PIANO LOCALE PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO E DELLE CONDOTTE AUTOLESIVE NELLA CASA CIRCONDARIALE DI SONDRIO

SOMMARIO

1. INTRODUZIONE 3
1.1 I DATI ITALIANI 3
1.2 RISCHIO SUICIDARIO E PANDEMIA DI COVID-19 4
1.3 IL SUICIDIO IN AMBITO CARCERARIO 4
1.4 PRESUPPOSTI NORMATIVI 5
1.5 SCOPO DEL PIANO LOCALE DI PREVENZIONE 5
1.6 ANALISI DEL CONTESTO 5
2. CAMPO DI APPLICAZIONE 5
3. RESPONSABILITÀ 5
4. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI 5
5. TERMINI E DEFINIZIONI 7
6. DOCUMENTI ALLEGATI 7
7. DESCRIZIONE DEL PIANO LOCALE 7
7.1. INGRESSO IN CARCERE 7
7.1.1. PREMESSA 7
7.1.1.1. STAFF MULTIDISCIPLINARE - MODELLO OPERATIVO MULTIDISCIPLINARE DI COMPETENZE INTERPROFESSIONALI 7
7.1.2. SCREENING DI INGRESSO 8
7.1.3. ALTRI INTERVENTI PREVENTIVI 11
7.1.4. ACCOGLIENZA NUOVI GIUNTI 11
7.2. II° LIVELLO – MONITORAGGIO DURANTE IL PERCORSO DETENTIVO 12
7.3. SCARCERAZIONE/DIMISSIONE 13
7.4. INTERVENTI TEMPESTIVI NEL CASO DI PASSAGGI ALL'ATTO E GESTIONE URGENZE 14
7.4.1. FORMAZIONE PERMANENTE ED INTEGRATA DEGLI OPERATORI 14
7.5. INTERVENTI di DE-BRIEFING 14

1. INTRODUZIONE

Il **suicidio** è la dodicesima causa di morte nel mondo. A livello mondiale si colloca fra le tre principali cause di morte per le persone di età compresa tra i 15 e i 44 anni, insieme agli incidenti stradali ed alle malattie cardiovascolari.

Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), pubblicate ad aprile 2019 nel rapporto "World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals" (*WHO. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO*), tra il 2000 e il 2016, in tutto il mondo, i tassi grezzi di mortalità per suicidio sono diminuiti del 16% negli uomini e del 20% nelle donne.

1.1 I DATI ITALIANI

In Italia si registrano ogni anno circa 4000 morti per suicidio. Poiché il suicidio è un evento estremamente raro nell'infanzia, i tassi vengono calcolati prendendo come riferimento la popolazione di 15 anni e più. Secondo i dati ISTAT della "Indagine sulle cause di morte", nel 2016 (ultimo anno per il quale i dati sono attualmente disponibili) nel nostro Paese si sono tolte la vita 3780 persone. Il 78,8% dei morti per suicidio sono uomini. Il tasso (grezzo) di mortalità per suicidio per gli uomini è stato pari a 11,8 per 100.000 abitanti mentre per le donne e 3,0 per 100.000. I tassi di mortalità per suicidio sono più elevati nel Nord Italia e, in particolare per gli uomini, nelle Regioni del Nord-Est. Sia per gli uomini che per le donne i valori più bassi del tasso di suicidio si registrano nelle Regioni del Sud-Italia. I tassi di suicidio tra gli uomini sono inoltre inversamente proporzionali alla densità di popolazione, verosimilmente in quanto gli uomini sono più vulnerabili a fattori sociali ed economici avversi associati a una minore densità di popolazione (*Vichi, M. et al. 2020).*

L'analisi dei tassi età-specifici riferita all'anno 2016 mostra che per gli uomini il tasso aumenta costantemente raggiungendo un valore di quasi 20 casi ogni 100.000 abitanti tra gli anziani di età superiore ai 70 anni. Anche per le donne i tassi aumentano con l'età e il tasso raggiunge un massimo di oltre 4 casi ogni 100.000 tra le ultra70enni. Quasi l'80% dei morti per suicidio sono uomini, con un rapporto di genere (uomini/donne) che è andato aumentando linearmente nel tempo, passando da 2,1 nel 1980 a 3,6 nel 2016. I tassi di mortalità per suicidio sono più elevati tra gli anziani, ma è tra i giovani che il suicidio è, analogamente a quanto si registra a livello mondiale, una delle prime cause di morte con una grande differenza nei livelli di mortalità tra ragazzi e ragazze (*Grande, E. et al. 2020).*

Il trend storico del tasso di mortalità per suicidio mostra per l'Italia una riduzione a partire dalla metà degli anni Ottanta che si accentua, soprattutto per gli uomini, nella seconda metà degli anni Novanta. Tuttavia, dopo il minimo storico raggiunto negli anni 2006 e 2007, questa tendenza alla riduzione ha subito un arresto. Nel 2008, anno in cui cominciano a farsi manifesti gli effetti della crisi economico-finanziaria, analogamente a quanto osservato in altri Paesi europei e negli Stati Uniti, anche in Italia il tasso comincia ad aumentare tra gli uomini nelle classi di età centrali (tra i 25-30 anni e i 65-69 anni). L'aumento della mortalità per suicidio tra gli uomini nelle fasce di età centrali prosegue fino al 2012. In seguito alla crisi economico-finanziaria del 2008 non si registra invece un aumento di rischio suicidario tra gli uomini "anziani" e tra le donne si registrano variazioni del tasso molto più contenute. La crisi economico-finanziaria del 2007-2008 è stata considerata la più severa recessione che ha colpito l'Europa dopo la Seconda guerra mondiale, paragonabile per alcuni aspetti (quali ad esempio la riduzione dei consumi di beni non durevoli) alla "grande depressione" del 1929. La minor resilienza degli uomini di fronte ad "eventi critici" è anche rilevabile dal fatto che i tassi età-specifici di mortalità per suicidio aumentano con l'età sia per gli uomini che per le donne, ma per gli uomini si osserva un aumento esponenziale a partire dai 65 anni di età in corrispondenza con l'età al pensionamento.

