

**PIANO  
PER LA PREVENZIONE  
DELLE CONDOTTE SUICIDARIE NEL SISTEMA PENITENZIARIO PER ADULTI DELLA  
TOSCANA  
E LINEE DI INDIRIZZO PER I PIANI LOCALI**

**ALLEGATI:**

- 1) Diario del rischio suicidario;
- 2) Suicide Assessment Scale – SAS;
- 3) Sad Persons Scale

## Indice

### Premessa

1. Inquadramento epidemiologico
2. Ricognizione dell'esistente
3. Architettura organizzativa del Piano di Prevenzione Regionale e Locale
4. Elementi essenziali dei Piani Locali di Prevenzione: la rilevazione del rischio
5. Monitoraggio e Valutazione
6. Il presidio delle situazioni potenzialmente stressanti
7. Detenuti sottoposti a provvedimento di trasferimento o in fase di dimissione
8. Lavoro integrato e multidisciplinare
9. La gestione dei casi a rischio
10. Protocolli operativi per affrontare le urgenze
11. Allocazione e sostegno
12. Attività post-facto - Documentazione di un evento infausto
13. Debriefing
14. La Formazione
15. Disposizioni finali
16. Riferimenti Bibliografici
17. Allegati

## **Premessa**

Nell'Allegato A del DPCM del 01/04/2008, che disciplina "modalità, criteri e procedure per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria", viene riservata un'attenzione specifica al tema della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario nelle strutture penitenziarie.

Obiettivo condiviso tanto dall'Amministrazione della Giustizia quanto dall'Amministrazione della Salute, è la prevenzione del suicidio e degli atti autolesionistici; ciò si reputa possibile attraverso l'uso di metodologie di lavoro innovative che possano permettere il comune perseguimento degli obiettivi posti potenziando le reciproche competenze.

La Conferenza Unificata nella seduta del 19 gennaio 2012 ha sancito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento "Piano Nazionale per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" (Repertorio Atti n. 5/CU del 19/01/2012, Allegato A).

L'accordo impegnava le Regioni e l'Amministrazione Penitenziaria a costituire un gruppo di lavoro tecnico scientifico interistituzionale composto da operatori sanitari e operatori penitenziari, con il compito di elaborare un programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere, tenendo conto delle indicazioni degli organismi europei e dell'OMS.

Detto programma prevedeva in sintesi:

- la ricognizione dell'esistente in ciascuna Azienda USL/Istituto Penitenziario in termini di disposizioni in atto, di buone pratiche e di specifiche modalità operative e organizzative di intervento nei confronti del disagio;
- l'adozione di iniziative di prevenzione;
- il loro monitoraggio e valutazione.

La Regione Toscana e il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria per la Toscana e l'Umbria hanno concordato le "Linee di indirizzo per la prevenzione del suicidio in carcere", approvate con Delibera di Giunta regionale toscana n. 842 del 3 ottobre 2011.

Tali Linee di indirizzo elaboravano analiticamente gli aspetti specifici in ambito penitenziario del fenomeno suicidario con l'individuazione delle strategie integrate d'intervento, ritenute più idonee in tema di prevenzione.

In particolare evidenziavano i seguenti punti relativi all'organizzazione del carcere e alle sue criticità, i fattori situazionali penitenziari individuali e gli aspetti sociosanitari; di seguito se ne riportano i principali raccomandandone l'attenzione nella stesura dei Piani Locali di Prevenzione attesa la loro attualità:

## **1. Fattori organizzativi**

- capienza regolamentare;
- organico del personale di polizia penitenziaria e dell'area pedagogico-trattamentale;
- budget per le mercedi, presenza di attività lavorativa non alle dipendenze dell'Amministrazione Penitenziaria, svolta dai detenuti che rappresenta un fattore terapeutico e fortemente protettivo;
- opere di manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture per qualificare i livelli igienico-sanitari imposti dalle normative nazionali valide anche in carcere;
- turn-over dei detenuti negli Istituti Penitenziari con particolare riferimento alle Case Circondariali e/o sezioni circondariali di Case di Reclusione, dei grandi centri urbani della Regione che accolgono persone sottoposte a misure detentive direttamente dalla libertà e detenuti con custodia cautelare breve;
- alcune procedure e abitudini che possono essere causa di eventi critici, che possono essere riviste e modificate con l'individuazione di presidi più adeguati e con minor fonti di rischio, quali:
  - l'uso dei fornelli a gas
  - l'uso eccessivo di alcol, dove ancora consentito;
  - l'uso, in dose non terapeutica, di psicofarmaci prescritti;
- turn-over tra gli operatori sanitari e la necessità di una loro adeguata formazione che favorisca la conoscenza del contesto organizzativo del carcere.

## **2. Fattori situazionali**

- ritenersi vittima di un giudizio iniquo e/o offensivo;
- collocazione in isolamento;
- asimmetria o conflitto tra le esigenze della persona con la tempistica giudiziaria e le regole penitenziarie;
- notizie traumatiche che arrivano dall'esterno, spesso dalla famiglia, senza che sia talora possibile predisporre un filtro adeguato;
- relazioni affettive e sessuali
- contatti con la famiglia o le persone affettivamente importanti per il detenuto, aggravata laddove il detenuto non ottiene i permessi.

## **3. Aspetti sociosanitari**

- integrazione con gli Uffici di Esecuzione Penale Esterna (Uepe) e i servizi di assistenza sociale territoriale al fine di aumentare la capacità di risposta ai bisogni socio-familiari delle persone detenute;
- implementazione dell'assistenza psicologica negli Istituti Penitenziari, di fondamentale importanza per la prevenzione delle condotte suicidarie.

Alla luce delle nuove evidenze scientifiche e attraverso lo studio analitico dei lavori svolti su tutto il territorio italiano, la Conferenza Unificata tra lo Stato, le Regioni e le Autonomie Locali ha

aggiornato gli indirizzi precedentemente definiti e ha approvato in data 27 luglio 2017 l'Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" (Rep. Atti n. 81/CU del 27 luglio 2017) pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 189 del 14 agosto 2017.

Il "Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" ha individuato le seguenti direttrici di intervento:

- piena condivisione degli interventi da parte delle Amministrazioni Sanitarie e dell'Amministrazione della Giustizia, coerente con l'evidenza che i comportamenti e le scelte autolesive e suicidarie sono prevalentemente da inquadrare come eventi derivanti dalle comuni condizioni di vita e non necessariamente da condizioni di patologia, rispetto ai quali le predette Amministrazioni concorrono in tutte le fasi degli interventi per le rispettive competenze;
- implementazione di definite e dedicate organizzazioni funzionali a livello centrale, regionale e locale, costantemente integrate nelle professionalità e negli obiettivi;
- regolare monitoraggio degli interventi (in particolare sul piano della valutazione di processo) e degli esiti, condiviso e aggregabile, con miglioramento della qualità dei dati, anche attraverso l'uso di un sistema informatizzato di comunicazione fra le parti;
- definizione, adozione e aggiornamento di protocolli operativi locali, tra il singolo Istituto Penitenziario e la competente Azienda Unità Sanitaria Locale;
- costituzione di un organismo funzionale, sia regionale che locale, dedicato all'analisi del fenomeno e alla ricerca di possibili mirati obiettivi per scongiurarlo.

## 1. Inquadramento epidemiologico

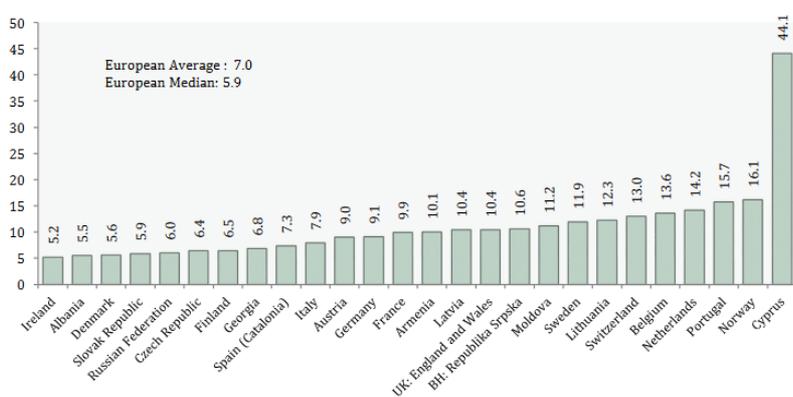
I suicidi, agiti in ambito penitenziario, costituiscono un fenomeno di carattere internazionale.<sup>1,2</sup> Secondo quanto pubblicato dal Council of Europe Annual Penal Statistics, meglio noto come SPACE (*Statistiques Pénales Annuelles du Conseil de l'Europe*),<sup>3</sup> il 25% di tutti i decessi che avvengono negli istituti penitenziari europei sono dovuti a suicidio (2° causa di morte in carcere). Nel 2014, il tasso medio europeo di suicidio in carcere era 7 \*10.000 detenuti rispetto a 1,1\*10.000 registrato nella popolazione generale europea (anno 2012).

Sempre in Europa, i Paesi in cui si registra il più alto tasso di suicidio in ambito penitenziario (oltre 15 suicidi per 10.000 detenuti) sono il Portogallo, la Norvegia e Cipro (Figura 1).

**Figura 1**

**Tasso di suicidio nella popolazione detenuta in Europa – Tasso \* 10.000 detenuti – anno 2014 –**

**Fonte: Space II**



In Italia, nel corso del 2016, si sono verificati 39 suicidi in ambito penitenziario. Considerando che nel corso dello stesso anno il numero di detenuti mediamente presenti è stato 53.984, il valore medio di suicidi è pari a 7,2\*10.000 detenuti.<sup>4</sup> Per valutare l'importanza del fenomeno, dobbiamo ricordare che il tasso di suicidio registrato in Italia nella popolazione generale (anno 2015), è di 0,7\*10.000 residenti.<sup>5</sup>

La rilevanza del fenomeno ha fatto sì che l'Organizzazione Mondiale della Sanità dedicatesse, alla prevenzione del suicidio nelle carceri, uno specifico documento<sup>6</sup> rivolto al personale sanitario e penitenziario responsabile della salute e della sicurezza dei detenuti.

Fra i principali punti messi in evidenza, l'identificazione dei soggetti più vulnerabili e delle circostanze in cui tale vulnerabilità si manifesta, assume un ruolo centrale. In tal senso, sono stati individuati numerosi fattori di rischio che, interagendo in varia misura tra loro, conferiscono all'individuo un rischio elevato di suicidio tra i quali si annoverano i fattori socio-culturali, i disturbi psichiatrici, il substrato biologico, i fattori genetici e lo stress. A questo proposito, uno studio austriaco<sup>7</sup> ha indicato cinque fattori di rischio individuali e ambientali che sono risultati specifici dei detenuti a rischio suicidario:

- storia di tentativo o comunicazione di intento suicidario;
- diagnosi psichiatrica;
- trattamento psicofarmacologico durante la detenzione;
- reato ad alto indice di violenza;

- sistemazione in cella singola.

