INDICE

1	PREMESSA	Pag.	2
2	OBIETTIVI E SCOPO	"	2
3	CAMPO DI APPLICAZIONE	"	3
4	INTRODUZIONE	"	3
4.1	IL SUICIDIO	"	4
4.2	EPIDEMIOLOGIA DEL SUICIDIO IN CARCERE	"	4
4.3	EPIDEMIOLOGIA DEI DISTURBI PSICHIATRICI IN CARCERE	"	5
4.4	ESAME DELLE VARIABILI E FATTORI PREDITTIVI	"	5
4.5	SEGNALI D' ALLARME	"	7
4.6	LE MODALITA' DEL SUICIDIO	"	7
4.7	LA PREVENZIONE	"	7
4.8	IL REGIME DI ISOLAMENTO	"	8
5	DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	"	9
6	MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	"	10
7	MODALITÀ OPERATIVE	"	11
8	TARGET, ATTORI, AZIONI DELLE FASI OPERATIVE	"	20
9	INDICATORI	"	22
10	REVISIONE	"	23
11	FLUSSI DI DISTRIBUZIONE	"	23
12	RIFERIMENTI	"	23

REVISIONE	DATA	REDATTO	VERIFICATO Coordinatore G.d.L	VERIFICA DI QUALITÀ Direttore UOSD Risk Management e Qualità	APPROVATO Direttore Sanitario Aziendale
	26/04 2018	GdL	Dott.ssa Carocci Giulia	Dott.ssa M. Seiva	Dr.ssa Velia Bruno

Gruppo di Lavoro

Coordinatore: **Dr.ssa Giulia Carocci**

Dr. Andreola Sergio Psichiatra DSM

Dr. Bernardini Enrico Direttore UOSD DPA

Dr. Bustini Massimiliano Responsabile SPDC Ospedale S. Camillo de Lellis

Dr. Fabbro Elio Giuseppe Medico di Sanità Penitenziaria

Dr.ssa Giampieri Giuliana Dirigente Psicologo DMO – Servizio Nuovi Giunti

Dr. Leuratti Giovanni Ufficio Sviluppo Organizzativo DSM/DP

Dr.ssa Santomauro Sandra Psichiatra DSM-DP/carcere

Collaboratori Casa Circondariale di Rieti
Direttore Istituto Penitenziario Dr.ssa Vera Poggetti
Comandante Dr.ssa Noemi Gennari
Coordinatore Area Educativo –Trattamentale Dr. Luca Agapiti

1 . PREMESSA

Il 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.
Il 23 gennaio 2015 la Regione Lazio ha pubblicato il DCA U00026 contenente il "Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio" in cui viene recepito il suddetto Accordo Stato Regioni.
Infine, a seguito dell'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata in data 27 luglio 2017 (repertorio atti n. 81/CU) è stato pubblicato sulla GU Serie Generale n. 189 del 14 agosto 2017 il «Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" che recepisce indicazioni di carattere nazionale sul tema dei pazienti detenuti con problematiche psicopatologiche e prevenzione del suicidio all'interno degli Istituti Penitenziari Italiani.

2 . OBIETTIVI E SCOPO

Questo documento, elaborato dal gruppo di lavoro della ASL di Rieti costituito da operatori sanitari delle U.U.O.O. coinvolte nell'assistenza al paziente detenuto, nasce dalla necessità di rispondere alle indicazioni di carattere nazionale e regionale suindicate attraverso la proposta di un protocollo calato nella realtà dell'Azienda che fornisce strumenti e prassi operative finalizzati alla prevenzione del rischio suicidario nella popolazione penitenziaria.

Nella sua elaborazione si è tenuto conto che 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 condividere delle responsabilità rispetto ad una problematica rilevante come quella del rischio suicidario.

Con il presente protocollo si vuole passare dalla prevalente risposta emergenziale ad un percorso di presa in carico assistenziale, con risposte graduate e individualizzate e promuovere un modello integrato che tenga conto delle esigenze a tutela della sicurezza e della salute del detenuto.

Affinché il programma sia applicabile è necessaria una nuova impostazione culturale dell'intervento nelle carceri, sia valorizzato il processo di relazione costruttiva di tutti gli attori coinvolti.

3 . CAMPO DI APPLICAZIONE

Il Protocollo è applicato nel Penitenziario di Rieti e coinvolge gli operatori della U.O.S.D. Medicina Penitenziaria, del DSM –DP, del SER.D. e dell'Amministrazione Penitenziaria.

4. INTRODUZIONE

Il suicidio in generale costituisce un grave problema di salute per la comunità. Il suicidio una delle 10 principali cause di morte nel mondo. La mortalità cresce con l'aumentare dell'età: nelle donne vi è un aumento costante con l'età, negli uomini si nota un picco dopo i 65 anni.

Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità viene commesso un tentativo di suicidio circa ogni tre secondi, ed un suicidio completato ogni minuto. Per tale ragione, la riduzione dei tassi di suicidio è diventata anche a livello di sanità internazionale un obiettivo cruciale

L'OMS individua, nella popolazione generale, le seguenti categorie a rischio di suicidio: i giovani maschi, le persone con disturbi mentali, le persone socialmente isolate, i soggetti con problemi di abuso di sostanze psicoattive (62% dei decessi per suicidio in carcere riguarda utilizzatori problematici di sostanze) ed i soggetti con precedenti suicidari.