1.2 RISCHIO SUICIDARIO E PANDEMIA DI COVID-19

Misure di quarantena collettiva sono state descritte in passato come associate ad un aumento della rischiosità suicidaria. Il pericolo che l'attuale crisi sanitaria, con le associate conseguenze economiche e sociali, possa causare anche un aumento dei suicidi è uno scenario molto probabile ma forse non ineluttabile. La situazione che il mondo sta attraversando è in qualche modo senza precedenti e sono sconosciuti gli effetti a lungo termine del "distanziamento sociale", del confinamento in casa, della convivenza con una familiare affetto da COVID-19, nonché delle limitazioni all'accesso ai servizi sanitari e di prevenzione e cura (di routine o di emergenza). I ceti sociali più svantaggiati, in particolare, vedono messi a rischio anche il soddisfacimento dei loro bisogni primari, a causa della perdita del lavoro o della riduzione del reddito dovuto al fermo delle attività produttive. Tutto questo, unito alla paura di essere positivi al COVID-19 e di ammalarsi e/o di far ammalare i propri cari, ha generato un forte stato d'ansia e preoccupazione per il futuro che si ripercuoterà inevitabilmente sulla salute mentale della popolazione e rischia di impattare anche sul rischio di suicidio andando ad aggiungersi e interagendo con i fattori di rischio preesistenti.

Senza pretesa di esaustività, tra i fattori di rischio specifici legati alla pandemia di COVID-19 si può elencare:

- *distanziamento sociale* (che può aver aumentato l'isolamento e la solitudine, annullato i "contatti non intenzionali", esacerbato problemi di salute mentale)
- *consumo di alcol* (che può essere aumentato durante il *lockdown* nei consumatori "a rischio" e che è documentato aumentare nei periodi di crisi)
- *violenza domestica* (che può essere aumentata durante il confinamento in casa e in seguito per l'insorgere/esacerbarsi dei problemi economici)
- *restrizione delle libertà personali*
- *paura del contagio* (paura di essere contagiati e/o di essere veicolo di contagio per gli altri)
- *stress e burnout* per medici e operatori sanitari
- *ruolo della comunicazione* (che può aver esacerbato paura e ansia)
- *riduzione dei servizi dedicati alla prevenzione e cura del disagio mentale e del suicidio* o riduzione del personale ad essi dedicato
- *crisi economica* con il conseguente aumento della disoccupazione e della precarietà e riduzione del reddito.

1.3 IL SUICIDIO IN AMBITO CARCERARIO

La maggiore incidenza del suicidio nella popolazione carceraria rispetto alla popolazione generale impone al personale sanitario e a tutti gli operatori penitenziari un impegno volto alla prevenzione del comportamento suicidario e dei gesti autolesivi.
A fronte della maggior concentrazione di suicidi nel periodo che segue l'ingresso in carcere, nei primi 3-10 giorni di detenzione ("trauma d'ingresso"), a questa fase deve essere prestata maggiore attenzione. Occorre evidenziare altresì, a fronte dei casi riscontrati, che è necessario monitorare tutta la fase della durata della detenzione anch'essa a rischio suicidario per molteplici fattori scatenanti, quali ad esempio il periodo a ridosso del processo a carico del detenuto, e in misura minore il periodo che precede la sua scarcerazione ("vertigine dell'uscita").

La valutazione del rischio suicidario è un elemento portante del Piano di prevenzione la cui competenza è di ordine sanitario (medico, psicologo, infermieristico) con l'impiego anche degli strumenti specifici diagnostici previsti.
È fondamentale affinare costantemente lo scambio di informazioni al fine di migliorare la conoscenza della persona e di consentire la costruzione di interventi adeguati al caso specifico predisponendo procedure condivise.

A tal fine la circolarità delle informazioni anche in maniera informale, resta fondamentale come le valutazioni dello Staff Multidisciplinare che dovrà predisporre un programma individualizzato di presa in carico congiunta nel quale saranno indicati interventi integrati di tutti di operatori.

Da questo andamento del rischio discendono due livelli di prevenzione del suicidio: l'ingresso in carcere e il periodo dell'intera durata della detenzione.

1.4 PRESUPPOSTI NORMATIVI

Prevenire il rischio di suicidi in ambito carcerario è un obiettivo condiviso tanto dall'Amministrazione della Giustizia quanto dall'Istituzione Sanitaria. Da qui nasce l'indicazione di prevedere un modello organizzativo che supporti, a livello locale e in linea con le indicazioni Regionali, la gestione operativa delle attività introdotte per la prevenzione del suicidio e delle condotte autolesive in carcere in un'ottica di approccio multidisciplinare ed interprofessionale.

1.5 SCOPO DEL PIANO LOCALE DI PREVENZIONE

Il "Piano locale per la prevenzione del suicidio e delle condotte autolesive nella Casa Circondariale di Sondrio" rappresenta la declinazione tecnico/operativa per quanto concerne la tematica della prevenzione del suicidio in ambito carcerario ed è improntato sui concetti di massima condivisione e di approccio multidisciplinare, nel rispetto delle responsabilità e competenze specifiche dell'Amministrazione Penitenziaria e dell'Istituzione Sanitaria.
Ferme restando le specifiche responsabilità del personale dell'Amministrazione Penitenziaria e del personale dipendente dell'ASST della Valtellina e dell'Alto Lario, l'obiettivo del Piano Locale deve essere quello di affinare costantemente lo scambio delle informazioni acquisite, al fine di migliorare la conoscenza della persona, e di consentire la costruzione degli interventi più adeguati al caso specifico.