E' necessario considerare, inoltre, che le persone che infrangono la legge sono portatori di alcuni fattori di rischio che, "importati" in un ambiente avverso, favoriscono l'esordio di comportamenti autolesivi e autodistruttivi. In questo gruppo di popolazione, infatti, il tasso di suicidio continua a essere più elevato rispetto a quello della popolazione generale anche dopo la scarcerazione.

Un lavoro recentemente pubblicato,<sup>8</sup> analizzando il suicidio in ambito penitenziario avvenuto in 24 paesi ad alto reddito tra il 2011 e il 2014, pone particolare attenzione sui fattori ecologici e carcerari. Gli autori, oltre a confermare che le malattie psichiatriche, l'abuso di sostanze e l'autolesionismo ripetitivo rappresentano fattori di rischio importanti per il suicidio<sup>9</sup>, mettono in risalto il ruolo da attribuire alla diversa offerta di servizi e al sovraffollamento. Su quest'ultimo tema, sebbene a livello internazionale ben 119 paesi (su 205) dichiarino un indice di sovraffollamento superiore alle proprie capacità recettive,<sup>10</sup> l'associazione diretta con il suicidio appare contraddittoria<sup>11;12</sup> a causa della multifattorialità del fenomeno suicidario. I risultati mostrano che laddove è presente un numero inferiore di detenuti, la tipologia di reato commesso è molto più grave con conseguente aumento dei fattori di rischio individuali.<sup>13</sup> Al contrario, la maggior diluizione di questi fattori associati all'uso multiplo di celle singole, può costituire un elemento protettivo.

Per quanto riguarda i servizi offerti (formazione scolastica o professionale), il coinvolgimento della polizia penitenziaria e il livello di conflittualità presente nei singoli istituti, pur costituendo elementi in grado di interferire sul fenomeno suicidario, risultano ancora poco indagati e non ricavabili attraverso l'uso di banche dati informatizzate.<sup>14</sup>

Primo passo nella realizzazione di un programma per la prevenzione dei suicidi in carcere è, dunque, la definizione di profili di rischio da utilizzare per individuare situazioni e gruppi più vulnerabili. In sintesi, la letteratura internazionale concorda sulla definizione di due profili specifici:

- il **primo** riguarda giovani (20-25 anni) maschi non sposati in attesa di giudizio, al primo arresto per reati minori, spesso in stato di intossicazione da alcol o stupefacenti al momento dell'arresto, che si suicidano durante le prime fasi della detenzione, oppure nei giorni precedenti la comparizione in tribunale, specie quando si prevedono un giudizio di colpevolezza o una condanna severa;
- il **secondo** descrive detenuti maschi sui 30-35 anni con sentenza già emessa, colpevoli di reati ad alto indice di violenza, che commettono suicidio dopo alcuni anni di detenzione, soprattutto in concomitanza di situazioni di conflitto (con altri detenuti, con l'amministrazione, con la famiglia, con il tribunale).

A questi si aggiungono fattori di rischio "comuni" che sono comunque di particolare interesse nella definizione di un efficace programma di prevenzione (fattori situazionali e psicosociali, il genere femminile, la detenzione minorile, etc.).<sup>15</sup>

Sulla base dei profili di rischio appena individuati, e tenendo presenti le raccomandazioni emanate dal WHO, Konrad e colleghi<sup>16</sup> hanno definito i punti chiave di un programma di prevenzione dei suicidi in carcere. Brevemente i punti sono i seguenti:

1. **Formazione** del personale che opera in ambiente penitenziario, con particolare riferimento a quello non sanitario. E' necessario programmare aggiornamenti annuali sul tema, corsi di primo soccorso, di rianimazione cardiopolmonare (RCP) e utilizzo dei presidi sanitari di emergenza da svolgersi anche sotto forma di esercitazioni pratiche.
2. **Screening dei nuovi giunti** da eseguirsi al momento dell'ingresso in istituto. La valutazione, eseguita preferibilmente da personale sanitario, dovrebbe essere inserita nella visita di primo ingresso ed effettuata utilizzando uno strumento scientificamente validato. Il risultato della valutazione di rischio deve essere annotato sulla cartella personale anche in

vista di un eventuale trasferimento. In caso di positività, il detenuto deve essere sottoposto al più presto a valutazione psichiatrica e/o psicologica. Tale screening deve essere ripetuto anche durante la detenzione se i clinici ne rilevano la necessità.

3. **Osservazione post-ingresso** realizzata per tutto il periodo della carcerazione da parte di personale formato. I controlli di routine sono volti all'identificazione di segni di malattia mentale, intento suicidario, cambi di abitudini, alienazione di beni, perdita di interesse per attività o relazioni, rifiuto della terapia o richiesta ripetuta di dosi di farmaci più elevate. L'osservazione deve prevedere anche il dialogo con i detenuti in momenti critici (es. vicino ai processi) al fine di identificare la perdita di speranza o l'intento suicidario. E' raccomandata la relazione con i familiari. Gli autori, infine, ritengono opportuno eseguire un esame dello stato mentale prima di adottare un regime d'isolamento.
4. **Gestione delle situazioni a rischio** mediante monitoraggio e follow-up adeguati e definizione delle responsabilità riguardo a collocazione, supervisione continua e interventi di salute mentale.
5. **Monitoraggio dei casi a rischio** soprattutto durante le ore notturne (quando il personale è più scarso) e correlato al livello di rischio (osservazione costante per i detenuti ad altissimo rischio suicidario, osservazione ad intervalli regolari per detenuti a medio rischio, ...). E' fondamentale evitare di lasciare da soli i detenuti a rischio, fornendo loro compagnia e controllo (es. supervisione da parte dei compagni), così come è necessario provvedere alla supervisione continua per i detenuti in isolamento a cui non dovrebbe mancare il contatto umano.
6. **Comunicazione** a tutto il personale di segni di rischio osservati dal personale che esegue l'arresto o il trasferimento, dell'eventuale presenza di segni indicativi di comportamento suicida, ma anche dell'insorgenza di fattori di rischio durante la detenzione. Si consiglia, inoltre, la riunione periodica di un gruppo multidisciplinare per la discussione dell'andamento dei casi in osservazione per rischio suicidario. Gli autori pongono l'accento anche sull'importanza dell'accurata compilazione e tenuta della documentazione relativa alle precauzioni adottate per la prevenzione dei suicidi.
7. **Intervento sociale** realizzato alloggiando il detenuto a rischio suicidario in una cella condivisa (prestando però attenzione agli strumenti lesivi in possesso dei compagni), procurandogli, così, sostegno sociale e incoraggiando contemporaneamente il supporto sociale fornito dalla famiglia.
8. **Ambiente fisico e caratteristiche architettoniche** che non contengano oggetti o materiali potenzialmente lesivi e strutture utilizzabili a scopo suicidario (travi, sporgenze, etc). Qualora si renda necessaria la contenzione per detenuti con crisi suicidarie in atto, l'utilizzo di tali mezzi deve essere regolato da procedure e regolamenti appropriati. Nel caso in cui vengano utilizzate delle telecamere di sicurezza, queste devono integrare e non sostituire l'attività di sorveglianza da parte del personale penitenziario.
9. **Trattamento psichiatrico/psicologico** rivolto a tutti i detenuti che mostrano un rischio suicidario. Quest'ultimi devono essere sottoposti a valutazione psichiatrica/psicologica e alla terapia eventualmente necessaria. Nel caso in cui il personale in forza alle strutture penitenziarie non fosse sufficiente per garantire tale necessità, è opportuno prevedere l'integrazione con i competenti servizi territoriali e/o ospedalieri.

L'elenco, riportato in gran parte della letteratura sull'argomento, rappresenta, ancora oggi, la base dalla quale muovere nella costruzione di un adeguato programma di prevenzione del suicidio in carcere.

### 1.1 Il fenomeno in Toscana

Tenendo presente quanto appena descritto, prima di passare a illustrare la prevalenza del fenomeno in Toscana, si ritiene opportuno fornire una breve descrizione delle caratteristiche socio-demografiche della popolazione detenuta sul nostro territorio, l'indice di affollamento e alcuni cenni sulla prevalenza del disturbo di salute mentale.

La **Toscana**, con 16 istituti per adulti e 2 per minori, rappresenta una delle regioni con il maggior numero di strutture detentive presenti sul territorio italiano. Al 31 dicembre 2017, risultavano presenti 3.281 detenuti adulti di cui 129 donne (3,7%) e 1.617 cittadini stranieri (49,6%). Complessivamente, la percentuale di affollamento risulta inferiore al 5% ma si osserva un'ampia disomogeneità territoriale (Tabella 1) con strutture, fra cui Firenze Sollicciano, dove il valore è molto elevato.

Da un punto di vista socio-demografico, si tratta di una popolazione mediamente giovane (il 48,7% ha meno di 40 anni), con titolo di studio medio basso, celibe nel 33,4% dei casi (Tabella 2)<sup>17</sup>.

**Tabella 1**

**Detenuti presenti in Toscana al 31 dicembre 2017 e percentuale di affollamento calcolata sulla capienza regolamentare – analisi per istituto detentivo – Fonte: Ars su dati DAP**

Provinci a toscana	Nome Istituto	Capienza regolamenta re	Totale	Di cui donna e	Di cui stranieri	% di sovraffollament o
AR	CC Arezzo	101	<b>31</b>		11	-
FI	CC Firenze "Mario Gozzini"	90	<b>103</b>		49	14,4
FI	CC Firenze "Sollicciano"	500	<b>731</b>	97	480	46,2
GR	CC Grosseto	14	<b>24</b>		12	71,4
GR	CC Massa marittima	48	<b>48</b>		16	0,0
LI	CC Livorno	391	<b>233</b>		69	-
LI	CR Livorno "Gorgona"	87	<b>88</b>		48	1,1
LI	CR Porto azzurro "Pasquale de Santis"	338	<b>301</b>		169	-
LU	CC Lucca	62	<b>83</b>		37	33,9
MS	CR Massa	179	<b>214</b>		76	19,6
PI	CC Pisa	206	<b>262</b>	32	151	27,2
PI	CR Volterra	187	<b>167</b>		61	-
PO	CC Prato	592	<b>588</b>		328	-
PT	CC Pistoia	57	<b>70</b>		37	22,8
SI	CR San Gimignano	235	<b>277</b>		40	17,9
SI	CC Siena	58	<b>61</b>		33	5,2
<b>Totale</b>		<b>3.145</b>	<b>3.281</b>	<b>129</b>	<b>1.617</b>	<b>4,3</b>

**Tabella 2**

**Aspetti (N e %) socio-demografici della popolazione detenuta in Toscana al 31 dicembre 2017 – Fonte: Ars su dati DAP**

Variabili	N	%
-----------	---	---

<b>Età</b>	18 a 24 anni	203	6,2
	25 - 34 anni	894	27,2
	35 - 39 anni	501	15,3
	40 - 49 anni	890	27,1
	50 - 59 anni	553	16,9
	60 - 69 anni	195	5,9
	70 e +	44	1,3
<b>Stato civile</b>	Celibe/Nubile	1096	33,4
	Coniugato/a	867	26,4
	Vedovo/a	32	1,0
	Divorziato/a	94	2,9
	Separato legalmente	130	4,0
	Convivente	257	7,8
	Non Noto	805	24,5
<b>Titolo di studio</b>	Laurea	25	0,8
	Scuola superiore di II grado	70	2,1
	Diploma professionale	23	0,7
	Scuola superiore di I grado	769	23,4
	Primaria	250	7,6
	Nessun titolo/analfabeta	122	3,7
	Non Noto	1922	58,6

Per quanto riguarda lo stato di salute, il sistema di monitoraggio triennale, attivato in Toscana fin dal 2010 grazie alla collaborazione del personale sanitario che opera in ambito penitenziario, mette in evidenza che nonostante la giovane età di questa popolazione, ben il 57,3% risulta affetta da almeno una patologia (anche lieve).