Nelle carceri tali categorie sono sovra-rappresentate (WHO e IASP, 2007). Significa che la popolazione carceraria può essere considerata di per sé una popolazione con una particolare vulnerabilità bio-psico-sociale.

L'ingresso in carcere è fonte di disagio e talora di pericolose manifestazioni di auto/eterolesionismo e/o tentativi di suicidio. La detenzione comporta l'improvvisa privazione della libertà , degli affetti familiari ed amicali, la mancanza di supporto sociale, la perdita del lavoro e del ruolo sociale riconosciuto nella società, il cambiamento di abitudini, la mancanza di riservatezza ed intimità, la promiscuità forzata e l'impossibilità di decidere autonomamente del proprio tempo e della propria vita. Questi elementi possono essere espressi come un disagio acuto che compare già dopo 24 ore e raggiunge l'acme dopo 2 -3 giorni (periodo a maggior rischio di eventi suicidari) con durata variabile ma in genere con tendenza alla risoluzione.

La carcerazione può facilitare lo sviluppo o la slatentizzazione di disagi psichici e/o disturbi comportamentali negli individui reclusi che si manifestano con gesti auto-eterolesivi o tentativi di suicidio.

4.1 IL SUICIDIO

Il suicidio è l'esito di un **dolore mentale**, ed è il risultato di tre elementi fondamentali.

Un primo stato molto frequente è la situazione denominata *inimicality,* ovvero l'inimicizia verso se stessi, agire contro il proprio interesse e non gestire l'aumento della tensione derivante da sconfitte, rifiuti, malattie, o altro.

Associato all'inimicizia si ritrova il cosiddetto *stato perturbato.*
Questo stato fa riferimento a quanto un individuo sia sconvolto, disperato.
Comprende stati emotivi negativi ed è caratterizzato da un dolore psicologico insopportabile, spesso con manifestazioni somatiche e localizzazioni dell'angoscia all'ipocondrio o alla gola, *come* un pianto trattenuto.

Conseguente a questo stato è la *constriction*, visione tunnel o *stato di costrizione*, con il quale l'individuo perde la possibilità di valutare opzioni alternative. Il soggetto suicida volta le spalle al suo passato e si focalizza solo sulle emozioni intollerabili del momento.

Il range delle opzioni si restringe a due: risolvere immediatamente il dolore (*soluzione magica*) oppure suicidarsi. (*Pompili, 2013*). Il soggetto vede la soluzione nel porre fine al dolore cessando di vivere.
La sofferenza e lo stato perturbato della mente del soggetto spesso sono comunicati, ma raramente il soggetto fa capire l'intento di 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 di supporto e prevenzione.

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.
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 immodificabili, relazioni coniugali deteriorate, solitudine, delusioni sentimentali, mentre meno frequentemente, difficoltà finanziarie, umiliazione, rimorso, vendetta. Ancor più raramente si associa a patologia psichiatrica.
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.

4. 2 EPIDEMIOLOGIA DEL SUICIDIO IN CARCERE

Nelle carceri italiane il suicidio è la prima causa di morte.

Nello specifico i detenuti in attesa di giudizio e i detenuti condannati hanno un tasso di tentativo di suicidio rispettivamente di 7.5 e 6 volte maggiore dei maschi nella popolazione generale.

Fra i suicidi del primo anno, la gran parte si concentra nei primi giorni e nelle prime settimane. In particolare secondo un report del 2002, la maggior parte dei suicidi in carcere ha luogo nel primo mese di detenzione: l'11% nelle prime 24 ore, il 33% nella prima settimana, il 47% nel primo mese (HM Prison Service Internal Report).

Il suicidio nelle carceri italiane è più frequente in chi è in attesa di rinvio a giudizio o di sentenza di primo grado o di appello (Buffa P. 2003; Buffa P.2008; C.N.B. 2010).

Il tasso di suicidio nelle carceri sovraffollate risulta circa 10 volte superiore rispetto a quelle non affollate (Preti A. et al., 2006). In 9 carceri, dove l'affollamento medio è del 22% oltre la media nazionale, si è registrata una frequenza dei suicidi più che doppia rispetto al complesso della popolazione detenuta.

4.3 EPIDEMIOLOGIA DEI DISTURBI PSICHIATRICI IN CARCERE

Secondo i dati epidemiologici derivati dalle meta analisi e dalle revisioni sistematiche della letteratura internazionale,i disturbi psichiatrici nella popolazione carceraria sono così rappresentati:

- psicosi 3,7% c.a;
- depressione maggiore 12% c.a;
- disturbo di personalità antisociale 50% c.a.;
- abuso e dipendenza da alcool 25% c.a.;
- abuso e dipendenza da sostanze 50% c.a.;
- ADHD 40% c.a.;
- disturbo post-traumatico da stress 20% c.a.

4.4 ESAME DELLE VARIABILI E FATTORI PREDITTIVI

Negli studi più recenti sul disagio in carcere l'attenzione si sposta dalle variabili patologiche, ad altre variabili di natura esogena, d'ordine sociale ed istituzionale (sovraffollamento, precarietà dell'organizzazione , assenza di punti di riferimento, personale non formato).

Lo studio delle variabili sociologiche e di contesto rimangono fondamentali perché indirizzano verso una possibilità organizzativa concreta di prevenzione del suicidio.