1.6 ANALISI DEL CONTESTO

La Casa Circondariale di Sondrio è sita in Via Caimi 80 Sondrio, dislocazione urbana, capienza regolamentare 26 detenuti, tollerabile 52. Vi è una sola sezione distribuita su 2 piani che ospita solo detenuti di media o bassa sicurezza. La sezione è aperta dalle 9 alle 21. In totale nella sezione ci sono 18 celle: le celle hanno letti a castello e sono occupate da 2 detenuti (quelle più piccole da 7 o da 9 metri quadri) o da 5 detenuti (quelle più grandi da 27 metri). Fuori dalla sezione vi sono due celle dedicate ai nuovi giunti o a detenuti in isolamento.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Con il presente documento, la Direzione della Casa Circondariale di Sondrio e l'Azienda Socio Sanitaria (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario, convengono e stipulano il seguente Piano locale di prevenzione.
Il presente Piano si applica alla Casa Circondariale di Sondrio.

3. RESPONSABILITÀ

La responsabilità del Piano sarà declinata per ambiti professionali prevedendo la responsabilità in capo alla Direzione Socio Sanitaria per la parte sanitaria e la responsabilità in capo all'Istituzione Penitenziaria per quanto concerne l'ambito carcerario.

4. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI

<u>Normativi</u>
- Legge n. 354 del 1975 e Regolamento di esecuzione n. 230 del 2000;
- Lett. Circ. DAP 0184206 del 08/06/2007 istitutiva dello Staff delle Fragilità;
- DPCM 01 Aprile 2008 Allegato A, nella parte in cui prevede tra gli obiettivi di salute "la prevenzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio attraverso l'individuazione dei fattori di rischio";
- Accordo approvato dalla Conferenza Unificata Stato Regioni del 19/01/2012;

- Nota DAP n. 0042087 del 4/2/2016 e nota DAP n. 0161639 del 11/5/2016;
- Direttiva del Ministro in tema di suicidi dei detenuti e note nella stessa richiamate;
- Direttiva 21/6/2016 del Provveditorato Regionale dell'Amministrazione penitenziaria della Lombardia, che si intende qui integralmente richiamata nonché le successive disposizioni emanate;
- Nota Prap 0048817U del 18 luglio 2022 e DGR XI 6653 del 11 luglio 2022 "Aggiornamento del Piano di prevenzione del rischio suicidario nel sistema penitenziario per adulti".

Bibliografici

- Cameron, C., Khalifa, N., Bickle, A., Safdar, H., & Hassan, T. (2021). Psychiatry in the federal correctional system in Canada.BJPsych International,18(2), 42–46. https://doi.org/10.1192/bji.2020.56;
- Cohen, T. R., Mujica, C. A.,Gardner, M. E., Hwang, M., & Karmacharya, R. (2020). Mental Health Units in Correctional Facilities in the United States. Harvard Review of Psychiatry,28(4), 255–270. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000267;
- Council of Europe Annual Penal Statistics –SPACE I 2020. Disponibile sul sito https://wp.unil.ch/space/space-i/annual-reports/ Disponibilità verificata in data 13/01/2022;
- Favril, L., Yu, R., Hawton, K., & Fazel,S. (2020). Risk factors for self-harm in prison: a systematic review and meta-analysis.The Lancet. Psychiatry,7(8), 682–691. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30190-5;
- Fazel, S., Hayes, A.J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. The Lancet. Psychiatry, 3(9), 871–881. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0;
- Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. (2017). Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors.The Lancet. Psychiatry,4(12), 946–952. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30430-3;
- Forrester, A., & Hopkin, G. (2019). Mental health in the criminal justice system: A pathways approach to service and research design.Criminal Behaviour and Mental Health : CBMH,29(4), 207–217. https://doi.org/10.1002/cbm.2128;
- Givens, A., Moeller, K., & Johnson, T. L. (2021). Prison-Based interventions for early adults with mental health needs: A Systematic Review.International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology,65(5), 613–630. https://doi.org/10.1177/0306624X20952395;
- Møeller, L., Stöver, H., Jürgens, R., Gatherer, A., & Nikogosian, H. (2007). Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;
- Obegi J. H. (2020). Differentiating genuine from feigned suicidality in corrections: A necessary but perilous task.International Journal of Law and Psychiatry,71, 101573. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101573;
- Olley, M. C., Nicholls, T. L., & Brink, J. (2009). Mentally ill individuals in limbo: obstacles and opportunities for providing psychiatric services to corrections inmates with mental illness.Behavioral Sciences & the Law,27(5), 811–831. https://doi.org/10.1002/bsl.899;
- Simpson, P. L., Guthrie, J., Jones, J., & Butler, T. (2021). Identifying research priorities to improve the health of incarcerated populations: results of citizens' juries in Australian prisons.The Lancet. Public Health,6(10), e771–e779. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00050-5;
- Società Italiana di Psichiatria eSocietà Italiana di Psichiatria Forense (a cura di G. Nivoli). Documenti, 2021;
- Yukhnenko, D., Sridhar, S., & Fazel, S. (2020). A systematic review of criminal recidivism rates worldwide: 3-year update. Wellcome Open Research, 4, 28. https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.14970.3;
- Zhong, S., Senior, M., Yu, R., Perry, A., Hawton, K., Shaw,J., & Fazel, S. (2021). Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis.The Lancet. Public Health,6(3), e164–e174. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30233-4.