In linea con i dati internazionali,<sup>18</sup> il principale gruppo diagnostico che interessa questa popolazione è il disturbo psichico e, in particolare, il disturbo da dipendenza da sostanze.<sup>19</sup>

Complessivamente i **disturbi psichici** rappresentano il 34,9% delle diagnosi ma ben il 52% sono disturbi mentali da dipendenza da sostanze. A questi fanno seguito i disturbi nevrotici e le reazioni di adattamento (22,4%) e i disturbi affettivi psicotici (7,9%). L'alta prevalenza di queste patologie spiega l'uso elevato di trattamenti farmacologici con la prescrizione di circa 2 farmaci specifici (categoria: sistema nervoso) ad ogni detenuto a cui è stato diagnosticato questo tipo di disturbo. In particolare le principali classi farmaceutiche utilizzate sono: gli ansiolitici (39,5%), gli antipsicotici (16,5%), gli antiepilettici (15,4%) e antidepressivi (15,0%).

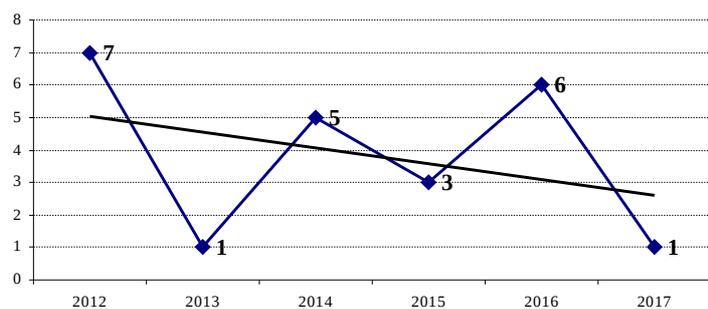
L'altro grande gruppo di patologie riguarda le **malattie infettive e parassitarie** (11,4% dei detenuti) caratterizzate, prevalentemente, dalle infezioni epatiche da virus C, B. L'alto numero di detenuti affetti da disturbo da dipendenza da sostanze, spiega la diffusione delle infezioni epatiche da virus C e B che complessivamente coprono il 60,6% delle malattie infettive, così come le infezioni da HIV che costituiscono l'11,2%. Un'altra patologia infettiva che interessa la popolazione detenuta è la tubercolosi (13,2% delle diagnosi infettive). In questo caso la provenienza da Paesi a elevata endemia, l'appartenenza a gruppi a rischio (senza fissa dimora, affetti da disturbi mentali, uso di alcol, etc.), rendono l'ambiente detentivo un serbatoio per la trasmissione della malattia. Inoltre, la condizione d'immunodeficienza causata da altre patologie, può favorire la rapida progressione dell'infezione tubercolare latente.

Il terzo grande gruppo di patologie è rappresentato dai **disturbi dell'apparato digerente** (9,7% dei detenuti). Lo stile di vita e i comportamenti a rischio adottati (consumo di tabacco, alcol e droghe illegali) da questa fascia di popolazione spiega l'alta prevalenza di disturbi del cavo orale e dei denti (che rappresentano il 40% delle diagnosi di questo gruppo di patologie) seguite dalle forme infiammatorie e ulcerative del tratto gastro-intestinale (36,4% del totale delle diagnosi dell'apparato digerente). I farmaci associati a queste patologie sono prevalentemente antiacidi (43,3%) e analgesici/antiinfiammatori (17,5%).

Nonostante la multifattorialità del fenomeno suicidario, la letteratura appare unanime nel ritenere il disturbo di salute mentale uno dei principali fattori di rischio. Nel corso degli ultimi 6 anni, nelle strutture detentive della Toscana si sono verificati 23 suicidi con un andamento che, seppur molto discontinuo, mostra un trend in diminuzione (Figura 2). L'analisi per Istituto evidenzia una forte variabilità legata non soltanto alla numerosità dei detenuti presenti. La Casa Circondariale di Sollicciano, pur essendo la struttura maggiormente interessata (12 suicidi in 6 anni), nel corso degli anni ha ridotto fortemente il suo triste primato passando da 5 suicidi avvenuti nel 2012 a 0 nel 2017 (Tabella 3). Si rileva che in questa struttura, al 31 dicembre 2017, l'indice di affollamento ha raggiunto il 46,2%.

**Figura 2**

**Numero dei suicidi avvenuti nelle strutture detentive della Toscana – anni 2012-2017 – Fonte: DAP**



**Tabella 3**

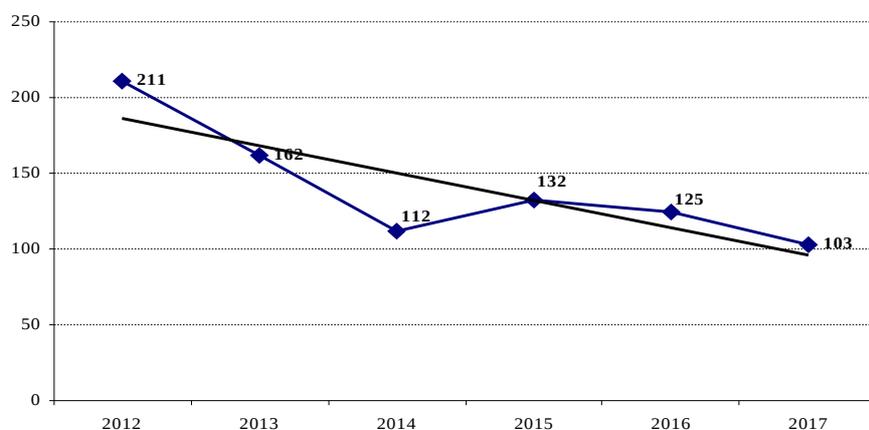
**Numero di suicidi per Istituto detentivo della toscana – anni 2012-2017 – Fonte: DAP**

Istituti detentivi della Toscana	Suicidi						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
C.C. Arezzo	0	0	0	0	0	0	0
C.C. Empoli ( <i>chiuso 01/08/2016</i> )	0	0	0	0	0	0	0
C.C. Firenze	5	0	3	2	2	0	12
C.R. Gorgona	0	0	0	0	0	0	0
C.C. Grosseto	0	0	0	0	1	0	1
C.C. Massa M. Marittima	0	0	0	0	0	0	0
C.C. M. Gozzini	1	0	0	0	0	0	1
C.C. Livorno	0	0	0	0	0	0	0
C.C. Lucca	0	0	1	0	1	0	2
C.R. Massa	0	0	0	0	1	0	1
O.P.G. Montelupo ( <i>chiuso 01/03/2017</i> )	0	0	0	0	0	0	0
C.C. Pisa	0	0	1	1	0	1	3
C.C. Pistoia	0	0	0	0	0	0	0

C.R. Porto Azzurro	0	0	0	0	1	0	1
C.C. Prato	1	1	0	0	0	0	2
C.R. S.Gimignano	0	0	0	0	0	0	0
C.C. Siena	0	0	0	0	0	0	0
C.R. Volterra	0	0	0	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>23</b>

Nello stesso periodo di osservazione (2012-2017), sono stati registrati 737 tentati suicidi. Fenomeno, questo, che a differenza dei suicidi mostra un andamento in costante diminuzione con una riduzione, dal 2012 al 2017, di oltre il 50%. Come nel caso del suicidio, l'andamento per Istituto mostra un'ampia variabilità legata alla capienza e alla tipologia di struttura (Tabella 4).

**Figura 3**  
**Numero di tentati suicidi registrati nelle strutture detentive della Toscana – anni 2012-2017 –**  
**Fonte: DAP**



**Tabella 4**  
**Numero di tentati suicidi per Istituto detentivo della Toscana – anni 2012-2017 – Fonte: DAP**

Istituti detentivi della Toscana	Tentati suicidi						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
C.C. Arezzo	0	4	0	0	0	0	4
C.C. Empoli ( <i>chiuso</i> <i>01/08/2016</i> )	1	0	0	0	0	0	1
C.C. Firenze	72	45	37	43	50	31	278
C.R. Gorgona	0	0	0	0	1	0	1
C.C. Grosseto	2	1	4	4	1	1	13
C.C. Massa M. Marittima	2	0	0	0	0	0	2

C.C. M. Gozzini	0	0	4	0	1	0	5
C.C. Livorno	9	11	16	20	13	5	74
C.C. Lucca	9	10	11	6	5	6	47
C.R. Massa	9	5	4	3	3	3	27
O.P.G. Montelupo ( <i>chiuso</i> 01/03/2017)	11	7	4	8	4	0	34
C.C. Pisa	24	24	8	22	30	19	19
C.C. Pistoia	1	2	2	1	3	0	9
C.R. Porto Azzurro	9	4	3	4	2	8	30
C.C. Prato	42	43	15	11	11	21	143
C.R. S. Gimignano	17	2	1	5	1	6	32
C.C. Siena	3	4	3	5	0	3	18
C.R. Volterra	0	0	0	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>211</b>	<b>162</b>	<b>112</b>	<b>132</b>	<b>125</b>	<b>103</b>	<b>737</b>

In ambiente carcerario sono diffuse anche le condotte autolesive. Un'azione così violenta non sempre va di pari passo con la formulazione di una diagnosi psichica, né con la prescrizione di un trattamento farmacologico lasciando supporre che alcuni atti siano eseguiti esclusivamente a scopo dimostrativo (o di richiesta) con ripercussioni sullo stato di salute del detenuto, spesso di per sé già precario.

