



SERVIZIO SANITARIO
REGIONALE BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

PROCEDURA AZIENDALE
**“Prevenzione delle condotte suicidarie nel
sistema penitenziario per adulti”**

Edizione 30.10.2024
Revisione n.0 30.10.2024
Pag. 1 di 15

PROCEDURA AZIENDALE

“Prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti”

	Nome e Cognome	Funzione
Redazione	Dr. Giuseppe Bertozzi	Referente GRCB – Coordinatore GAC
	Dr.ssa Michela Ferrara	Specialista Medico Legale Esterno
	Dr. Aldo Di Fazio	Direttore SIC Medicina Legale
Verifica e Approvazione	Dr. Giovanni Vito Corona	Direttore Dipartimento Post-Acuzie e Continuità Ospedale Territorio
	Dr. Sergio Molinari	Direttore Distretto della Salute di Potenza
	Dr. Luigi D’Angola	Direttore Sanitario – Presidente GAC



INDICE

- Premessa	pag. 3
- Definizioni	pag. 5
- Gruppo di lavoro multidisciplinare	pag. 6
- Valutazione primo ingresso	pag. 7
- Osservazione post-ingresso	pag. 10
- Istituzione di audit	pag. 11
- Soggetti coinvolti e matrice delle responsabilità	pag. 11
- Indicatori	pag. 12
- Bibliografia	pag. 13
- Allegati	pag. 14

1. PREMESSA

Secondo lo studio a cura dell'Unità di Privazione della libertà in ambito penale del Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale in una statistica di dieci anni terminata nel 2022 compreso, negli Istituti penitenziari nazionali, si sono verificati 589 suicidi.

Nel dettaglio, nel 2022, negli istituti penitenziari sono decedute 214 persone: 93 per cause naturali, 85 per suicidio, 32 per cause da accertare e 4 per cause accidentali. Il dato dei suicidi in carcere nel 2022 (85) rappresenta il valore più elevato degli ultimi dieci anni. Analizzando i dati personali, si rileva che delle 85 persone che si sono suicidate 80 erano uomini e 5 donne. Va ricordato che la popolazione detenuta complessiva alla data del 31 dicembre 2022 è di 56174 persone, di cui 2372 donne.

Riguardo alla nazionalità, 49 erano italiane e 36 straniere (20 delle quali senza fissa dimora), provenienti da 16 diversi Paesi: Albania (6), Tunisia (5), Marocco (5), Algeria (2), Repubblica Dominicana (2), Romania (2), Nigeria (2), Brasile (1), Nuova Guinea (1), Pakistan (1), Cina (1), Croazia (1), Eritrea (1), Gambia (1), Georgia (1), Ghana (1), Siria (1) Bangladesh (1), Senegal (1).

Le fasce d'età più presenti sono quelle tra i 26 e i 39 anni (37 persone) e tra i 40 e i 54 anni (29 persone); le restanti si distribuiscono nelle classi 18-25 anni (10 persone), 55-69 anni (6 persone) e ultrasessantenni (3 persone). Si rileva che 12 persone appartengono alle fasce d'età dei più giovani e dei più anziani e che l'età media delle 85 persone che si sono suicidate, è di 40 anni. Con riferimento alle modalità che hanno caratterizzato l'atto suicidario, in 76 casi (89,4%) è avvenuto per impiccamento, in 4 per inalazione di gas; in 3 per lesioni alle vene. In 2 casi il dato non è stato riportato.

Con riferimento alle modalità che hanno caratterizzato l'atto suicidario, in 76 casi (89,4%) è avvenuto per impiccamento, in 4 per inalazione di gas; in 3 per lesioni alle vene. In 2 casi il dato non è stato riportato.

La posizione giuridica delle 85 persone che si sono tolte la vita in carcere era la seguente: 39 erano state giudicate in via definitiva e condannate e 5 rientravano avevano una posizione cosiddetta "mista con definitivo", cioè avevano almeno una condanna definitiva e altri procedimenti penali in corso; 32 persone (38,1%) erano in attesa di primo giudizio, 7 erano appellanti e 2 ricorrenti.

Delle 42 persone condannate e con posizione "mista con definitivo", 38 avevano una pena residua fino a 3 anni e 5 di esse avrebbero completato la pena entro l'anno in corso; altre 4 avevano una pena residua superiore ai 3 anni, mentre 1 soltanto aveva una pena residua superiore ai 10 anni.

Con riferimento ai reati ascritti alle persone interessate (si tenga presente che ogni persona può avere più di un reato), dall'analisi è emerso che la maggior parte delle persone che si è tolta la vita in carcere era accusata o era stata condannata per reati contro il patrimonio (54, pari al 64%), quindi seguivano i reati contro la persona (39) cui può sommarsi quella affine dei reati contro la famiglia (11), che raggiungono il 59%.

