atto letale. Un primo stato che inequivocabilmente si ritrova sulla via che conduce al suicidio sembra essere l’inimicizia verso se stessi (*inimicality*) o in altri termini essere il proprio peggior nemico, agire contro il proprio interesse senza saper gestire l’aumento della pressione derivante da sconfitte, rifiuti, malattie, ecc. Non si tratta del masochismo classico nel quale è insito il concetto di punizione, piuttosto un concetto più ampio nel quale l’individuo cerca di far spazio all’autodistruzione agendo contro il proprio interesse.

Associato all’inimicizia si ritrova il cosiddetto “stato perturbato”. Questo stato fa riferimento a quanto un individuo sia sconvolto, scosso e disperato. È uno stato difficile da definire e da inquadrare in una precisa entità diagnostica. Comprende stati emotivi negativi ed è caratterizzato da un dolore psicologico insopportabile, spesso con manifestazioni somatiche e localizzazioni dell’angoscia come all’ipocondrio o alla gola, tipico del pianto trattenuto. Se solo i soggetti suicidi, potessero piangere, probabilmente salverebbero le loro vite o che se solo un altro individuo facesse scattare il pianto, avrebbe già fatto abbastanza per mettere in salvo il soggetto a rischio di suicidio.

Consequente a questo stato è la visione tunnel o lo stato di costrizione (*constriction*) con il quale l’individuo perde la possibilità di valutare opzioni alternative e far leva su sicurezze precedentemente acquisite. Il soggetto suicida volta le spalle al suo passato e permette ai suoi ricordi di divenire irreali focalizzandosi solo sulle emozioni intollerabili attuali e sul come liberarsene.

Tipico di questo stato è il pensiero dicotomico nel quale il soggetto tende ad usare parole come “solo”, “sempre”, “mai”, “per sempre”, “oppure”. Il range delle opzioni si restringe a due: risolvere immediatamente il dolore (*soluzione magica*) oppure suicidarsi. Quando gli stati fin qui descritti si riscontrano in uno stesso soggetto il rischio di suicidio è elevato e significa che la miscela sta per esplodere irrimediabilmente (*Pompili, 2013*). Il soggetto vede la soluzione nel porre fine al dolore cessando di vivere. Quando l’inimicizia verso se stesso, la costrizione e lo stato perturbato possono essere risolti con la morte ponendo dunque fine al pensare e al sentire il dolore insopportabile, il soggetto si convince che non può più gestire la situazione e che la sua angoscia necessita di una soluzione, allora quell’individuo sceglie di suicidarsi.

Sebbene la sofferenza e lo stato perturbato della mente del soggetto suicida vengano comunicati, solo in un numero minore di casi, il soggetto lascia sapere che per risolvere tale situazione è pronto a suicidarsi. Nei casi in cui questo avviene non si dovrebbe mai sottostimare l’importanza del messaggio, ma anzi considerarlo un segnale d’allarme di rilievo tale da far scattare misure preventive. La visione psicologica del suicidio sottolinea un serio problema epistemologico, ossia come colmare la distanza nella comunicazione delle emozioni negative. In altre parole, sebbene si parli molto di suicidio, solo raramente si fa accenno alla sofferenza che alberga nella mente di questi soggetti. In più, anche se si ammette l’esistenza di tale dolore insopportabile rimane da risolvere come gestirlo e come comunicare all’altro che stiamo comprendendo lui e il suo tormento, che vogliamo diventare per lui una figura positiva e di supporto.

Il fatto di considerare il suicidio un sintomo di un disturbo psichiatrico ha fatto intendere che si trattasse solo di un evento legato alla psichiatria. Ci sorprende invece la lucidità nel pianificare il gesto letale da parte dei suicidi. Essi possono essere anche alle prese con un disturbo psichiatrico ma raramente esso è l’elemento determinante del gesto. Questi soggetti presentano invece una vulnerabilità che li differenzia dalla maggior parte degli altri soggetti che pur soffrendo dello stesso disturbo non hanno mai veramente pensato al suicidio.

Bolger (1999) si riferisce al dolore psicologico come il senso di essere frantumati, rotti ed incompleti, accompagnato da perdita di controllo e da panico che sono causati da una rottura nelle relazioni con persone significative. Egli lo riconduce al dolore della consapevolezza della separazione da persone significative, sembra avvertire l'individuo di un pericolo che mette in pericolo la sua sopravvivenza e conseguentemente la paura di annientamento, identificata come condizione concomitante al dolore.

Frankl (1959) parla del dolore mentale come di uno stato derivante da un vuoto dovuto ad una perdita di significato della vita e che può essere alleviato solo attraverso l'adattamento a valori che danno significato all'esistenza.

Già *Freud* (1917, 1926) aveva ricondotto la sofferenza mentale al risultato di sentimenti legati al lutto e al desiderare un oggetto amato in seguito ad un evento reale di trauma e separazione, come momento indipendente dall'esperienza dell'ansia. La sofferenza mentale è l'esperienza della tortura interna, della perturbazione e di un insieme di emozioni negative derivanti da una forza interna estranea ed ostile che distrugge l'unità tra il sé e la mente (*Styron, 1990*). È anche un senso di perdita irreversibile, una ferita narcisistica e la percezione di cambiamenti negativi nel sé e nelle sue funzioni (perdita di controllo, inondamento, derealizzazione, congelamento, confusione, vuoto), accompagnato da sentimenti negativi che sono evocati da una perdita esterna e da una perdita del sé (delusione del sé, impossibilità di raggiungere gli obiettivi) (*Orbach 2003*); attribuzione di connotati negativi nei confronti del sé accompagnati alla consapevolezza di essere incompetenti e inadeguati. Alla base del dolore del soggetto vi è la propria delusione per non poter raggiungere degli standard che considera primari, raggiungere l'immagine del sé ideale (*Baumeister 1990*).

Dall'analisi delle note di suicidio lasciate (lettere, messaggi, ecc.) emergono le motivazioni che hanno condotto al gesto letale. Tra quelle più frequenti si ritrova il dolore per malattie o per situazioni imm modificabili, relazioni coniugali deteriorate, solitudine, delusioni sentimentali, mentre meno frequentemente, difficoltà finanziarie, umiliazione, rimorso, vendetta. Qualunque sia la concettualizzazione del dolore mentale e la circostanza al quale è legato, esso rimane un perno intorno al quale ruota il fenomeno suicidario.

“La comprensione del suicidio deve dunque partire dalla sofferenza dell'individuo”

1. *La prevenzione del suicidio in carcere*

La prevenzione consiste nell'identificare i soggetti più vulnerabili e le circostanze nelle quali questa vulnerabilità perlopiù si manifesta e nell'intervenire efficacemente bisogna tener presente che per gli altri detenuti, per il personale di custodia ma anche per il personale sanitario, il suicidio di un detenuto rappresenta un forte agente stressogeno che influenza in maniera determinante il futuro del clima relazionale nell'istituto per molto tempo.

Esistono una serie di variabili che sembrano connesse in maniera diretta ai tentativi di suicidio, come dei fattori situazionali e fattori psicosociali tra cui: l'isolamento, particolari regimi di detenzione (specialmente in cella singola), mancanza di interazione/supporto sociale, situazioni familiari e personali, situazioni giuridico processuali.

Nello studio di He et al. (2001), viene messo in evidenza come relazioni con familiari ed amici, deteriorate, sia un fattore di stress presente nei detenuti suicidatisi. A questo proposito è importante che gli operatori coinvolgano la famiglia e chi è in contatto stretto con il detenuto. Il coinvolgimento delle figure professionali e della famiglia è essenziale per intervenire in maniera incisiva su comportamenti o gesti preoccupanti.

Negli Istituti di pena minorili l'esperienza della privazione della libertà risulta particolarmente difficile per i giovani che vengono separati dalla famiglia e dagli amici. Quindi la separazione e l'isolamento dei giovani detenuti può portare ad un incremento nel rischio di atti suicidari, che possono avvenire in qualsiasi momento della detenzione. Inoltre i detenuti di giovane età sono soggetti a rischio per i cosiddetti *suicidi fotocopia*, ma vi sono strategie in grado di ridurre il rischio di "contagio" e che includono l'accesso alle cure psichiatriche per i detenuti con disturbi psichiatrici, il trasferimento o il trattamento di quelli particolarmente suscettibili, e l'attenta gestione della divulgazione di un suicidio da parte delle autorità.

La prevenzione del suicidio ha bisogno di esperti, come operatori sanitari, operatori addetti alla salute mentale, educatori, agenti di polizia penitenziaria, capaci di giocare un ruolo determinante nella valutazione del rischio e ha bisogno dell'organizzazione di servizi di emergenza e gestione di terapie a breve e a lungo termine. La prevenzione del suicidio, tuttavia, non riguarda solo queste figure ma anche coloro che operano in regime di volontariato, i familiari, gli amici, il ministro di culto, i quali possono fare qualcosa per aiutare a ridurre il numero delle persone che considerano il suicidio come soluzione alla loro sofferenza mentale.

Nel parlare di prevenzione e di programmi preventivi, ci si riferisce a interventi mirati il cui scopo è quello di incrementare i fattori protettivi e allo stesso tempo far leva sulla riduzione dei fattori di rischio conosciuti.

Edwin Shneidman, padre della suicidologia, chiama questo dolore insopportabile *psychache* che significa "tormento nella psiche". Shneidman suggerisce che le domande chiave che possono essere rivolte ad una persona che vuol commettere il suicidio sono "Dove senti dolore?" e "Come posso aiutarti?". Se il ruolo del suicidio è quello di porre fine ad un insopportabile dolore mentale, allora il compito principale di colui che deve occuparsi di tale individuo è quello di alleviare questo dolore.

Se infatti si ha successo in questo compito, quell'individuo che voleva morire sceglierà di vivere. Shneidman inoltre considera che le fonti principali di dolore psicologico (vergogna, colpa, rabbia, solitudine, disperazione) hanno origine nei bisogni psicologici frustrati e negati. Nel detenuto a rischio suicidario è la frustrazione di questi bisogni e il dolore che da essa deriva, ad essere considerata una condizione insopportabile per la quale il suicidio è visto come il rimedio più adeguato.

Spesso il soggetto a rischio di suicidio si presenta con pensieri identificabili con le seguenti espressioni: essere tristi, depressi, "Vorrei essere morto", solitudine, "Non riesco a fare nulla", "Non posso più andare avanti così", "Sono un perdente", "Gli altri staranno meglio senza di me".

Inoltre, un alto rischio di suicidio è associato a sentimento di disperazione, rabbia incontrollabile, ricercare vendetta, agire in modo imprudente o rischioso e senza meditare sulle conseguenze di un certo comportamento, sentirsi intrappolati e sentirsi senza via d'uscita.

Il suicidio si può prevenire. La maggior parte degli individui con rischio di suicidio vogliono assolutamente vivere, non riescono però a trovare possibili alternative ai loro problemi. La maggior parte degli individui emette chiari segnali inerenti la loro intenzione suicida, ma spesso gli altri non colgono il significato di tale messaggi oppure non sanno come rispondere alla loro richiesta d'aiuto.

Parlare del suicidio non induce nell'altro un proposito suicidario, al contrario, l'individuo in crisi e che pensa al gesto si sente sollevato ed ha l'opportunità di sperimentare un contatto empatico.

Gli addetti alla salute mentale e tutti gli operatori che entrano in contatto con la popolazione generale per fornire servizi di assistenza, consulenza e supporto dovrebbero essere coloro che veicolano informazioni chiare e precise sul riconoscimento e sulla gestione del soggetto suicida.

Abbiamo riassunto di seguito alcuni principi per meglio inquadrare il problema, senza voler essere esaustivi. È importante sottolineare che la diffusione di semplici ma decisive nozioni utili ai fini dell'organizzazione dei percorsi formativi degli operatori può rappresentare il primo traguardo.

1.1 Modalità per aiutare un detenuto che minaccia di suicidarsi

- Porre attenzione: imparare a cogliere i segnali d'allarme
- Rendersi disponibile: mostrare interesse e supporto
- Chiedere se sta pensando al suicidio
- Essere diretti: parlare apertamente e senza esitazione del suicidio
- Essere disponibile all'ascolto: permettere di mostrare sentimenti ed essere disposti ad accettarli
- Non giudicare: non discutere sul fatto che il suicidio sia giusto o sbagliato o su sentimenti positivi e negativi, non dare lezioni sul valore della vita
- Non sfidare a compiere l'atto
- Non dare suggerimenti facendo prendere decisioni in modo da cambiare il comportamento;
- Non chiedere "perché": questo incoraggia un atteggiamento difensivo
- Offrire empatia, non simpatia
- Non mostrarsi turbati, questo crea distanza
- Cercare aiuto e supporto anche quando il detenuto richiede riservatezza
- Offrire speranza suggerendo che sono disponibili delle alternative, non dare rassicurazioni meccanicamente: questo, da solo, è prova di mancanza di comprensione
- Agire! Rimuovere i mezzi letali e farsi aiutare da sanitari esperti nella gestione della crisi e nella prevenzione del suicidio
- Aumentare la consapevolezza con campagne di sensibilizzazione specifiche e a carattere divulgativo
- Diffondere tra gli operatori e tra i volontari dell'assistenza sanitaria-sociale i fondamenti per sostenere l'individuo in crisi e a rischio di suicidio
- Veicolare ai presidi dedicati alla tutela della salute mentale i principi per sviluppare interventi di sostegno per individui a rischio di suicidio
- Formazione per il personale della Giustizia, il personale del Servizio Sanitario Regionale, nonché altre figure importanti nella vita carceraria (ministri di culto, volontari, ecc.) al fine di intensificare la collaborazione tra queste figure professionali e non, e facilitare l'individuazione e il trattamento mirato di casi a rischio di suicidio
- Prevedere corsi di aggiornamento sulle strategie preventive più accreditate dal punto di vista scientifico

Gli individui, nel momento più intenso della crisi, percepiscono il loro dilemma come inaccettabile e perdono il controllo.

Gli individui in crisi e a rischio di suicidio provano sentimenti riconducibili alle situazioni elencate di seguito:

- Non possono ridurre il dolore
- Non possono pensare chiaramente
- Non possono prendere decisioni
- Non riescono a vedere soluzioni
- Non riescono a dormire, mangiare o lavorare
- Non riescono ad uscire dalla depressione
- Non riescono a liberarsi dalla tristezza
- Non riescono a considerare un cambiamento
- Non riescono a vedersi come individui di valore
- Non riescono ad attirare l'attenzione degli altri
- Non riescono a mantenere il controllo

La prima fase, cioè quella dell'*accoglienza*, è di fondamentale importanza per tali soggetti e affinché la valutazione possa essere efficace, deve avvenire entro le prime ore dall'entrata in istituto, seguita da una successiva valutazione, a breve distanza, se si rilevano particolari cambiamenti.

Notevole importanza riveste anche l'interazione sociale, soprattutto per quei detenuti che entrano in carcere già in uno stato di vulnerabilità al quale si unisce poi, la crisi per l'incarceramento e i forti stress ai quali sono soggetti.

È importante far riferimento ad uno studio di Hall e Gabor (2004), che affermano come sia necessaria la prevenzione del suicidio negli istituti penali, non solo attraverso approcci tradizionali del personale penitenziario, ma anche attraverso la partecipazione dei detenuti nello sforzo di prevenire il suicidio del "pari", che risulta essere un metodo alternativo ragionevole. È stato rilevato, infatti, come la collocazione di un sospetto suicida in celle condivise, insieme ai cosiddetti "compagni ascoltatori" preventivamente addestrati, potrebbe ridurre significativamente il rischio.

Questo studio fa riferimento ad un programma che si chiama *SAMS in the Pen*. Questo servizio prevede che il detenuto, offertosi volontario, venga addestrato alla prevenzione del suicidio e nella valutazione del rischio dei detenuti, in quanto la presenza di un compagno non solidale potrebbe risultare, invece, peggiorativo.

Un ulteriore metodo di prevenzione è la costituzione di *gruppi di incontro*. Se ne favorisce la realizzazione con un numero massimo di dieci partecipanti, anche con la presenza di un facilitatore/conducente professionale (psicologo, educatore, ecc.).

Importanza particolare deve essere data anche all'aspetto del sentimento religioso, con l'intervento dei vari rappresentanti di culto, quale fattore positivo per la prevenzione del suicidio.

Fermo restando il fatto che il maggior numero di suicidi avviene durante il primo periodo di carcerazione, un adeguato rilievo non deve escludere continui controlli durante tutto il periodo di detenzione, onde prevenire un possibile futuro tentativo (*Cox et al, 1989*).

A tal fine si suggeriscono una serie di indizi premonitori dell'intenzionalità suicidaria, riscontrabili nei seguenti comportamenti:

- pianto, insonnia, agitazione, perdita di interesse in attività e relazioni interpersonali, rifiuto a prendere medicine o richiesta di un aumento della dose dei farmaci;
- conversazioni con altri detenuti circa la non sopportazione del periodo di condanna o altri periodi critici in cui si sono verificati lutti, divorzi, ecc;
- manifestazioni di contrasti e diverbi durante le visite dei familiari (i quali potrebbero anche essere ascoltati dagli operatori al fine di ottenere informazioni utili circa una possibile intenzione suicidaria da parte dei loro parenti).

Un aspetto da focalizzare sono i gesti autolesivi, che se preceduti da un tentativo di suicidio, possono sottendere il desiderio di morire. È necessario quindi prestare molta attenzione in quei dettagli del gesto come la pericolosità dei mezzi adottati che spesso riflettono la gravità del voler morire. Tale pericolosità va definita sulla base dell'atto compiuto, del danno conseguente e delle circostanze in cui avviene il fatto.