*Fattori Predittivi **Endogeni** correlati alla carcerazione*

- shock psicologico della carcerazione (impatto traumatico con l'ambiente carcerario);
- incapacità di adattamento alla privazione della libertà;

- stato di morte emotiva;
- storia di comportamento criminale;
- provvedimenti disciplinari ed eteroaggressività nei confronti del personale e degli altri detenuti;
- percezione della gravità del reato commesso;
- attesa di giudizio;
- convinzione di aver tradito la propria parte soprattutto nel ruolo di "pentiti" o "collaboratori di giustizia";
- essere considerato un "infame";
- ritenere di aver avuto un giudizio iniquo e/o offensivo;
- difficoltà di socializzazione;
- disgrazie familiari durante la carcerazione;
- mancanza di sessualità ed affetti.

*Fattori Predittivi **Esogeni** dipendenti dalla carcerazione*

- primo mese di detenzione;
- accesso ad "armi letali improprie" (fornellini a gas, farmaci, cinghie, lamette);
- ostracismo ed emarginazione da parte del personale e degli altri detenuti;
- sopraffazione;
- restringimento degli spazi e sovraffollamento;
- regimi di "carcere duro";
- deterioramento delle relazioni interpersonali esterne;
- isolamento giudiziario;
- eccessivo tempo passato in cella;
- scarsi opportunità e tempismo dell'Istituzione;
- assenza di filtro o filtro inadeguato per le notizie che arrivano dall'esterno;

- trasferimento in altro carcere,
- situazioni giuridico processuali: condanne definitive di notevole entità, nuove ordinanze restrittive.

4.5 SEGNALI D' ALLARME

Nella casistica dei suicidi in carcere, nei debriefing emergono elementi che possono costituire segnali d'allarme quali , parlare di suicidio o di morte, isolamento volontario, regalare cose ad altri detenuti, peggioramento o miglioramento improvviso ed inspiegabile dell'umore, trascuratezza nel vestirsi, riduzione dell'attività finalizzate, disappetenza, cambiamenti dell'umore, insonnia**, scioperi della fame e/o della sete , atti ripetuti di autolesionismo.** Veri e propri " sintomi di rischio suicidario" imminente sono invece il ritrovamento di lacci e corde artigianali, tentativo di suicidio precedenti, precauzioni osservate nei precedenti tentativi per non essere salvato.

4.6 LE MODALITA' DEL SUICIDIO

Il metodo più usato in Italia è l'impiccagione seguita dal taglio dei polsi, dal soffocamento con oggetti vari e in alcuni casi anche da overdose con farmaci psichiatrici, asfissia da gas (Felthous A.R. et al., 2001; Pèrez-Càrceles M. et al., 2001; Shaw J. et al., 2004). Nelle carceri italiane: l'87,6% si dà la morte per impiccagione, il 7% inala gas (Buffa P. 2008)

4.7 LA PREVENZIONE

Nell'intervenire efficacemente bisogna tener presente che per gli altri detenuti, per il personale di polizia 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.

La prevenzione consiste sostanzialmente *nell'identificare i soggetti più vulnerabili.*

Appare fondamentale adottare provvedimenti per contrastare i fattori *esogeni* dipendenti dal carcere.

Migliorare la qualità della vita intramuraria ed il clima sociale aumentando i livelli di attività, di cultura, limitando le condizioni di isolamento e marginalità, aumentando la qualità e quantità delle relazioni interne ed esterne ponendo anche particolare attenzione al rapporto tra agenti e detenuti.

Importante è formare e far ricorso a peer supporter; ridurre l'ozio favorendo le attività lavorative, ricreative ed educative.

Ovviamente gli addetti alla salute mentale e tutti gli operatori compresi quelli dell'amministrazione penitenziaria devono veicolare informazioni chiare e precise sul riconoscimento e sulla gestione del soggetto suicida e condividere le seguenti

raccomandazioni:

- imparare a cogliere i segnali d'allarme
- rendersi disponibile: mostrare interesse e supporto
- essere diretti: parlare apertamente e senza esitazione del suicidio
- 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 (incoraggia un atteggiamento difensivo)
- offrire empatia, non simpatia
- non mostrarsi turbati (crea distanza)
- cercare aiuto e supporto anche quando il detenuto richiede riservatezza
- offrire speranza suggerendo che sono disponibili delle alternative

Di fondamentale importanza è la valutazione del rischio nella prima fase, cioè quella dell'accoglienza e affinché essa 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 (si pensi agli extracomunitari che non conoscono l'italiano). In questa fase debbono essere posti in essere *interventi di segretariato sociale* e comunque una presa in carico sociale delle questioni familiari, giudiziarie,abitative,previdenziali.

4.8 IL REGIME DI ISOLAMENTO

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), costituisce una condizione favorente il suicidio .

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.

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, e dovrebbe considerarsi una misura straordinaria da attuarsi solo nel caso non siano percorribili altre soluzioni.

5. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

PP.AA.	Pubbliche Amministrazioni
DCA	Decreto Commissario ad Acta
CU	Conferenza Unificata
GU	Gazzetta Ufficiale
ASL	Azienda Sanitaria Locale
UU.OO.	Unità Operative
O.M.S.	Organizzazione Mondiale della Sanità
W.H.O.	World Health Organization
I.A.S.P.	International Association for the Study of Pain
ADHD	Attention-deficit/hyperactivity disorder
D.S.M.	Dipartimento Salute Mentale
Ser.D	Servizio Dipendenze
SPDC	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
T.S.O.	Trattamento Sanitario Obbligatorio
C.P.	Codice Penale

U.O.S.D.	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
PTI	Piano di Trattamento Individuale
ICD-10/ DSM V	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
UEPE	Uffici di Esecuzione Penale Esterna
U.O.	Unità Operativa
C.C.	Casa Circondariale

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

	Fase 1 Screenig	Fase2 Interventi per Rischio Medio Alto Massimo	Fase 3 Rivalutazione Rischio Medio Basso	Fase 4 Monitoraggio	Fase 5 Continuità Assistenziale
Responsabile Sanità Penitenziaria	I	C	I	I	R
Medico Sanità Penitenziaria	R	R	C	C	C
Psicologo	C	C	R	R	C
Psichiatra	===	C	R	R	C
Coord. Inf	I	C	C	C	C
Infermiere	C	C	C	C	C
Operatori Ser.D.	I	C	C	C	C
Ass.te Soc.	===	C	C	C	C
Direttore Amm.ne Penitenziaria	I	C	C	I	I
Comandante Agenti PP	I	C	C	I	===
Agenti PP	C	C	C	C	===
Educatori	===	C	C	C	===
Insegnanti	===	C	C	C	===
Volontari	===	C	C	C	===

R = RESPONSABILE
C = COINVOLTO
I = INFORMATO

7. MODALITA' OPERATIVE

Il percorso previsto, basato sulle attuali risorse di personale, prevede le seguenti fasi operative :

FASE 1 – Screening, dei soggetti privati della libertà e provenienti da altri Istituti, entrati nella struttura penitenziaria.

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

FASE 3 - 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.

FASE 4 - Monitoraggio del percorso di cura.

FASE 5 - Continuità assistenziale in caso di scarcerazione/trasferimento in altro Istituto Penitenziario.

FASE 1 – SCREENING, DEI SOGGETTI PRIVATI DELLA LIBERTÀ E PROVENIENTI DA ALTRI ISTITUTI, ENTRATI NELLA STRUTTURA PENITENZIARIA.

Il primo contatto riguarda la rilevazione dei dati dei Nuovi Giunti dalla quale potrebbero già emergere alcuni elementi di allarme.

1° **Step:** Rilevazione dei dati in ingresso

Compilazione scheda 1 (di competenza dell'Amministrazione Penitenziaria a cura dell'Ufficio Matricola che ha il primo contatto con il detenuto).
In essa vengono riportati tutti gli eventi critici disponibili presso il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

In particolare dovranno essere annotati:

- esperienza di detenzione (riportare se il detenuto è alla prima esperienza di detenzione o se ha subito precedenti carcerazioni);
- tipo di impatto con l'istituzione, nonché insoliti livelli di vergogna e/o preoccupazione per l'arresto;
- date salienti (come quelle delle Udienze e di ricorrenze significative per la persona);

- tendenze o ideazioni suicide.

2° Step: Visita medica con valutazione del rischio

Compilazione scheda 2 triage medico-infermieristico all'arrivo, che individua l'esistenza di bisogni sociali, tossicologici , psicologici, psichiatrici effettua una prima valutazione del rischio suicidario e formula le relative richieste di approfondimento diagnostico definendone l'eventuale urgenza.

3° Step: Visita di approfondimento diagnostico

Nella rilevazione di fattori anamnestici di rischio dovranno essere tenuti presenti quelli indicati dalla Scala di Blaauw 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 suicidario**, 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 per rischio suicidario dei detenuti riguarderà, nel tempo, anche coloro già presenti nella struttura penitenziaria attraverso la compilazione della Scheda n.2 sempre somministrata dal medico di Sanità Penitenziaria.

A tale proposito, sarà opportuno predisporre un programma di valutazione graduale di tutti i detenuti presenti adottando criteri di priorità,come quelli indicati dalla Scala di Blaauw:

- 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.

FASE 2 - INTERVENTI A FAVORE DEI SOGGETTI RITENUTI AD *ALTO O MASSIMO* RISCHIO AUTOLESIVO E/O SUICIDARIO

Nel caso di rilevazione dei fattori anamnestici di alto rischio suicidario, presenti nella **Scheda di valutazione rischio autolesivo e/o suicidario**, il medico attiverà, in base alla gravità del rischio rilevato, due percorsi differenziati e alternativi:

Percorso 1. Qualora sussista **un alto rischio** il medico attiva la sorveglianza sanitaria con visite quotidiane e procede all'invio della segnalazione con la quale propone una richiesta di approfondimento clinico urgente da parte dello psicologo e/o dello psichiatra appartenenti al Dipartimento di Salute Mentale da realizzarsi, possibilmente entro le 24 ore dalla richiesta, contemporaneamente richiede la collocazione del detenuto in un particolare regime di sorveglianza **(scheda 3).**

- ❖ la segnalazione per approfondimento sul rischio autolesivo e suicidario viene fatta su apposito **registro (scheda n.4).**

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

- **La rilevazione di rischio suicidario medio, alto e massimo comporterà l'attivazione dei sotto elencati protocolli e la segnalazione di approfondimento diagnostico allo psichiatra che, in collaborazione con psicologo laddove possibile, rivaluterà, per la conferma, il rischio e il suo livello di gravità.**

PROTOCOLLO DI GESTIONE NELLE SITUAZIONI DI "RISCHIO MEDIO"

Area Sanitaria

Medico di sanità penitenziaria: sorveglianza sanitaria con visite quotidiane, se possibile in compresenza dello psicologo almeno fino a valutazione dello specialista.
Psichiatra: 1° visita di controllo possibilmente entro 48 h,visite di controllo successive con timing definito dallo psichiatra.
Psicologo: laddove presente,frequenti colloqui di sostegno e approfondimento psicologico sul rischio suicidario.
Assistente sociale: colloquio per approfondimento di problematiche sociali emergenti.