Con riferimento a questa tipologia di reati, tra quelli contro la persona figurano 12 reati di lesioni personali, 13 di omicidio (tentato o consumato), 3 di violenza sessuale e 11 di maltrattamento in famiglia. Poco significativi sul piano statistico appaiono invece altre tipologie di reato, come per esempio quelli contro l'incolumità pubblica e privata e contro l'amministrazione della giustizia (ciascuna con 7 casi).

	PROCEDURA AZIENDALE “Prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti”	Edizione 30.10.2024 Revisione n.0 30.10.2024 Pag. 4 di 15
---	---	---

Secondo il XX Rapporto di Antigone sullo stato delle carceri italiane definisce gli istituti di detenzione come “sempre più affollati, sempre più chiusi e dove avvengono sempre più suicidi”. Al maggio 2024, sono 30 i suicidi avvenuti nel 2024, 10 in più di quelli dello scorso anno nello stesso arco temporale, su di una popolazione che al 31 marzo 2024 era composta da 61.049 persone detenute, a fronte di una capienza ufficiale di 51.178 posti.

In accordo con la WHO¹ un programma di prevenzione del suicidio in questi ambienti dovrebbe essere articolato attraverso:

- **Formazione:** La componente essenziale di qualsiasi programma di prevenzione del suicidio è un personale penitenziario adeguatamente formato, che costituisce la spina dorsale di qualsiasi carcere, prigione o struttura minorile. Pochissimi suicidi vengono effettivamente prevenuti dal personale sanitario, di salute mentale o da altri professionisti, perché i suicidi vengono solitamente tentati nelle unità abitative dei detenuti e spesso durante le ore serali o nei fine settimana, quando sono generalmente al di fuori della competenza del personale del programma. Gli agenti penitenziari, d'altra parte, sono spesso l'unico personale disponibile 24 ore al giorno; quindi, costituiscono la prima linea di difesa nella prevenzione dei suicidi. Il personale penitenziario, così come il personale sanitario e di salute mentale, non possono rilevare i rischi, effettuare una valutazione o prevenire un suicidio per il quale non hanno ricevuto alcuna formazione sul: perché gli ambienti penitenziari sono favorevoli al comportamento suicida, atteggiamenti del personale sul suicidio, potenziali fattori predisponenti al suicidio, periodi di suicidio ad alto rischio, segnali e sintomi di avvertimento, recenti suicidi e/o gravi tentativi di suicidio all'interno della struttura/agenzia e componenti della politica di prevenzione del suicidio della struttura/agenzia;
- **Screening dei nuovi giunti:** Poiché i suicidi in carcere possono verificarsi entro le prime ore di arresto e detenzione, lo screening per il suicidio deve essere effettuato quasi immediatamente all'ingresso nell'istituto per essere efficace. **Ogni nuovo detenuto dovrebbe essere sottoposto a screening all'ingresso e di nuovo se le circostanze o le condizioni cambiano.** In genere, i questionari di screening dovrebbero richiedere variabili statiche (demografiche storiche) e dinamiche (situazionali e personali). Quando le risorse lo consentono, lo screening per il suicidio può essere effettuato nel contesto di una valutazione medica e psicologica all'ingresso condotta da professionisti competenti della struttura. Il risultato della valutazione di rischio deve essere annotato sulla cartella personale anche in vista di un eventuale trasferimento. In caso di positività, il detenuto deve essere sottoposto al più presto a valutazione psichiatrica e/o psicologica.
- **Osservazione post-ingresso:** Nonostante l'importanza delle procedure di screening, esse svolgono una parte molto piccola nella prevenzione dei suicidi nelle carceri. Tutto ciò che uno strumento di screening può ottenere è informare il personale che un particolare detenuto ha un rischio elevato di tentare il suicidio in qualche fase del suo periodo di detenzione: non prevede quando si verificherà un tentativo o quali saranno i fattori scatenanti specifici in un dato caso. Pertanto, non è sufficiente sottoporre a screening i detenuti solo al momento dell'ammissione, ma eventualmente a intervalli regolari. **Per essere efficace, la prevenzione del suicidio deve comportare un'osservazione continua.** I controlli di routine sono volti all'identificazione di segni di malattia mentale, intento suicidario, cambi di abitudini, alienazione di beni, perdita di interesse per attività o relazioni, rifiuto della terapia o richiesta ripetuta di dosi di farmaci più elevate. L'osservazione deve prevedere anche il dialogo con i detenuti in momenti critici (es. vicino ai processi) al fine di identificare la perdita di speranza o l'intento suicidario ed è raccomandata la relazione con i familiari;
- **Monitoraggio dei casi a rischio:** Un monitoraggio adeguato dei detenuti a rischio è fondamentale, in particolare durante il turno di notte (quando il personale è scarso) e direttamente proporzionale al livello di