1.2 Modalità per meglio comunicare con il paziente a rischio di suicidio

Come non comunicare

- Interrompere troppo spesso
- Esprimere il proprio disagio
- Dare l'impressione di essere occupato e frettoloso
- Dare ordini
- Fare affermazioni intrusive o poco chiare
- Fare troppe domande

Domande utili

- Ti senti triste?
- Senti che nessuno si prende cura di te?
- Pensi che non valga la pena di vivere?
- Pensi che vorresti suicidarti?

Indagine sulla pianificazione del suicidio

- Ti è capitato di fare piani per porre fine alla tua vita?
- Hai un'idea di come farlo?

Indagine su possibili metodi di suicidio

- Possiedi farmaci o altri mezzi per commettere il suicidio?
- Sono facilmente accessibili e disponibili?

Indagine su un preciso lasso di tempo

- Hai deciso quando vuoi porre fine alla tua vita?
- Quando hai intenzione di farlo?

L'OMS suggerisce di *formare alla prevenzione del suicidio* gli agenti di polizia penitenziaria, che spesso sono le uniche figure disponibili 24 ore al giorno, che rappresentano la prima linea di difesa nella prevenzione del suicidio. Gli agenti e il personale sanitario dovrebbero essere sottoposti ad un addestramento iniziale e, in seguito, a corsi di aggiornamento periodici. Le tematiche più importanti da affrontare durante l'addestramento sono:

- Opinioni del personale carcerario sul suicidio
- Perché gli ambienti detentivi inducono a comportamenti suicidari
- Potenziali fattori predisponenti
- Periodi ad alto rischio, segnali d'allerta
- Recenti suicidi e/o tentativi all'interno dell'istituto

Il personale che è regolarmente a contatto con i detenuti dovrebbe essere addestrato anche al "*primo soccorso*" e a tecniche di rianimazione cardio-polmonare, in attesa degli aiuti esterni richiesti. Il kit di pronto soccorso deve essere sempre disponibile ed esaminato abitualmente, affinché ci sia una immediata risposta ottimale.

Nel caso di un suicidio, l'equipe dovrebbe interrogarsi nel tentativo di:

- Ricostruire gli eventi dominanti del suicidio
- Fattori che hanno causato la morte del detenuto
- Adottare comportamenti e buone pratiche per migliorare le future opere di prevenzione

In caso di riscontro di una morte in carcere, l'equipe è incaricata di gestire anche il disagio del personale e dei detenuti che ne deriva, attraverso strategie di "debriefing", con iniziative e sostegno psicologico al personale e agli altri detenuti, ricostruendo gli eventi e identificando i fattori che hanno determinato l'exitus del detenuto.

Alcuni detenuti effettuano tentativi di suicidio a scopo manipolativo per ottenere il trasferimento in ospedali o per essere portati in setting meno restrittivi (Fulwiler et al., 1997; Holley et al., 1998). Detenuti con personalità antisociale o sociopatiche sono molto più portati a compiere gesti suicidari manipolativi poiché hanno maggiori difficoltà di adattamento e di disciplina nella vita in carcere.

Quindi, per concludere, un piano di prevenzione globale per il suicidio contiene i seguenti elementi:

- Un programma di addestramento del personale che li aiuti ad individuare i detenuti a rischio attraverso risposte appropriate
- Procedure per valutare sistematicamente i detenuti ad alto rischio al loro arrivo e anche durante il loro periodo di carcerazione
- Un meccanismo per sostenere la comunicazione tra i membri del personale per quanto riguarda i detenuti ad alto rischio
- Procedure che delineano le minime esigenze per proteggere i detenuti a rischio (supporto sociale, controlli visivi di routine e una costante osservazione per detenuti più a rischio)

Lo **Screening all'ingresso** dovrebbe essere effettuato sia a ridosso dell'ingresso in istituto, sia ogni volta che cambiano le circostanze e/o condizioni di detenzione. Lo screening deve prevedere l'osservazione del soggetto e la somministrazione di domande che aiutino a valutare l'entità del rischio suicidario del tipo:

- È in stato di intossicazione da sostanze e/o ha un passato di abuso di sostanze
- Esprime livelli insoliti di vergogna, colpa, e preoccupazione per l'arresto e l'incarcerazione
- Mostra disperazione, paura per il futuro, segni di depressione come pianto, appiattimento affettivo, assenza di comunicazione verbale
- Ammette di avere pensieri riguardanti il suicidio (è sbagliato credere che non si debba domandare ad una persona se pensa di volersi suicidare perché ciò potrebbe indurlo all'azione)
- È stato in passato in trattamento per problemi psichiatrici
- Soffre di un disturbo psichiatrico, si comporta in maniera insolita e bizzarra, ha difficoltà di concentrazione, parla da solo o sente delle voci
- Ha già tentato il suicidio, e/o afferma che il suicidio al momento è una soluzione possibile
- Afferma di avere attualmente piani suicidari (prendere in considerazione anche i contatti con i familiari ed altri detenuti vicini)
- Riferisce di avere poche risorse interne e/o esterne di supporto
- L'agente che ha arrestato e/o tradotto il detenuto lo ritiene a rischio di suicidio

Per essere efficace la prevenzione del suicidio deve implicare valutazioni regolari nel tempo e quindi per tutta la durata della detenzione. A tal fine, il personale può raccogliere informazioni sul grado di suicidalità del detenuto durante i seguenti momenti:

- Crisi di pianto, insonnia, pigrizia, estrema irrequietezza o passeggiate avanti e indietro, improvvisi sbalzi di umore, di abitudini alimentari o sonno, gesti di “spoliazione” (dar via i propri oggetti personali), perdita di interesse in attività e/o relazioni, rifiuti di cure o richiesta di dosi maggiori di farmaci
- Colloqui nei periodi circostanti le udienze in tribunale o altri periodi critici (come la morte di un familiare e/o il divorzio) per identificare sentimenti di disperazione
- Supervisione dei colloqui con familiari o amici per rilevare eventuali conflitti o problemi emergenti durante la visita (si dovrebbe suggerire ai familiari di rendere noto al personale carcerario la percezione di un intento suicidario nel loro familiare detenuto)
- I detenuti in isolamento dovrebbero ricevere un breve esame di status mentale per verificare se lo stato psichico del detenuto e/o il suo grado di rischio suicidario sia compatibile con tale regime
- Costruire con i detenuti rapporti tali da facilitare la loro espressione di condizioni di disagio o sentimenti di disperazione qualora insorgano

Dopo lo screening è necessaria un’adeguata *osservazione* e il *follow-up*. I detenuti in una fase di attiva suicidalità richiedono una supervisione costante in particolare durante i turni di notte.

Considerando che un tentativo di suicidio per impiccamento necessita solo di 3 minuti per provocare danni cerebrali permanenti, e 5-7 minuti per essere letale, anche in un intervallo di 10-15 minuti gli interventi potrebbero essere inefficaci per un detenuto ad alto rischio.

1.3 L’isolamento del detenuto

L’isolamento di un detenuto a rischio di autolesionismo e suicidio, con la contestuale ubicazione in un locale privo di suppellettile definito nel linguaggio comune “camera liscia” (appunto priva di suppellettili, con la presenza del letto fissato al pavimento con i servizi igienici in acciaio murati) e sorveglianza a vista, dovrebbe rappresentare una condizione straordinaria mentre ad oggi risulta essere la modalità di gestione ordinaria nella prevenzione di tale rischio, dando così scarsa possibilità di realizzare interventi gradualmente e integrati tra la giustizia e la sanità, che prevedano diverse modalità di gestione finalizzati a salvaguardare l’integrità psicofisica del detenuto.

Tali modalità operative disattendono le linee guida dell’Organizzazione Mondiale della Sanità nella parte in cui chiariscono che:

“Esiste una forte associazione tra suicidio e tipo di alloggio assegnato.

Nello specifico, un detenuto posto in isolamento, o sottoposto a particolari regimi di detenzione (specialmente in cella singola) e incapace di adattarsi è ad alto rischio di suicidio”

Tale situazione ha come conseguenza anche l’ulteriore assottigliamento delle già esigue risorse disponibili nell’ambito della sicurezza, visto che un numero sempre crescente di agenti viene chiamato a svolgere un servizio di sorveglianza a vista sul soggetto considerato a rischio.

Infatti le indicazioni fornite dall’OMS, raccomandano la sorveglianza continua esclusivamente nel caso in cui il soggetto non possa essere inserito a vita comune poiché sottoposto ad isolamento per motivi giudiziari, sanitari o altro.

Il ricorso così frequente all’isolamento del detenuto, probabilmente è influenzato dalla responsabilità di chi è chiamato a decidere quale misura adottare per tutelare la vita del soggetto. Questa tendenza può essere invertita adottando modelli istituzionali di gestione della prevenzione del suicidio che abbiano fondamenti scientifici e a cui gli operatori possono ispirarsi. A tal

proposito si rilevano di fondamentale aiuto le indicazioni fornite dall'OMS e dell'International Association for Suicide Prevention le quali stabiliscono che:

“Un importante elemento nella prevenzione al suicidio nelle carceri è l’interazione sociale” e che “alcuni detenuti addestrati (compagni o ascoltatori) sono in grado di fornire un supporto sociale, e la loro vicinanza sembra avere un buon impatto sulla salute dei potenziali suicidi, perché questi non fidandosi degli agenti, potrebbero, invece aprirsi ai loro compagni”

Tale indicazione potrebbe essere presa in esame al fine di valutare l'opportunità di predisporre, presso ogni istituto di pena, un numero adeguato di camere detentive che siano composte da detenuti addestrati e ritenuti idonei a fornire il necessario supporto a quei soggetti considerati a rischio di suicidio.

Dal punto di vista gestionale, si raccomanda di prevedere una gradualità di interventi integrati che non prevedano immediatamente l'ubicazione in cella singola e la contestuale applicazione della sorveglianza a vista. Invece si dovrebbe tener conto in primo luogo della possibilità di lasciare il soggetto a rischio nel contesto in cui si trova, se ritenuto idoneo, e possibilmente con persone che con lui abbiano possibilità relazionali o affinità (culturali, di interessi, ecc.) e sensibilizzare un “gruppo tra pari”. Eventualmente è possibile ai sanitari attivare la presa in carico assistenziale ed indicare, secondo i previsti sistemi, delle misure di vigilanza sul soggetto che siano graduali e appropriate rispetto al rischio rilevato e comunque nel rispetto delle linee guida dell'OMS. Quest'ultime, infatti, stabiliscono che l'isolamento del soggetto deve essere considerato quale estremo rimedio per la gestione del rischio suicidario.

È necessario rompere l'automatismo che in questi anni ha caratterizzato le modalità di intervento sul rischio di suicidio, pur tenendo sempre presente i casi particolari non altrimenti gestibili se non tramite sorveglianza continua in camera appositamente predisposta (per esempio soggetti con aggressività non altrimenti contenibile).

Anziché subire il trauma di una misura come quella dell'isolamento, i soggetti considerati a rischio autolesivo e suicidario dovrebbero essere ubicati per il tempo ritenuto necessario, in camere detentive ordinarie e trarre beneficio, oltre che da tutte le altre misure di sostegno messe in atto, anche dalla vicinanza di compagni di detenzione selezionati e capaci di dar loro aiuto.

L'isolamento, termine che si presta ad una errata interpretazione in questo campo, dovrebbe essere definito come “una momentanea separazione” dagli altri detenuti e dal contesto detentivo ordinario, che deve considerarsi una misura straordinaria da attuarsi solo nel caso non siano percorribili altre soluzioni.

2. Dati epidemiologici relativi alla Regione Lazio

L'attenzione dell'Amministrazione penitenziaria sul fenomeno dei suicidi in carcere, ha inizio verso la fine degli anni '80 quando, con la circolare n. 3233/5683 del 30.12.1997 dell'allora Direttore Generale dell'Amministrazione Penitenziaria Amato, veniva istituito il servizio "nuovi giunti", servizio che mirava a valutare il rischio di autolesionismo e suicidario sin dall'ingresso in istituto del cittadino detenuto.

Si riporta di seguito la rappresentazione del fenomeno suicidario sulla popolazione detenuta nella Regione Lazio, dal 2008 al 2014.

Anno	Detenuti Presenti	Suicidi Avvenuti	Casi di autolesionismo prima del suicidio	Posizione Giuridica	Italiani	Stranieri
2008	5366	3	1	1 Ricorrente 1 Giudicabile 1 Appellante	2	1
2009	5981	5	3	2 Appellanti 1 Definitivo Appellante 1 Giudicabile App. Def. 1 Giudicabile	4	1
2010	6397	4	2	2 Definitivi 2 Giudicabili	3	1
2011	6716	1	1	1 Giudicabile	/	1
2012	7012	2	/	2 Definitivi	2	/
2013	7205	6	1	3 Attesa primo giudizio 1 Appellante 1 Definitivo 1 Ricorrente	3	3
2014	5655	3	1	2 Giudicabili 1 Definitivo	3	/

(Fonte: Dati forniti dal Ministero delle Giustizia Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria)

Per quanto riguarda la modalità di suicidio, la pratica più diffusa è quella a mezzo dell'impiccagione, che viene messa in atto attraverso l'utilizzo di svariati strumenti tra cui lenzuola, lacci, cinture e vestiti. Altre modalità risultano essere autoinalazioni di gas e tagli su polsi e collo.

Dati settore minorile

IPM

Negli anni precedenti al 2008, ovvero nel 2001 e successivamente nel 2003, due casi di suicidio si erano verificati presso l'IPM di Roma e ulteriori episodi si erano verificati nel momento di passaggio dai Servizi Minorili alle strutture penitenziarie per adulti. Tali episodi avevano indotto una particolare attenzione sul fenomeno del rischio suicidario ed autolesivo in IPM tanto da motivare il CGM del Lazio a sollecitare uno studio sul fenomeno e l'organizzazione di un servizio di accoglienza per i "nuovi giunti" che fosse finalizzato ad intercettare con maggiore attendibilità e monitorare con i dovuti interventi di protezione, le situazioni a rischio.

I dati che seguono segnalano l'andamento del fenomeno delle situazioni a rischio dal 2008 al 2014 sebbene nei primi due anni della rilevazione non vi è completezza dei dati.

Anno	Detenuti presenti	Casi di suicidio (morte)	Casi di tentato suicidio	Atti Autolesivi	Italiani	Stranieri
2008	198	0	*	*	*	*
2009	192	0	*	*	*	*
2010	181	0	1	31	13	18
2011	233	0	4	33	14	19
2012	251	0	1	45	14	31
2013	225	0	0	38	18	20
2014	100 (30.06.14)	0	0	12	2	10

* Dati non rilevati

3. Programma operativo di prevenzione ed intervento per il rischio autolesivo e suicidario

Il periodo detentivo è di per sé un tempo a rischio, in quanto rende le persone detenute, soggette a diverse variabili quali: privazione della libertà, dinamiche familiari, giuridiche, di adattamento al contesto ed intrapsichiche. Tali fattori rendono necessario il passaggio dalla prevalente risposta emergenziale ad un percorso di presa in carico assistenziale, con risposte graduate e individualizzate.

Nel documento si intende promuovere un modello integrato che tenga conto delle esigenze a tutela della sicurezza e della salute del detenuto. La risposta storica fin qui data della cosiddetta cella liscia, della sorveglianza a vista e dell'intervento farmacologico a caratteristiche di sedazione, deve essere integrato con il programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere. Affinché il programma sia applicabile è necessaria una nuova impostazione culturale dell'intervento nelle carceri, dove le dicotomie agente/detenuto, detenuto/sanità, sanità/operatore polizia penitenziaria ecc. siano superate e sia valorizzato il processo di relazione costruttiva di tutti gli attori coinvolti.

3.1. Negli Istituti penitenziari per adulti

La realtà carceraria rappresenta un universo complesso in cui si trovano ad interagire diversi attori che, con ruoli diversi e linguaggi diversi, devono garantire come obiettivo comune la tutela della salute dei detenuti e una conseguente condivisione delle responsabilità di una problematica così rilevante.

In questo programma sono forniti strumenti e prassi operative finalizzati alla prevenzione del rischio suicidario su una popolazione che presenta rischi peculiari dall'ingresso all'uscita dal carcere, in quanto l'esperienza detentiva di per sé è una esperienza a rischio.

Il programma operativo è suddiviso in 3 fasi al fine di permettere la completa attuazione ed un corretto monitoraggio del programma stesso:

- 1° FASE - Screening dei soggetti privati della libertà, entrati nella struttura penitenziaria
 - 2° FASE - Interventi a favore dei soggetti ritenuti ad alto rischio autolesivo e/o suicidario
 - 3° FASE - Interventi di rivalutazione sui soggetti a basso o medio rischio e in caso di cambiamento delle circostanze e/o condizioni della detenzione, ivi inclusi alcuni eventi critici
-
- **1° FASE - Screening dei soggetti privati della libertà, entrati nella struttura penitenziaria**

Il primo contatto riguarda la rilevazione dei dati dei nuovi giunti dalla quale potrebbero già emergere alcuni elementi di allarme:



Nella rilevazione di fattori anamnestici di rischio dovranno essere tenuti presenti quelli indicati dalla *Scala di Blaauw*¹ e cioè:

- Età uguale o superiore ai 40 anni
- Mancanza di fissa dimora
- Una condanna precedente
- Storia di abuso di droghe pesanti
- Storia di un trattamento per sintomi psichiatrici
- Sintomi di psicosi
- Disturbi d'ansia, dell'umore e dissociativi o somatoformi
- Precedenti tentativi di suicidio o presenza di comportamenti autodistruttivi
- Tendenze suicide o tentativi di suicidio dal momento dell'arresto fino alla visita medica

Nel caso di assenza di rischio suicidario², il soggetto è immesso nel normale circuito di trattamento penitenziario con l'attivazione degli usuali percorsi sanitari e trattamentali che prevedono l'intervento dell'educatore per programmi lavorativi, scolastici, di formazione, di attività ludico-ricreative, ecc.