http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2016/05/DGR-5095-1.pdf

5. TERMINI E DEFINIZIONI

Det.to: detenuto
Detenuto N.G.: detenuto nuovo giunto
Funzionario giuridico pedagogico: educatore professionale della Casa Circondariale
S.P.D.C.: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
UEPE: Ufficio Esecuzione Penale Esterna

6. DOCUMENTI ALLEGATI

Allegato 1: Scheda colloquio primo ingresso – Staff Multidisciplinare

Allegato 2: Screening del rischio suicidario (1°livello)

Allegato 3: Scala per la valutazione della gravità del rischio di suicidio (C-SSRS)

7. DESCRIZIONE DEL PIANO LOCALE

7.1. INGRESSO IN CARCERE

7.1.1. PREMESSA

Un momento di elevata criticità è rappresentato dall'ingresso in Istituto e dall'inizio della vita detentiva, con la conseguente necessità di ambientamento al contesto. In quest'ottica le modalità di accoglienza rivestono particolare importanza e consentono una prima e immediata valutazione del rischio autolesivo e suicidario. La valutazione del rischio suicidario è un elemento portante del piano di prevenzione, la competenza non può che essere di ordine sanitario che utilizzerà gli strumenti diagnostici specifici con il supporto dell'amministrazione penitenziaria. Il modello operativo di lavoro alla base di questo Piano prevede un approccio attraverso un modello organizzativo-gestionale interdisciplinare, tra i diversi livelli di intervento, sanitario e penitenziario, ognuno secondo la specifica competenza per intercettare e trattare in modo coordinato, adeguato e continuo i momenti di criticità dei detenuti, in un'ottica di costante scambio di informazioni, al fine di migliorare la conoscenza delle persone e di consentire interventi adeguati nei casi specifici, anche attraverso la condivisione di procedure. Nell'ottica di questo approccio verrà nominato uno staff multidisciplinare, composto da rappresentanti del personale penitenziario e sanitario, che saranno i promotori di questo nuovo approccio gestionale e organizzativo.

7.1.1.1. STAFF MULTIDISCIPLINARE - MODELLO OPERATIVO MULTIDISCIPLINARE DI COMPETENZE INTERPROFESSIONALI

Lo staff multidisciplinare sarà composto da rappresentanti del personale penitenziario (polizia penitenziaria, funzionario giuridico pedagogico, psicologi, volontari ec.) e sanitario (medici della struttura penitenziaria, personale infermieristico, personale ASST del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze) qualificati e adeguatamente formati. Sarà cura del Direttore della Struttura Penitenziaria e del Direttore Socio Sanitario nominare per le rispettive competenze lo staff.

Compiti dello staff multidisciplinare saranno quelli di prendere in esame i casi dei detenuti a partire dai nuovi giunti, nel più breve tempo possibile, predisponendo un programma individualizzato di presa in carico congiunta, nella quale saranno specificati gli interventi integrati degli operatori (sanitari, di sorveglianza, di sostegno) in base alle necessità determinate a seconda delle problematiche rilevate, e fornendo una valutazione secondo una scala di rischio. Tale programma individualizzato prevederà un monitoraggio nel corso della vita detentiva per valutare l'andamento in senso negativo o positivo fino alla scarcerazione, secondo delle modalità che verranno condivise all'interno del gruppo.

Gli interventi da parte dello staff multidisciplinare saranno verbalizzati, al fine di consentire i tracciamenti e la trasparenza delle decisioni adottate, ed a garanzia di una corretta presa in carico. Sarà prevista una cadenza delle riunioni dello staff settimanale/quindicinale anche per via telematica.

7.1.2. SCREENING DI INGRESSO

Lo screening d'ingresso rappresenta la prima fase fondamentale del protocollo operativo per la tutela dell'equilibrio psichico e la prevenzione dei comportamenti suicidari e/o autolesivi, prevede i momenti fondamentali e obbligatori dell'accoglienza. Vengono qui di seguito descritti i passaggi dell'accoglienza del Nuovo Giunto e la relativa valutazione sanitaria.

Perquisizione – prevista dall'art. 23 della Legge, costituisce il primo impatto con la struttura; il det.to Nuovo Giunto deve trovare un clima accogliente e tutelante sin dal momento dell'ingresso.

Immatricolazione - curata dal personale dell'Ufficio Matricola, consente di assumere le prime notizie sul detenuto, anche sugli elementi di "pericolosità" presenti nella sua storia; avverrà in un clima che dovrà essere connotato dal rispetto per la persona e la dignità umana, in particolare nei confronti di coloro che fanno ingresso in Carcere per la prima volta.
In questa fase vengono fornite al detenuto le prime informazioni circa la vita dell'istituto, le sue regole e i servizi offerti.

Allocazione / accoglienza: Nelle stanze dell'accoglienza individuate al piano terra, allo stato la cella 10 il detenuto N.G. sarà allocato temporaneamente per le prime incombenze necessarie e le valutazioni dello Staff Multidisciplinare (valutazione di I livello). Per le situazioni particolari sarà valutata l'ubicazione in altre celle del piano terra. Si valuterà l'ubicazione con altri ristretti all'interno della stessa cella, tenendo conto delle caratteristiche e delle problematiche.
Fino al completamento delle valutazioni in ingresso e della compilazione della cartella clinica, il detenuto viene considerato potenzialmente a rischio e viene disposta la "Grande Sorveglianza" da parte della Sorveglianza Generale.
Questi passaggi e le informazioni raccolte dovranno essere documentate nella "Scheda colloquio primo ingresso" che esplicita tutte le comunicazioni e integrazioni tra la parte sanitaria e penitenziaria (Allegato 1) e che rappresenta lo strumento di lavoro dello staff multidisciplinare.