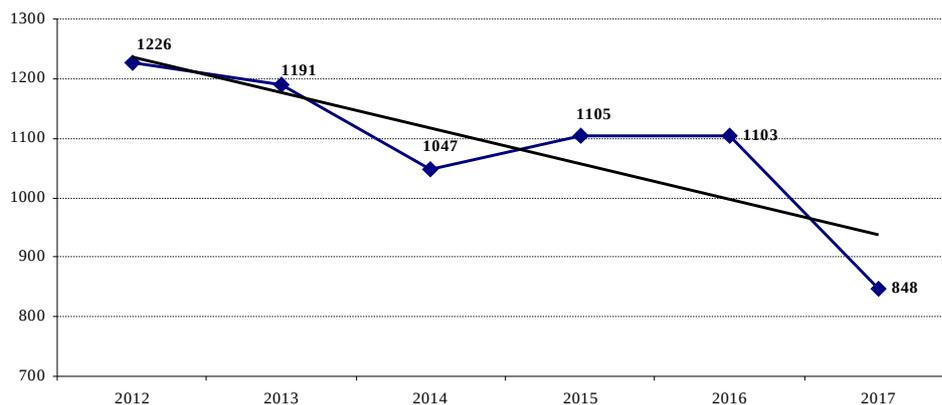
In tale ambito il Piano nazionale propone una definizione di caso opportunamente condivisa e idonea a soddisfare adeguatamente i criteri di riferimento dei diversi attori interessati all'analisi e alla gestione del fenomeno suicidio, con particolare riferimento alla separazione dei comportamenti e delle scelte autolesive da quelle suicidarie, in quanto prevalentemente si tratta di fenomeni diversi tra loro e non necessariamente collegati o collegabili.

Per quanto concerne gli eventi autolesivi nei sei anni presi in esame i casi registrati in Toscana sono stati 6.520. Come mostra chiaramente la Figura 4, nel 2017 il numero di eventi si è fortemente ridotto con un decremento di circa il 25% rispetto all'anno precedente. Nonostante il trend in diminuzione, la riduzione del fenomeno per Istituto appare molto variabile. La Casa Circondariale di Firenze Sollicciano, con 331 eventi nel 2017, pur con una diminuzione del 18% rispetto al 2016, continua a essere la struttura dove si registra il numero maggiore seguita dalla C.C. di Prato (N=165) e la C.C. di Pisa (N=155) (Tabella 5).

#### Figura 4

**Numero di atti autolesivi registrati nelle strutture detentive della Toscana – anni 2012-2017 –**

**Fonte: DAP**



**Tabella 5**  
**Numero di atti autolesivi registrati per Istituto detentivo della Toscana – anni 2012-2017 –**  
**Fonte: DAP**

Istituti detentivi della Toscana	Atti autolesivi						Totale
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
C.C. Arezzo	0	5	4	3	1	0	13
C.C. Empoli ( <i>chiuso 01/08/2016</i> )	1	3	0	1	0	0	5
C.C. Firenze	407	359	440	425	411	331	2.373
C.R. Gorgona	0	0	0	0	1	5	6
C.C. Grosseto	0	3	3	6	7	5	24
C.C. Massa M. Marittima	1	1	4	1	0	0	7
C.C. M. Gozzini	13	9	10	5	2	1	40
C.C. Livorno	15	43	37	98	52	36	281
C.C. Lucca	46	39	46	31	27	29	218
C.R. Massa	49	33	36	17	24	21	180
O.P.G. Montelupo ( <i>chiuso 01/03/2017</i> )	71	102	50	32	14	14	283
C.C. Pisa	176	248	144	224	233	155	1.180
C.C. Pistoia	20	23	33	1	2	1	80
C.R. Porto Azzurro	70	68	34	23	39	41	275
C.C. Prato	165	175	165	167	249	165	1.086
C.R. S. Gimignano	159	47	29	40	27	22	324
C.C. Siena	33	30	10	28	14	21	136
C.R. Volterra	0	3	2	3	0	1	9
<b>Totale</b>	<b>1.226</b>	<b>1.191</b>	<b>1.047</b>	<b>1.105</b>	<b>1.103</b>	<b>848</b>	<b>6.520</b>

Nonostante il quotidiano impegno dei professionisti che operano in ambito penitenziario e le azioni adottate sia da parte dell'Amministrazione della Giustizia che dell'Amministrazione della Salute al fine di favorire una detenzione il più possibile rispettosa della dignità umana, la sofferenza della carcerazione non ha purtroppo impedito, negli anni, il verificarsi di agiti autoaggressivi.

Si può, comunque, affermare che tali episodi abbiano subito nell'ultimo anno una radicale flessione e che tale risultato sia collegato alle varie azioni poste in essere sia al livello Regionale che al livello locale.

## 2. Ricognizione dell'esistente

Al giugno 2017 tutti gli Istituti Penitenziari presenti in Regione Toscana, avevano sottoscritto protocolli d'intesa con le Aziende Unità Sanitarie Locali in materia di prevenzione del rischio suicidario, sulla base delle linee guida condivise dal Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria per la Toscana e l'Umbria con la Regione Toscana e approvate con deliberazione di Giunta regionale 3 ottobre 2011, n. 842.

Di seguito i protocollo sottoscritti:

1. **CC SOLLICCIANO** sottoscritto il 19.05.2015
2. **CC LIVORNO**, CR GORGONA, CR PORTO AZZURRO in vigore dal 2011
3. **CC PISTOIA** sottoscritto il 10.12.2014
4. **CR MASSA** sottoscritto l'11 marzo 2013
5. **CC LUCCA** sottoscritto il 31.10.2012
6. **CC PISA** nuovo protocollo sottoscritto il 3/04/2017, che sostituisce il precedente sottoscritto il 4/07/2014
7. **CC PRATO** sottoscritto il 19.12.2014
8. **CR SAN GIMIGNANO** sottoscritto il 4. 04.2013
9. **CC SIENA** sottoscritto il 5.04.2013
10. **CR VOLTERRA** sottoscritto il 22.03.2013
11. **CC GROSSETO** sottoscritto l'1.07.2013
12. **CC GOZZINI** sottoscritto il 25.07.2014
13. **CC AREZZO** sottoscritto il 25.06.2014
14. **CC MASSA MARITTIMA** sottoscritto l'1.07.2013

### 3. Architettura organizzativa del Piano di Prevenzione regionale e locale

Il Piano Nazionale prevede un modello organizzativo articolato su tre livelli: nazionale, regionale, locale, ove gli operatori delle Amministrazioni della Giustizia e della Salute sono costantemente presenti e rappresentati.

Il presente Piano regionale ha lo scopo di fornire indirizzi ai livelli locali al fine di consentire la redazione dei Piani locali o l'aggiornamento di quelli esistenti, con la più ampia condivisione e concretezza tra le parti interessate.

Nella tabella sottostante (Tabella 5) si sintetizzano le azioni di intervento regionale e locale:

**Tabella 5**  
**Sintesi delle azioni di intervento regionale e locale**

LIVELLO	AZIONI				
	Adozione del Piano regionale e delle linee di indirizzo	Individuazione dei componenti osservatorio regionale e loro eventuali articolazioni a supporto	Formazione dei componenti osservatorio regionale o loro eventuale articolazioni e a supporto	Elaborazione dei piani locali di prevenzione locali istituto penitenziario/aziende sanitarie	Gestione dei dati (raccolta elaborazione e diffusione) individuazione delle prassi ritenute più efficaci, verifica, analisi ed aggiornamento dei piani di prevenzione monitoraggio
<b>LIVELLO REGIONALE</b>	Elabora le linee di indirizzo regionali in un apposito Piano Regionale di prevenzione e tenendo conto del Piano Nazionale	Valuta i piani elaborati dalle realtà locali, fornisce supporto informativo e formativo alle realtà locali, elabora ogni utile notizia circa le prassi preventive ritenute più efficaci anche attraverso sottogruppi di lavoro tematici	Promuove, organizza e gestisce i processi formativi nel territorio di competenza	Coordina, segue e verifica la redazione, l'aggiornamento e l'applicazione dei Piani operativi locali di prevenzione	Promuove la periodica verifica del piano regionale di prevenzione, nonché dei programmi locali e comunica periodicamente al livello nazionale lo stato dell'arte

<b>LIVELLO LOCALE</b>		<p>In ogni Istituto viene costituito un gruppo di lavoro per la redazione del Piano Locale, per monitorarne l'appropriatezza e per avanzare proposte operative di miglioramento</p>	<p>Promuove e facilita la formazione del personale</p>	<p>Redige il Piano Locale promuovendo il contributo con tutti gli organismi pubblici e privati locali che riterrà opportuno con riferimento alle azioni di prevenzione. Inserisce il Piano Locale nel Progetto di istituto in modo da dare concretezza alla sua operatività</p>	<p>Procede alla periodica verifica della tenuta del Piano Locale e ne promuove l'aggiornamento in ragione del variare delle condizioni strutturali almeno ogni due anni, comunicando gli esiti al livello regionale</p>
-----------------------	--	---	--	---	---

Dal punto di vista metodologico, si ripercorre il Piano nazionale di Prevenzione delle condotte suicidarie con l'indicazione delle tre aree operative dove si ritrovano le componenti professionali, volontarie e detenute.

Ad ognuna di queste aree è assegnato uno o più dei seguenti compiti:

- Attenzione
- Decisione
- Sostegno

➤ **Area dell'attenzione e del sostegno tecnico - clinico**

Vi afferiscono tutte quelle figure clinico – professionali che operano quotidianamente e che possono cogliere sintomi e/o richieste di attenzione e di cura nel corso di visite, colloqui, distribuzione di terapie. Tale ambito si compone di medici, infermieri, psicologi, altri specialisti che possono, in questi casi, dare corso ad un primo sostegno e alla segnalazione del caso.

➤ **Area dell'attenzione e del sostegno tecnico**

In questo caso ci si riferisce specificatamente alla figura del funzionario giuridico pedagogico che, seppur non dotato di competenza clinica, nell'ambito delle sue incombenze può incontrare situazioni personali di fragilità e difficoltà, comunicarla e dare corso ad un primo sostegno.

➤ **Area dell'attenzione atecnica**

È la parte numericamente più consistente della rete. Se tutte le altre figure citate possono venire in contatto con situazioni di rischio nel corso delle loro attività professionali (colloqui, visite, ecc.) quelle che compongono quest'area svolgono un

presidio, o comunque hanno una presenza, costante nei settori detentivi e possono, quindi, agire un'attenzione diffusa e capillare. Ci si riferisce al personale di polizia penitenziaria e agli stessi compagni di detenzione. Un'ulteriore rete, sicuramente non di minore importanza, è rappresentata dai volontari penitenziari che possono intercettare casi di fragilità e interfacciarsi sia con i sanitari che con gli operatori penitenziari per segnalare le situazioni di vulnerabilità sociale. Trattandosi di figure non dotate di competenze specifiche, ad essi non potranno essere assegnati compiti tecnici e, nel caso dei detenuti, il loro impegno non potrà, in nessun modo, essere considerato sostitutivo dell'attività istituzionale e ancor di più potenzialmente costitutivo di potenziali responsabilità. Nondimeno, è da ritenersi essenziale la possibilità di sviluppare nel personale, nei volontari e nei detenuti una sensibilità finalizzata a cogliere segnali di disagio e generare soluzioni.

➤ **Area della decisione**

E' costituita dal Direttore dell'Istituto ma anche da chi, nel particolare momento della decisione, in assenza delle figure apicali, svolge le funzioni di governo quali, ad esempio, il Comandante del reparto o gli addetti alla c.d. Sorveglianza Generale. A queste figure spettano le decisioni operative in ragione degli elementi di conoscenza che, nell'immediatezza dei fatti, la rete di attenzione gli sottopone.