Lo **screening** dei soggetti riguarderà anche coloro già presenti nella struttura penitenziaria attraverso la compilazione della Scheda n. 2 sempre somministrata dal medico di guardia.

A tale proposito, al fine di valutare efficacemente il più alto numero di detenuti nel più breve tempo possibile, sarà necessario che in ogni istituto, il *Sanitario Responsabile* della struttura, predisponga un programma di valutazione di tutti i detenuti presenti. Vengono di seguito riportati alcuni esempi di criteri di priorità, indicati dalla Scala di Blaauw, che potranno essere adottati per tale programma:

- Arresto per reati violenti
- Prima o seconda carcerazione
- Ordine di visite in relazione alla distanza della data di scarcerazione
- Reati particolarmente gravi
- Precedenti atti di autolesionismo
- Sopraggiunte condanne definitive
- Altro

Al termine dei colloqui necessari per la valutazione, se presente un disturbo, dovrà essere redatto un Piano di Trattamento Individuale (PTI)³ che deve sempre includere un'ipotesi diagnostica (codificata secondo i criteri previsti ICD-10/DSM V e sulla base di strumenti di valutazione standardizzati), il quadro clinico, l'eventuale uso di sostanze o la presenza di altri comportamenti di abuso (comprese le nuove dipendenze), la compromissione del funzionamento personale e sociale nell'istituzione carceraria, le risorse e le potenzialità esistenti, le necessità terapeutiche, riabilitative ed assistenziali e gli eventuali trattamenti farmacologici utilizzati. Il PTI deve contenere anche elementi prognostici e di monitoraggio del piano stesso.

¹ E. Blaauw, JFM Kerkhof, LM Hayes, *Demographic, Criminal, and Psychiatric Factors Related to Inmate Suicide*, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35 (1), February 2005 (The American Association of Suicidology).

² Pur non essendo possibile mai escludere completamente il rischio di suicidio, si parla di assenza di rischio quando i dati clinici non evidenziano nessun indicatore sospetto.

³ Da non confondere con il Programma Individualizzato di Trattamento che invece è di competenza penitenziaria (ex art. 29 D.P.R. n. 230/2000).

2° FASE - Interventi a favore dei soggetti ritenuti ad alto rischio autolesivo e/o suicidario

Nel caso di rilevazione dei fattori anamnestici ad alto rischio, presenti nella Scheda n. 2, il medico provvederà a compilare *l'Approfondimento sul rischio autolesivo e suicidario* (Scheda n. 3) che prevede l'attivazione di due percorsi differenziati e alternativi:

Percorso 1. Qualora sussista un alto rischio *si procede all'invio della segnalazione* (Scheda n. 4) con la quale il medico propone al Dirigente Sanitario della struttura, una richiesta di approfondimento clinico urgente da parte dello psicologo e/o dello psichiatra appartenenti al Dipartimento di Salute Mentale da realizzarsi immediatamente e comunque non oltre le 24 ore dalla richiesta, proponendo contemporaneamente la collocazione del detenuto in un particolare regime di sorveglianza.

Percorso 2. Qualora le condizioni del soggetto fossero gravissime e lo stesso fosse in evidente stato di profondo disagio psichico e ricorressero le condizioni per un ricovero coatto, si applicheranno le norme che regolamentano il ricovero nel SPDC.

Al fine di valutare correttamente il comportamento a rischio di suicidio, si suggerisce anche la somministrazione di strumenti psicodiagnostici standardizzati tra quelli più utilizzati e riconosciuti in campo internazionale come, a titolo esemplificativo:

- *The Suicide Columbia Severity Rating Scale (C-SSRS)* (Posner et al., 2011)⁴
- *Beck Scale for Suicidal Ideation (BSI)* (Beck et al., 1979)⁵

Ogni qualvolta venga identificato un soggetto ad elevato rischio suicidario, il Direttore e il Responsabile Sanitario dell'Istituto, convocheranno tempestivamente un'equipe multidisciplinare per una presa in carico integrata, composta dal Responsabile Sanitario dell'U.O. dell'istituto, dallo psicologo e/o dallo psichiatra che seguono il caso, dal direttore, dall'educatore e dal comandante (e da altri eventuali delegati scelti dal direttore stesso). Tale equipe, dopo essersi riunita, compilerà una relazione operativa di interventi da attuare a favore del soggetto e monitorerà gli esiti degli stessi con successive riunioni operative.

3° FASE – Interventi di rivalutazione sui soggetti a basso/medio rischio autolesivo e/o suicidario e in caso di cambiamento delle circostanze e/o condizioni della detenzione.

Esistono delle circostanze per cui, a seguito di eventi particolari o stressanti, deve essere posta una specifica attenzione anche ai soggetti ritenuti a rischio basso/medio. Infatti, uno stressor inatteso o particolarmente intenso, può determinare uno stato di disagio acuto con il conseguente rischio di determinare un atto di autolesionismo o un tentativo di suicidio.

Si riportano nelle seguenti tabelle degli esempi sui possibili *fattori di rischio* (o eventi sentinella) e gli eventuali *segnali di allarme* che, evidenziando un possibile rischio suicidario, richiedono inequivocabilmente una valutazione o rivalutazione del caso, attivando rapidamente la procedura prevista dalla Fase 2. La stima del peso di tali fattori è demandata alla valutazione del clinico all'interno del quadro generale del soggetto.

⁴ E' diviso in quattro costrutti. Il primo è la gravità di ideazione che viene valutato su una scala a 5 punti ordinale in cui 1 = desiderano essere morto , 2 = non specifici pensieri suicidari attivi , 3 = pensieri suicidari con i metodi , 4 = intento suicida , e 5 = intento suicida con il piano . Il secondo è l'intensità del sottoscala ideazione che comprende 5 elementi, ciascuno valutato su una scala a 5 punti ordinale : frequenza , durata, controllabilità , dissuasori , e la ragione di ideazione . Il terzo è il sottoscala comportamento, che è valutato su una scala nominale che include effettivo , interrotta , e interrotta tentativi , il comportamento di preparazione , e suicida comportamento non auto-lesionista. E la quarta è il sottoscala letalità, che valuta i tentativi reali; la letalità effettiva è valutata su una scala ordinale di 6 punti, e se la mortalità effettiva è pari a zero, la potenziale letalità dei tentativi è valutata su una scala ordinale di 3 punti. Il C-SSRS ha dimostrato una alta sensibilità e specificità.sull'ideazione e sul comportamento suicidario.

⁵ Si compone di 19 items che valutano pensieri e progetti suicidi.

Fattori di rischio

- Situazioni familiari: separazioni coniugali, divorzi, abbandoni, malattie o decessi di congiunti;
- Situazioni personali: conoscenza di patologie croniche o di prognosi di gravi malattie, perdita del lavoro;
- Situazioni giuridico processuali: condanne definitive di notevole entità, nuove ordinanze restrittive, rigetti di misure alternative, detenuti in attesa di giudizio, detenuti condannati;
- Stress quotidiano della vita in carcere;
- Isolamento;
- Precedenti comportamenti suicidari;
- Ambiente carcerario non idoneo;
- Mancanza di informazioni / comunicazione;
- Mancanza di attività lavorativa;
- Bullismo;
- Limitato o assente accesso ai servizi psichiatrici;
- Eventuali condizioni di sovraccarico lavorativo per il personale o il loro mancato addestramento;
- Scarcerazione.

Segnali di allarme

- Crisi di pianto, insonnia, pigrizia, estrema irrequietezza o passeggiare avanti e indietro;
- Improvvisi sbalzi di umore, di abitudini alimentari o sonno;
- Gestiti di spoliazione come ad esempio dar via oggetti personali;
- Abuso di sostanze (talvolta in crisi di astinenza);
- Perdita di interesse in attività e/o relazioni;
- Ripetuti rifiuti di cure o richiesta di dosi maggiori di farmaci;
- Subire bullismo o comportamenti aggressivi.

Sebbene il compito della rivalutazione sia assegnato all'Amministrazione Penitenziaria, quello che bisogna considerare nella condivisione di queste informazioni, sono le conseguenze sulla persona che tali eventi possono provocare. In tali frangenti, quindi, sarà opportuno che ogni comunicazione di questo tipo sia condivisa con la parte sanitaria, proprio in virtù di una prevenzione secondaria verso il suicidio.

3.2 Monitoraggio

Gli eventi critici, autolesivi e suicidari, sono registrati in una scheda e segnalati ed inseriti in un apposito “*Registro per il monitoraggio*”, per ogni istituto penitenziario con gli identificativi anagrafici dei detenuti valutati.

Mentre l'esito delle rilevazioni sui singoli detenuti, con le relative schede compilate, sarà registrato sul “*diario clinico*” del detenuto stesso. In caso di trasferimento o liberazione o uscita dal carcere per altri motivi, le schede compilate e contenute nel diario clinico dovranno seguire il detenuto nel nuovo istituto penitenziario e, nel caso vi sia stato un rischio di suicidio registrato nella sua storia detentiva, questo andrà segnalato al DSM di residenza del paziente.

4. Specificità dei servizi minorili: l'IPM e il CPA⁶

Premessa

La messa a punto di strategie di rilevazione del rischio suicidario nei minori e giovani adulti sottoposti ad una situazione di privazione della libertà, è stata materia di interesse da parte del sistema penale minorile, tanto da motivare nel 2007 una ricerca condotta dal Centro Giustizia Minorile di Roma sul tema⁷.

La cornice operativa dei servizi della Giustizia Minorile va analizzata tenendo conto della filosofia che governa l'intero apparato giudiziario penale minorile normato dal D.P.R. n. 448/88, le cui norme ben interpretano la costruzione di un sistema che media tra azione penale e tutela dei soggetti a cui si rivolge, pensandoli in una fase del ciclo vitale in cui la permeabilità ad esperienze stigmatizzanti è alta.

In linea con tali propositi e nel tentativo di ridurre al minimo l'impatto dei minori con l'esperienza detentiva, sono stati istituiti dal 1989, i *Centri di Prima Accoglienza* (CPA). Tali strutture, pensate per ospitare i minorenni arrestati o fermati fino alla celebrazione dell'udienza di convalida, con una permanenza che non può mai superare le 96 ore, rappresentano uno spazio fisico e operativo che funge da filtro a maglie strette rispetto ad un possibile ingresso in carcere.

Il CPA di Roma, l'unico previsto sul territorio della Regione Lazio, accoglie tutti i minori arrestati e fermati su tale area e li ospita per una permanenza che nella media è di circa 55 ore, entro le quali, i ragazzi e le ragazze incontrano un'equipe multiprofessionale composta da Educatori, Agenti di Polizia Penitenziaria, nonché dal personale della sanità penitenziaria, medici e psicologi, che assicurano interventi finalizzati alla tutela della salute psico-fisica.

La media delle presenze annuali si è stabilizzata negli ultimi anni su numeri dell'ordine di 500/600 minorenni. Tale numero è variato nel tempo, da minimi inferiori a 400 ad un massimo di oltre 1200.

L'Istituto Penale Minorile *Casal del Marmo* di Roma (IPM) è anch'esso l'unico previsto sul territorio della Regione Lazio, accoglie minori e giovani adulti, in fase di custodia cautelare o di espiazione pena, maschi e femmine, con una capienza massima di 81 soggetti.

La media delle presenze annuali negli ultimi 10 anni è stata di circa 250 minori e giovani adulti con variazioni nel tempo che hanno fatto registrare da un minimo di 181 ad un massimo di 341 presenze annue.

Se da un lato il CPA è un luogo che accoglie minori dallo stato di libertà e dunque la cui condizione psico-fisica è sconosciuta agli operatori che lavorano al suo interno, dall'altro l'IPM porta con sé la complessità di una utenza composta da minori autori di reato, considerata più a rischio.

Inoltre, nell'ultimo decennio, si è avuto modo di registrare un graduale ma continuo aumento di adolescenti autori di reato, portatori di una psicopatologia spesso correlata ad aspetti di *disregolazione emotiva* e dunque più a rischio di *acting* sia auto che etero diretti. Tutto ciò necessita, quindi, di protocolli operativi strutturati, finalizzati alla tutela dell'incolumità sia dei ragazzi stessi che degli operatori.

Ciò che questo programma, messo a punto all'interno dell'IPM e del CPA, si è posto come obiettivo, è quello di raffinare la conoscenza scientifica in materia, per operare una rilevazione dei

⁶ Il presente lavoro è frutto di una riflessione condivisa con i seguenti referenti istituzionali dell'area sanitaria, educativa e della sicurezza dell'IPM e del CPA. Area Sanitaria IPM: Umberto Forte, Silvia Bracci, Lucia Chiappinelli, Francesco Burruni, Giovanna Serafini, Maria Merlino - Direzione IPM: Liana Giambartolomei - Area Educativa IPM: Liliana Coppotelli - Area della sicurezza IPM: Saulo Patrizi, Maria Assunta Occulto, Stefano Boesso - Centro Giustizia Minorile: Cinzia Branca - Area Sanitaria CPA: Annunziata Bruno, Elisabetta Ciuffo - Area Educativa CPA: Roberta Rossolini - Area della Sicurezza CPA: Nicola Albanese.

⁷ La ricerca è stata svolta con la collaborazione del Garante dei diritti dei detenuti del Comune di Roma ed il Dipartimento di Scienze Neurologiche, Psichiatriche e Riabilitative dell'Università "La Sapienza" di Roma e riguardava un approfondimento scientifico sul fenomeno e la sperimentazione dello strumento psicodiagnostico *Maysi 2*, al fine di ampliare la conoscenza e i processi di rilevazione del rischio, nonché migliorare la gestione clinica ed organizzativa delle situazioni di criticità.

fattori di rischio ancora più accurata, sforzandosi di differenziarli per gradualità dal punto di vista clinico ed abbinarli ad altrettanti protocolli di gestione clinica, trattamentale e di sorveglianza correlati tra loro.

4.1 L'IPM - Istituto Penale Minorile

Il programma operativo è suddiviso in 3 fasi al fine di permettere la completa attuazione ed un corretto monitoraggio del programma stesso:

- 1° FASE - Screening dei minori o giovani adulti in fase di ingresso in IPM
- 2° FASE - Presa in carico dei minori e giovani adulti detenuti ritenuti a rischio autolesivo e/o suicidario
- 3°FASE - Interventi di rivalutazione sui soggetti a basso o medio rischio e in caso di cambiamento delle circostanze e/o condizioni della detenzione, ivi inclusi alcuni eventi critici

1° FASE - Screening dei minori o giovani adulti in fase di ingresso in IPM

L'obiettivo è riuscire ad effettuare una valutazione sul rischio suicidario ed autolesivo attraverso l'integrazione dei vari sguardi professionali che osservano il ragazzo sin dall'ingresso nella struttura. A tal fine è stato predisposto *un fascicolo modulare* (schede da 1 a 4), che andrà conservato all'interno del diario clinico, che viene compilato, entro le prime 24/48 ore dall'ingresso, da parte del personale incaricato alle procedure di accoglienza (Ufficio matricola) e che sarà poi assemblato ed analizzato dall'area sanitaria⁸.

Area della Sicurezza

1° step

Ufficio Matricola (Scheda n. 1)

Il personale dell'Ufficio Matricola raccogliere elementi che, sul piano della posizione giuridica, possono avere una rilevanza sull'impatto emotivo del minore o giovane adulto relativamente all'esperienza detentiva.

Area Sanitaria

2° step

Valutazione medica (Scheda n. 2)

Il medico effettua la valutazione di prassi entro le 12/18 ore dall'ingresso del ragazzo in IPM (compresi i giorni festivi), all'interno della quale identifica l'eventuale presenza di fattori di rischio suicidario ed autolesivo, rilevabili dall'esame obiettivo e dalla raccolta di dati anamnestici riferiti dal ragazzo o deducibili dalla documentazione clinica in possesso del sanitario al momento della visita.



⁸ Una copia della specifica rilevazione effettuata da ciascuna figura professionale sarà conservata all'interno della cartella o fascicolo relativa al minore o giovane adulto, valutato secondo il protocollo in questione

3° step

Valutazione psicologica (Scheda n. 3)

Lo psicologo effettua la valutazione psicologico-clinica di prassi entro le 24/48 ore dall'ingresso del minore o giovane adulto in IPM, all'interno della quale identifica la presenza di fattori inerenti il funzionamento mentale e la correlazione tra questo e aspetti situazionali, al fine di identificare vissuti traumatici ed elementi di rischio non gestibili attraverso le risorse interne di cui il giovane dispone. Verrà rilevata con particolare attenzione la presenza di alcuni indicatori significativi quali: tendenza autolesiva o suicidaria pregressa, tossicodipendenza, presenza di psicopatologia conclamata o ipotesi di personalità premorbosa, precedenti ricoveri psichiatrici, vissuti di vergogna conseguente l'arresto, eventi traumatici recenti. Tale rilevazione sarà effettuata all'interno del colloquio clinico ed eventualmente supportata da altra documentazione clinica o anamnestica.