¹ https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43678/9789241595506_eng.pdf?sequence=1



rischio. I detenuti giudicati ad elevato rischio di suicidio richiedono una supervisione costante. A diversi livelli di rischio corrisponderanno supervisioni a frequenze diverse. Tuttavia, considerando che un tentativo di suicidio tramite impiccamento può richiedere solo tre minuti per provocare danni cerebrali permanenti e 5-7 minuti per essere letale, anche i round a una distanza di 10-15 minuti potrebbero essere insufficienti per un detenuto altamente a rischio suicida. Fondamentale è evitare di lasciare da soli i detenuti a rischio, fornendo loro compagnia e controllo (es. supervisione da parte dei compagni), così come è necessario provvedere alla supervisione continua per i detenuti in isolamento a cui non dovrebbe mancare il contatto umano;

- **Comunicazione: la prevenzione del suicidio inizia al momento dell'arresto.** Durante il contatto iniziale, ciò che un individuo dice e come si comporta durante l'arresto, il trasporto in prigione sono cruciali per rilevare comportamenti suicidi. La scena dell'arresto è spesso il momento più emotivo per l'arrestato. Qualsiasi informazione pertinente riguardante il benessere dell'arrestato deve essere comunicata dall'ufficiale che arresta o trasporta al personale della struttura. Poiché un detenuto può diventare suicida in qualsiasi momento durante la detenzione, gli ufficiali penitenziari devono mantenere la consapevolezza, condividere le informazioni e fare opportuni riferimenti al personale medico e di salute mentale. Le riunioni di team multidisciplinari (che includono personale penitenziario, sanitario e di salute mentale) dovrebbero svolgersi regolarmente per discutere lo stato di un detenuto sottoposto a misure precauzionali. Inoltre, **l'autorizzazione delle misure precauzionali per un detenuto, eventuali modifiche a tali misure precauzionali e l'osservazione di un detenuto sottoposto a misure precauzionali dovrebbero essere documentate.** Tale documentazione dovrebbe essere sia completa che immediata, nonché diffusa a tutto il personale che ha contatti con il detenuto.

- **Intervento sociale:** I detenuti arrivano in contesti penitenziari con una certa vulnerabilità al suicidio. Questa, unita alla crisi della reclusione e agli stress continui della vita in carcere, può culminare in un crollo emotivo e sociale che porta al suicidio finale. L'isolamento sociale e fisico e la mancanza di risorse di supporto accessibili intensificano il rischio di suicidio. Pertanto, un elemento importante nella prevenzione del suicidio in contesti penitenziari è un'interazione sociale significativa. Pertanto, momenti critici sono sicuramente rappresentati dal collocamento in celle di isolamento per motivi necessari. Idealmente, il detenuto suicida dovrebbe essere ospitato in un dormitorio o in una cella condivisa. In alcune strutture, il supporto sociale viene fornito tramite l'uso di "compagni" o "ascoltatori" appositamente formati, che sembrano avere un buon impatto sul benessere dei potenziali detenuti a rischio, poiché potrebbero non fidarsi degli ufficiali penitenziari. Le visite dei familiari possono anche essere utilizzate come mezzo per promuovere il supporto sociale, nonché come fonte di informazioni sul rischio di suicidio di un detenuto. **Tuttavia, anche gli interventi sociali possono comportare dei rischi. Ad esempio, i detenuti altamente suicidi che vengono messi in celle condivise hanno un migliore accesso a strumenti letali, di conseguenza non devono mai essere considerati un sostituto di un attento monitoraggio e del supporto sociale da parte del personale qualificato della struttura.**

- **Ambiente fisico e caratteristiche architettoniche:** La maggior parte dei detenuti si suicida impiccandosi con lenzuola, lacci delle scarpe o vestiti. Un ambiente sicuro per il suicidio sarebbe una cella o un dormitorio che ha eliminato o ridotto al minimo i punti di sospensione e l'accesso non supervisionato a materiali letali. Qualora si renda necessaria la contenzione per detenuti con crisi suicidarie in atto, l'utilizzo di tali mezzi deve essere regolato da procedure e regolamenti appropriati. Nel caso in cui vengano utilizzate delle telecamere di sicurezza, queste devono integrare e non sostituire l'attività di sorveglianza da parte del personale penitenziario.