I livelli locali (Istituto penitenziario/Azienda Unità Sanitaria Locale) elaboreranno i propri Piani secondo le presenti linee di indirizzo, accertandone la sostenibilità e praticabilità.

Come già indicato, l'indirizzo che le realtà locali dovranno adottare sarà quello di coinvolgere tutti gli attori del sistema penitenziario e sanitario, compresa la componente detenuta, al fine di attivare una rete di attenzione più possibile estesa e capillare, che consenta di rilevare eventuali segnali di disagio e sofferenza emotiva, in correlazione con il rischio suicidario.

Colte queste necessità, si tratterà di prevedere le modalità con le quali segnalarle a quelle componenti specialistiche che possono adeguatamente predisporre gli interventi più opportuni.

E' fondamentale, quindi, promuovere il modello di lavoro interdisciplinare tra le diverse aree di intervento, penitenziario e sanitario, per intercettare e trattare in modo coordinato, celere, adeguato e continuo, le criticità dei detenuti.

#### **4. Elementi essenziali dei Piani Locali di Prevenzione: la rilevazione del rischio**

I Piani Locali saranno elaborati tenendo conto dei seguenti elementi essenziali:

- **La rilevazione del rischio**

Dovrà essere preliminarmente valutato il contesto dell'Istituto Penitenziario avuto riguardo agli elementi in premessa specificati (fattori organizzativi, situazionali e aspetti sociosanitari).

A livello operativo la valutazione del rischio suicidario, per essere efficace, sarà effettuata all'ingresso del detenuto e/o internato nella struttura penitenziaria e ogni qualvolta cambino le condizioni della detenzione. La valutazione all'ingresso deve essere svolta da personale sanitario nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le 24 ore dall'ingresso, così come indicato nelle numerose circolari dipartimentali sull'accoglienza dei Nuovi Giunti<sup>20</sup>.

Il personale penitenziario e sanitario, al momento dell'ingresso, rileverà e riporterà, in un documento formale, le informazioni inerenti le condizioni complessive del detenuto con l'obiettivo prioritario di intercettare eventuali manifestazioni di agiti autolesivi e/o suicidari. Saranno quindi valutati, e le conclusioni riportate nel documento formale, i fattori indicati dall'O.M.S., sui quali si ritiene necessario porre una costante attenzione attraverso imprescindibili incontri periodici e pianificati.

### **Fattori di rischio**

- Dati anagrafici (età giovane o avanzata: minore di 45; maggiore di 65 anni);
- Presenza/assenza di componenti del nucleo familiare specificandone il grado di parentela;
- Esperienza di detenzione (riportare se il detenuto è o meno alla prima esperienza di detenzione, specificando le eventuali precedenti esperienze; tipo e caratteristiche del reato; stato giuridico; fine pena; tipo di impatto con l'istituzione, nonché insoliti livelli di vergogna e/o preoccupazione per l'arresto);
- Dati salienti di natura giuridica (es. udienze, benefici, comunicazioni dei servizi relative al rapporto con i figli minori, ecc.);
- Abitudini (tabacco, alcolici, droghe ecc.);
- Informazioni sanitarie (presenza di patologie psichiatriche, di dipendenze, o altre patologie);
- Fattori di rischio (**Ambientali**: alloggio singolo piuttosto che condiviso da più persone, ecc.; **Comportamentali**: aggressività eterodiretta, autodiretta, ecc.; **Psicologici**: insoddisfazione della vita, paure e/o aspettative negative per il futuro, ecc.; **Situazionali**: rifiuto di partecipare ad attività, di usufruire di ore d'aria, tutto ciò che evidenzia una tendenza all'isolamento; **Specifici**: pensieri suicidari, piani suicidari, ecc.);
- Eventi vitali stressanti (rilevazione di quegli aspetti che possono rappresentare fonte di stress e che possono riferirsi, seppur in maniera differente, tanto alla vita precedente all'ingresso nella struttura quanto alla vita all'interno della struttura stessa);
- Eventi critici (comportamenti autolesivi, tentativi di suicidio, comportamenti di tipo dimostrativo, ecc.).

### **Fattori protettivi**

- Buon supporto sociale, familiare, relazione sentimentale stabile, buone capacità di adattamento all'ambiente, ecc.

L'Amministrazione Penitenziaria e l'Amministrazione della Salute si impegnano vicendevolmente a trasferire le informazioni su indicate al fine di gestire in modo appropriato il soggetto detenuto.

Tutte le informazioni così acquisite diverranno patrimonio comune dell'Amministrazione Penitenziaria e dell'Amministrazione della Salute e dovranno essere riportate nel documento formale predisposto per ciascun detenuto.

Tale strumento, una volta aperto all'ingresso, dovrà diventare un 'diario personale' costantemente aggiornato.

Il documento sarà inserito nella cartella personale del detenuto e nel diario clinico.

Resta prioritario, come specificato dall'OMS, favorire la comunicazione tra il personale tutto, attraverso riunioni d'equipe, al fine di esaminare la situazione del detenuto che abbia dato segni di rischio e stabilire in maniera congiunta le specifiche quotidiane azioni da intraprendere.

Al fine di agevolare e facilitare l'elaborazione dei Piani Locali di Prevenzione, a titolo puramente esemplificativo e compatibilmente alle risorse disponibili, di seguito si riporta la tabella riassuntiva delle azioni (Tabella 6):

**Tabella 6**

**Schema riassuntivo delle azioni utilizzabili per l'elaborazione dei protocolli locali**

	<b>Attività</b>	<b>Specifiche</b>
<b>Visita di primo ingresso:</b>	<p>- All'ingresso (e non oltre 24h) visita medica con somministrazione SAD Persons Scale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se punteggio &lt; a 4 = nessun intervento</li> <li>➤ 5-7 = programmare visita psichiatrica o psicologica</li> <li>➤ ≥ di 8 = programmare visita psichiatrica o psicologica (quella psichiatrica anche urgente) e attivare la sorveglianza a livello adeguato.</li> </ul> <p>- Colloquio con funzionario giuridico pedagogico entro le 24h</p> <p>- In caso di problematiche legate all'uso di sostanze, invio al più presto alla valutazione del Servizio per le dipendenze (Ser.D.)</p> <p>- In caso di necessità il medico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. propone attivazione atecnico al direttore del carcere e/o atecnico al direttore del carcere</li> <li>2. chiede attivazione urgente (entro 24 - 48 H) del gruppo multidisciplinare (IOS)</li> </ol> <p>- In caso di detenuto proveniente da altro istituto con provvedimento di atecnico, convoca lo staff multidisciplinare (IOS) per rivalutazione e, nel frattempo, decide se confermare la necessità dell'atecnico.</p>	<p>* In caso di punteggio elevato alla SAD, e in base alle condizioni cliniche del detenuto, valutare l'opportunità di ricovero in luoghi esterni di cura.</p> <p>** Indipendentemente dal punteggio ottenuto alla SAD, il medico, in base alle condizioni cliniche del detenuto, può chiedere visita psichiatrica.</p>
<b>Detenuto già presente in Istituto</b>	<p>Il detenuto a rischio intercettato verrà segnalato al Coordinatore di reparto (in sua assenza al Coordinatore della sorveglianza generale) che ne dà comunicazione al personale di vigilanza, area clinica e pedagogica per gli interventi di loro competenza.</p> <p>Il medico dopo aver valutato il detenuto, può attivare lo staff multidisciplinare (IOS).</p>	
<b>Compiti medico di guardia/ Coordinatore sezione accoglienza</b>	<p>- Gestisce l'accoglienza*</p> <p>- In caso di emergenza/urgenza e assenza dello psichiatra:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestisce l'urgenza o emergenza psichiatrica</li> <li>2. Se differibile richiede visita specialistica psichiatra/psicologo (entro 72 ore)</li> </ol>	<p>Al termine dell'attività di accoglienza effettua colloquio con il detenuto e concorda con il coordinatore del reparto di destinazione la sua collocazione in base a quanto emerso dalla prima visita e dall'equipe</p>

	<p>3. Se urgente chiama il 118</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se necessario segnala la necessità di atenzionamento atecnico.</li> </ul>	<p>multidisciplinare (a parte casi specifici concordati con il Ser.D.)</p>
<p><b>Compiti Psichiatra</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In caso di urgenza (se presente in Istituto) valuta il detenuto</li> <li>- In caso di assenza, valuta il detenuto segnalato dal medico nel più breve tempo possibile*</li> <li>- Somministra SAS (Suicide Assessment Scale)</li> <li>- Se necessario, prende in carico il detenuto insieme al medico di sezione/Case Manager</li> <li>- Effettua piano di trattamento sanitario e può segnalare atenzionamento atecnico</li> <li>- Rivaluta il rischio (follow-up) e l'adeguatezza degli interventi attivati</li> <li>- Se necessario attiva procedura per Accertamento Sanitario Obbligatorio o TSO</li> <li>- Può attivare Staff multidisciplinare (IOS).</li> </ul>	<p>* Sempre prima del passaggio alle sezioni ordinarie.</p>
<p><b>Compiti Psicologo</b> <i>(se presente)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effettua visita psicologica*</li> <li>- Può somministrare scale SAD e/o SAS</li> <li>- Può segnalare la necessità di atenzionamento atecnico</li> <li>- Prende in carico il detenuto e propone interventi terapeutici</li> <li>- In assenza di funzionario giuridico pedagogico, può essere chiesto allo psicologo (laddove presente) di effettuare il colloquio di primo ingresso</li> <li>- Può attivare Staff multidisciplinare (IOS).</li> </ul>	<p>* Presso il reparto di accoglienza.</p>
<p><b>Compiti area pedagogica (trattamentale)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colloquio di primo ingresso entro 24h</li> <li>- Se necessario, segnala il detenuto al medico (anche per eventuale richiesta di visita psichiatrica o psicologica) e convoca staff multidisciplinare (IOS) urgente (entro 24-48 ore) o ordinario (entro 15 gg)</li> </ul>	

	- Effettua colloqui e definisce azioni di sostegno ai detenuti attenzionati per l'ambito di competenza.	
<b>Compiti area sicurezza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Immatricolazione e acquisizione dei dati giuridici</li> <li>- Fornisce al presidio sanitario elementi di conoscenza da esso desumibili (posizione giuridica, tipo e gravità del reato, entità della pena) e importanti per la gestione del detenuto</li> <li>- Segnala al presidio sanitario e all'area pedagogica, se il detenuto è accusato di crimini gravi ed efferati, se ha ricevuto una condanna grave, lutti, se è in isolamento o in particolare regime custodiale</li> <li>- Su indicazione del Direttore d'Istituto effettua attività di sorveglianza specifica nei confronti dei detenuti sottoposti ad attenzione atecnica</li> <li>- L'operatore dell'ufficio matricola controlla il fascicolo personale e verifica le autorizzazioni in caso di detenuto proveniente da altro Istituto e trasmette i dati giuridici al presidio sanitario</li> <li>- In caso di scarcerazione del detenuto a rischio, l'ufficio matricola avverte il presidio sanitario per consentire la valutazione delle necessità terapeutiche.</li> </ul>	
<b>Area dell'attenzione e del sostegno</b>		
<b>Tecnico Clinico</b>	<p><b>Psichiatra</b>  <b>Infermiere</b>  <b>Psicologo (se presente)</b>  <b>Medico (Case Manager, di sezione, di guardia ecc.)</b>  <b>Coordinatore sezione accoglienza (Grande Istituto)</b></p> <p>Fino alla riunione dello staff multidisciplinare (IOS), intensificazione degli interventi di diagnosi, terapia e assistenza da parte del professionista interessato.</p>	
<b>Tecnico</b>	- Funzionari pedagogici definiscono azioni di sostegno.	
	- Può essere segnalato provvisoriamente da medico, psichiatra o dallo psicologo	