Educatore

Colloqui dell'educatore come da prassi ordinaria con particolare sensibilità al tema della rilevazione della condizione emotiva/logistica del detenuto.

PROTOCOLLO DI GESTIONE NELLE SITUAZIONI DI "RISCHIO ALTO"

Area Sicurezza - Regime di Grandissima Sorveglianza

Richiesta di attivazione (scheda n.3) della grandissima sorveglianza all'interno della Casa Circondariale che si può attuare tramite il collocamento del detenuto in stanza con altri compagni o l'eliminazione dalla stanza di oggetti atti a produrre lesioni o tramite un frequente controllo quando lo stesso si trova in stanza.

Area Sanitaria

Medico di sanità penitenziaria: attivazione della sorveglianza sanitaria con visite quotidiane se possibile, in compresenza dello psicologo.
Psichiatra: visite di controllo possibilmente ogni 48 ore.
Psicologo: laddove presente,frequenti colloqui di sostegno e approfondimento psicologico sul rischio suicidario.
Assistente sociale: colloquio per approfondimento di problematiche sociali emergenti.

NB:
- se ricorre la necessità, prevedere un possibile ricovero per osservazione presso il SPDC dell'Ospedale.
- lo Psichiatra, così come qualunque altro Medico dell'Istituto nei casi previsti dalla legge, può procedere a proposta di TSO o a ricovero immediato per "stato di necessità". (Art.54 C.P.)
(Scheda 5)

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 del detenuto.

ROTOCOLLO DI GESTIONE NELLE SITUAZIONI DI "RISCHIO MASSIMO"

Area Sicurezza

Si prevede l'attivazione del Regime di Sorveglianza a Vista che prevede una vigilanza ininterrotta (l'applicazione è prevista solo in casi estremi).

Area Sanitaria

Medico di sanità penitenziaria: attivazione della sorveglianza sanitaria con visite quotidiane, se possibile in compresenza dello psicologo.
Psichiatra: visite di controllo possibilmente ogni 24 ore.
Psicologo: frequenti colloqui di sostegno e approfondimento psicologico sul rischio suicidario.
Assistente sociale: colloquio per approfondimento di problematiche sociali emergenti.

NB:
- se ricorre la necessità, prevedere un possibile ricovero per osservazione presso il SPDC dell'Ospedale.
- lo Psichiatra, così come qualunque altro Medico dell'Istituto nei casi previsti dalla legge, può procedere a proposta di TSO o a ricovero immediato per "stato di necessità". (Art.54 C.P.)

Educatore
Ampliamento del numero di colloqui con l'Educatore di riferimento e con lo Psicologo al fine di favorire il sostegno e il contenimento del detenuto.

I soggetti ad alto e massimo rischio suicidario verranno presi in carico dallo **"Staff multidisciplinare"** composto dal Direttore dell'Istituto, dal Responsabile Sanitario dell'U.O.S.D. Medicina Penitenziaria dell'Istituto, dallo Psicologo e dallo Psichiatra che seguono il caso, 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.

- Dovrà inoltre essere redatto un **Piano di Trattamento Individuale (PTI)** da parte dello psichiatra e dello psicologico 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
- gli eventuali trattamenti farmacologici utilizzati.

Il PTI deve contenere anche elementi prognostici e di monitoraggio del piano stesso.

FASE 3 - 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, come abbiamo visto, a seguito di eventi particolari o stressanti, deve essere posta una specifica attenzione anche ai soggetti ritenuti a rischio basso/medio.

Infatti, uno stress 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.

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.
- Gesti di spoliazione come ad esempio dar via oggetti personali.
- Perdita di interesse in attività e/o relazioni.
- Ripetuti rifiuti di cure o richiesta di dosi maggiori di farmaci.
- Subire bullismo o comportamenti aggressivi.

Non si può prescindere in tale valutazioni dalle notizie che possono essere raccolte da personale

dell'Amministrazione Penitenziaria relative a:

- **colloqui con i familiari:** importante per verificare preoccupazioni percepite o espresse;

- **corrispondenza:** la cessazione di corrispondenza verso l'esterno o il rifiuto di riceverne sono l'evidente segno di una rottura relazionale e come tale indice di una situazione stressante che merita approfondimento. Analogamente verificare litigi violenti nel corso di telefonate di cui è consentito l'ascolto;

- **processi:** gli Uffici Matricola sono in grado di registrare l'evolversi processuale, in particolare nel caso di reati gravi o nel caso di soggetti plurirecidivi. Occorre tener presente che i giorni che precedono le udienze e i giorni della condanna e quelli immediatamente successivi meritano attenzione e, se del caso, sostegno. Il personale di scorta per e dalle aule di giustizia adeguatamente formato, può essere in grado di riferire le reazioni del soggetto in ambito processuale e può riferirlo al momento del rientro in carcere;

- **notifiche:** la comunicazione della fissazione delle udienze, soprattutto nel caso di processi riguardanti fatti gravi, o la notifica di condanne o di provvedimenti che negano misure alternative, in alcune persone che si presumono essere particolarmente fragili, può costituire un momento stressante da tenere sotto controllo;

- **colloqui avvocati:** analogamente al caso dei familiari, anche ai legali deve essere data la possibilità di riferire al personale eventuali dubbi sulla tenuta emotivo – psicologica dei propri assistiti riscontrata nel corso dei colloqui che intercorrono con essi;

- **la vita in sezione:** la vita in sezione può evidenziare atteggiamenti e comportamenti significativi dal punto di vista del cedimento delle resistenze individuali allo stress.