Visita Medica di primo ingresso - Il Servizio Sanitario fornisce un'attività per fasce orarie. La visita medica verrà eseguita dai medici entro le 24 h e non oltre le 48 h, e comunque il prima possibile con il fine di valutare il complessivo stato di salute e il livello di rischio auto/eterolesivo. Di regola non deve essere presente Personale diverso da quello Sanitario, salvo che per ragioni di sicurezza (così come testualmente previsto nella ''Convenzione europea per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti'').

La valutazione del rischio di agiti autolesivi e suicidari deve essere sempre presente nella documentazione sanitaria. Si basa su: anamnesi remota e attuale, anamnesi familiare, esame obiettivo, esame di stato mentale, nonché sullo studio delle condizioni cliniche rilevanti, remote e attuali. L'accertamento di queste ultime è fondamentale perché il rischio di comportamenti suicidari è più elevato nelle seguenti condizioni cliniche:

- patologia psichiatrica grave (depressione, disturbo bipolare, schizofrenia e altri disturbi psicotici, disturbi della personalità con profilo aggressivo/impulsivo);
- disturbi correlati all'uso di sostanze, disturbo da gioco d'azzardo, dipendenze comportamentali;
- disturbi post-traumatici;
- sindromi cerebrali organiche;
- sintomi "trasversali" a disturbo mentale (agitazione psicomotoria, manifestazioni ansiose e relative alla sfera dell'umore, etc.);
- comorbidità organica;
- patologia terminale;
- dolore cronico.

Tra i fattori di rischio più noti per suicidio, emergono soprattutto i seguenti:

- precedenti tentativi di suicidio;
- un recente ricovero in SPDC;
- una diagnosi psichiatrica attuale;
- l'uso di sostanze;
- eventi avversi recenti, come lutto o malattie, drastici cambiamenti di vita o eventi di vita stressanti;
- abusi emotivi, fisici e sessuali;
- relazioni familiari/sentimentali critiche;
- familiarità per suicidio;
- etnia, età e professione,
- prima reclusione, detenzione in cella singola, impossibilità di fruire di "concessioni intramurarie" (come telefonate, visite, etc.);
- scarsa rete sociale;
- alcune variabili criminologiche connesse in particolare al tipo di reato ed agli esiti processuali;
- barriera linguistica: fattore che aumenta la difficoltà di valutazione.

Durante l'esame obiettivo porre particolare attenzione a:

- cura di sé;
- alterazioni della condotta durante la visita;
- presenza di esiti di ferite auto inferte.

Al colloquio clinico si associa una valutazione specifica relativa al rischio suicidario, tramite il questionario Patient saftey screener, ''Screening rischio suicidario'' (Allegato 2). La compilazione di tale questionario è obbligatoria. L'esito dello screening verrà riportato nella cartella clinica e nella "Scheda colloquio primo ingresso" (Allegato 1).
Nei casi di presenza di un rischio rilevabile al PSS-3, la valutazione clinica e la valutazione strutturata potrà essere effettuata anche tramite la valutazione del questionario C-SSRS effettuata da parte dello specialista (Psicologo, Psichiatra), vedasi allegato 3.

Colloquio con lo Psicologo dell'Azienda. La visita dello Psicologo ha l'obiettivo di una prima valutazione di ogni "nuovo giunto" e di un pronto sostegno alla persona privata della sua libertà. L'intervento verrà effettuato il prima possibile in condizioni di riservatezza entro le 24 h successive alla visita medica. La valutazione dello psicologo sarà inserita nella "Scheda colloquio primo ingresso" (Allegato 1).

Colloquio con il Funzionario Giuridico Pedagogico – consente di tracciare il profilo del "nuovo giunto" sul piano socio-familiare, giuridico, della formazione scolastica e professionale, e di fornire informazioni circa servizi e attività presenti nella struttura.
Hanno rilevanza per il sostegno alla fragilità: la valutazione della rete sociale e familiare del detenuto, la complessità del suo iter giuridico, i rapporti col mondo del lavoro.

La presa in carico del detenuto, con i suoi bisogni e criticità, può comportare il suo invio ad altre figure professionali, l'attivazione dell'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna, o il coinvolgimento di interpreti, a favore di cittadini stranieri in carcere. La valutazione del funzionario giuridico pedagogico sarà effettuata il prima possibile e l'esito sarà inserito nella "Scheda colloquio primo ingresso" (Allegato 1).

Sinotticamente la procedura di Ingresso e Accoglienza può essere schematizzata come nella Tabella a seguire.