Tale rilevazione psicologica può avvalersi dell'utilizzo di questionari di supporto specifici, come ad esempio il SAMI (*Suicide Assessment Manual for Inmates*) e Maysi 2.



4° step

Valutazione Educativa (Scheda n. 4)

L'Area educativa effettua, orientativamente entro le 24 ore dall'ingresso, un colloquio di accoglienza e prima conoscenza della situazione personale, familiare e ambientale nonché del percorso penale del giovane, finalizzato anche alla rilevazione di alcuni fattori che possono essere identificabili come indicatori di rischio suicidario ed autolesivo. Tale rilevazione prenderà in esame alcuni dati anamnestici generici ma di rilevanza specifica, se incrociati con altre osservazioni cliniche effettuate dalle altre aree funzionali partecipanti alla rilevazione in argomento.



5° step

Valutazione del rischio

Le 4 schede fin qui compilate dalle varie aree professionali, saranno analizzate dallo psicologo che ha effettuato la valutazione in fase di ingresso. Lo stesso, entro le 48 ore dall'ingresso del ragazzo, rileverà la presenza di fattori di rischio e il livello di gravità dello stesso, identificandolo in:

Basso - Medio - Alto - Massimo

L'identificazione e la segnalazione di uno di questi livelli, comporterà, entro le successive 24 ore, l'applicazione di una corrispettiva procedura gestionale, che coinvolgerà tutte le aree funzionali attivandole, nello sforzo comune di garantire altrettanti percorsi assistenziali.

Lo sforzo che questo protocollo ha perseguito, è stato quello di identificare quattro livelli di rischio differenziati, per uscire fuori da una dicotomia legata alla presenza/assenza di rischio, che in passato portava il sistema carcerario a sbilanciare in difetto o in eccesso protocolli di sorveglianza non funzionali allo scopo e dagli effetti iatrogeni. Si è valutato che, in relazione alla cornice situazionale e di contesto, non fosse possibile considerare il "rischio assente" ma fosse più coerente la denominazione di "rischio basso" per quella parte della popolazione il cui rischio deriva solo dall'essere collocato all'interno di un carcere e che dunque richiede una gestione ordinaria.

È comunque opportuna una adeguata sensibilizzazione di chiunque si occupi della ricezione dei soggetti che fanno ingresso nella struttura e, tali figure, qualora riscontrino segnali identificabili come fattori di rischio, compileranno la “**Scheda di rilevazione urgente**” (Scheda n. 5) occupandosi di effettuare l’opportuna segnalazione alle figure preposte all’attivazione di dispositivi di sicurezza che saranno ritenuti temporanei in attesa della declinazione di tutti gli interventi stabiliti da protocollo.

2° FASE – Presa in carico dei minori e giovani adulti detenuti ritenuti a rischio autolesivo e/o suicidario

La presa in carico assistenziale è differenziata secondo quattro livelli di rischio e cioè Basso, Medio, Alto e Massimo. Il rischio Basso rientra nella gestione ordinaria mentre negli altri casi deve avvenire entro le 24 ore da parte dell’area sanitaria la segnalazione al Direttore dell’IPM, il quale, con provvedimento motivato, disporrà l’applicazione del livello di protocollo gestionale corrispondente alla rilevazione di rischio segnalato. Tale disposizione investirà formalmente le varie figure professionali incaricate della realizzazione degli interventi previsti dal protocollo.

PROTOCOLLO DI GESTIONE NELLE SITUAZIONI DI “BASSO RISCHIO”⁹

Area Sicurezza:

Regime di Sorveglianza Ordinario

Destinato a tutti coloro che non sono ritenuti sensibilmente a rischio e possono essere inseriti nella vita quotidiana d’Istituto, senza specifiche limitazioni riguardo al possesso dei generi consentiti ed alla partecipazione alle attività trattamentali in comune con gli altri. Non è prevista una particolare ubicazione del soggetto, che può essere introdotto nel gruppo dei pari corrispondente alle proprie caratteristiche (maschi/femmine, giovani adulti, minori, ecc.), in una camera singola o multipla. In genere nella fase dell’accoglienza, soprattutto nel caso di scarsa conoscenza del soggetto, viene evitata la sua ubicazione in una camera singola. I controlli del personale di vigilanza rivolti all’intero gruppo dei detenuti, non prevedono una specifica cadenza e sono affidati agli agenti addetti alla vigilanza ed osservazione nella palazzina detentiva e nelle attività trattamentali. Agli stessi competono anche le operazioni di conta generale gestite dai preposti alla Sorveglianza Interna.

Area Sanitaria

Medico: visita di primo ingresso secondo le prassi operative e monitoraggio attraverso un controllo clinico-medico secondo le normali prassi operative e la specificità del caso nonché attraverso l’assistenza giornaliera effettuata da parte del personale infermieristico.

Psicologo: il livello di intervento psicologico sarà realizzato secondo le normali prassi operative e coerentemente con i bisogni e le risorse emerse in fase di valutazione clinica.

Psichiatra/Neuropsichiatra infantile: la richiesta di consulenza e di eventuale presa in carico sarà determinata dalla valutazione clinica del caso e seguirà il protocollo operativo utilizzato per prassi nella gestione clinica dei ragazzi presenti in IPM.

Educatore

l’intervento dell’educatore, secondo le prassi operative, prevederà un intervento di accoglienza e di interconnessione con lo psicologo titolare del caso, condizione necessaria per lo sviluppo di interventi individualizzati e integrati, oltre ad un lavoro più globale sul “gruppo palazzina” e alla cura nell’inserimento in laboratorio o a scuola.

⁹ Vedi protocollo previsto per gli adulti

PROTOCOLLO DI GESTIONE NELLE SITUAZIONI DI “RISCHIO MEDIO”

Area Sicurezza: *Regime di Grande Sorveglianza*

Tale regime prevede controlli periodici da parte del personale di Polizia Penitenziaria, i quali non vengono prestabiliti, al fine di renderne difficile la prevedibilità da parte dei vigilati, ma la cui cadenza deve avere un intervallo non superiore ai 25 minuti. Si applicano le seguenti misure:

- collocazione del soggetto in una stanza appositamente bonificata e privata di dotazioni potenzialmente pericolose quali scope, detersivi e liquidi potenzialmente tossici, ecc. La dotazione per la pulizia della stanza verrà consegnata al bisogno e restituita al personale al termine delle operazioni;
- sarà data la possibilità di lasciare il mobilio a corredo (armadio, comodino, sedia e tavolino) e la dotazione ordinaria di lenzuola, coperta e corredo;
- il soggetto può essere ubicato insieme ad altri compagni, qualora quest'ultimi acconsentano di essere sottoposti alle stesse limitazioni nei momenti di chiusura in stanza;
- il detenuto non può essere assegnato ad attività a bassa vigilanza o a sorveglianza dinamica e ad attività che utilizzino apparecchiature o strumenti ritenuti pericolosi. Potrà eventualmente essere impiegato, in qualità di “aiutante di sezione” sotto il controllo diretto del personale di addetto alla sicurezza;
- i generi potenzialmente pericolosi, come la lametta da barba o per depilarsi, vengono eventualmente consegnati per il tempo strettamente necessario per l'igiene e la cura della persona. Inoltre, al soggetto ed ai suoi eventuali compagni di stanza non sarà consentito il possesso durante la chiusura in camera dei seguenti oggetti ed indumenti: collant, cintura, lacci delle scarpe, cintura dell'accappatoio e legacci in genere;
- al momento del rientro nella camera detentiva, il soggetto e gli eventuali compagni di stanza sono sottoposti a controllo o perquisizione e viene effettuata con particolare cura una bonifica dei relativi locali di pernottamento, controllo delle inferriate e dei pacchi ricevuti.

Area Sanitaria

Medico: controllo clinico terapeutico *trisettimanale*; coinvolgimento sulle verifiche trattamentali terapeutiche farmacologiche predisposte settimanalmente dallo Psichiatra; quotidiano raccordo con gli operatori dell'équipe e con le altre figure professionali che si interfacciano con il ragazzo.

Psicologo: colloqui diretti con il ragazzo *plurisettimanali*; *quotidiano raccordo* con gli operatori dell'équipe e con le altre figure professionali che si interfacciano con il ragazzo; *coinvolgimento* sulla gestione di criticità che interessano il ragazzo relativamente alla messa in atto di azioni che comportano un significativo cambiamento nella sua vita. *Coinvolgimento* nell'articolazione di una progettualità trattamentale interna ed esterna all'istituto.

Psichiatra/Neuropsichiatra infantile: la richiesta di consulenza e di eventuale presa in carico sarà determinata dalla valutazione clinica del caso e seguirà il protocollo operativo utilizzato per prassi nella gestione clinica dei ragazzi presenti in IPM.

Educatore

Raccordo periodico con il personale della sorveglianza e sanitario; più frequente numero di colloqui strutturati con il ragazzo; particolare attenzione ad un lavoro esteso sul l'eventuale gruppo dei coabitanti la stessa cella in cui il ragazzo a rischio è collocato poiché anche su questi ricadono alcune specifiche ristrettezze che sul piano della sorveglianza vengono disposte a tutela della propria e dell'altrui incolumità.

PROTOCOLLO DI GESTIONE NELLE SITUAZIONI DI “RISCHIO ALTO”

Area Sicurezza:

Regime di Grandissima Sorveglianza

Prevede controlli periodici da parte del personale di Polizia Penitenziaria, non prestabiliti al fine di renderne difficile la prevedibilità da parte dei vigilati, con un intervallo non superiore ai 15 minuti. Si applicano le seguenti misure:

- La collocazione del detenuto in una camera detentiva singola appositamente predisposta (possibilmente vicina all'ufficio degli assistenti per agevolare il controllo in caso di bisogno, per un intervento immediato sul posto), priva di mobilio e di qualunque altro genere che possa costituire pericolo. Lo stesso in ogni suo spostamento, all'interno dell'Istituto, deve essere tenuto sotto stretto controllo;
- in casi particolari il soggetto può essere ubicato insieme ad altri compagni, qualora quest'ultimi acconsentano di essere sottoposti, al momento della chiusura in stanza, alle stesse limitazioni previste;
- dotazione di lenzuola di carta e di coperta. Qualora, nonostante la persistenza di tale regime, il soggetto metta in atto tentativi di auto nocimento attraverso l'utilizzo di biancheria da letto, il Direttore può disporre la non dotazione di essa;
- il detenuto non può essere assegnato ad attività a bassa vigilanza o a sorveglianza dinamica e ad attività che utilizzino apparecchiature o strumenti ritenuti pericolosi. Non potrà inoltre essere impiegato in qualità di “aiutante di sezione”;
- i generi potenzialmente pericolosi vengono eventualmente consegnati per il tempo strettamente necessario per l'igiene e la cura della persona. Gli indumenti dovranno essere posti fuori della stanza; il detenuto potrà indossare nei momenti di chiusura in camera unicamente pantaloni e maglietta o pigiama, slip e calzini corti. Nei casi di maggior pericolo può essere disposto dal Direttore di non dotare il soggetto di maglietta e pantaloni;
- al momento del rientro nella camera detentiva il detenuto deve essere sottoposto a controllo o perquisizione, controllo delle inferriate, del luogo d'ubicazione e dei pacchi ricevuti.

Area Sanitaria

Medico: controllo medico giornaliero e *quotidiano* raccordo con gli operatori dell'équipe e con le altre figure professionali che si interfacciano con il ragazzo; monitoraggio terapeutico giornaliero; coinvolgimento bisettimanale sulle verifiche trattamentali terapeutiche farmacologiche dello Psichiatra.

Psicologo: colloqui diretti *plurisettimanali* con il ragazzo; richiesta di consulenza *urgente* psichiatrica; quotidiano raccordo con gli operatori dell'équipe e con le altre figure professionali che si interfacciano con il ragazzo; coinvolgimento sulla gestione di criticità che coinvolgono il ragazzo relativamente alla messa in atto di azioni che comportano un significativo cambiamento nella sua vita; coinvolgimento nell'articolazione di una progettualità trattamentale interna ed esterna all'istituto.

Psichiatra/Neuropsichiatra infantile: la richiesta di consulenza avverrà con *carattere di urgenza* e la successiva presa in carico e seguirà il protocollo operativo utilizzato per prassi nella gestione clinica dei ragazzi presenti in IPM.

In tali situazioni tuttavia il personale sanitario dovrà decidere se, in relazione alle condizioni cliniche evidenziate, sia opportuno un ricovero ospedaliero, oppure strutturare una presa in carico da realizzarsi all'interno dell'istituzione carceraria. Tuttavia, in caso di gestione interna all'IPM, lo psichiatra rimarrà coinvolto con *controlli bisettimanali*.

Educatore

Monitoraggio quotidiano sulle necessità pratiche del giovane e sullo stato detentivo nonché sulle dinamiche di palazzina; colloqui strutturati quotidiani; contatti costanti con la famiglia e con i servizi minorili coinvolti; sostegno alle attività non pericolose in cui potrebbe essere inserito il giovane.

A parte gli opportuni orientamenti nella gestione delle situazioni a rischio fin qui esplicitati, i soggetti segnalati a rischio medio e alto, parteciperanno alle attività trattamentali in comune con gli altri.

Nel caso in cui il rischio di autolesionismo e/o suicidario sia associato al rischio di etero aggressività o di essere vittima di violenza, oltre a quanto sopra previsto possono essere inseriti limiti riguardo il contatto con gli altri ristretti e la partecipazione alle attività in socialità.

Particolare cura sarà assicurata, sul piano della comunicazione di tale rilevazione di rischio, assicurando con gli strumenti appositi (registri di palazzina detentiva, relazioni di servizio) la trasmissibilità dell'informazione a tutte le figure che, ciascuna per la propria funzione, sono impegnate nella gestione del caso. Altrettanto sarà assicurato, nelle situazioni in cui tali livelli di rischio cambino o non siano più presenti necessitando, sul piano della gestione trattamentale, un adeguamento del livello di attenzione.

PROTOCOLLO DI GESTIONE NELLE SITUAZIONI DI “RISCHIO MASSIMO”

Area Sicurezza:

Regime di Sorveglianza a Vista

Comporta la vigilanza ininterrotta da almeno un agente di Polizia Penitenziaria con turni di che coprono le 24 ore. La sorveglianza a vista prevede:

- La collocazione del detenuto in una camera detentiva singola provvista di cancello di chiusura. Il blindato, salvo diversa specifica disposizione, dovrà rimanere sempre aperto per poter permettere la visuale all'interno. Nella norma la camera è dotata di mobilio ma privata di oggetti potenzialmente pericolosi per l'offesa alla persona e ogni spostamento all'interno dell'Istituto deve essere supervisionato dal preposto alla Sorveglianza Interna;
- Dotazione di biancheria da letto ordinaria. Qualora, nonostante la persistenza di tale regime, il soggetto metta in atto tentativi di auto nocimento attraverso l'utilizzo di biancheria da letto, il Direttore può disporre la non dotazione di essa;
- Il soggetto rimane in camera per tutto il perdurare delle condizioni di massimo rischio, non può essere assegnato in attività ed è separato dagli altri ristretti. Sono garantiti la fruizione giornaliera del periodo all'aria aperta, la lettura dei libri o quotidiani, la visione della tv negli orari previsti per il regime ordinario;
- I generi potenzialmente pericolosi non sono lasciati nella disponibilità del detenuto ma vengono eventualmente consegnati per il tempo strettamente necessario per l'igiene e la cura della persona, pertanto non potrà tenere in stanza fiammiferi, oggetti in metallo o materiale che possa essere utilizzato ai fini autolesionistici come lacci delle scarpe, cinture, legacci in genere, detersivi o liquidi potenzialmente tossici. Gli indumenti potranno rimanere nella stanza. Nei casi di maggior pericolo può essere disposto dal Direttore di non dotare il soggetto dei generi di vestiario oltre a quelli indossati;
- Particolare cura viene posta nelle operazioni di controllo delle inferriate, di perquisizione personale del detenuto, del luogo d'ubicazione e dei pacchi ricevuti.

Area Sanitaria

Medico: controllo medico *giornaliero*; quotidiano raccordo con gli operatori dell'équipe e con le altre figure professionali che si interfacciano con il ragazzo; monitoraggio terapeutico giornaliero; coinvolgimento sulle verifiche trattamenti terapeutiche farmacologiche del Medico Specialista Psichiatra *trisettimanalmente*.

Psicologo: colloqui diretti giornalieri con il ragazzo; richiesta di consulenza *urgente* psichiatrica; quotidiano raccordo con gli operatori dell'équipe e con le altre figure professionali che si interfacciano con il ragazzo; coinvolgimento sulla gestione di criticità che coinvolgono il ragazzo relativamente alla messa in atto di azioni che comportano un significativo cambiamento nella sua vita, coinvolgimento nell'articolazione di una progettualità trattamento interna ed esterna all'istituto.

Psichiatra/Neuropsichiatra infantile: la richiesta di consulenza avverrà con *carattere di urgenza* e la successiva presa in carico sarà determinata dalla valutazione clinica del caso e seguirà il protocollo operativo utilizzato per prassi nella gestione clinica dei ragazzi presenti in IPM.

In tali situazioni tuttavia il personale sanitario dovrà decidere se in relazione alle condizioni cliniche evidenziate sia opportuno un ricovero in un reparto per le urgenze psichiatriche in età evolutiva (se il paziente è minorenni) o in SPDC (se il paziente è maggiorenne) o nel rispetto delle procedure del Regolamento aziendale deliberato, oppure strutturare una presa in carico da realizzarsi all'interno dell'istituzione carceraria. Tuttavia lo specialista rimarrà coinvolto nella gestione della situazione con *controlli giornalieri* almeno fino al permanere della situazione di rischio suicidario identificato.