Possono essere utili osservazioni degli agenti ma anche di altri detenuti.

FASE 4 - MONITORAGGIO DEL PERCORSO DI CURA

Gli eventi critici, autolesivi e suicidari, sono registrati in una scheda e segnalati ed inseriti in un apposito "Registro per il monitoraggio", 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.

FASE 5 - CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN CASO DI SCARCERAZIONE / TRASFERIMENTO IN ALTRO ISTITUTO PENITENZIARIO

In tale fase appare rilevante l'apporto fornito dagli Uffici di Esecuzione Penale Esterna - UEPE – e dai servizi sociali territoriali per attivare una rete di attenzione e supporto relazionale rispondente ai bisogni del soggetto per accompagnarlo al reinserimento nella società.

Anche in caso di trasferimento in altro Istituto Penitenziario, preziosissimo sarà il passaggio di informazioni cliniche che consentiranno un rapido inquadramento del paziente, un proseguimento della presa in carico , un contenimento dei costi.

FORMAZIONE - INFORMAZIONE

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. Al fine di intensificare la collaborazione tra il personale che interagisce con il detenuto, dovrebbero accedere ai corsi formativi anche altre figure importanti nella vita carceraria come i ministri di culto, i volontari, gli insegnanti etc..

ISTITUZIONE DI AUDIT

Nel caso di eventi sentinella si attiverà un Audit. A tale scopo è opportuno predisporre una scheda congiunta di accertamento e 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.

8. TARGET, ATTORI, AZIONI DELLE FASI OPERATIVE.

FASE 1: SCREENING

Target: soggetti Nuovi Giunti (privati della liberta') e provenienti da altro Istituto.

Attori : Ufficio Matricola.
Azioni: comunicazione all'Area Sanitaria e trasmissione dati critici dell'arrivo di Nuovi Giunti e di detenuti provenienti da altro Istituto. (Scheda n.1)

Attori : medico di sanità penitenziaria, infermiere professionale.
Azioni:

- individuazione dei pazienti con malessere psichico e/o sintomi psichiatrici e fattori di rischio di scompenso psicopatologico con particolare riferimento al rischio autolesivo/suicidario; (Scheda n.2)
- eventuale inserimento del paziente-detenuto nel percorso di approfondimento diagnostico-valutativo (l'invio all'area specialistica deve indicare in modo chiaro i segni/sintomi rilevati ed il grado di urgenza; (Scheda n. 4)
- eventuale disposizione di temporanee misure di sorveglianza particolare (da comunicare alla Polizia Penitenziaria e al Medico Responsabile dell'U.O.; (Scheda 3)
- impostazione di prima terapia farmacologica.

Attori: psicologo Servizio Nuovi Giunti.
Azioni:

- colloquio psicologico valutativo problematiche Nuovo Giunto;
- individuazione dei pazienti con malessere psichico e/o sintomi psichiatrici, fattori di rischio predittivi di scompenso psicopatologico con particolare riferimento a rischio autolesivo/suicidario con inserimento del paziente-detenuto nel percorso di approfondimento diagnostico-valutativo con l'invio all'area specialistica.

FASE 2 : INTERVENTI A FAVORE DEI SOGGETTI RITENUTI AD ALTO O MASSIMO RISCHIO AUTOLESIVO E/O SUICIDARIO

Target: soggetti privati della liberta' (Nuovi Giunti), provenienti da altro Istituto e detenuti già presenti in penitenziario su segnalazione del medico di sanità penitenziaria o dello psicologo. (Scheda n.4)

Attori: psichiatra, infermiere professionale, medico di sanità penitenziaria, psicologo.

Azioni:

- adeguamento del protocollo al livello di rischio rilevato;
- visita psichiatrica con specifica di status psicopatologico, ipotesi diagnostica ed eventuale impostazione di trattamento farmacologico;
- eventuale rivalutazione della collocazione del detenuto all'interno dell'Istituto Penitenziario con modifica della misura di sorveglianza; (Scheda n. 3)
- informativa al Responsabile di Sanità Penitenziaria delle condizioni cliniche del paziente, soprattutto se trattasi di situazione clinica significativa;
- convocazione urgente dello staff multidisciplinare per la redazione del PTI.

FASE 3: INTERVENTI DI RIVALUTAZIONE SUI SOGGETTI A BASSO/ MEDIO RISCHIO AUTO LESIVO E/O SUICIDARIO

Target: persona detenuta già valutata precedentemente da sottoporre a controllo programmato per rischio basso/medio.

Attori: psichiatra, infermiere professionale, medico di sanità penitenziaria, psicologo.
Azioni:

- visita psichiatrica per rivalutazione del quadro clinico, approfondimento diagnostico, conferma della diagnosi con eventuale rivalutazione della terapia farmacologica;
- programmazione di visite psichiatriche successive;
- informativa al Responsabile di Sanità Penitenziaria delle condizioni cliniche del paziente, soprattutto se trattasi di situazione clinica significativa.