Tabella n.1

Procedure in ingresso e accoglienza	
Competenze penitenziarie	**Competenze sanitarie**
Analisi della documentazione processuale	
Approfondimento del comportamento del detenuto nell'immediatezza del fatto e prima di essere condotto in carcere con il personale che ha proceduto all'arresto	
Invio delle risultanze all'area sanitaria per la valutazione del grado di rischio	
	Colloquio clinico e valutazione strutturata tramite somministrazione questionario PSS-3 ad opera del medico della struttura penitenziaria (vedasi allegato 2)
	Indicazione derivanti dalla valutazione anamnestico-clinica preliminare e valutazione eventuale rischio derivante dal risultato PSS-3 (vedasi allegato 2)
	Valutazione clinica e valutazione strutturata tramite somministrazione questionario C-SSRS (vedasi allegato 3) da parte dello specialista (psicologo, psichiatra) in funzione della presenza di un grado di rischio rilevabile al PSS-3
	Predisposizione di un primo piano d'intervento clinico da parte del medico della struttura penitenziaria, psicologo, psichiatra, operatore SERT
	Comunicazione del medico coordinatore del livello di rischio suicidario al Comandante e alla Direzione dell'Istituto, al fine di trasferire tempestivamente le informazioni in merito a patologie evidenziate o criticità emerse; redazione del piano di intervento clinico con le indicazioni relative all'alloggiamento, disponibilità di oggetti pericolosi, controllo sulla persona, inserimenti in gruppo peer supporter e/o valutazione in caso di rischio elevato per eventuale trasferimento in idonea struttura che abbia assistenza medica h 24 per le cure necessarie
Alloggiamento coerente alla segnalazione, consegna o rimozione di beni ed oggetti pericolosi, predisposizione del livello di controllo adeguato, inserimento o meno in un gruppo di peer supporter	
Discussione collegiale ed interprofessionale del caso - anche per via telematica - e predisposizione di un programma d'intervento integrato in caso di una rivalutazione del rischio classificato come medio o elevato	

7.1.3. ALTRI INTERVENTI PREVENTIVI

Altri possibili interventi preventivi sono costituiti da ulteriori valutazioni a cura di specialisti/ servizi della ASST. Quali ad esempio:

Valutazione specialistica del SERT - per coloro che dichiarano alcol e/o tossicodipendenza e gioco d'azzardo patologico, su segnalazione del servizio sanitario e/o richiesta del detenuto, verrà contattato il prima possibile l'operatore SERT che predisporrà una valutazione, sia per i nuovi giunti, sia per i detenuti già in carico ai Servizi.

Visita dello Psichiatra – può essere richiesta dai medici che eseguono la prima visita, dal detenuto stesso con istanza mod. 393 raccolta dall'Area Sanitaria, dallo Psicologo della Azienda e/o da altro operatore.
Allo psichiatra è demandata la valutazione dello stato di compenso psichico del soggetto.

Colloqui con volontari/famigliari/Avvocati/Magistrati – è indispensabile tenere in considerazione il ruolo svolto dai volontari, dai famigliari, dagli Avvocati e dai Magistrati in quanto queste figure possono concorrere, relazionandosi con il detenuto, ad evidenziare le sue possibili problematiche. Le caratteristiche degli interventi dei volontari e la natura della relazione intercorrente con i detenuti può essere occasione per rilevare elementi di sofferenza e di fragilità meritevoli di valutazione specialistica.
Anche dai **famigliari** si possono raccogliere elementi di preoccupazione emersi a seguito dei colloqui con i detenuti.

Analogamente **Magistrati e Avvocati** durante i colloqui possono raccogliere informazioni riguardo a condizioni critiche che devono poter riferire al personale penitenziario.

Tutte le informazioni sopra descritte possono essere indirizzate e devono essere raccolte anche informalmente nell'immediatezza da tutti gli operatori: Direttore, Comandante di Reparto, Sorveglianza Generale o altro personale di Polizia Penitenziaria, Funzionari Giuridico Pedagogici, che le devono condividere tra loro e con gli Operatori dell'Area Sanitaria per verificare gli interventi che occorre porre in essere.

È stato istituito uno **Sportello di Ascolto,** a carico dell'Amministrazione Penitenziaria**,** gestito da personale volontario che periodicamente effettua colloqui con i detenuti Nuovi Giunti o con altri detenuti che vengono segnalati.
I dati raccolti saranno condivisi con gli altri operatori in sede di Staff Multidisciplinare per programmare gli interventi necessari in base alle specifiche competenze.

7.1.4. ACCOGLIENZA NUOVI GIUNTI

Dopo una prima valutazione da parte da parte delle diverse figure professionali verrà strutturato un programma di presa in carico e di lavoro, che integri una serie di azioni terapeutiche e di sostegno nonché di soluzioni organizzative-gestionali in un'ottica di approccio multiprofessionale, anche attraverso l'osservazione e un intervento integrato da parte degli operatori.
La presa in carico dei nuovi detenuti è occasione di coordinamento e verifica degli interventi multiprofessionali, tradotti in un progetto individualizzato, qui di seguito descritto.
Lo **Staff Multidisciplinare Nuovi Giunti** è presieduto dal Direttore della Casa Circondariale ed è composto dal Coordinatore Medico dell'Area Sanitaria, dal Capo Area Trattamentale e dai Funzionari Giuridici Pedagogici con funzione di verbalizzante, dal Comandante di Reparto, o da operatori delegati dai predetti funzionari. Fanno parte dello staff anche il Cappellano, i Volontari, lo Psicologo, il personale Infermieristico, il Personale ASST del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze.
Allo Staff possono partecipare anche altre figure istituzionali e/o operatori che a diverso titolo accedono in istituto e hanno contatti con i detenuti.
Lo Staff multidisciplinare adotta le procedure atte a contenere gli effetti lesivi della privazione della libertà e delinea il Programma individualizzato indicando nel verbale "Scheda colloqui primo ingresso" (Allegato 1), gli interventi specifici da adottare ai fini di una prevenzione dei comportamenti autolesivi e

suicidari. Non si tratta di disposizioni automatiche né di risposte meramente ispirate a logiche di custodia e sorveglianza.
La scheda multidisciplinare riporta il contributo di ogni operatore e tutte le misure concordate ai fini della migliore gestione complessiva del detenuto. A garanzia della circolarità delle informazioni la scheda di colloquio primo ingresso è a disposizione di tutti i componenti dello Staff. Eventuali Protocolli di trattamento predisposti a tutela della salute e della vita dei soggetti interessati sono acquisiti al fascicolo personale del detenuto, custodito dall'Ufficio Matricola, e seguono il detenuto in caso di trasferimento in altri istituti al fine di assicurare la continuità dei trattamenti.
Gli interventi da parte dello staff multidisciplinare saranno verbalizzati al fine di consentire i tracciamenti e la trasparenza delle decisioni adottate, ed a garanzia di una corretta presa in carico.