Educatore

Colloqui strutturati quotidiani con monitoraggio delle necessità pratiche anche più volte al giorno; quotidiano raccordo con l'équipe interna e settimanale con quella interprofessionale; sostegno al personale di sorveglianza e scambio informazioni; costanti contatti con le famiglie e con l'autorità giudiziaria; prosecuzione del lavoro sul gruppo palazzina, con un'attenzione particolare a lavorare sui livelli di tolleranza delle “differenze”.

Il provvedimento con il quale viene applicata la *grande sorveglianza*, *grandissima sorveglianza* e la *sorveglianza a vista*, viene inserito in un apposito registro di raccolta e trasmesso ai coordinatori di Unità Operativa, ai preposti alla Sorveglianza Interna, all'ufficio agenti della sezione, al settore rilascio e vigilanza colloqui, all'area tecnica dell'Istituto, al presidio sanitario interno ed all'ufficio matricola, che provvede all'inserimento nel fascicolo personale del detenuto.

È prevista l'istituzione di un apposito registro nel quale viene annotato il nominativo dell'addetto al servizio di sorveglianza a vista e l'orario di lavoro relativo e tutte le notizie di interesse, per una corretta ed attenta gestione del detenuto. In urgenza, per notizie afferibili al pericolo imminente per la sicurezza del soggetto inserito in un regime di custodia, deve essere data immediata comunicazione al Direttore ed al Comandante di Reparto da parte del preposto alla Sorveglianza Interna di turno.

4.2 RIVALUTAZIONE INTERDISCIPLINARE DEL RISCHIO SUICIDARIO

Per i vari protocolli di gestione di valutazione del rischio, l'équipe interistituzionale multidisciplinare, rivaluta lo stesso secondo la seguente frequenza:

<i>Rischio Basso</i>	→	<i>In situazioni di criticità</i>
<i>Rischio Medio</i>	→	<i>1 volta a settimana</i>
<i>Rischio Alto</i>	→	<i>2 volte a settimana</i>
<i>Rischio Massimo</i>	→	<i>2 volte a settimana</i>

Saranno quindi previsti monitoraggi sempre più frequenti quanto maggiore sarà stato il livello di rischio rilevato. Si passerà dunque da un monitoraggio a settimana nei casi di rischio medio a due monitoraggi a settimana nei casi di rilevazione di rischio alto o massimo.

Una particolare attenzione è rivolta all'aspetto della comunicazione. Ove possibile infatti, ed in caso di maggiore età con il consenso del ragazzo, è importante la comunicazione con i familiari allo scopo di sensibilizzarli sulle condizioni cliniche del ragazzo, nonché per raccogliere informazioni sulla presenza di segnali di allarme relativamente al suicidio nelle settimane precedenti l'ingresso in carcere.

In caso di dimissioni dall'Istituto del ragazzo, la comunicazione di rischio di suicidio durante la detenzione, dovrà essere comunicata al servizio/struttura che dovrà garantire la continuità del trattamento clinico psicologico.

4.3 GESTIONE DELLE SITUAZIONI DI CRITICITÀ

Per tutti quei casi ritenuti critici (*rischio alto e massimo*), che richiedono una *presa in carico integrata più rafforzata*, l'équipe multidisciplinare interistituzionale, composta dalle figure sanitarie (medico, psicologo e psichiatra) incaricati della gestione clinica del caso, dal direttore e dal comandante o delegati e dai referenti dell'area educativa, viene tempestivamente convocata dal Direttore congiuntamente al Responsabile Sanitario dell'Istituto e, dopo essersi riunita, compila una relazione operativa di interventi successivi che attua a favore del soggetto, con un Piano di Trattamento Individuale (PTI). Successivamente monitora gli esiti degli interventi con successive riunioni operative.

In caso di riscontro di una morte in carcere l'équipe è incaricata di gestire anche il disagio del personale e dei detenuti che ne deriva, attraverso iniziative e sostegno psicologico al personale e agli altri detenuti, ricostruendo gli eventi e identificando i fattori che hanno determinato l'*exitus* del detenuto. In ogni caso, l'analisi degli eventi che hanno determinato la morte del soggetto, devono essere utilizzati per affinare ed implementare tutti i mezzi di prevenzione ed intervento. Anche l'identificazione delle "condizioni ambientali di rischio" rappresenta un obiettivo prioritario dell'équipe.

Per ciò che attiene alla 3°FASE (ovvero agli interventi di rivalutazione delle situazioni di rischio) in caso di cambiamento delle circostanze e/o condizioni della detenzione, ivi inclusi alcuni eventi critici, si fa riferimento a quanto già indicato nel protocollo per adulti.

5. CPA - Centro di prima Accoglienza

Premessa

La struttura del CPA accoglie il minore in stato emotivo particolare. Nell'arco di poche ore, infatti, egli riceverà una risposta dal Magistrato che porrà fine al suo stato di **persona momentaneamente privata della libertà**, ma che potrebbe anche condurlo ad una condizione restrittiva per un periodo ben più lungo. In questa fase l'osservazione dei minori è caratterizzata da una notevole intensità, con un significativo investimento di tempo da parte di un'équipe multiprofessionale.

Il protocollo di prevenzione per il rischio suicidario ed autolesivo attuato all'interno del CPA, prevede la compilazione, entro 24 ore dall'ingresso del minore, di una scheda co-costruita dalle diverse professionalità presenti presso la struttura e assemblata, *come per il protocollo dell'IPM*, dall'area sanitaria.

Nel caso di rischio rilevato, le varie aree funzionali (medici, psicologi, educatori e Polizia Penitenziaria) metteranno in campo interventi assistenziali gradatamente più intensi quanto più il livello di rischio risulti maggiore.

Al momento delle dimissioni, l'équipe sanitaria comunicherà l'eventuale rischio rilevato agli adulti che prenderanno in carico il minore (genitori, operatori di Comunità, IPM). Nel caso in cui il minore torni in famiglia sarà inoltre fornita ai genitori e al ragazzo stesso un contatto con una struttura del territorio utile ad avviare una rete di sostegno.

5.1 Protocollo di prevenzione per il rischio suicidario ed autolesivo attuato all'interno del CPA

Il protocollo di prevenzione per il rischio suicidario ed autolesivo messo a punto dagli operatori del CPA è articolato come segue:

1° step

Ufficio Matricola (scheda n. 1)

La scheda viene redatta dalla Polizia Penitenziaria presso l'Ufficio Matricola al momento dell'ingresso del minore e fornisce indicazioni anagrafiche e alcune importanti osservazioni sull'intensità di diverse manifestazioni emotive (pianto, paura, agitazione motoria, minaccia di attuare comportamenti auto e/o etero aggressivi, ecc.) al fine di rappresentare una sorta di fotografia dello stato emotivo del ragazzo. L'importanza di tale rilevazione è tanto maggiore se si considera che, statisticamente, la gran parte degli ingressi avviene durante le ore notturne, quando la Polizia Penitenziaria è l'unica professionalità presente in CPA.



2° step

Valutazione medico/psicologica (scheda n. 2)

La scheda redatta dallo staff sanitario (Medico e Psicologo) è finalizzata a rilevare la presenza di fattori critici (pregressi tentativi di autolesionismo, tossicodipendenza, presenza di psicopatologia conclamata o ipotesi di personalità premorbosa, ricoveri psichiatrici, vissuti di vergogna conseguente l'arresto, eventi traumatici recenti). Tale rilevazione sarà effettuata a partire dalle dichiarazioni del ragazzo ed eventualmente confortata da altra documentazione clinica o anamnestica. Qualora l'osservazione conduca alla rilevazione di indicatori di rischio suicidario o autolesivo, sarà seguita da un colloquio psicologico approfondito. In situazione di rilevazione di rischio Alto/Massimo, verrà richiesta la consulenza di un Neuropsichiatra.



3° step

Valutazione psicologica (scheda n. 3)

La scheda viene compilata dalla Psicologo solo nel caso in cui vengano rilevati, alla visita di primo ingresso, specifici fattori di criticità; essa mira a valutare alcuni elementi intrapsichici (come forza dell'Io, propensione al rischio, tono dell'umore), elementi legati ai sistemi motivazionali prevalenti, l'area dell'ideazione suicidaria. Verranno inoltre approfonditi aspetti anamnestici, al fine di contestualizzare l'arresto e la detenzione nell'ambito della più generale esperienza di vita del minore. Tale colloquio psicologico può avvalersi dell'utilizzo di questionari di supporto specifici (SAMI - Suicide Assessment Manual for Inmates/Scheda sperimentale messa a punto dal Servizio Psicologico IPM/ Maysi 2).



4° step

Valutazione Educativa (scheda n. 4)

Nella stessa giornata di ingresso è previsto che l'Educatore effettui un colloquio di conoscenza e accoglienza con il minore e prenda contatto con i suoi familiari e/o i servizi che già lo conoscono. Questo sistema di lavoro rende possibile una rapidissima ricostruzione dell'anamnesi individuale e familiare, ma anche l'individuazione di eventuali condizioni di rischio o di fragilità.

La porzione di scheda compilata dall'area educativa riporterà, pertanto, elementi descrittivi della condizione familiare personale e ambientale del minore, riservando una specifica attenzione a fattori di rischio suicidario e autolesivo. Saranno anche riportate osservazioni sull'impatto emotivo che l'arresto ha comportato per il ragazzo e sulle modalità relazionali che egli mette in atto.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le schede compilate dalle diverse aree professionali coinvolte nell'accoglienza e nella prima valutazione del minore, confluiscono in una valutazione globale da parte dell'area sanitaria, che identificherà il livello di rischio di atti autolesivi e/o suicidari (basso, medio, alto e massimo). L'identificazione e la segnalazione di uno di questi livelli, comporterà l'applicazione di una corrispettiva procedura gestionale che coinvolgerà le diverse aree funzionali attivandole, nello sforzo comune di garantire specifici percorsi assistenziali.

PROTOCOLLO DI GESTIONE NELLE SITUAZIONI DI “RISCHIO MEDIO”

Area Sicurezza *Regime di Sorveglianza Ordinaria*

La struttura del CPA di Roma, ed il numero medio di minori quotidianamente presenti, garantisce in ogni caso un livello di sorveglianza ordinaria paragonabile a quella che nell'IPM viene definita come “Grande sorveglianza”. Le dimensioni delle due sezioni (maschile e femminile) sono infatti assai ridotte e le 3 stanze che accolgono i/le minori sono tutte immediatamente prossime alla sala delle attività comuni, dove i minori trascorrono gran parte delle ore diurne, dove consumano i pasti, e dove è sempre garantita la presenza di personale di Polizia Penitenziaria.

Ciò permette un controllo costante, anche uditivo, oltre a garantire un livello di interlocuzione frequentissimo con i diversi operatori presenti nella struttura. Le caratteristiche descritte definiscono una prossimità tra il personale di sorveglianza e i minori tale da costituire nei fatti, una forma di grande sorveglianza.

Quella che viene definita sorveglianza ordinaria rappresenta quindi già un *elevato livello di controllo*.

Area Sanitaria

Medico: Visita medica in compresenza dello psicologo come da protocollo operativo ordinario; valutazione sulla richiesta di consulenza neuropsichiatrica.

Psicologo: Colloquio di approfondimento psicologico sul rischio suicidario.

Neuropsichiatra: Possibile coinvolgimento del Neuropsichiatra infantile.

Educatore

Colloqui dell'educatore come da prassi ordinaria con particolare sensibilità al tema della rilevazione della condizione emotiva del ragazzo durante la permanenza in CPA e soprattutto in conseguenza agli esiti del GIP.

PROTOCOLLO DI GESTIONE NELLE SITUAZIONI DI “RISCHIO ALTO”

Area Sicurezza *Regime di Grande Sorveglianza*

La grande sorveglianza all'interno della struttura del CPA si attua con le seguenti modalità:

- collocamento del minore in stanza con altri compagni o, qualora non vi fossero altri ospiti, ampliamento dell'orario di permanenza del minore negli spazi comuni;
- eliminazione dalla stanza di oggetti atti a produrre lesioni (le stanze da letto dei/delle minori hanno un arredo comunque molto semplice ed essenziale);
- frequente controllo (almeno ogni 15 minuti) del minore quando si trova in stanza¹.

Area Sanitaria

Medico: visita medica in compresenza dello psicologo come da protocollo operativo ordinario; valutazione sulla richiesta di consulenza neuropsichiatrica; ulteriori colloqui di verifica della condizione psichica del ragazzo durante la permanenza in CPA e a seguito degli esiti del GIP.

Psicologo: colloquio di approfondimento psicologico sul rischio suicidario.

Neuropsichiatra: consulenza neuropsichiatrica.

Educatore

Ampliamento del numero di colloqui con l'Educatore di riferimento e con lo Psicologo al fine di favorire il sostegno e il contenimento emotivo al ragazzo; particolare attenzione alla condizione emotiva del ragazzo a seguito degli esiti del GIP.

PROTOCOLLO DI GESTIONE NELLE SITUAZIONI DI “RISCHIO MASSIMO”

Area Sicurezza

Regime di Sorveglianza a Vista

È il regime di sorveglianza che prevede una vigilanza ininterrotta, la cui applicazione è prevista solo in casi estremi. Per il suo livello di stigmatizzazione è infatti opportuno contenerne l'utilizzo al massimo ed è relativo alle sole ore di riposo, restando fermo il principio che nelle ore di consueta apertura delle stanze, i minori permangono in aree dove è sempre prevista la presenza di Agenti.

Area Sanitaria

Medico: visita medica in compresenza dello psicologo come da protocollo operativo ordinario; valutazione sulla richiesta di consulenza neuropsichiatrica; ulteriori colloqui di verifica della condizione psichica del ragazzo durante la permanenza in CPA e a seguito degli esiti del GIP.

Psicologo: colloquio di approfondimento psicologico sul rischio suicidario.

Neuropsichiatra: consulenza neuropsichiatrica in regime di urgente.

Educatore

Ampliamento del numero di colloqui con l'Educatore di riferimento e con lo Psicologo al fine di favorire il sostegno e il contenimento emotivo al ragazzo; particolare attenzione alla condizione emotiva del ragazzo a seguito degli esiti del GIP.

NOMENCLATURA

- **Autolesionismo deliberato:** atti volontari auto-inflitti, dolorosi, distruttivi o lesivi senza l'intenzione di morire.
- **Ideazione suicidaria:** pensieri riferiti alla messa in pratica di azioni atte a produrre la propria morte. L'ideazione suicidaria può avere gravità diverse a seconda della specificità di piani di suicidio e dal grado dell'intento suicidarla.
- **Minaccia di suicidio:** verbalizzazione dell'intento di mettere in pratica un atto di suicidio oppure l'aver iniziato un gesto che se portato a termine può portare al suicidio.
- **Intento suicidario:** il paziente è in procinto di commettere l'atto con chiara progettualità.
- **Gesto suicidario:** minaccia di suicidio accompagnata da un gesto suicidario (che il paziente ritiene) di ridotta letalità. Il termine parasuicidio (da non utilizzare) denota un comportamento che manca della vera intenzione ad uccidersi, ma che comunica in una certa misura l'intento suicidarla.
- **Tentativo di suicidio:** secondo la suicidologia classica questo termine dovrebbe essere usato per coloro che volendo commettere il suicidio non vi riescono per cause indipendenti dalla loro volontà. Si tratta del termine più usato nel modo sbagliato. La difficoltà risiede nel fatto che in realtà l'individuo può tentare di tentare, tentare di commettere, tentare di non essere letale. In altre parole maggiori chiarimenti di otterrebbero se si valutasse la letalità dell'atto potendo quindi discriminare tra atti a bassa ed alta letalità.
- **NON** dovranno più essere usati termine senza alcun senso come “tentativo di suicidio dimostrativo”, “suicidio mancato”, “suicidio abortito”, “ingestione incongrua di farmaci”, “comportamento anticonservativo”.