Target: persona detenuta con insorgenza di profondo disagio a causa di nuovi fatti scatenanti che necessiti di intervento continuativo anche multidisciplinare.

Attori: medico di sanità penitenziaria, psichiatra, psicologo, altri medici, infermiere professionale, assistente sociale, medico SER.D, direttore istituto penitenziario, comandante agenti PA, educatore professionale, agenti penitenziari, altri operatori coinvolti nel percorso di cura.
Azioni:

- segnalazione per rivalutazione psichiatrica; (scheda n. 4)
- visita psichiatrica di rivalutazione del quadro clinico, approfondimento diagnostico, conferma della diagnosi con eventuale rivalutazione della terapia farmacologica;
- programmazione di visite psichiatriche successive in base al grado di rischio suicidario;
- attivazione del protocollo rispondente al grado di rischio rilevato;
- informativa al Responsabile di Sanità Penitenziaria delle condizioni cliniche del paziente, soprattutto se trattasi di situazione clinica significativa;
- eventuale convocazione urgente dello staff multidisciplinare per la redazione del PTI (in caso di alto/massimo rischio).

FASE 4: MONITORAGGIO DEL PERCORSO DI CURA

Attori: medico di sanità penitenziaria, psichiatra, psicologo, infermiere professionale, medico SER.D, assistente sociale, direttore del penitenziario, comandante degli Agenti, educatore professionale di area trattamentale, altri operatori coinvolti nel percorso di cura.
Azioni:

- aggiornamento sulla situazione clinica psichica e fisica e sulla risposta al trattamento;
- riunione periodica dello Staff con aggiornamento del PTI (Piano di Trattamento Individuale).

FASE 5: CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN CASO DI/TRASFERIMENTO IN ALTRO ISTITUTO PENITENZIARIO /SCARCERAZIONE

Target: persona detenuta assistita per patologia, trasferita in altro Istituto Penitenziario o rimessa in libertà.

Attori: medici di sanità penitenziaria, coordinatore infermieristico, psichiatra/psicologo, direzione C.C., ufficio matricola, educatore professionale di area trattamentale, DSM di riferimento, medico di medicina generale di riferimento, assistenti sociali, famiglia.
Azioni:

- compilazione della lettera di dimissione con rilascio della documentazione sanitaria disponibile;
- in caso di trasferimento,attivazione dell'Area Sanitaria dell'Istituto Penitenziario ricevente il detenuto;
- in caso di scarcerazione,attivazione dell'assistenza sanitaria territoriale di appartenenza comunicazione con Dipartimento di Salute Mentale e di altri Servizi.

9. INDICATORI

La buona applicazione della procedura sarà monitorata mediante misura del seguente indicatore:

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

10. REVISIONE

La revisione della procedura verrà attuata a cadenza biennale e in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda.

11. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE

Il presente protocollo viene pubblicato sul sito Aziendale.

Deve essere applicato e diffuso tra il personale sanitario operativo nella UOSD Medicina Penitenziaria, il personale dell' Istituto Penitenziario Casa Circondariale "Nuovo "complesso" e tra gli operatori che a vario titolo intervengono nell'assistenza alla popolazione ristretta. (volontari, insegnanti)

12. RIFERIMENTI

12.1 RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI

1. The Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI, Sheehan et al., 1998
2. Snow L, Paton J, Oram C, Teers R. Self-inflicted deaths during 2001: an analysis of trends. The British Journal of Forensic Practice, 2002, 4(4): 3-17.
3. Fruehwald S, Frottier P. Suicide in prison. Lancet, 2005, 366: 1242- 1244.□
4. Jenkins R, Bhugra D, Meltzer H, Singleton N, Bebbington P, Brugha T, Coid J, Farrell M, Lewis G, Paton J. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. Psychological Medicine, 2005, 35: 257-269.
5. E. Blaauw, JFM Kerkhof, LM Hayes, Demograpich, Criminal, and Psychitric Factors Related to Inmate Suicide, Suicide and Life-Treatening Behaviuor, 35 (1), February 2005 (The American Association of Suicidology).
6. Pratt D, Piper M, Appleby L, Webb R, Shaw J. Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. Lancet, 2006, 368: 119-123.□
7. La prevenzione del rischio suicidario nelle carceri, 2007 WHO, International Association for Suicide Prevention, Management of Mental and Brain Disorders Department of Mental Health and Substance Abuse

8. Pompili M, (2013). La prevenzione del Suicidio. Il Mulino, Bologna

9. Determinazione 24 settembre 2015, n. G11442 "Definizione di un percorso assistenziale integrato per la presa in carico e la cura dei detenuti tossicodipendenti degli istituti penitenziari della Regione Lazio"

10. DCA n. U00026 del 23 gennaio 2015 "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"

11. Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti» pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 189 del 14 agosto 2017 recepimento dell'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata in data 27 luglio 2017

12.2 RIFERIMENTI INTERNI (ALLEGATI)

Allegato n. 1 - Scheda n. 1 – rilevazione dati critici (Ufficio matricola)

Allegato n. 2 - Scheda n. 2 – valutazione del rischio auto lesivo e/o suicidario (medico di sanità penitenziaria)

Allegato n. 3 - Scheda n. 3 – proposta di misura di sorveglianza (medico di sanità penitenziaria, psichiatra)

Allegato n. 4 - Scheda n.4 – registro segnalazioni per approfondimento diagnostico (tutti gli operatori)