<b>Atecnico</b>	Ratificata e revocata dallo staff multidisciplinare (IOS)  - Particolare attenzione del personale di polizia in tutte le 24h, con una frequenza anche visiva dei controlli stabilita dalle Circolari del DAP e dalla Direzione degli Istituti (custodia chiusa)  - Nei detenuti in custodia aperta la polizia penitenziaria effettua un monitoraggio scrupoloso dei comportamenti e segnala anomalie al presidio sanitario.	
<b>Sorveglianza speciale da adottare in casi eccezionali</b>	- Controllo da parte del personale di polizia penitenziaria, rivalutazione e diagnosi, terapia e assistenza da parte del personale sanitario interessato  - Collocazione del detenuto in spazi idonei  - Dove questo non è possibile procedere con ricovero in SPDC o richiedere il trasferimento in reparti penitenziari di osservazione previa autorizzazione dell’A.G.  - Eventuale attivazione di figure specialistiche  - Attivazione interventi trattamentali di sostegno  - Ratificata e revocata dallo staff multidisciplinare (IOS)	

## 5. Monitoraggio e Valutazione

La possibilità di migliorare la prevenzione passa anche dalla capacità di conoscere meglio il fenomeno. A tal fine diventa essenziale istituire un sistema di monitoraggio permanente a livello locale e regionale, in grado di raccogliere i dati che si ritengono necessari attraverso l’individuazione di indicatori capaci di segnalare criticità o punti di forza presenti sul territorio (Tabella 7).

A livello regionale sarà compito dell’Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria (istituito con DGRT 163/2017) di monitorare e valutare i piani elaborati dalle realtà locali, fornire supporto informativo e formativo alle realtà locali, acquisire ogni utile notizia circa le prassi preventive ritenute più efficaci.

Al fine di predisporre un costante monitoraggio e un’efficace valutazione delle azioni previste nel presente Piano, sono stati individuati i seguenti indicatori

### Tabella 7

Indicatori di monitoraggio individuati dal Gruppo di lavoro regionale, formula di calcolo e valori attesi

<b>N</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Formola calcolo</b>	<b>Valore atteso</b>
1	Redazione Piano Locale di prevenzione entro 3 mesi dall'approvazione del Piano Regionale	N° di Istituti penitenziari per adulti presenti in Toscana che hanno redatto il Piano locale entro 3 mesi dall'approvazione del Piano regionale/N° di Istituti penitenziari per adulti presenti in Toscana	16/16 = 100%
2	Definizione di procedure strutturate per la comunicazione interna fra personale operante (penitenziario/sanitario) e staff multidisciplinare	N° di procedure definite per istituto	≥ 1 per Istituto
3	Definizione di protocolli operativi per la gestione delle urgenze (penitenziario/sanitario)	N° di procedure definite per istituto	≥ 1 per Istituto
4	N° Nuovi Giunti sottoposti a SAD Persons Scale entro 24h dall'ingresso in ogni Istituto penitenziario della Toscana	N° di Nuovi Giunti a cui è stata somministrata la SAD entro 24h dall'ingresso /N° di Nuovi Giunti presenti in Istituto per almeno 24h	≥ 90%
5	Nuovi Giunti che accedono alla Prima Visita in possesso di informazioni giuridiche fornite dall'area sicurezza	N° di Nuovi Giunti che accedono alla Prima Visita in possesso di informazioni giuridiche (gravità, efferatezza, etc.)/N° di Nuovi Giunti che accedono alla prima visita in ogni Istituto penitenziario della Toscana	≥ 95%
6	Convocazione staff multidisciplinare ordinario	N° di staff multidisciplinari ordinari convocati in ogni Istituto al mese	≥ 1
7	Convocazione staff multidisciplinari urgenti	N° di staff multidisciplinari urgenti convocati in ogni Istituto/N° di staff multidisciplinari convocati in ogni Istituto	≤ 30% (Valore annuo)
8	N° Nuovi Giunti sottoposti a colloquio primo ingresso entro 24h dall'ingresso in ogni Istituto penitenziario della Toscana	N° di Nuovi Giunti sottoposti a colloquio primo ingresso entro 24h dall'ingresso /N° totale di Nuovi Giunti nell'istituto penitenziario di riferimento	≥ 90% (anno)
9	Organizzazione di eventi formativi specifici (suicidio e autolesione) rivolti al personale che opera in ambiente detentivo in ogni Azienda Usl della Toscana	N° di eventi formativi specifici organizzati in ogni Az. Usl della Toscana/N° di Az. Usl della Toscana	Almeno 1 per Az. Usl della Toscana
10	Organizzazione di un intervento de briefing a seguito dell'avvenuto suicidio	N° di interventi di debriefing organizzati a seguito del suicidio/N° di suicidi	100%
11	Detenuti riconosciuti a rischio di suicidio scarcerati dopo aver fornito comunicazione scritta al presidio sanitario	N° di detenuti segnalati a rischio di suicidio scarcerati dopo aver fornito comunicazione scritta al presidio sanitario all'arrivo della scarcerazione /N° detenuti segnalati a rischio di suicidio scarcerati in	≥ 95% (anno)

		ogni Istituto penitenziario della Toscana	
--	--	---	--

## 6. Il presidio delle situazioni potenzialmente stressanti

Nel descrivere le aree operative da prendere in considerazione nell'elaborazione di un piano di prevenzione, è stata introdotta la questione dell'attenzione quale fattore vincente, sia in termini tecnici che atecnici.

A livello locale, nel corso della detenzione possono emergere avvenimenti, circostanze, percezioni che aumentano lo stress. Nella biografia dei suicidi, nelle settimane e nei mesi precedenti ricorrono molti di tali fattori. La quotidianità porta molti operatori penitenziari a presidiare luoghi ed accadimenti che possono essere, se non predittivi, quantomeno significativi rispetto ad eventi stressogeni potenzialmente pericolosi.

Quanto segue è un dettaglio delle **aree cui è necessario prestare particolare attenzione**, sempre sul piano delle competenze relative al livello locale di cui sopra.

- **Ingresso**

Attivazione delle procedure specificamente già descritte. Il personale operante l'arresto gestisce i primi momenti della vicenda detentiva, ed è particolarmente importante che i suddetti operatori siano opportunamente preparati all'osservazione specifica delle reazioni emotive e che, al momento dell'ingresso, venga loro richiesto di riferire puntualmente se l'arrestato ha espresso disagio o volontà suicidarie.

- **Colloqui**

Lo svolgimento di un colloquio particolarmente teso o, viceversa, caratterizzato da lunghi momenti di silenzio o addirittura di sofferenza può meritare un successivo approfondimento. Analogamente creare la possibilità per i familiari di esprimere preoccupazione a seguito del contatto con il parente detenuto può essere importante per verificare tali preoccupazioni. Tali comunicazioni devono poter essere effettuate secondo procedure certe e con referenti esattamente individuati e non possono essere lasciate all'estemporaneità e al caso; pertanto, nei protocolli locali, saranno indicati i referenti individuati (es. rilascio colloqui, funzionario giuridico pedagogico, ecc....)

- **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 o comportamenti difformi dal consueto, 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 pluri-recidivi. Occorre tener presente che i giorni che

precedono le udienze, 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, 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.

- **Colloqui magistrati**

Il momento degli interrogatori può evidenziare condizioni critiche e volontà suicidarie che meritano attenzione. Per questo motivo, come nei casi su descritti, i magistrati devono essere messi nelle condizioni di comunicare le loro impressioni e i loro timori al personale penitenziario.

- **Patologie**

L'insorgenza o la presenza di patologie, in particolare se gravi, invalidanti o a prognosi infausta, nel corso della detenzione e la loro comunicazione al detenuto costituiscono una variabile stressogena da monitorare adeguatamente così come la comunicazione di gravi lutti.

- **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.

In tutti questi casi è necessario che il personale operante sia messo nelle condizioni di riferire ai referenti dello staff multidisciplinare, con procedure strutturate, le proprie impressioni in modo che si possano effettuare colloqui di approfondimento ed interventi integrati.

## **7. Detenuti sottoposti a provvedimento di trasferimento o in fase di dimissione**

Una considerazione particolare merita la gestione dei detenuti a seguito dell'adozione dei provvedimenti di trasferimento che devono essere limitati ai soli casi strettamente necessari.

Il programma operativo previsto per i “**nuovi giunti**” deve essere esteso anche ai detenuti trasferiti. Infatti, anche se tali detenuti non possono essere tecnicamente definiti “**nuovi giunti**”, sono tuttavia sottoposti per il solo fatto del trasferimento, indipendentemente dai motivi, ad uno stress che può essere anche non indifferente. Il detenuto trasferito si ritrova, infatti, in brevissimo tempo a vivere da un ambiente a lui noto ad uno sconosciuto dal punto di vista delle strutture, delle regole, delle persone con le quali interloquire, siano essi altri detenuti o il personale penitenziario. Tale nuovo *status* crea, a livello anche inconscio, un sentimento di disagio nei confronti del nuovo e, quindi, si potrebbe porre come fattore di rischio.

Tra le situazioni potenzialmente stressanti si può annoverare la **dimissione dall'istituto**.

L'Amministrazione penitenziaria ha previsto da tempo, in diversi istituti, una sezione destinata ai soggetti prossimi alla scarcerazione, al fine di porre un'attenzione particolare al reinserimento sociale degli stessi.

Queste articolazioni devono essere incrementate, laddove le strutture lo consentono, destinandovi i detenuti con fine pena nei successivi 3- 6 mesi, e sviluppando al loro interno un programma intensificato di sostegno psicologico propedeutico al reingresso nella società.

Infatti, se l'ingresso in carcere dalla libertà è un evento traumatico, non lo è meno la re-immissione in libertà specialmente per le persone che la riacquistano in seguito a lunghi periodi di carcerazione. La situazione psicologica del condannato ad un lungo fine pena rimesso in libertà potrebbe creare criticità in quanto nel soggetto, abituato ai ritmi della vita penitenziaria che proprio per la sua invasività protegge entro certi limiti dagli eventi esterni, il timore della rimessione in libertà potrebbe far riemergere nel dimettendo sensi di insicurezza, di precarietà, di preoccupazione per l'ignoto e per il futuro.