Bibliografia

- Bolger, E. A. (1999). Grounded theory analysis of emotional pain. *Psychotherapy Research*, 9, 342-362
- Frankl, V. (1959). *Man's Search for Meaning*. Beacon Press, Boston
- Freud, S. (1987). *Lutto e Melanconia* (Opere di Sigmund Freud ed. Vol. 8). Bollati Boringhieri, Torino
- Freud, S. (2003). *Inibizione, sintomo e angoscia* (Opere di Sigmund Freud ed. Vol. 10). Bollati Boringhieri, Torino
- Orbach, I. (2003). Mental pain and suicide. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 40(3), 191-201
- Styron, W. (1990). *Darkness Visible: A Memoir of Madness*. Random House, New York
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113
- Pompili M, (2013). *La prevenzione del Suicidio*. Il Mulino, Bologna

Allegati

Determinazione n. B06961 del 2 ottobre 2012 e Determinazione n.B01648 del 6 maggio 2013

Determinazione n. B06961 del 2 ottobre 2012

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO PROGRAMMAZIONE ECONOMICA E SOCIALE

SU PROPOSTA del Direttore della Direzione Regionale Assetto Istituzionale Prevenzione e Assistenza Territoriale;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6 “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale” e successive modificazioni;

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n.1 “*Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale*” e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la legge statutaria 11 novembre 2004, n.1 “Nuovo Statuto della Regione Lazio”;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale del 12.7.2010 n. 331 con la quale viene conferito l’incarico di Direttore regionale della “Direzione Assetto istituzionale, prevenzione e assistenza territoriale” del Dipartimento Sociale;

VISTO il Regolamento Regionale n.1/2002 concernente “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale”, in particolare l’art. 58 “*Costituzione gruppi di lavoro*”;

VISTA la Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3 “Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio”, art. 1, commi dal 18 al 26, e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO l’Accordo, ai sensi dell’articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria della Conferenza Unificata recante: “Linee di indirizzo per la riduzione del rischio auto lesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale” del 19 gennaio 2012;

CONSIDERATO che nel suddetto Accordo si prevede che “L’amministrazione penitenziaria e la Giustizia Minorile, tramite le proprie articolazioni territoriali, e le Regioni e le PP.AA., si impegnano, entro tre mesi dalla data del presente Accordo, a costituire in ogni Regione e PP.AA., all’interno di ciascun Osservatorio Permanente sulla Sanità Penitenziaria, un gruppo di lavoro tecnico-scientifico, composto, senza oneri aggiuntivi, anche da operatori sanitari penitenziari e minorili”;

TENUTO CONTO che, come previsto dal citato Accordo, “tale gruppo di lavoro tecnico-scientifico 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” che dovrà prevedere:

- una ricognizione dell’esistente nella Regione Lazio ed negli istituti/servizi penitenziari e/o minorile, in termini di disposizioni normative e pratiche in atto;

- specifiche modalità operative ed organizzative di intervento nei confronti del disagio che, sulla base delle competenze e delle responsabilità attribuite dalla normativa vigente alle Amministrazioni coinvolte, individuino sia le aree di coordinamento sia le specifiche attività che ciascuna di esse dovrà mettere in atto;
- l'adozione, in tempo utile, di tutte le iniziative necessarie all'avvio, entro un anno dalla data della stipula del presente Accordo, di una sperimentazione in almeno una struttura carceraria per adulti e una per minori presente sul territorio regionale, fermo restando che il successo e l'efficacia sono legati all'effettiva messa in atto delle azioni specifiche individuate per ciascuna Amministrazione coinvolta;
- il monitoraggio e la valutazione, anche attraverso l'utilizzo di strumenti per la verifica dell'applicazione delle procedure stesse (es. Audit, monitoraggio della diffusione e della conoscenza delle procedure, ecc.);
- dei percorsi di formazione congiunta degli operatori appartenenti alle diverse amministrazioni coinvolte (incluso il personale di Polizia Penitenziaria), estesi eventualmente al terzo settore ed al volontariato;

VISTA la mail pervenuta in data 8/3/2012 dalla dr.ssa Maria Cristina di Marzio, Rappresentante del Provveditorato Regionale del Lazio – Ministero della Giustizia, nella quale vengono indicati i nominativi dei delegati del Provveditorato quali componenti del Gruppo di lavoro: la dr.ssa Irma Civitareale, direttore della Casa Circondariale di Cassino e l'isp.re Giuseppe Siciliano, Ispettore polizia penitenziaria Casa Circondariale Roma Regina Coeli;

VISTA la nota prot. n. 3156/ST del 23 aprile 2012 del Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile – Centro per la Giustizia Minorile per il Lazio nella quale vengono indicati i nominativi dei delegati del Centro quali componenti del Gruppo di lavoro: la dr.ssa Cinzia Branca – Psicologa, Vice-Direttore del Centro per la Giustizia Minorile del Lazio – Ministero della Giustizia, la dr.ssa Liana Giambartolomei – direttore IPM di Roma e Roberta Rossolini – educatore Centro di Prima Accoglienza di Roma;

VISTO che l'Osservatorio regionale permanente per la Sanità Penitenziaria ha individuato quali partecipanti al gruppo di lavoro il dr. Vincenzo Saulino e il dr. Angiolo Marroni, Garante per i Diritti dei detenuti del Lazio;

VISTA la mail del 29 marzo 2012 del dr. Maurizio Pompili con la quale trasmette il proprio curriculum vitae;

CONSIDERATA la professionalità specifica in possesso del dr. Maurizio Pompili, Ricercatore confermato Università La Sapienza di Roma, Responsabile del Servizio per la Prevenzione del suicidio, A.O. Sant'Andrea di Roma e referente italiano della IASP (*International Association for Suicide Prevention*), con funzioni di coordinamento del gruppo di lavoro;

CONSIDERATO che è necessario avvalersi del contributo del dr. Sandro Libianchi in qualità di referente regionale al gruppo tecnico interregionale sanità penitenziaria della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome;

RITENUTO, pertanto, necessario istituire un gruppo di lavoro tecnico-scientifico composto da diverse professionalità con il supporto scientifico del Servizio per la prevenzione del suicidio - U.O.C. di Psichiatria dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea così definito:

- dr.ssa Miriam Cipriani – Direttore della Direzione Regionale Assetto Istituzionale Prevenzione e Assistenza Territoriale (o suo delegato);

- dr.ssa Simonetta Fratini – Dirigente Regionale Area Programmazione della Rete dei Servizi nell'Area dei Soggetti Deboli (salute mentale – dipendenze – carceri);
- dr. Angiolo Marroni – Garante dei Diritti dei Detenuti del Lazio (o suo delegato);
- dr. Florido Falcioni – Psicologo – Area Programmazione della Rete dei Servizi nell'Area dei Soggetti Deboli (salute mentale – dipendenze – carceri);
- dr. Maurizio Pompili – Ricercatore confermato Università La Sapienza di Roma, Responsabile del Servizio per la Prevenzione del suicidio, A.O. Sant'Andrea di Roma e referente italiano della IASP (*International Association for Suicide Prevention*);
- dr.ssa Cinzia Branca – Psicologa, Vice-Direttore del Centro per la Giustizia Minorile del Lazio – Ministero della Giustizia;
- dr. Sandro Libianchi – medico, referente regionale al gruppo tecnico interregionale sanità penitenziaria della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome;
- dr.ssa Liana Giambartolomei – direttore IPM di Roma;
- Roberta Rossolini – educatore Centro di Prima Accoglienza di Roma;
- dr.ssa Irma Civitareale, direttore della Casa Circondariale di Cassino;
- isp.re Giuseppe Siciliano, Ispettore polizia penitenziaria Casa Circondariale Roma Regina Coeli;
- dr. Vincenzo Saulino – Psicologo, Psicoterapeuta, ASL RMB SER.T. di Rebibbia Nuovo Complesso;
- sig.ra Silvia Gentile, Area Programmazione della Rete dei Servizi nell'Area dei Soggetti Deboli (salute mentale – dipendenze – carceri) anche con funzioni di supporto amministrativo al gruppo di lavoro

RITENUTO di dover affidare il Coordinamento scientifico del gruppo di lavoro al dr. Maurizio Pompili

DETERMINA

Per quanto espresso in premessa che si intende integralmente riportato:

- di costituire il gruppo di lavoro per la definizione per la definizione di un Programma operativo di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili di cui all'Accordo sul documento della Conferenza Unificata recante: "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio auto lesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" del 19 gennaio 2012, come di seguito definito:

- dr.ssa Miriam Cipriani – Direttore della Direzione Regionale Assetto Istituzionale Prevenzione e Assistenza Territoriale (o suo delegato);
- dr.ssa Simonetta Fratini – Dirigente Regionale Area Programmazione della Rete dei Servizi nell'Area dei Soggetti Deboli (salute mentale – dipendenze – carceri);
- dr. Angiolo Marroni – Garante dei Diritti dei Detenuti del Lazio (o suo delegato);;
- dr. Florido Falcioni – Psicologo – Area Programmazione della Rete dei Servizi nell'Area dei Soggetti Deboli (salute mentale – dipendenze – carceri);
- dr. Maurizio Pompili – Ricercatore confermato Università La Sapienza di Roma, Responsabile del Servizio per la Prevenzione del suicidio, A.O. Sant'Andrea di Roma e referente italiano della IASP (*International Association for Suicide Prevention*) – Coordinatore scientifico del gruppo di lavoro;
- dr.ssa Cinzia Branca – Psicologa, Vice-Direttore del Centro per la Giustizia Minorile del Lazio – Ministero della Giustizia;
- dr. Sandro Libianchi – medico, referente regionale al gruppo tecnico interregionale sanità penitenziaria della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome;

- dr.ssa Liana Giambartolomei – direttore IPM di Roma;
- Roberta Rossolini – educatore Centro di Prima Accoglienza di Roma;
- dr.ssa Irma Civitareale, direttore della Casa Circondariale di Cassino;
- isp.re Giuseppe Siciliano, Ispettore polizia penitenziaria Casa Circondariale Roma Regina Coeli;
- dr. Vincenzo Saulino – Psicologo, Psicoterapeuta, ASL RMB SER.T. di Rebibbia Nuovo Complesso;
- sig.ra Silvia Gentile, Area Programmazione della Rete dei Servizi nell'Area dei Soggetti Deboli (salute mentale – dipendenze – carceri) anche con funzioni di supporto amministrativo al gruppo di lavoro.

La partecipazione al Gruppo di lavoro è a titolo gratuito e, pertanto, non rappresenta oneri aggiuntivi per la Regione Lazio.

Ogni forma di comunicazione esterna sarà curata esclusivamente dall'Amministrazione regionale.

Qualora ritenuto opportuno il Gruppo di lavoro potrà avvalersi, di volta in volta, della collaborazione di ulteriori esperti competenti in materia.

Il Gruppo di lavoro si riunirà, con cadenza almeno mensile, per il tempo necessario al raggiungimento dell'obiettivo della definizione di un Programma operativo di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
PROGRAMMAZIONE ECONOMICA E SOCIALE
(dr. Guido Magrini)

Determinazione n. B01648 del 6 maggio 2013

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO PROGRAMMAZIONE ECONOMICA E SOCIALE

SU PROPOSTA del dirigente dell'Area Programmazione della Rete dei Servizi nell'Area dei Soggetti Deboli (Salute Mentale - Dipendenze - Carceri);

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6 “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale” e successive modificazioni;

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n.1 “*Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale*” e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la legge statutaria 11 novembre 2004, n.1 “Nuovo Statuto della Regione Lazio”;

VISTO il Regolamento Regionale n.1/2002 concernente “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale”, in particolare l'art. 58 “*Costituzione gruppi di lavoro*”;

VISTO l'Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria della Conferenza Unificata recante: "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio auto lesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" del 19 gennaio 2012;

CONSIDERATO che nel suddetto Accordo si prevede che "L'amministrazione penitenziaria e la Giustizia Minorile, tramite le proprie articolazioni territoriali, e le Regioni e le PP.AA., si impegnano, entro tre mesi dalla data del presente Accordo, a costituire in ogni Regione e PP.AA., all'interno di ciascun Osservatorio Permanente sulla Sanità Penitenziaria, un gruppo di lavoro tecnico-scientifico, composto, senza oneri aggiuntivi, anche da operatori sanitari penitenziari e minorili";

CONSIDERATA che con la Determinazione n. B06961 del 2 ottobre 2012 avente ad oggetto "costituzione gruppo di lavoro tecnico-scientifico per la definizione di un Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili di cui all'Accordo sul documento della Conferenza Unificata recante: "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio auto lesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" del 19 gennaio 2012.";

CONSIDERATO che il gruppo di lavoro di cui alla determinazione n. B06961 del 2 ottobre 2012 era così composto:

- dr.ssa Miriam Cipriani – Direttore della Direzione Regionale Assetto Istituzionale Prevenzione e Assistenza Territoriale (o suo delegato);
- dr.ssa Simonetta Fratini – Dirigente Regionale Area Programmazione della Rete dei Servizi nell'Area dei Soggetti Deboli (salute mentale – dipendenze – carceri);
- dr. Angiolo Marroni – Garante dei Diritti dei Detenuti del Lazio (o suo delegato);
- dr. Florido Falcioni – Psicologo – Area Programmazione della Rete dei Servizi nell'Area dei Soggetti Deboli (salute mentale – dipendenze – carceri);
- dr. Maurizio Pompili – Ricercatore confermato Università La Sapienza di Roma, Responsabile del Servizio per la Prevenzione del suicidio, A.O. Sant'Andrea di Roma e referente italiano della IASP (*International Association for Suicide Prevention*);
- dr.ssa Cinzia Branca – Psicologa, Vice-Direttore del Centro per la Giustizia Minorile del Lazio – Ministero della Giustizia;
- dr. Sandro Libianchi – medico, referente regionale al gruppo tecnico interregionale sanità penitenziaria della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome;
- dr.ssa Liana Giambartolomei – direttore IPM di Roma;
- Roberta Rossolini – educatore Centro di Prima Accoglienza di Roma;
- dr.ssa Irma Civitareale, direttore della Casa Circondariale di Cassino;
- isp.re Giuseppe Siciliano, Ispettore polizia penitenziaria Casa Circondariale Roma Regina Coeli;
- dr. Vincenzo Saulino – Psicologo, Psicoterapeuta, ASL RMB SER.T. di Rebibbia Nuovo Complesso;
- sig.ra Silvia Gentile, Area Programmazione della Rete dei Servizi nell'Area dei Soggetti Deboli (salute mentale – dipendenze – carceri) anche con funzioni di supporto amministrativo al gruppo di lavoro

RITENUTO altresì di dover integrare i componenti del gruppo di lavoro tecnico-scientifico individuato dalla suddetta determinazione;

CONSIDERATO che la dr.ssa Pizzardi Antonella, in servizio presso l'Area Programmazione della Rete dei Servizi nell'Area dei Soggetti Deboli (Salute Mentale - Dipendenze - Carceri), con la sua specifica formazione può contribuire a apportare un valido contributo al gruppo di lavoro;

CONSIDERATA la specifica competenza professionale e il lavoro svolto all'interno dell'Istituto Penale Minorile Casal del Marmo dal dr. Umberto Forte, dalla dr.ssa Silvia Bracci e dalla dr.ssa Lucia Chiappinelli;

PRESO atto che la dr.ssa Miriam Cipriani dal giorno 10 aprile 2013 non è più il Direttore della Direzione Regionale Assetto Istituzionale Prevenzione e Assistenza Territoriale;

PRESO ATTO che al gruppo di lavoro si aggiungono i seguenti componenti:

- 1) dr.ssa Antonella Pizzardi - Area Programmazione della Rete dei Servizi nell'Area dei Soggetti Deboli (salute mentale – dipendenze – carceri);
- 2) dr.ssa Silvia Bracci – Specialista in Neuropsichiatria infantile e Psichiatria - Direttore UOC TSMREE/DA ASL RME;
- 3) dr. Umberto Forte – Dirigente Medico con incarico di Direttore di UOC Servizi Territoriali 19 ASL RME;
- 4) dr.ssa Silvia Chiappinelli, Psicologa, U.O.C. TSMREE/DA ASL RM/E, Servizio Psicologico Istituto Penale Minorile “Casal del Marmo”

DETERMINA

per le motivazioni espresse in premessa, che s'intendono integralmente richiamate, di :

- integrare la determinazione n. B06961 del 2 ottobre 2012;
- integrare il gruppo di lavoro che risulta così composto:
 - dr.ssa Simonetta Fratini – Dirigente Regionale Area Programmazione della Rete dei Servizi nell'Area dei Soggetti Deboli (salute mentale – dipendenze – carceri);
 - dr. Angiolo Marroni – Garante dei Diritti dei Detenuti del Lazio (o suo delegato);
 - dr. Florido Falcioni – Psicologo – Area Programmazione della Rete dei Servizi nell'Area dei Soggetti Deboli (salute mentale – dipendenze – carceri);
 - dr. Maurizio Pompili – Ricercatore confermato Università La Sapienza di Roma, Responsabile del Servizio per la Prevenzione del suicidio, A.O. Sant'Andrea di Roma e referente italiano della IASP (*International Association for Suicide Prevention*);
 - dr.ssa Cinzia Branca – Psicologa, Vice-Direttore del Centro per la Giustizia Minorile del Lazio – Ministero della Giustizia;
 - dr. Sandro Libianchi – medico, referente regionale al gruppo tecnico interregionale sanità penitenziaria della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome;
 - dr.ssa Liana Giambartolomei – direttore IPM di Roma;
 - Roberta Rossolini – educatore Centro di Prima Accoglienza di Roma;
 - dr.ssa Irma Civitareale, direttore della Casa Circondariale di Cassino;
 - isp.re Giuseppe Siciliano, Ispettore polizia penitenziaria Casa Circondariale Roma Regina Coeli;
 - dr. Vincenzo Saulino – Psicologo, Psicoterapeuta, ASL RMB SER.T. di Rebibbia Nuovo Complesso;
 - sig.ra Silvia Gentile, Area Programmazione della Rete dei Servizi nell'Area dei Soggetti Deboli (salute mentale – dipendenze – carceri) anche con funzioni di supporto amministrativo al gruppo di lavoro;

- dr.ssa Antonella Pizzardi - Area Programmazione della Rete dei Servizi nell'Area dei Soggetti Deboli (salute mentale – dipendenze – carceri);
- dr.ssa Silvia Bracci – Specialista in Neuropsichiatria infantile e Psichiatria - Direttore UOC TSMREE/DA ASL RME;
- dr. Umberto Forte – Dirigente Medico con incarico di Direttore di UOC Servizi Territoriali 19 ASL RME;
- dr.ssa Silvia Chiappinelli, Psicologa, U.O.C. TSMREE/DA ASL RM/E, Servizio Psicologico Istituto Penale Minorile “Casal del Marmo”.