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

REGIONE LAZIO

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

Dati del soggetto in ingresso

SCHEDA N°1

A cura dell'Ufficio Matricola
Data e ora del colloquio

Cognome _____ **Nome** _____
Data di nascita _____ **Luogo (città/nazione)**_____
Cittadinanza _____
Parla e comprende la lingua italiana ☐ **Si** ☐ **No**
Se No quale lingua parla e comprende _____
Matricola _____

1. **Giunto dalla libertà il** _____ **per:**
   - ☐ arresto in flagranza di reato
   - ☐ esecuzione di ordinanza di custodia cautelare
   - ☐ esecuzione di condanna definitiva
   - ☐ costituzione
   - ☐ revoca di 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) _____

Prima esperienza detentiva: ☐ **Si** ☐ **No** ☐**N.R.**

Se No periodo ultima detenzione _____
Particolari segnalazioni (tendenze o ideazioni suicide, impatto con le Istituzioni, date salienti) _____
_____
_____

L'ADDETTO ALL'UFFICIO MATRICOLA

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

REGIONE LAZIO

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

SCHEDA N°2

VALUTAZIONE RISCHIO SUICIDARIO E LIVELLO DI GRAVITA'

NOMINATIVO

Stato Civile: celibe ☐ coniugato ☐ convivente ☐ separato ☐ vedovo ☐
Figli/e SI ☐ NO ☐
Se SI: numero _____ età _____
Dichiara di essere Senza fissa dimora SI ☐ NO☐
Se straniero, riesce a comunicare SI ☐ NO☐
Se NO parla e comprende la lingua _____
Percorso scolastico: analfabeta ☐ Titolo di studio conseguito _____

A. Elementi di rischio in anamnesi

A1. Precedenti trattamenti (documentati o riferiti)		Si/No/NR	Doc/Rif	*Note*
Precedenti trattamenti	per problematiche o disturbi psichici (ambulatoriali e/o residenziali)			
Precedenti diagnosi	di disturbo mentale			
	di abuso/dipendenza da sostanze			
Precedenti ricoveri in acuzie	in SPDC			

A2. Anamnesi patologica prossima/remota	Si/No/NR	*Note*
Dichiara (o risulta da documentazione/notizie) di aver tentato il suicidio in precedenza		
Dichiara di sentirsi (o essersi sentito) disperato o particolarmente angosciato/impaurito		
Dichiara di sentirsi (o essersi sentito) particolarmente depresso		
Dichiara di essere insonne o di avere gravi disturbi del sonno		
Dichiara di non avere alcuna rete familiare/sociale di sostegno		
Ammette di avere pensieri riguardanti il suicidio e ammette il suicidio come possibile soluzione ai problemi		
Dichiara Uso continuativo o problematico di sostanze illegali o di psicofarmaci non prescritti		
Dichiara Episodi di intossicazione da alcol ("ubriacature") o di bingedrinking ("abbuffata")		
Esprime livelli insoliti o pervasivi di vergogna, colpa, preoccupazione per l'incarcerazione		

B. Status psicopatologico

	Si/No/NR	*Se SI specificare entità*
Tagli, bruciature etc. per lesioni autoindotte		
Stato confusionale (disorientamento spazio-temporale)		
Agitazione psicomotoria o grave e inconguo discontrollo degli impulsi		
Bizzarrie / gravi alterazioni del comportamento e/o del pensiero		
Pianto / appiattimento affettivo / inibizione psicomotoria / assenza di comunicazione verbale		
Euforia, linguaggio spedito, velocità di pensiero, eloquio sciolto, riso contagioso		

C. Livello di gravità del rischio

Durante il mese scorso ha:	Si	No
1. Mai pensato che sarebbe stato meglio essere morto o desiderato di esserlo?		
2. Voluto farsi del male?		
3. Pensato al suicidio?		
4. Pensato a come suicidarsi?		
5. Messo in atto un tentativo di suicidio?		
Nel corso della sua vita:		
6. Ha mai messo in atto un tentativo di suicidio?		

☐ **1 o 2 o 6 = SI : Basso**
☐ **3 o (2 + 6) = SI : Medio**
☐ **4 o 5 o (3 + 6) = SI : Elevato**

CONCLUSIONI VALUTAZIONE RISCHIO AUTOLESIVO E/O SUICIDARIO

SEGNALAZIONE PER RISCHIO AUTOLESIVO E/O SUICIDARIO					
NO	SI	Se SI, indicare il livello di rischio			
		Basso	Medio	Alto	Massimo
Richiesta di attivazione di misure di					
Grande sorveglianza		Grandissima sorveglianza		Sorveglianza a vista	

IL MEDICO	
Cognome e Nome	Data

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

REGIONE LAZIO

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

SCHEDA N°3

Casa Circondariale di Rieti
Al Sig. Direttore
Al Comandante del Reparto di Polizia Penitenziaria
Alla Sorveglianza Generale

Cognome _____
Data e luogo di nascita _____
Cartella Clinica n° _____

1. Problematica di tipo organico
2.Problematica di tipo psichiatrico

- **Rischio auto lesivo/suicidario**
- **Rischio etero aggressivo**
- **Altro**

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

_____

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

REGIONE LAZIO

SCHEDA N°4
REGISTRO SEGNALAZIONI

GENERALITA'		DETENZIONE		SEGNALAZIONE			PRESA VISIONE	
Cognome	Nome	Provenienza		Motivo	Data	Segnalante	Firma sanitario	Data
		Dalla libertà	Altro Istituto					