7.2. II° LIVELLO – MONITORAGGIO DURANTE IL PERCORSO DETENTIVO

Vi sono altre evenienze altrettanto critiche che possono verificarsi a distanza di tempo dall'ingresso in carcere. Sono situazioni e accadimenti che mettono a dura prova l'equilibrio della persona, già privata della libertà, e possono precipitare in condizioni di grave disagio fino a gesti autolesivi e suicidari. Anche questi casi vengono esaminati dallo Staff multidisciplinare al fine di progettare interventi adeguati e tempestivi, rappresentando un secondo livello di valutazione.
Infatti la valutazione del rischio suicidario, per essere efficace, si deve avvalere di successive rivalutazioni per l'intera durata della detenzione, con particolare attenzione a specifici momenti in cui possono cambiare le condizioni detentive o personali o in ragione di insoliti segnali comportamentali. Ciascuna delle figure professionali già indicate in precedenza, partendo dal proprio punto di osservazione e mantenendo inalterata la propria specificità professionale e le responsabilità correlate, deve diventare partecipe di tale attività di osservazione.

Per quanto concerne la rete sociale e familiare del detenuto sono meritevoli di attenzione quali possibili segnali di rischio quali ad esempio (a titolo esemplificativo e non esaustivo):

- Colloqui con i familiari caratterizzati da elevata conflittualità, da silenzi carichi di tensione; talora sono gli stessi familiari a esprimere preoccupazioni al termine dell'incontro.
- Corrispondenza epistolare indirizzata all'esterno che si interrompe bruscamente, oppure il rifiuto di riceverne.
- Colloqui telefonici (di cui è consentito l'ascolto) connotati da scontri violenti o da lunghi silenzi.
- Comunicazioni di situazioni sfavorevoli riguardanti i familiari come malattie gravi, decessi, interruzioni di legami affettivi, provvedimenti che riguardano figli minori.
- Comunicazioni che rigettano i permessi presso i familiari, oppure relative alla perdita del lavoro.

Per quanto riguarda il percorso detentivo sono elementi importanti e potenzialmente critici quali ad esempio (a titolo esemplificativo e non esaustivo):

- Trasferimento da altra sede, indipendentemente dai motivi.
- La scarcerazione specialmente dopo un lungo periodo di carcerazione.
- Colloqui con i Magistrati, durante i quali possono emergere situazioni relazionali o esistenziali critiche e trovare espressione idee e intenzioni suicidarie.
- Colloqui con gli avvocati, che hanno la possibilità di riferire di particolari condizioni emotive dei propri assistiti.
- Le comunicazioni che fissano le udienze e il loro esito, in particolare per i processi riguardanti gravi reati.
- Le notifiche di condanne e di provvedimenti che negano misure alternative alla detenzione.
- La fase precedente il processo, caratterizzata in genere da ansietà e incertezza del futuro.
- La fase processuale e il suo esito; le reazioni del detenuto in aula o durante il rientro in istituto devono essere oggetto di attenzione da parte del personale.

Per quanto attiene alla sfera personale del detenuto meritano particolare attenzione quali ad esempio (a titolo esemplificativo e non esaustivo):

- La comparsa e la diagnosi durante la detenzione di patologie gravi, invalidanti e/o a prognosi infausta.
- Le visite mediche ripetute, per motivi diversi, tra i quali le lesioni traumatiche apparentemente accidentali.
- La richiesta insistente e ripetuta di farmaci e/o psicofarmaci.
- Rifiuto/mancata assunzione di terapie.
- La comparsa di alterazioni comportamentali o di altri sintomi psicopatologici come la ricerca dell'isolamento, le bizzarrie, la comparsa di tristezza o agitazione.
- Le condotte ostili e violente a danno di altri detenuti, di operatori o dell'arredo.
- Le minacce di gesti auto o eteroaggressivi.
- I comportamenti autolesivi o anticonservativi come l'urtare la testa o altre parti del corpo contro il muro, l'ingestione di oggetti, i tagli della cute, l'inalazione di gas e le ustioni autoprovocate. Rientrano in questo gruppo l'astensione volontaria dell'alimentazione ("sciopero della fame e/o della sete") e il rifiuto di trattamenti medici prescritti, in genere per protesta.
  Sono diverse le motivazioni sottese a queste condotte, dal tentativo estremo di allentare una condizione di intollerabile tensione, interna o relazionale, alla richiesta di attenzione e aiuto, all'ottenimento di benefici.

Per quanto l'ideazione suicidaria sia talvolta mascherata, soprattutto nei casi di progettualità definita, è evidente che ogni Operatore penitenziario che venga a conoscenza dell'intenzione del detenuto di porre fine alla propria vita o di compiere gesti autolesivi, provvederà a relazionare alla Direzione, anche verbalmente, interessando nell'immediatezza gli operatori per i primi interventi quali: attivazione dell'Area Sicurezza, dell'Area Sanitaria e dell'Area Trattamentale per gli interventi di urgenza ritenuti necessari (rispettivamente e a titolo di esempio l'intensificazione della vigilanza, il colloquio individuale, la consulenza dello psicologo e dello psichiatra). Il caso verrà esaminato anche in sede di staff Multidisciplinare.