La partecipazione al Gruppo di lavoro è a titolo gratuito e, pertanto, non rappresenta oneri aggiuntivi per la Regione Lazio. Ogni forma di comunicazione esterna sarà curata esclusivamente dall'Amministrazione regionale.

Il Gruppo di lavoro si riunirà, con cadenza almeno mensile, per il tempo necessario al raggiungimento dell'obiettivo della definizione di un Programma operativo di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
PROGRAMMAZIONE ECONOMICA E SOCIALE
(dr. Guido Magrini)



Ministero della Giustizia
Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Regione Lazio
Direzione Salute e integrazione socio-sanitaria

Dati del soggetto in ingresso

a cura dell'Ufficio matricola	
<i>dati dell'operatore</i>	
Cognome	Nome
Data e ora del colloquio	

Cognome **Nome**

Data **Luogo di nascita (città/nazione)**

Cittadinanza

Parla e comprende la lingua italiana: Sì No

Se No quale lingua parla e comprende

Matricola

1. Giunto dalla libertà ilper:

- arresto in flagranza di reato
- esecuzione di ordinanza di custodia cautelare
- esecuzione di condanna definitiva
- costituzione
- revoca misure alternative
- aggravamento misura cautelare

2. Giunto da altro istituto il.....:

- in accoglienza di istanza
- per altri motivi (specificare se sanitari, di giustizia, inserimento nel circuito di appartenenza, ordine e sicurezza, altro)

Posizione giuridica (e particolari segnalazioni)

Titolo del reato (e particolari segnalazioni)

Prima esperienza detentiva: Sì No

Se No periodo ultima detenzione:

Particolari segnalazioni:

L'ADDETTO ALL'UFFICIO MATRICOLA

SCHEDA n. 2/Adulti

Visita medica con valutazione del rischio	
<i>dati dell'operatore</i>	
Cognome	Nome
Data e ora del colloquio	
Specificare se si tratta di: Primo ingresso <input type="checkbox"/> Già detenuto <input type="checkbox"/>	

Dati anamnestici

Età (anni).....	
Titolo di studio <input type="checkbox"/> licenza elementare <input type="checkbox"/> scuola media <input type="checkbox"/> Diploma di scuola superiore <input type="checkbox"/> Laurea <input type="checkbox"/> Nessuno	
Stato Civile <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> altro:	
Figli (specificare numero ed età).....	
Situazione lavorativa <input type="checkbox"/> Occupato <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Altro.....	
Residenza Domicilio (solo se diverso dalla residenza).....	
Assunzione sostanze stupefacenti e/o alcoliche se Sì quali.....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Altre dipendenze patologiche anche senza sostanza Se Sì indicare quali.....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Precedenti ricoveri psichiatrici Se Sì indicare quando/dove.....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Gravi malattie Se Sì indicare quali.....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Gravi malattie nei congiunti Se Sì indicare quali.....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Terapie farmacologiche assunte <input type="checkbox"/> si comporta in maniera bizzarra o insolita (parla da solo, sente la voci, ecc.)	
Note	

(segue Scheda n. 2/Adulti)

ESAME OBIETTIVO

Segni (tagli, bruciature ecc.) di lesioni autoindotte all'esame obiettivo: Se SI indicare quali/dove.....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Segni obiettivi esiti di gravi incidenti nei quali si è trovato coinvolto: Se SI indicare quali/dove.....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Mostra agitazione psicomotoria	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Mostra segni di depressione come il pianto, l'appiattimento affettivo e l'assenza di comunicazione verbale	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO

DATI ANAMNESTICI

Il detenuto (segnare con una crocetta solo quelli presenti):

Dichiara di essere insonne o di avere gravi disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Esprime livelli insoliti di vergogna, colpa, preoccupazione per l'incarcerazione	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Mostra disperazione (come mancanza di speranza)	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Riferisce di non avere una rete familiare e/o sociale di sostegno	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Riferisce di aver subito maltrattamenti nella sua infanzia	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Ammette di avere pensieri riguardanti il suicidio e ammette il suicidio come una soluzione possibile ai problemi	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Dichiara precedenti tentativi di suicidio: in caso affermativo specificare come, quando e per quali motivi..... <i>Nota: poiché se vi è un precedente tentativo di suicidio il paziente è a rischio, effettuare il successivo approfondimento diagnostico "Valutazione globale di rischio di atti autolesivi e/o suicidari".</i>	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO

* Questa scheda è ricavata sulla base delle indicazioni fornite dall'OMS nella pubblicazione "La prevenzione del suicidio nelle carceri" del World Health Organization – International Association for Suicide Prevention (Management of Mental and Brain Disorders Department of Mental Health and Substance Abuse), 2007.

(Segue Scheda n. 2/Adulti)

VALUTAZIONE GLOBALE DI RISCHIO DI ATTI AUTO LESIVI E/O SUICIDARI

C. IDEAZIONE SUICIDARIA

(tratto da: "The Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI, (Sheehan et al., 1998)

Durante il mese scorso ha:

- C1 mai pensato che sarebbe stato meglio essere morto o desiderato di esserlo? NO SÌ 1
- C2 voluto farsi del male? NO SÌ 2
- C3 pensato al suicidio? NO SÌ 3
- C4 pensato a come suicidarsi? NO SÌ 4
- C5 messo in atto un tentativo di suicidio? NO SÌ 5

Nel corso della sua vita:

- C6 ha mai messo in atto un tentativo di suicidio? NO SÌ 6

<p>ALMENO 1 DEGLI ITEM PRECEDENTI = SI?</p> <p>SE SI, SPECIFICARE IL LIVELLO DI RISCHIO SUICIDARIO NEL MODO SEGUENTE:</p> <p>C1 o C2 o C6 = SI: Basso</p> <p>C3 o (C2 + C6) = SI: Medio</p> <p>C4 o C5 o (C3 + C6) = SI: Elevato</p>	<p>NO SÌ</p> <p>RISCHIO DI SUICIDIO ATTUALE</p> <p>Basso <input type="checkbox"/></p> <p>Medio <input type="checkbox"/></p> <p>Elevato <input type="checkbox"/></p>
---	---

IL MEDICO

.....



Ministero della Giustizia
Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Regione Lazio
Direzione Salute e integrazione socio-sanitaria

Scheda n. 3/Adulti

<p>APPROFONDIMENTO SUL RISCHIO AUTO LESIVO E SUICIDARIO (da effettuarsi solo nel caso di una valutazione di rischio elevato nella tabella Valutazione globale di rischio di atti autolesivi e/o suicidari)</p>	
<i>dati dell'operatore</i>	
Cognome	Nome
Data e ora del colloquio	

Bisognerà contestualizzare le domanda, con molto tatto e comprensione, ponendo le seguenti domande:

1. Ha mai pensato di voler morire? **SÌ** **NO**
2. Se sì, ha mai pensato al suicidio? **SÌ** **NO**
Se sì, con che modalità, in che tempi, e se ha i mezzi per farlo.....
.....
3. Ha mai fatto tentativi di suicidio? **SÌ** **NO**
Se sì, descriverli

Nota. Nella comunicazione con il detenuto utilizzare *sempre ed esclusivamente* il termine “TENTATIVO DI SUICIDIO” tutte le volte in cui sia rilevabile anche il minimo desiderio di morire. Non usare MAI etichette come “ingestione incongrua di farmaci” oppure “comportamento anticonservativo” in quanto non conformi alla nomenclature ufficiale sul suicidio e fuorvianti.

IL MEDICO

.....



**Ministero della Giustizia
Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria**



**Regione Lazio
Direzione Salute e integrazione socio-sanitaria**

SCHEMA n. 4/Adulti (Schema di segnalazione)

***C.a. Sanitario Responsabile UO
Presidio***

Oggetto: richiesta approfondimento clinico urgente per rischio atti auto lesivi e suicidari.

Si richiede un approfondimento clinico urgente da parte dello psicologo e/o dello psichiatra del DSM.

IL MEDICO

.....



**Ministero della Giustizia
Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria**

**Regione Lazio
Direzione Salute e integrazione socio-sanitaria**

SCHEDA n. 5/Adulti

Istituto.....

Al Sig. Direttore

Al Comandante del Reparto di Polizia Penitenziaria

Cognome.....Nome.....

Data e luogo di nascita.....

Cartella clinica n°.....

Sulla base della valutazione effettuata, avendo attivato le procedure sanitarie del caso, si ritiene opportuna la seguente misura di sorveglianza:

.....
.....

Data,_____

Lo Psicologo

Il Medico

COLLOQUIO CON LO PSICHIATRA

dati dell'operatore

Cognome Nome

Data e ora del colloquio

.....
.....
.....
.....

LO PSICHIATRA

.....

COLLOQUIO CON LO PSICHIATRA

dati dell'operatore

Cognome Nome

Data e ora del colloquio

.....
.....
.....
.....

LO PSICHIATRA

.....

COLLOQUIO CON LO PSICHIATRA

dati dell'operatore

Cognome Nome

Data e ora del colloquio

.....
.....
.....
.....

LO PSICHIATRA

.....

COLLOQUIO CON LO PSICHIATRA

dati dell'operatore

Cognome Nome

Data e ora del colloquio

.....
.....
.....
.....

LO PSICHIATRA

.....

COLLOQUIO CON LO PSICOLOGO	
<i>dati dell'operatore</i>	
Cognome	Nome
Data e ora del colloquio	
.....	
.....	
.....	
<i>LO PSICOLOGO</i>	
.....	

COLLOQUIO CON LO PSICOLOGO	
<i>dati dell'operatore</i>	
Cognome	Nome
Data e ora del colloquio	
.....	
.....	
.....	
<i>LO PSICOLOGO</i>	
.....	

COLLOQUIO CON LO PSICOLOGO	
<i>dati dell'operatore</i>	
Cognome	Nome
Data e ora del colloquio	
.....	
.....	
.....	
<i>LO PSICOLOGO</i>	
.....	

COLLOQUIO CON LO PSICOLOGO	
<i>dati dell'operatore</i>	
Cognome	Nome
Data e ora del colloquio	
.....	
.....	
.....	
<i>LO PSICOLOGO</i>	
.....	

COLLOQUIO CON L'EDUCATORE PENITENZIARIO

dati dell'operatore

Cognome Nome

Data e ora del colloquio

.....
.....
.....
.....

L'EDUCATORE

.....

dati dell'operatore

Cognome Nome

Data e ora del colloquio

.....
.....
.....
.....

L'EDUCATORE

.....

dati dell'operatore

Cognome Nome

Data e ora del colloquio

.....
.....
.....
.....

L'EDUCATORE

.....

dati dell'operatore

Cognome Nome

Data e ora del colloquio

.....
.....
.....
.....

L'EDUCATORE

.....

COLLOQUIO CON ALTRI OPERATORI

dati dell'operatore

Cognome Nome

Data e ora del colloquio

.....
.....
.....
.....

L'OPERATORE

COLLOQUIO CON ALTRI OPERATORI

dati dell'operatore

Cognome Nome

Data e ora del colloquio

.....
.....
.....
.....

L'OPERATORE

COLLOQUIO CON ALTRI OPERATORI

dati dell'operatore

Cognome Nome

Data e ora del colloquio

.....
.....
.....
.....

L'OPERATORE

COLLOQUIO CON ALTRI OPERATORI

dati dell'operatore

Cognome Nome

Data e ora del colloquio

.....
.....
.....
.....

L'OPERATORE

**PROVVEDIMENTI PER ASSEGNAZIONE
DEFINITIVA DETENUTO IN SEZIONE**

dati dell'operatore

Cognome Nome

Data e ora del colloquio

IL COMANDANTE

- *Lette* le direttive emanate dell'Autorità Dirigente dell'Istituto aventi come oggetto il servizio di accoglienza dei detenuti provenienti dalla libertà o da altri istituti penitenziari, nonché le disposizioni vigenti in materia di separazione dei detenuti;

- *Tenuto conto*, altresì, delle indicazioni emergenti dal fascicolo personale del detenuto, dalle dichiarazioni rese dallo stesso, dalle indicazioni acquisite dai vari operatori componenti lo "staff multidisciplinare" istituito per il servizio di accoglienza e l'attuale disponibilità dei posti;

- *Propone* di ubicare il detenuto presso la Sezione, Piano stanza n. con il seguente regime di sorveglianza:

.....
.....

IL COMANDANTE

.....

PROVVEDIMENTO DELL'AUTORITÀ DIRIGENTE DELL'ISTITUTO

.....
.....

Luogo e data

IL DIRETTORE

.....



SCHEDA N. 1/Minori/IPM

CARTELLA DI INGRESSO
Rilevazione fattori di rischio suicidario ed autolesivo

COLLOQUIO CON L'ADDETTO ALLA MATRICOLA	
DATA.....	ORA.....

Cognome

Nome

Data **Luogo di nascita (città/nazione)**.....

Parla e comprende la lingua italiana: SÌ NO
Se NO quale lingua parla e comprende.....

Matricola

1. Giunto in IPM il per:

<input type="radio"/> proveniente dal CPA per esecuzione di ordinanza di custodia cautelare <input type="radio"/> esecuzione di condanna definitiva <input type="radio"/> revoca misure alternative	<input type="radio"/> aggravamento misura cautelare <input type="radio"/> costituito in carcere <input type="radio"/> proveniente dalla libertà
---	---

2. Giunto da altro istituto il

in accoglienza di istanza
 per altri motivi (specificare se sanitari, di giustizia, inserimento nel circuito di appartenenza, ordine e sicurezza, altro).....

Titolo del reato (e particolari segnalazioni).....

Posizione giuridica (e particolari segnalazioni)

Sottoposto ad isolamento per varia natura SÌ NO
Motivo.....

PRIMA ESPERIENZA DETENTIVA SÌ NO
Se NO periodo ultima detenzione:.....

Particolari segnalazioni:

L'ADDETTO ALL'UFFICIO MATRICOLA

.....

CARTELLA DI INGRESSO
Rilevazione fattori di rischio suicidario ed autolesivo

SCHEDA N. 2/Minori/IPM

VISITA MEDICA DI INGRESSO	
DATA.....	ORA.....
DATI ANAMNESTICI	
<i>Assunzione sostanze stupefacenti e/o alcoliche</i> se SÌ quali.....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
<i>Altre dipendenze patologiche anche senza sostanza</i> Se SÌ indicare quali.....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
<i>Precedenti ricoveri psichiatrici</i> Se SÌ indicare quando/dove.....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
<i>Gravi malattie</i> Se SÌ indicare quali.....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
<i>Gravi malattie nei congiunti</i> Se SÌ indicare quali.....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
<i>Terapie farmacologiche assunte</i> <input type="checkbox"/> si comporta in maniera bizzarra o insolita (parla da solo, sente la voci, ecc.)	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
DATI RILEVATI DALL'ESAME OBIETTIVO	
<i>Segni (tagli, bruciature ecc.) di lesioni autoindotte all'esame obiettivo:</i>	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
<i>Segni fisici importanti di lesioni anche non autoindotte che possano far pensare a maltrattamenti (cicatrici ecc.):</i>	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO

IL MEDICO

.....

CARTELLA DI INGRESSO
Rilevazione fattori di rischio suicidario ed autolesivo

SCHEMA N. 3/Minori/IPM

COLLOQUIO PSICOLOGICO DI INGRESSO			
DATA.....		ORA.....	
RISCHIO BASSO	RISCHIO MEDIO	RISCHIO ALTO	RISCHIO MASSIMO
<ul style="list-style-type: none"> ○ Nessuna o lieve depressione ○ Assenza di segnali di acuta sofferenza mentale ○ Presenza di speranza e progettualità per il futuro ○ Nessuna o lieve rabbia, ostilità. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Depressione moderata ○ Alcuni sintomi di significativa sofferenza mentale in assenza di un grave quadro psicopatologico ○ Tristezza ○ Alcuni sentimenti di perdita di speranza ○ Rabbia moderata e ostilità ○ Livelli di impulsività significativi in reazione a situazioni ambientali fortemente stressanti 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Depressione moderata ma con tendenza a fluttuazioni piuttosto acute e con scarsa capacità di contenimento ○ Presenza di sintomi borderline o psicotici importanti ○ presenza di ideazione paranoica ○ Sentimenti di perdita di motivazione alla vita ○ Grave rabbia e ostilità ○ Tendenza all'impulsività agita anche in assenza di situazioni ambientali che la provocano ○ Ddeficit significativo dei processi di mentalizzazione 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Depressione grave ○ Presenza di disturbi del pensiero (disturbi percettivi, allucinazioni e imperativi o deliri - in particolare di morte; ○ stato di angosce persecutorie molto acute; ○ Assenza di speranza, disperazione ○ Sentimenti di perdita di motivazione alla vita ○ Grave rabbia e ostilità ○ Deficit grave dei processi di mentalizzazione ○ Grave ed immediata tendenza ad agire senza capacità di controllo delle proprie reazioni emotive con immediata espressione sul piano comportamentale

IDEAZIONE SUICIDARIA O DELLA PRESENZA DI TENTATIVI DI SUICIDIO PREGRESSI			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Nessun pensiero ○ pensieri vaghi ○ Nessun tentativo recente ○ il recente tentativo è di bassa letalità e bassa intenzionalità 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pensieri frequenti ○ Tentativi multipli a bassa letalità oppure un tentativo a letalità moderata¹⁰ ○ Minacce ripetute 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pensieri frequenti ○ Intenzione fluttuante ○ Un tentativo ad alta letalità¹¹ 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Continui specifici pensieri ○ Evidenza chiara di intenzione ○ Un tentativo ad alta letalità¹²

¹⁰ Letalità moderata: un tentativo di suicidio in cui il metodo scelto riguarda una azione e l'utilizzo di strumenti attraverso i quali passa relativamente molto tempo tra la condotta suicidaria e la morte e la possibilità di intervento medico a seguito dell'atto è moderatamente elevata (overdose, taglio delle vene...)