- **Trattamento psichiatrico/psicologico:** volto a tutti i detenuti che mostrano un rischio suicidario. I detenuti con disturbi mentali che presentano un grave rischio di suicidio dovrebbero ricevere un adeguato trattamento psicofarmacologico. Una volta che un detenuto viene identificato come ad alto rischio di suicidio, è indicata un'ulteriore valutazione e trattamento da parte del personale di salute mentale. **Nel caso in cui il**

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE</p> <p>“Prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti”</p>	<p>Edizione 30.10.2024 Revisione n.0 30.10.2024 Pag. 6 di 15</p>
---	--	--

personale in forza alle strutture penitenziarie non fosse sufficiente per garantire tale necessità, è opportuno prevedere l'integrazione con i competenti servizi territoriali e/o ospedalieri.

2. DEFINIZIONI

Suicidio compiuto: un atto intenzionale di autolesionismo che ha portato al decesso.

Tentato suicidio: un atto di autolesionismo che voleva portare al decesso, ma non l'ha fatto. Un tentato suicidio può o meno comportare lesioni.

Ideazione suicidaria: pensieri, pianificazione e atti preparatori relativi al suicidio.

Autolesionismo non suicidario: un atto di autolesionismo che non mira a causare il decesso. Atti simili comprendono farsi graffi o tagli sulle braccia, bruciarsi con una sigaretta e il sovradosaggio di vitamine. L'autolesionismo non suicidario può essere un modo di ridurre la tensione, dato che il dolore fisico può alleviare quello psicologico. Può anche essere una richiesta d'aiuto da parte di una persona che comunque desidera vivere.

Grande sorveglianza Il provvedimento di Grande Sorveglianza comporta: visite mediche almeno due volte a settimana; controllo durante l'assunzione di terapie farmacologiche; assidui controlli da parte del Personale di Polizia Penitenziaria addetto alla vigilanza della sezione detentiva; interventi di sostegno periodici da parte degli operatori del Gruppo Multidisciplinare.

Sorveglianza a vista: Il provvedimento di Sorveglianza a vista comporta: visite mediche giornaliere, accessi frequenti degli operatori sanitari di supporto; controllo assiduo durante l'assunzione di terapie farmacologiche; controllo continuo anche a mezzo di videosorveglianza da parte del Personale di Polizia Penitenziaria; frequenti interventi di monitoraggio e sostegno da parte degli operatori del Gruppo Multidisciplinare.

3. GRUPPO DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE

Il Gruppo di Lavoro Multidisciplinare si compone di:

- direttore,
- medico incaricato,
- infermiere,
- psicologo,
- psichiatra,
- responsabile dell'area educativa, o di un suo eventuale delegato;
- comandante di reparto di polizia penitenziaria, o di un suo delegato.

Il Direttore dell'Istituto Penitenziario o un suo delegato, ha il ruolo di presiedere e coordinare gli incontri del gruppo, in qualità di referente locale individuato.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE</p> <p>“Prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti”</p>	<p>Edizione 30.10.2024 Revisione n.0 30.10.2024 Pag. 7 di 15</p>
---	--	--

Viene integrato con la presenza di altri specialisti, sebbene non limitati a quelli di seguito elencati: gli operatori del Ser.D., gli assistenti sociali e i mediatori culturali e/o sociosanitari, a seconda delle esigenze e dei problemi manifestati dal detenuto.

Lo staff nella composizione prevista si riunisce periodicamente con cadenza almeno mensile, prevedendo la possibilità di incontri immediati nei casi bisognosi di interventi urgenti.

Quindi, ogni mese (referenti dell’Area Sicurezza, dell’Area Trattamento, dell’ASL, dell’U.E.P.E.) si riuniscono per la valutazione di quei casi che necessitano di essere attenzionati, secondo quanto emerso dall’attività di osservazione.

Tale organo andrà a valutare alcuni indicatori di probabili situazioni di disagio: la presenza e/o la frequenza di contatti con i familiari, la disponibilità al dialogo con gli operatori del trattamento; nonché la possibilità di formare i cosiddetti “peer supporter”, ovvero la mansione lavorativa di «detenuti formati per prevenire i suicidi in cella».

- Gruppo di lavoro Multidisciplinare Straordinario

Il gruppo multidisciplinare oltre alle periodiche riunioni finalizzate al confronto e alla valutazione degli interventi messi in atto è riunito d’urgenza dal referente locale, anche in forma più ristretta, nel caso di eventi critici particolarmente rilevanti. Lo staff effettuerà una valutazione congiunta dell’evento critico ed eventualmente definirà ulteriori strategie da mettere in atto per prevenire per quanto possibile la reiterazione.