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

A seconda delle realtà locali dovranno essere predisposte adeguate procedure per contattare i servizi territoriali all'accoglienza del dimittendo sul territorio

## **8. Lavoro integrato e multidisciplinare**

In caso siano evidenziati rilevanti aspetti di rischio, è fondamentale procedere attraverso **riunioni di equipe multidisciplinare** composte da Personale di area Penitenziaria e del Presidio Sanitario, da replicarsi con scadenze prefissate ed il cui obiettivo è di individuare le cause dei suddetti aspetti e le misure più idonee per porvi rimedio e prevenire pericolosi acting-out.

La **presa in carico** della persona dovrà essere congiunta e coordinata da parte del personale sanitario e penitenziario.

La richiesta di convocazione della riunione di cui sopra, deve essere avanzata necessariamente ad horas da chiunque evidenzi un elemento di potenziale rischio per la salute del detenuto.

La richiesta va inoltrata ai referenti individuati nel Piano Locale.

La riunione di equipe multidisciplinare dovrà svolgersi nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le 72 ore dalla rilevazione della situazione di rischio per il detenuto. In ogni caso, in questo lasso di tempo, dovranno essere previste azioni volte all'approfondimento della situazione ed eventuali azioni di cautela corrispondenti al livello di rischio stimato dal sanitario.

## **9. La gestione dei casi a rischio**

L'individuazione del rischio deve comportare l'attivazione di un processo gestionale del caso, a livello locale, che tenga conto essenzialmente dei seguenti aspetti:

- alloggio
- monitoraggio/osservazione delle condizioni della persona
- disponibilità di oggetti potenzialmente pericolosi
- interventi sanitari
- interventi di supporto istituzionali

- interventi di supporto da parte di compagni di detenzione umanamente e culturalmente più idonei a instaurare un rapporto proficuo con la persona in difficoltà

## 10. Protocolli operativi per affrontare le urgenze

La prevenzione delle condotte suicidarie necessita, altresì, di protocolli operativi per la gestione dell'urgenza.

L'O.M.S. sul tema evidenzia una serie di condizioni che devono essere adeguatamente presidiate. In particolare:

- il personale regolarmente a contatto con i detenuti deve essere opportunamente addestrato su temi quali il “**primo soccorso**”, le tecniche di rianimazione cardio-polmonare ed altro, mediante attività formative regolari e nel rispetto della condivisione di programmazione, risorse ed attività.
- Il suddetto personale deve inoltre saper **comunicare adeguatamente** con gli operatori sanitari chiamati in via d'urgenza, in modo da poter prevedere quanto necessario già nel corso dell'avvicinamento al luogo dell'evento.
- Dovranno essere previste “**prove in bianco**”, realizzando esercitazioni per la verifica delle procedure che sono state definite per ogni situazione di emergenza.
- **L'equipaggiamento per il salvataggio di emergenza** sia non solo facilmente accessibile ma anche costantemente funzionale grazie a periodiche verifiche. Analogamente anche gli **strumenti di comunicazione** devono godere della stessa funzionalità. A tal proposito si deve ricordare la maggiore affidabilità delle radio rispetto ai telefoni interni che possono risultare occupati o non presidiati. La predisposizione di una rete di comunicazione interna certa, affidabile, ridotta all'essenziale e veloce è uno degli elementi di efficacia che occorre ricercare. Ad essa deve essere associata una via di comunicazione con l'esterno, quanto più possibile adeguata, che sappia trasmettere non solo la comunicazione dell'evento ma anche tutti gli elementi utili per una prima valutazione di gravità.

## 11. Allocazione e sostegno

Sulla specifica materia dell'isolamento della persona detenuta, le linee di indirizzo dell'O.M.S. affermano che esiste una forte associazione tra scelte suicidarie e collocazione del detenuto in isolamento.

Va quindi **contrastata la tendenza ad isolare le persone a rischio**.

Appare opportuno “...evitare ogni forma di isolamento del soggetto a rischio, individuando, per quanto possibile, compagni di detenzione umanamente e culturalmente più idonei a instaurare un rapporto proficuo con la persona in difficoltà...”<sup>21</sup>.

I detenuti particolarmente sensibili potranno essere soggetti di formazione, con attività di gruppo organizzate in sinergia tra Amministrazione Sanitaria e Penitenziaria, al fine di offrire vicinanza e supporto sociale quali elementi importanti ai fini della prevenzione del rischio suicidario. Ne consegue che, nell'ambito degli spazi di scambio interdisciplinare e delle scelte individuate in maniera multiprofessionale ed integrata, i provvedimenti di sorveglianza speciale per fronteggiare gli eventi critici, siano adottati unicamente in casi eccezionali, e sempre privilegiando soluzioni in linea con quanto testé indicato.

## **12. Attività post – facto - Documentazione di un evento infausto**

All'esito di un evento infausto o che ha rischiato di esserlo, occorre un approfondimento mirato a raggiungere finalità diverse. Nei casi di suicidio la prima cosa da farsi è documentare adeguatamente l'evento a tutela degli eventuali interessi sia dell'Autorità Giudiziaria che di quella Amministrativa, al di là del fatto che alla prima doverosa comunicazione al Pubblico Ministero possono seguire autonome decisioni di quest'ultimo, alle quali la struttura penitenziaria non può che dare corso.

E' opportuno che le parti coinvolte a livello locale e regionale (AUSL competente per territorio e PRAP) predispongano un protocollo congiunto di accertamento e documentazione dell'evento.

Di tali eventi e relativa valutazione dovrà comunque essere data tempestiva comunicazione al livello regionale (Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria) anche per un miglioramento costante dei processi.

## **13. Debriefing**

L'impatto di un suicidio sul personale coinvolto ha un peso che non può essere trascurato. Per tale motivo le indicazioni generali segnalano la necessità di una attività di rielaborazione e compensazione per il Personale interessato.

Nei Piani Locali di Prevenzione dovranno essere previste azioni a favore del personale operante che volontariamente parteciperà all'offerta di sostegno che dovrà avere le caratteristiche di:

- Diversità di questo intervento da qualunque altro tipo di approfondimento o valutazione dei fatti;
- Carattere di ascolto finalizzato esclusivamente al sostegno dei partecipanti;
- Informalità degli incontri con esclusione di attività formale o di verbalizzazione o di relazione finale;
- Finalizzazione dell'intervento teso a prendere in esame gli stati d'animo e non la dinamica dei fatti;
- Conduzione al di fuori della struttura penitenziaria in sede neutra e da personale idoneo

Sarà compito dell'Osservatorio Regionale attivare il debriefing.

## **14. La Formazione**

L'aumento della consapevolezza e l'acquisizione di elementi di conoscenza teorica ed operativa consentirà di ridurre alcune visioni stereotipate che limitano la sensibilità e la possibilità di adottare procedure più congrue ed efficaci, sia con riferimento al momento preventivo che a quello dell'intervento in situazioni d'emergenza.

Si intende sopperire a tale contingenza organizzando una formazione a "cascata" che consenta di fornire la padronanza del programma formativo e dei suoi contenuti a livello regionale e locale.

Al di là delle iniziative nazionali, l'Osservatorio regionale elaborerà i contenuti della formazione congiunta a favore del personale delle Amministrazioni coinvolte e dei detenuti individuati come dal punto 10 del presente Piano, anche attraverso proposte provenienti dal gruppo di lavoro costituito per la redazione del Piano Locale di Prevenzione (rif. Punto 3).

La formazione prevederà almeno le seguenti aree di approfondimento:

- struttura del piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie in ambito penitenziario.
- elementi fenomenologici del suicidio e degli eventi autolesivi.

- le indicazioni dell' O.M.S.
- Modello operativo generale.
- Laboratorio di progettazione.
- Fattori ambientali, psicologici e comportamentali specifici predisponenti ai comportamenti suicidari.
- Benessere organizzativo e ricadute sugli operatori.
- Temi inerenti strategie di comunicazione e relazione.
- Elementi di primo soccorso e fondamentali tecniche di rianimazione cardio-polmonare
- addestramento all'utilizzo degli equipaggiamenti d'emergenza collocati nell'Istituto.

## 15. Disposizioni finali

Il presente Piano ha la durata di 5 anni e potrà essere modificato per sopraggiunte indicazioni normative o regolamentari di livello nazionale e/o regionale e sulla base di evidenze scientifiche che ne rendano necessario il suo aggiornamento.

## 16. Riferimenti bibliografici

1. Fazel S, Grann M, Kling B, et al. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003–2007 Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2011; 46:191–195.
2. Duthé G, Hazard A, Kensey A, et al. Suicide among male prisoners in France: a prospective population-based study Forensic Sci Int, 2013; 233: 273–277.
3. [http://wp.unil.ch/space/files/2017/03/SPACE-I-2015\\_Executive-Summary\\_E\\_1703014.pdf](http://wp.unil.ch/space/files/2017/03/SPACE-I-2015_Executive-Summary_E_1703014.pdf)
4. DAP (ultima consultazione 12 dicembre 2017):  
[https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg\\_1\\_14\\_1.page?facetNode\\_1=3\\_1\\_6&contentId=SST788178&previousPage=mg\\_1\\_14](https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?facetNode_1=3_1_6&contentId=SST788178&previousPage=mg_1_14)
5. Istat (ultima consultazione 12 dicembre 2017): <http://www.istat.it/it/archivio/203366>
6. WHO, IASP. Preventing suicide in jails and prisons, Geneva, 2007.
7. Fruehwald S, Matschnig T, Koenig F, Bauer P, Frottier P. Suicide in custody: a case-control study. British Journal of Psychiatry, 2004, 185:494-498.
8. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in Prisons: an international study of prevalence and contributory factors. TheLancet, 2017;4:946-952.
9. Fazel S, Wolf A, Geddes JR. Suicide in prisoners with bipolar disorder and other psychiatric disorders: a systematic review. Bipolar Dis 2013; 15: 491–95.
10. Institute for Criminal Policy Research. Highest to lowest-occupancy level: [http://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/occupancy-level?field\\_region\\_taxonomy\\_tid=All](http://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/occupancy-level?field_region_taxonomy_tid=All) (Ultimo accesso: 11 dicembre 2017).
11. van Ginneken EFJC, Sutherland A, Molleman T. An ecological analysis of prison overcrowding and suicide rates in England and Wales, 2000–2014. Int J Law Psychiatry 2017; 50:76–82.