¹¹ Letalità alta: un tentativo di suicidio in cui il metodo scelto riguarda una azione e l'utilizzo di strumenti attraverso i quali passa breve tempo tra l'atto di suicidio e la morte oppure un intervento in cui la possibilità di intervento medio a seguito dell'atto è basso (impiccagione o arma da fuoco).

¹² Letalità alta: un tentativo di suicidio in cui il metodo scelto riguarda una azione e l'utilizzo di strumenti attraverso i quali passa breve tempo tra l'atto di suicidio e la morte oppure un intervento in cui la possibilità di intervento medio a seguito dell'atto è basso (impiccagione o arma da fuoco).

VALUTAZIONE SULL'AREA DELL'USO DI SOSTANZE			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Nessuno o infrequente uso di sostanze 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rischio da intossicazione da sostanze, abuso o dipendenza 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Corrente intossicazione da sostanze, abuso o dipendenza 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Corrente intossicazione da sostanze, abuso o dipendenza
VALUTAZIONE SULL'AREA ANAMNESTICA			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Possibilità di accedere alle informazioni ○ Possibilità di verifica delle informazioni ○ Coerenza tra quello che riferisce il soggetto e quello che emerge da altre fonti 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Accesso ad alcune informazioni ○ Alcuni dubbi sulla veridicità di quanto riferito dal soggetto 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Accesso ad alcune informazioni ○ Presenza di discordanza tra quanto riferito dal soggetto e quanto emerge da altre fonti 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Impossibilità di accedere alle informazioni ○ Impossibilità di verificare le informazioni ○ Presenza di discordanza tra quanto riferito dal soggetto e quanto emerge da altre fonti
VALUTAZIONE SULL'AREA DELLE CAPACITÀ E SUPPORTI			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Accettazione dell'aiuto offerto ○ Alleanza terapeutica (buon aggancio) ○ Presenza di figure di supporto ○ Costantemente predisposto e disponibile all'aiuto 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ambivalenza del soggetto rispetto alla proposta di aiuto offertagli ○ Moderata capacità relazionale 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rifiuto dell'aiuto offerto ○ Incapacità a stabilire una relazione con l'interlocutore ○ Mancanza di riferimenti di supporto o riferimenti ostili 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rifiuto dell'aiuto offerto ○ Incapacità a stabilire una relazione con l'interlocutore ○ Mancanza di riferimenti di supporto o riferimenti ostili

LO PSICOLOGO

.....

CARTELLA DI INGRESSO
Rilevazione fattori di rischio suicidario ed autolesivo

SCHEDA N. 4/Minori/IPM

COLLOQUIO CON EDUCATORE	
DATA.....	ORA.....

Titolo di studio: licenza elementare scuola media Frequenza scuola superiore
 Stato Civile: celibe/nubile coniugato/a separato/a altro: _____
 Figli (specificare numero ed età) _____
 Residenza _____ Domicilio (solo se diverso dalla residenza) _____

PRIMO ARRESTO: SÌ NO

Breve storia dell'iter penale _____

Progettualità pregressa rilevata dalle fonti in possesso _____

PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO	SÌ	NO
Riesce a comunicare (se straniero)		
Appare agitato/a, ansioso, confuso		
Appare triste, piange, non risponde alle domande		
Dichiara uso di sostanze		
Minaccia di farsi del male, di ammazzarsi		

Se NON parla italiano, comprende la lingua

L'EDUCATORE

.....

CARTELLA DI INGRESSO
Rilevazione fattori di rischio suicidario ed autolesivo

SCHEDA N. 5/Minori/IPM - SCHEDA DI RILEVAZIONE URGENTE¹³

PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO	SÌ	NO
Riesce a comunicare (se straniero)		
Appare agitato/a, ansioso, confuso		
Appare triste, piange, non risponde alle domande		
Dichiara uso di sostanze		
Minaccia di farsi del male, di ammazzarsi		

Altre rilevazioni

Data:

Ora:

L'ADDETTO ALLA
RICEZIONE

.....

¹³ Da compilare da parte di chiunque si occupi della ricezione dei soggetti che fanno ingresso nella struttura e in caso si riscontrino segnali identificabili come fattori di rischio. Tale scheda di rilevazione urgente verrà fatta recapitare alle figure preposte all'attivazione di dispositivi di sicurezza che saranno ritenuti temporanei in attesa della declinazione di tutti gli interventi stabiliti da protocollo.

Ambulatorio Sanitario
Istituto Penale Maschile e Femminile per Minorenni
“Casal del Marmo”
Via G. Barellai 140- 00135 Roma

Prot. N. /XIX UOS IPM S/P

Del

Al Direttore
dell’Istituto Penale Minorile
“Casal del Marmo”
Roma

VALUTAZIONE DI RISCHIO DI ATTI AUTO LESIVI E/O SUICIDARI

○ **PROVVISORIA¹⁴**

Rischio Suicidario	Rischio Autolesivo	Rischio Eteroaggressivo	Rischio di essere vittima di violenza
() – Basso	() – Basso	() – Basso	() NO
() – Medio	() – Medio	() – Medio	() SÌ
() – Alto	() – Alto	() – Alto	
() – Massimo	() – Massimo	() – Massimo	

Indicazioni per il Direttore e il Comandante di Reparto

.....
.....

LO PSICOLOGO

IL MEDICO

.....

.....

¹⁴ Barrare solo se la valutazione è intesa provvisoria così come secondo le indicazioni del protocollo ordinario.



Ministero della Giustizia

Dipartimento Giustizia Minorile
Istituto Penale per Minorenni
Casal del Marmo
R O M A

Roma,

PROVVEDIMENTI PER ASSEGNAZIONE DEFINITIVA DETENUTO IN SEZIONE	
DATA.....	ORA.....

IL COMANDANTE

- *Lette* le direttive emanate dell'Autorità Dirigente dell'Istituto aventi come oggetto il servizio di accoglienza dei detenuti provenienti dalla libertà o da altri istituti penitenziari, nonché le disposizioni vigenti in materia di separazione dei detenuti;
- *Tenuto conto*, altresì, delle indicazioni emergenti dal fascicolo personale del detenuto, delle dichiarazioni rese dallo stesso, delle indicazioni acquisite dai vari operatori, della rilevazione interistituzionale effettuata ai fini dell'identificazione dei fattori di rischio auto lesivo, etero aggressivo, suicidario o di essere vittima di violenza, della segnalazione dell'èquipe sanitaria dell'Istituto in fase di accoglienza nonché dell'attuale disponibilità dei posti;
- *Propone* di ubicare il detenuto presso laSezione ,..... Piano..... stanza n..... con le seguenti disposizioni operative:

- () Sorveglianza Ordinaria
- () Grande Sorveglianza
- () Grandissima Sorveglianza
- () Sorveglianza a Vista
- () Grande Sorveglianza con divieto di incontro con
- () Altro
-
-

IL COMANDANTE

PROVVEDIMENTO DELL'AUTORITA' DIRIGENTE DELL'ISTITUTO

.....
.....

Luogo e data

IL DIRETTORE

.....



Ministero della Giustizia
Dipartimento Giustizia Minorile



Regione Lazio
Direzione Regionale Salute e integrazione sociosanitaria

SCHEDA N. 1/Minori/CPA

CARTELLA DI INGRESSO
Rilevazione fattori di rischio suicidario ed autolesivo

CENTRO PRIMA ACCOGLIENZA
ROMA

COLLOQUIO CON L'ADDETTO ALLA RICEZIONE IN ACCOGLIENZA	
DATA.....	ORA.....

Cognome _____ Nome _____

Giunto in CPA il _____ ora _____

Accusato del reato di _____

PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO	SÌ	NO
Riesce a comunicare (se straniero)		
Appare agitato/a, ansioso, confuso		
Appare triste, piange, non risponde alle domande		
Dichiara uso di sostanze		
Minaccia di farsi del male, di ammazzarsi		

Se NON parla italiano, comprende la lingua

PRIMO ARRESTO: SÌ NO

L'OPERATORE

.....

CARTELLA DI INGRESSO
Rilevazione fattori di rischio suicidario ed auto lesivo

SCHEDA N. 2/Minori/CPA

VISITA MEDICA DI INGRESSO	
DATA.....	ORA.....
DATI ANAMNESTICI	
<i>Assunzione sostanze stupefacenti e/o alcoliche</i> se SÌ quali.....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
<i>Altre dipendenze patologiche anche senza sostanza</i> Se SÌ indicare quali.....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
<i>Precedenti ricoveri psichiatrici</i> Se SÌ indicare quando/dove.....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
<i>Gravi malattie</i> Se SÌ indicare quali.....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
<i>Gravi malattie nei congiunti</i> Se SÌ indicare quali.....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
<i>Terapie farmacologiche assunte</i> <input type="checkbox"/> si comporta in maniera bizzarra o insolita (parla da solo, sente la voci, ecc.)	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
DATI RILEVATI DALL'ESAME OBIETTIVO	
<i>Segni (tagli, bruciature ecc.) di lesioni autoindotte all'esame obiettivo:</i>	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
<i>Segni fisici importanti di lesioni anche non autoindotte che possano far pensare a maltrattamenti (cicatrici ecc.):</i>	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Note	

Sulla base della visita si ritiene opportuno approfondire l'osservazione attraverso un colloquio psicologico approfondito

IL MEDICO

.....

CARTELLA DI INGRESSO
Rilevazione fattori di rischio suicidario ed auto lesivo

SCHEDA N. 3/Minori/CPA

COLLOQUIO PSICOLOGICO DI INGRESSO			
DATA.....		ORA.....	
RISCHIO BASSO	RISCHIO MEDIO	RISCHIO ALTO	RISCHIO MASSIMO
<ul style="list-style-type: none"> ○ Nessuna o lieve depressione ○ Assenza di segnali di acuta sofferenza mentale ○ Presenza di speranza e progettualità per il futuro ○ Nessuna o lieve rabbia, ostilità 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Depressione moderata ○ Alcuni sintomi di significativa sofferenza mentale in assenza di un grave quadro psicopatologico ○ Tristezza ○ Alcuni sentimenti di perdita di speranza ○ Rabbia moderata e ostilità ○ Livelli di impulsività significativi in reazione a situazioni ambientali fortemente stressanti 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Depressione moderata ma con tendenza a fluttuazioni piuttosto acute e con scarsa capacità di contenimento ○ Presenza di sintomi borderline o psicotici importanti ○ presenza di ideazione paranoica ○ Sentimenti di perdita di motivazione alla vita ○ Grave rabbia e ostilità ○ Tendenza all'impulsività agita anche in assenza di situazioni ambientali che la provocano ○ Ddeficit significativo dei processi di mentalizzazione 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Depressione grave ○ Presenza di disturbi del pensiero (disturbi percettivi, allucinazioni e imperativi o deliri - in particolare di morte; ○ stato di angosce persecutorie molto acute; ○ Assenza di speranza, disperazione ○ Sentimenti di perdita di motivazione alla vita ○ Grave rabbia e ostilità ○ Deficit grave dei processi di mentalizzazione ○ Grave ed immediata tendenza ad agire senza capacità di controllo delle proprie reazioni emotive con immediata espressione sul piano comportamentale
IDEAZIONE SUICIDARIA O DELLA PRESENZA DI TENTATIVI DI SUICIDIO PREGRESSI			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Nessun pensiero o pensieri vaghi ○ Nessun tentativo recente o il recente tentativo è di bassa letalità e bassa intenzionalità 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pensieri frequenti ○ Tentativi multipli a bassa letalità oppure un tentativo a letalità moderata¹⁵ ○ Minacce ripetute 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pensieri frequenti ○ Intenzione fluttuante ○ Un tentativo ad alta letalità¹⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Continui specifici pensieri ○ Evidenza chiara di intenzione ○ Un tentativo ad alta letalità¹⁷
VALUTAZIONE SULL'AREA DELL'USO DI SOSTANZE			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Nessuno o infrequente uso di sostanze 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rischio da intossicazione da sostanze, abuso o dipendenza 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Corrente intossicazione da sostanze, abuso o dipendenza 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Corrente intossicazione da sostanze, abuso o dipendenza

¹⁵ Letalità moderata: un tentativo di suicidio in cui il metodo scelto riguarda una azione e l'utilizzo di strumenti attraverso i quali passa relativamente molto tempo tra la condotta suicidaria e la morte e la possibilità di intervento medico a seguito dell'atto è moderatamente elevata (overdose, taglio delle vene...)

¹⁶ Letalità alta: un tentativo di suicidio in cui il metodo scelto riguarda una azione e l'utilizzo di strumenti attraverso i quali passa breve tempo tra l'atto di suicidio e la morte oppure un intervento in cui la possibilità di intervento medio a seguito dell'atto è basso (impiccagione o arma da fuoco).

¹⁷ Letalità alta: un tentativo di suicidio in cui il metodo scelto riguarda una azione e l'utilizzo di strumenti attraverso i quali passa breve tempo tra l'atto di suicidio e la morte oppure un intervento in cui la possibilità di intervento medio a seguito dell'atto è basso (impiccagione o arma da fuoco).

VALUTAZIONE SULL'AREA ANAMNESTICA			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Possibilità di accedere alle informazioni ○ Possibilità di verifica delle informazioni ○ Coerenza tra quello che riferisce il soggetto e quello che emerge da altre fonti 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Accesso ad alcune informazioni ○ Alcuni dubbi sulla veridicità di quanto riferito dal soggetto 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Accesso ad alcune informazioni ○ Presenza di discordanza tra quanto riferito dal soggetto e quanto emerge da altre fonti 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Impossibilità di accedere alle informazioni ○ Impossibilità di verificare le informazioni ○ Presenza di discordanza tra quanto riferito dal soggetto e quanto emerge da altre fonti
VALUTAZIONE SULL'AREA DELLE CAPACITÀ E SUPPORTI			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Accettazione dell'aiuto offerto ○ Alleanza terapeutica (buon aggancio) ○ Presenza di figure di supporto ○ Costantemente predisposto e disponibile all'aiuto 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ambivalenza del soggetto rispetto alla proposta di aiuto offertagli ○ Moderata capacità relazionale 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rifiuto dell'aiuto offerto ○ Incapacità a stabilire una relazione con l'interlocutore ○ Mancanza di riferimenti di supporto o riferimenti ostili 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rifiuto dell'aiuto offerto ○ Incapacità a stabilire una relazione con l'interlocutore ○ Mancanza di riferimenti di supporto o riferimenti ostili

LO PSICOLOGO

.....

CARTELLA DI INGRESSO
Rilevazione fattori di rischio suicidario ed autolesivo

SCHEMA N. 4/Minori/CPA

COLLOQUIO CON EDUCATORE	
DATA.....	ORA.....

Titolo di studio: licenza elementare scuola media Frequenza scuola superiore

Stato Civile: celibe/nubile coniugato/a separato/a altro: _____

Figli (specificare numero ed età _____)

Situazione lavorativa o formativa _____

Residenza _____ Domicilio (solo se diverso dalla residenza) _____

PRIMO ARRESTO: SÌ NO

Breve storia dell'iter penale _____

Progettualità pregressa rilevata dalle fonti in possesso _____

PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO	SÌ	NO
Riesce a comunicare (se straniero)		
Appare agitato/a, ansioso, confuso		
Appare triste, piange, non risponde alle domande		
Dichiara uso di sostanze		
Minaccia di farsi del male, di ammazzarsi		

Se NON parla italiano, comprende la lingua

L'EDUCATORE

.....



Prot. n. Del

Al Direttore
Centro Prima Accoglienza
Via V. Agnelli, 15 - Roma

VALUTAZIONE GLOBALE RISCHIO SUICIDARIO

○ **PROVVISORIA¹⁸**

Rischio Suicidario	Rischio autolesivo	Rischio Eteroaggressivo	Rischio di essere vittima di violenza
() – Basso	() – Basso	() – Basso	() NO
() – Medio	() – Medio	() – Medio	() SI
() – Alto	() – Alto	() – Alto	
() – Massimo	() – Massimo	() – Massimo	

Indicazioni per il Direttore e il Comandante

.....
.....

LO PSICOLOGO

IL SANITARIO

.....

.....

¹⁸ Barrare solo se la valutazione è intesa provvisoria così come secondo le indicazioni del protocollo ordinario.



Ministero della Giustizia

Dipartimento Giustizia Minorile
Centro di Prima Accoglienza
R O M A

Roma,

PROVVEDIMENTI PER ASSEGNAZIONE DEL/LA MINORE	
DATA.....	ORA.....

IL COMANDANTE

- *Lette* le indicazioni contenute nella cartella di ingresso;
- *Tenuto conto*, altresì, delle dichiarazioni rese dal/la minore, delle indicazioni acquisite dai vari operatori, della rilevazione interistituzionale effettuata ai fini dell'identificazione dei fattori di rischio autolesivo, eteroaggressivo, suicidario o di essere vittima di violenza, della segnalazione dell'èquipe sanitaria;
- *Propone* di accogliere il/la minore con le seguenti disposizioni operative:

- () Sorveglianza Ordinaria
- () Grande Sorveglianza
- () Sorveglianza a Vista
- () Altro
-
-

IL COMANDANTE

.....

PROVVEDIMENTO DELL'AUTORITA' DIRIGENTE DELL'ISTITUTO

.....
.....

Luogo e data

IL DIRETTORE

.....