Lo Staff è inoltre convocato dal referente locale all’esito di un evento infausto (suicidio) per la valutazione congiunta sia per predisporre tutta la documentazione presente agli atti da mettere a disposizione dell’autorità giudiziaria e amministrativa, che per organizzare eventuali interventi di supporto psicologico nei confronti dei detenuti (tra cui i compagni di camera) del soggetto autore dell’atto, esposti agli effetti post-traumatici dell’evento infausto.

4. VALUTAZIONE PRIMO INGRESSO – NUOVI GIUNTI

4.1. Immatricolazione

All’atto dell’immatricolazione viene compilato l’allegato 1 ed analizzato dalla Sorveglianza Generale unitamente ad un addetto dell’ufficio matricola il fascicolo personale del detenuto al fine di individuare i motivi di trasferimento, eventuali disposizioni in atto relative alla sua gestione o situazioni particolari che necessitano di attenzione. Qualora il detenuto sia proveniente da altro istituto con provvedimento di attenzionamento, il personale provvederà ad immediata segnalazione al referente locale per convocazione del gruppo multidisciplinare per rivalutazione e, nel frattempo, attenziona il caso al personale medico al momento della visita.

4.2. Visita medica con valutazione del rischio



Entro 24 ore dall'ingresso in Istituto, si procede alla visita medica al fine di valutare lo stato di salute complessivo e l'eventuale rischio auto-eterolesivo, mediante Blaauw Scale (allegato 2).

Per i soggetti prevenienti da altro istituto, si potrà prender visione del diario clinico.

In caso di punteggio > 24 programmare visita psichiatrica o psicologica, > 40 programmare visita psichiatrica o psicologica (quella psichiatrica anche urgente) e attivare la sorveglianza a livello adeguato. Valutare, inoltre, in base alle condizioni cliniche del detenuto, l'opportunità di ricovero in luoghi esterni di cura.

Indipendentemente dal punteggio ottenuto alla Blaauw Scale, il medico, in base alle condizioni cliniche del detenuto, può chiedere visita psichiatrica. Pertanto, durante la visita, il medico vorrà registrare:

- a. l'anamnesi storica del paziente (eventi autolesivi e familiarità al suicidio, abusi sessuali subiti, presenza di avversità mediche o esistenziali nel recente passato);
- b. le condizioni socio-ambientali del paziente, quali l'isolamento sociale;
- c. le condizioni cliniche con particolare attenzione a sindromi cerebrali organiche, patologie terminali;
- d. la presenza di patologie psichiatriche già accertate:
 - depressione
 - sindrome bipolare
 - schizofrenia
 - disturbi psicotici
 - disturbi di personalità con comportamento aggressivo
 - personalità borderline o antisociale
 - disturbo della condotta e disturbo oppositivo in età evolutiva
 - abuso o dipendenza da alcool, stupefacenti, psicofarmaci, da gioco
 - ansia, attacchi di panico e forme severe di insonnia
- e. la presenza di altri segni, quali:
 - disturbi cognitivi
 - segni di recenti/progressi comportamenti autolesionistici e/o suicidari.10
 - sentimenti caratterizzati da mancanza di speranza, assenza di significato, inutilità, impotenza, rabbia, bassa stima di sé, autodenigrazione
 - percezione di catastroficità degli eventi

- agitazione
- scarso controllo degli impulsi
- ridotta capacità di giudizio
- allucinazioni e deliri
- senso di colpa
- mancanza di progetti per il futuro

In caso di sospetto uso di sostanze psicotrope, può essere utile completare la fase diagnostica con dosaggio di alcolemia, ricerca di sostanze stupefacenti e d'abuso.

Nel caso di assenza di rischio suicidario, il soggetto è immesso nel normale circuito di trattamento penitenziario con l'attivazione degli usuali percorsi sanitari e trattamentali.

4.3. Valutazione psicologica

Lo psicologo espleta gli interventi di competenza operando un ulteriore e mirato filtro finalizzato ad individuare eventuali aree di disagio del soggetto, valutazione da effettuare entro le 48 ore dall'ingresso. Sulla scorta della valutazione posta in essere, lo psicologo pone indicazione ad eventuale supporto psicologico e qualora rilevi fattori di potenziale rischio, ad esempio disagio psichico, non emersi nella fase preliminare della visita medica, provvede ad immediata comunicazione al medico in turno che rivaluterà le condizioni cliniche del detenuto ridefinendo il livello di attenzione: basso/medio/alto.

4.4. Visita psichiatrica

In caso di individuazione di un livello di attenzione MEDIO/ALTO si procede a valutazione specialistica psichiatrica. Dunque lo psichiatra, afferente all'ASP, fornirà una valutazione definitiva rispetto al livello di rischio autolesivo ed eterolesivo (basso, medio, alto).