Volontari/famigliari/Avvocati/Magistrati – Le caratteristiche degli interventi dei volontari e la natura della relazione intercorrente con i detenuti può essere occasione per rilevare elementi di sofferenza e di fragilità meritevoli di valutazione specialistica.
Anche dai famigliari si possono raccogliere elementi di preoccupazione a seguito dei colloqui con i detenuti. Elementi che devono essere raccolti dal settore colloqui per le azioni successive da porre in essere.
Analogamente Magistrati e Avvocati durante i colloqui possono raccogliere condizioni critiche che devono poter riferire.

È evidente che tutte le informazioni sopra descritte possono essere indirizzate e devono essere raccolte anche informalmente nell'immediatezza da tutti gli operatori: Direttore, Comandante di Reparto, Sorveglianza Generale o altro personale di Polizia Penitenziaria, Funzionari Giuridico Pedagogici che le devono condividere tra loro e con gli Operatori dell'Area Sanitaria per verificare gli interventi da attuare.

Allo **Sportello di Ascolto** gestito da personale volontario saranno segnalati i detenuti che nel corso della detenzione manifestano disagio.
I dati raccolti saranno condivisi con gli altri operatori in sede di Staff Multidisciplinare per programmare gli interventi necessari in base alle specifiche competenze.

7.3. SCARCERAZIONE/DIMISSIONE

In fase di scarcerazione si possono creare ulteriori criticità e pertanto i detenuti potranno essere inviati al UEPE e ai servizi territoriali di riferimento.

7.4. INTERVENTI TEMPESTIVI NEL CASO DI PASSAGGI ALL'ATTO E GESTIONE URGENZE

Per le condotte suicidarie all'interno della sezione della Casa Circondariale, i tempi di reazione all'evento e l'adeguatezza dei primi soccorsi sono elementi essenziali.
In genere è il personale di Polizia Penitenziaria a prestare le prime cure e il loro piano di emergenza prevede un intervento dettagliato nel caso delle più frequenti condotte suicidarie osservate in carcere quali ad esempio: impiccamento (con il taglio tempestivo del nodo scorsoio) e le flebotomie (con il tamponamento della ferita ad evitare il dissanguamento).
Il detenuto è condotto presso l'infermeria solo se trasportabile, altrimenti il personale medico e infermieristico interverrà prontamente all'interno della sezione per le cure del caso.
I sanitari sono coinvolti in via d'urgenza, nelle fasce orarie in cui sono presenti, altrimenti è richiesto l'intervento del servizio di emergenza territoriale (112).

Al fine di garantire un intervento tempestivo e adeguato verrà definito un percorso formativo per il personale penitenziario riguardante in particolare le tecniche di "primo soccorso", le tecniche di rianimazione cardiopolmonare (BLS/BLSD laico), protocolli operativi interni per la gestione delle urgenze e altre iniziative programmate congiuntamente con ASST della Valtellina e dell'Alto Lario.

7.4.1. FORMAZIONE PERMANENTE ED INTEGRATA DEGLI OPERATORI

Le parti convengono che per dare corpo al Piano Locale di Prevenzione sia necessario procedere con un programma di informazione e formazione interprofessionale, interdisciplinare sistematico, strutturato e periodico diretto a tutti gli operatori, in particolare a quelli a più diretto contatto con la quotidianità detentiva.
Per tale motivo verranno organizzati corsi di formazione e/o seminari periodici di confronto/aggiornamento a livello locale a carattere diffuso, attraverso il coinvolgimento di più figure professionali, appartenenti sia ai ruoli sanitari che a quelli dell'amministrazione penitenziaria, progettando un percorso condiviso anche attraverso un protocollo di intesa che inizi con la diffusione/informazione del presente Piano fino alla riflessione sulla gestione degli eventi critici, con particolare attenzione al rischio suicidario.

7.5. INTERVENTI di DE-BRIEFING

A seguito del verificarsi di eventi critici e luttuosi è opportuno individuare spazi di elaborazione comune di quanto avvenuto, per tutto il personale coinvolto.
Questi momenti strutturati hanno un duplice scopo:

- Il sostegno al lavoratore: perché lasciare a ogni singolo operatore l'elaborazione di un suicidio può comportare sentimenti di solitudine e di colpa che si ripercuotono negativamente sulla sua vita personale e sulle competenze professionali.
- La ricostruzione degli eventi critici: la riflessione e il confronto su quanto accaduto rappresentano un'occasione di crescita e miglioramento dell'intera organizzazione. Non si tratta di individuare colpe e responsabilità di singoli operatori o aree operative, ma di affinare le capacità di tutto il sistema di individuare e sostenere i soggetti più fragili, all'interno di un gruppo particolarmente vulnerabile al comportamento suicidario.

FASE	NOMINATIVO	FIRMA
REDAZIONE Data _____	M. Casian - Medico Casa Circondariale di Sondrio	
	K. Mingardi - Psicologo SC Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza	
	P. G. Risaro - Direttore SC Psichiatria	
	A. Rossodivita - Direttore SC Gestione Operativa: Next generation EU - Qualità e Risk Management	
	D. Rusconi - Responsabile DAPSS Area Territoriale	
	C. Ruttico – Infermiere Coordinatore SS SPDC Sondrio	
	M. Tarantola - Direttore SC Dipendenze – Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze	
APPROVAZIONE Data _____	P. Formigoni - Direttore Socio Sanitario	
	C. Santandrea – Direttore Casa Circondariale di Sondrio	

VISTO Data _____	T. Saporito – Direttore Generale	