In virtù delle condizioni cliniche generali del paziente definisce o ridefinisce l'adozione di particolari misure di vigilanza (Grande Sorveglianza o Sorveglianza a vista), mediante comunicazione all'Ufficio Comando preposto. Inoltre, all'esito della valutazione specialistica psichiatrica, deve essere stabilito se il paziente può ricevere cure adeguate nell'istituto o, in alternativa, richiedere il ricovero.

5. CLASSIFICAZIONE

BASSO rischio

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE</p> <p>“Prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti”</p>	<p>Edizione 30.10.2024 Revisione n.0 30.10.2024 Pag. 10 di 15</p>
--	--	---

Il rischio suicidario non è evidenziabile in quanto assente o assolutamente insospettabile in relazione alla raccolta dati effettuata.

Collocazione: Ubicazione in sezione detentiva ordinaria. Si raccomanda l'adozione di comportamenti assistenziali non specificatamente orientati alla prevenzione di azioni autodistruttive ma routinariamente caratterizzati da un atteggiamento professionale di comprensione empatica del detenuto e delle sue manifestazioni.

MEDIO rischio

Il rischio suicidario non è chiaramente evidenziabile sebbene, in seguito ai colloqui intercorsi con i medici di reparto, alla formulazione di diagnosi infermieristiche e alla persistenza dei comportamenti/atteggiamenti definiti dalle stesse, sia ipotizzabile un indebolimento non transitorio della progettualità autoconservativa da parte del paziente.

Collocazione: Ubicazione in stanza con altro compagno possibilmente formato come *peer supporter*. Si raccomanda di mettere in atto cautelativamente e con discrezione le misure di sicurezza ambientale e organizzativa al fine di ridurre la disponibilità dei mezzi suicidari comunemente più utilizzati. Informare tutto il personale sul sospetto di potenziale rischio suicidario e garantire una osservazione accurata ma discreta sul comportamento del detenuto in modo continuativo.

ALTO rischio

Il rischio suicidario è percettibile ed evidenziabile per dichiarazione di intenzioni autolesive, tentativi falliti e/o dimostrativi o per numerosità ed intensità espressiva nel tempo di diagnosi formulate per cui è richiesta consulenza specialistica urgente al fine di acquisire le indicazioni terapeutiche ed assistenziali coerenti con le condizioni del paziente.

Collocazione: Da valutare secondo il caso specifico e secondo gli accorgimenti da adottare a protezione del soggetto per il tempo ritenuto necessario. Bisogna rimuovere dalla cella tutti gli elementi a valenza autolesiva ed utilizzare le lenzuola di carta.

Nei casi di rilevazione del rischio medio/alto, il referente previa emissione del provvedimento anche provvisorio di grande sorveglianza a vista, attivato su segnalazione del medico, provvederà alla convocazione del gruppo multidisciplinare nel più breve tempo possibile, e comunque non oltre 48 ore anche in composizione ristretta per i casi indifferibili. Nelle more verranno previste le azioni di cautela corrispondenti al livello di rischio stimato secondo le indicazioni del medico

Il referente locale operativo avrà altresì cura di aprire il “diario del rischio suicidario” in cui verranno riportati i provvedimenti adottati e rivalutazione di quelli in corso, rispetto al singolo caso.

6. OSSERVAZIONE post-ingresso

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE</p> <p>“Prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti”</p>	<p>Edizione 30.10.2024 Revisione n.0 30.10.2024 Pag. 11 di 15</p>
---	--	---

6.1. Condizioni di rischio

Come già descritto in premessa, esistono eventi a peculiare carico emotivo, a cui deve essere posta specifica attenzione e necessaria rivalutazione:

- 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.
- Isolamento.
- 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.

6.2. Segnali di allarme

È importante una continua ed attenta osservazione del paziente volta alla identificazione dei seguenti “segni premonitori”:

- difficoltà di ragionamento;
- commenti o battute sul suicidio;
- affermazioni concernenti l’assenza di speranza, assenza di significato, inutilità, impotenza;
- disperazione, rabbia;
- bassa stima di sè, autodenigrazione;
- percezione che gli eventi siano catastrofici, ipergeneralizzazione;
- lettura degli eventi esterni come fatti personali, agitazione, scarso controllo degli impulsi, ridotta capacità di giudizio, allucinazioni concernenti il suicidio;
- senso di colpa, mancanza di progetti per il futuro;
- eccessiva attenzione alla donazione di organi;
- eccessivo interesse o disinteresse per la religione o recente cambio di atteggiamento nei confronti della stessa;
- controllo “maniacale” dei farmaci;

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE</p> <p>“Prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti”</p>	<p>Edizione 30.10.2024 Revisione n.0 30.10.2024 Pag. 12 di 15</p>
---	--	---

-pensiero fisso sulla necessità di fare testamento o di sistemare i propri affari.

Qualsiasi operatore che, durante l’assistenza al detenuto, rilevi un’intenzione suicidaria deve darne tempestiva comunicazione, a mezzo PEC e con espressa indicazione dei rilievi, al medico in turno, che rivaluterà le condizioni cliniche del detenuto ridefinendo il livello di attenzione (basso/medio/alto).

7. FORMAZIONE

Per essere efficace la prevenzione del suicidio deve implicare valutazioni regolari nel tempo e quindi per tutta la durata della detenzione. L’OMS suggerisce di formare alla prevenzione del suicidio, attraverso appositi corsi, oltre al personale sanitario, anche gli agenti di polizia penitenziaria che, essendo figure disponibili 24 ore al giorno, rappresentano la prima linea di difesa nella prevenzione. Tali corsi potrebbero essere estesi anche a volontari, insegnanti ed a tutto il personale che può venire a contatto coi detenuti.

8. ISTITUZIONE DI AUDIT

Nel caso di eventi sentinella ed ai fini della necessaria attivazione di un Audit, si predisporrà una relazione di accertamento e e la documentazione dell’evento, per poter individuare le aree di criticità e l’esistenza di margini di miglioramento delle azioni in situazioni analoghe, da parte dei diversi attori.

9. SOGGETTI COINVOLTI E MATRICE DELLE RESPONSABILITA’

Fase 1: Screening (Immatricolazione-Visita medica-Visita psicologica)

Portatori di interesse: Nuovi Giunti

- Responsabili: **Ufficio Matricola**

Azioni: raccolta dati di Nuovi Giunti o detenuti provenienti da altro Istituto (allegato 1); trasmissione all’area sanitaria;

- Responsabili: **medico di sanità penitenziaria;**

Azioni: individuazione dei pazienti a rischio autolesivo/suicidario (allegato 2); avvio ad eventuale approfondimento diagnostico-valutativo; eventuale disposizione di temporanee misure di sorveglianza particolare; impostazione di prima terapia farmacologica.

- Responsabili: **psicologo**

Azioni: colloquio psicologico valutativo Nuovi Giunti o detenuti provenienti da altro Istituto con particolare riferimento alla individuazione dei pazienti a rischio autolesivo/suicidario ed avvio ad eventuale approfondimento diagnostico-valutativo psichiatrico.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE</p> <p>“Prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti”</p>	<p>Edizione 30.10.2024 Revisione n.0 30.10.2024 Pag. 13 di 15</p>
---	--	---

Fase 2: Gestione soggetti a rischio

Portatori di interesse: Detenuti a medio/alto rischio

- Responsabili: psichiatra, medico di sanità penitenziaria e psicologo
- Azioni: definizione del quadro psicopatologico, ed eventuale impostazione farmacologica specifica; valutazione sulla collocazione all'interno dell'Istituto; convocazione del gruppo multidisciplinare nelle sue forme; monitoraggio per rivalutazione

Portatori di interesse: Detenuti a basso rischio

- Responsabili: psichiatra, medico di sanità penitenziaria e psicologo
- Azioni: programmazione di visita psichiatrica per rivalutazione; notifica al gruppo multidisciplinare; monitoraggio

Portatori di interesse: Detenuti sottoposti a nuovi fattori scatenanti

- Responsabili: psichiatra, medico di sanità penitenziaria, psicologo, altri specialisti eventualmente coinvolti, direttore istituto penitenziario, agenti penitenziari, comandante agenti, educatori professionali, operatori coinvolti
- Azioni: segnalazione per eventuale valutazione psichiatrica; visita psichiatrica per rivalutazione del quadro e ridefinizione del rischio; attivazione del percorso corrispondente al grado di rischio; eventuale convocazione del gruppo multidisciplinare nelle sue forme

10. INDICATORI

Numero di casi di rischio auto/eterolesionistico e suicidario individuati SU casi di rischio gestiti e monitorati =100%

11. Bibliografia

Studio a cura dell'Unità di Privazione della libertà in ambito penale del Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, 2022

XX Rapporto di Antigone, 2024

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE</p> <p>“Prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti”</p>	<p>Edizione 30.10.2024 Revisione n.0 30.10.2024 Pag. 14 di 15</p>
---	--	---

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43678/9789241595506_eng.pdf?sequence=1

Protocollo per la prevenzione e la gestione del rischio suicidario del paziente detenuto nella casa circondariale "nuovo complesso" di rieti, 2018

Piano per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti della toscana e linee di indirizzo per i piani locali

Piano locale per la prevenzione delle condotte suicidarie nella casa circondariale per adulti di Foggia

La prevenzione dei suicidi in carcere - Quaderni ISSP Numero 8 (dicembre 2011)

Blaauw, E., Kerkhof, A. J. F. M., Winkel, F. W., & Sheridan, L. (2001). Identifying suicide risk in penal institutions in the Netherlands. *The British Journal of Forensic Practice*, 3(4), 22–28. <https://doi.org/10.1108/14636646200100024>

Blaauw, E., Kerkhof, A. J., & Hayes, L. M. (2005). Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide & life-threatening behavior*, 35(1), 63–75. <https://doi.org/10.1521/suli.35.1.63.59268>

Allegato 1 – Scheda ingresso Nuovi Giunti

SCHEDA DI ACCOGLIENZA	
A cura dell'ufficio matricola	
Data e ora colloquio:	
Cognome:	
Nome:	
Nato a _____ il _____	
Residente in _____ a _____	
Giunto dalla libertà il _____ per:	
<input type="checkbox"/> Arresto in flagranza di reato;	
<input type="checkbox"/> Esecuzione di ordinanza di custodia cautelare	
<input type="checkbox"/> Esecuzione di condanna definitiva	
<input type="checkbox"/> Costituzione	
<input type="checkbox"/> Revoca di misure alternative	
<input type="checkbox"/> Aggravamento misura cautelare	
Giunto da altro istituto il _____ per:	
<input type="checkbox"/> in accoglienza di istanza;	
<input type="checkbox"/> per altri motivi (specificare quali)	
Titolo di studi:	
Attività lavorativa:	
Qualifiche professionali:	
Provvedimenti disciplinari:	
Isolamento giudiziario:	
Isolamento sanitario:	
Censura corrispondenza:	
Pregresse esperienze detentive: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no (se sì, ultima detenzione _____)	
Date prossime udienze:	
Altri elementi da attenzionare:	

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE</p> <p>“Prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti”</p>	<p>Edizione 30.10.2024 Revisione n.0 30.10.2024 Pag. 16 di 15</p>
---	--	---

--

Allegato 2 – Blaauw Scale

<i>Caratteristica</i>	<i>Descrizione</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>
<i>Età</i>	Il detenuto ha un'età di 40 anni o superiore	0	17
<i>Mancanza di residenza abituale</i>	Nel periodo immediatamente precedente l'arresto, il detenuto non aveva una residenza fissa	0	23
<i>Una condanna precedente</i>	Nel passato il detenuto era già stato incarcerato in una struttura detentiva. La detenzione attuale è la seconda.	0	14
<i>Storia di abuso di droghe pesanti</i>	In passato il detenuto ha assunto droghe pesanti (almeno una volta a settimana), in combinazione con almeno uno dei seguenti: a. droghe leggere (almeno 3 volte a settimana); b. ingenti quantità di alcol (almeno 3 volte a settimana); c. dosi non terapeutiche di medicinali (almeno una volta a settimana).	0	13
<i>Storia di trattamenti per sintomi psichiatrici</i>	In qualsiasi momento della sua vita il detenuto è stato trattato per sintomi psichiatrici presso un reparto psichiatrico, un servizio di salute mentale territoriale o uno specialista psichiatra o psicologo	0	27
<i>Psicosi ed altri disturbi di Asse 1 del DSM*</i>	Negli ultimi 5 anni è stata posta diagnosi di schizofrenia (o di altro disturbo psicotico), oppure ha sofferto di disturbi d'ansia, dell'umore, dissociativi o somatoformi	0	24
<i>Precedenti tentativi di suicidio o di comportamenti autolesivi</i>	In passato il prigioniero si è intenzionalmente tagliato, avvelenato o ferito, oppure ha tentato di impiccarsi, o di uccidersi in altro modo	0	13
<i>Tendenze suicide o tentativi di suicidio durante il presente procedimento</i>	Il detenuto ha fatto osservazioni che possano mettere in luce tendenze suicide durante il colloquio di ammissione, durante la detenzione da parte delle forze dell'ordine, durante il trasporto o nei locali del tribunale, oppure ha tentato il suicidio in queste situazioni	0	24

**La risposta a questa domanda è affermativa solo in caso che sia stata effettivamente fatta una diagnosi.*

Positivo >24

Indipendentemente dal punteggio ottenuto, il medico, in base alle condizioni cliniche del detenuto può procedere e qualificare il rischio.



**SERVIZIO SANITARIO
REGIONALE BASILICATA**
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

PROCEDURA AZIENDALE
**“Prevenzione delle condotte suicidarie nel
sistema penitenziario per adulti”**

Edizione 30.10.2024
Revisione n.0 30.10.2024
Pag. 17 di 15