12. Duthé G, Hazard A, Kensey A, et al. Suicide in prison: a comparison between France and its European neighbours. *Population & Societies* 2009; 1–4.
13. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, et al. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 1721–31.
14. Marzano L, Hawton K, Rivlin A, et al. Prevention of suicidal behavior in prisons. *Crisis* 2016; 37:323–34.
15. Per ulteriori approfondimenti: Preventing suicide in jails and prisons, 2007; 5-8.
16. Konrad N, Daigle MS, Daniel AE, Dear GE, Frottier P, Hayes LM, Kerkhof A, Liebling A, Sarchiapone M; International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons. Preventing suicide in prisons, part I. Recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons. *Crisis*. 2007;28(3): 113-21. Review.PMID:17992824
17. Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (Ultima visualizzazione 17/01/2018) <https://www.giustizia.it/giustizia/it>
18. World Health Organization Europe. Prison and Health, 2014; Copenhagen.
19. Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico, Aprile 2015; Firenze.
20. Vedi circolari più significative: 7 aprile 1986 relativa alla tematica dei suicidi e degli atti di autolesionismo; 21 luglio 1986 “Tutela della vita e della salute delle persone detenute”; 30 dicembre 1987 “Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati: istituzione e organizzazione del servizio nuovi giunti”, 17 giugno 1997 “Tutela della vita e della salute delle persone detenute. Atti di autolesionismo e suicidi in ambiente penitenziario”; 12 maggio 2000 “Atti di autolesionismo e suicidi in ambiente penitenziario: linee guida operative ai fini di una riduzione dei suicidi nelle carceri”; 6 giugno 2007 “I detenuti provenienti dalla libertà: regole di accoglienza. Linee di indirizzo”; 25 gennaio 2010 “emergenza suicidi- istituzione unità di ascolto di polizia penitenziaria”; 19 giugno 2012 “ Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”; 21 dicembre 2015 “ La conoscenza della persona attraverso i processi organizzativi: indicazioni per meglio prevenire le situazioni di criticità.”; 4 febbraio 2016 “Misure di prevenzione dei suicidi delle persone detenute”.
21. GDAP 0356262-28/10/2016 punto f), “ Prevenzione dei suicidi negli istituti penitenziari- dislocazione in cella singola.

**17. Allegati**

**Allegato 1)**

**Diario del rischio suicidario**

**UFFICIO MATRICOLA**

**DIARIO DEL RISCHIO SUICIDARIO**

Matricola \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente In \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**Cittadinanza:**

Italiana

Straniero

Comunità

Europea \_\_\_\_\_

Extracomunitario con permesso di soggiorno \_\_\_\_\_

Extracomunitario

irregolare \_\_\_\_\_

**Giunto il \_\_\_\_\_ da:**

libertà

assegnato da altro istituto(specificare)-

\_\_\_\_\_

reingresso

dopo

lungo

periodo(specificare) \_\_\_\_\_

**Prima esperienza detentiva**  SI  NO

**Posizione giuridica** \_\_\_\_\_ **Inizio detenzione** \_\_/\_\_/\_\_

**Fine**

**pena** \_\_/\_\_/\_\_

**Reato:**  Contro la persona  Contro il patrimonio  Altro

**Caratteristiche**

**del**

**Reato** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Precedenti atteggiamenti o comportamenti a rischio:**  si  no  non conosciuti

---

---

---

**Eventuali provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria** (divieto incontro, isolamento giudiziario e modalità esecutive:

---

---

---

**Dati** **fascicolari**

Data \_\_\_\_\_

Il compilatore  
(Timbro e Firma)

**Presidio Sanitario Carcere.....**

**Anamesi specifica**

**Precedenti Comportamenti Autolesivi:**  si  no  non conosciuti

**Se** **si**  
**specificare** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Precedenti Tentativi di Suicidio:**  si  no  non conosciuti

**Se** **si**  
**specificare** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Precedenti Comportamenti Autolesivi - Tentativi di suicidio – Suicidio nel genilizio**

si     no     non conosciuti

---

---

---

**Precedenti Comportamenti dimostrativi :**  si     no     non conosciuti

Se si specificare:

**Sciopero della fame** \_\_\_\_\_

---

---

**Contrasti con detenuti** \_\_\_\_\_

---

---

**Contrasti con operatori** \_\_\_\_\_

---

---

Data \_\_\_\_\_

Il compilatore

(Timbro e Firma)

**TEST SAD PERSONS SCALE**

Caratteristica	Si-No	Considerazioni
SESSO MASCHILE		
ETA' AVANZATA O GIOVANE ( < di 45 anni e > di 65 anni)		
DEPRESSIONE		Se si segnalare allo Spec. Psichiatra
PRECEDENTI TENTATIVI		Se si segnalare allo Spec. Psichiatra
DIPENDENZA DA ALCOL e/o STUPEFACENTI		Se si segnalare allo Spec. Psichiatra
PERDITA DEL RAGIONAMENTO RAZIONALE		Se si segnalare allo Spec. Psichiatra
MANCANZA DI SUPPORTO SOCIALE		
PRESENZA DI SPECIFICO PROGETTO DI SUICIDIO		Se si segnalare allo Spec. Psichiatra
MANCANZA DI PARTNER (supporto familiare)		
MALATTIE FISICHE (gravemente invalidanti croniche)		
TOTALE		

\_\_\_\_\_ li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Il Medico del Presidio**

(Timbro e Firma)

**Se il punteggio è tra 0 e 4, ma tra le domande positive ci sono una o più delle seguenti:**

- DEPRESSIONE
  - TENTATIVI PRECEDENTI
  - DIPENDENZA DA ALCOLICI e/o STUPEFACENTI
  - PERDITA DEL RAGIONAMENTO RAZIONALE
  - PRESENZA DI UNO SPECIFICO PROGETTO DI SUICIDIO
- programmare comunque la visita psichiatrica.

#### VALUTAZIONE DEL TEST

Score	0 - 4	Nessun Comportamento
Score	5 - 7	Programmare visita psichiatrica
Score	8 - 9	Attivare sorveglianza a livello adeguato + visita psichiatrica Urgente
Score	10	Attivare Sorveglianza speciale/Ricovero SPDC

### FATTORI PROTETTIVI

	SI	NO
<b>Buon Supporto Sociale</b>		
<b>Buon Supporto familiare</b>		
<b>Relazione sentimentale stabile</b>		
<b>Buona capacità di adattamento</b>		
<b>Compliance ai trattamenti</b>		
<b>Altro Specif.</b>		

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

	SI	NO
<b>Buon Supporto Sociale</b>		
<b>Buon Supporto familiare</b>		
<b>Relazione sentimentale stabile</b>		
<b>Buona capacità di adattamento</b>		
<b>Compliance ai trattamenti</b>		
<b>Altro Specif.</b>		

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

	SI	NO
<b>Buon Supporto Sociale</b>		
<b>Buon Supporto familiare</b>		
<b>Relazione sentimentale stabile</b>		
<b>Buona capacità di adattamento</b>		
<b>Compliance ai trattamenti</b>		
<b>Altro Specif.</b>		

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### FATTORI DI RISCHIO

- **AMBIENTALI**

- **Ambientali:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Ambientali:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Ambientali:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **COMPORAMENTALI**

- **Comportamentali:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Comportamentali:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Comportamentali:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

• **PSICOLOGICI**

• **Psicologici:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

• **Psicologici:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

• **Psicologici:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

• **SITUAZIONALI**

• **Situazionali:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

• **Situazionali:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

• **Situazionali:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **SPECIFICI**

- **Specifici:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Specifici:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Specifici:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **EVENTI VITALI STRESSANTI**

- **Eventi Vitali Stressanti:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Eventi Vitali Stressanti:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Eventi Vitali Stressanti:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **COLLOQUI**

- **Colloqui:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Colloqui:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Colloqui:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **CORRISPONDENZA/TELEFONO**

- **Corrisp/Tel:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Corrisp/Tel:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Corrisp/Tel:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **PROCESSI**

- **Processi:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Processi:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Processi:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **NOTIFICHE**

- **Notifiche:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Notifiche:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Notifiche:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **COLLOQUI AVVOCATI**

- **Colloqui Avvocati** \_\_\_\_\_

---

---

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Colloqui Avvocati** \_\_\_\_\_

---

---

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Colloqui Avvocati** \_\_\_\_\_

---

---

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **COLLOQUI MAGISTRATI**

- **Colloqui Magistrati** \_\_\_\_\_

---

---

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Colloqui Magistrati** \_\_\_\_\_

---

---

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Colloqui Magistrati** \_\_\_\_\_

---

---

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **PATOLOGIE**

- **Patologie:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Patologie:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Patologie:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **VITA IN SEZIONE**

- **Vita in Sezione:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Vita in Sezione:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Vita in Sezione:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **DIMISSIONE DALL'ISTITUTO**

- **Dimissione Istituto** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Dimissione Istituto** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **Dimissione Istituto** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Segnalato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Allegato 2)**  
**Suicide Assessment Scale – SAS**

SUICIDE ASSESSMENT SCALE — SAS

<b>Item</b>	<b>Sintomi</b>	<b>Item</b>	<b>Sintomi</b>
<i>1. TRISTEZZA E ABBATTIMENTO</i>	Umore depresso; giù di corda; si sente miserabile	<i>11. IMPULSIVITÀ</i>	Azioni impulsive, azioni senza pianificazione o senza considerare le conseguenze; ha spinte irresistibili; agisce sotto l'impulso del momento
<i>2. OSTILITÀ</i>	Ostile; arrabbiato; bellicoso; in antagonismo; pronto all'ira; facilmente irritabile	<i>12. BASSA AUTOSTIMA</i>	Bassa autostima; sentimenti di indegnità e d'inferiorità; si sente un fallito
<i>3. ANERGIA</i>	Mancanza di energia; stancabilità; stanchezza; spossatezza; logorato affaticato; senso di debolezza	<i>13. PERDITA DI SPERANZA</i>	Si sente senza speranza, disperato; aspetto abbattuto; pessimista; sente che verrà il peggio; pensieri nichilistici
<i>4. IPERSENSITIVITÀ</i>	Sensibile alle critiche; facilmente ferito; si sente facilmente rifiutato; si offende facilmente; permaloso; mette tutto sul sospettoso; diffidente piano personale;	<i>14. PERDITA DEI SENTIMENTI</i>	Depersonalizzazione; mancanza di sentimenti; incapace di provare emozioni (non mancanza di empatia)
<i>5. RITIRO AFFETTIVO</i>	Mancanza di contatto emotivo; isolamento sociale; ritiro; isolamento; diffidenza	<i>15. SCARSA TOLLERANZA ALLE FRUSTRAZIONI</i>	Facilmente frustrato o irritato; prontamente scoraggiato
<i>6. PERDITA DI RISORSE</i>	Incapace di risolvere i problemi con efficacia; mancanza di flessibilità	<i>16. IDEE DI SUICIDIO</i>	Assillato da idee di suicidio; pensa alla possibilità di essere morto; pensa alle reazioni

	nell'affrontare i problemi; vede poche scelte e alternative		degli altri al suicidio; ha difficoltà a pensare a qualcosa che non sia il suicidio
<i>7. SENSAZIONE DI PERDITA DEL CONTROLLO</i>	Si sente senza controllo su di sé o sul proprio destino; si sente in balia degli eventi esterni; sensazione di mancanza di influenza sull'ambiente	<i>17. PROPOSITI DI SUICIDIO</i>	Il suicidio è una soluzione ai problemi; il suicidio è la sola alternativa ai problemi; vuole sollevare gli altri dai problemi; ricongiungimento con qualcuno che è morto (in contrapposizione ai tentativi fatti per attrarre l'attenzione o a fini manipolativi)
<i>8. TENSIONE</i>	Fisicamente teso; nervoso; a disagio; incapace di rilassarsi; eccitato (escludere i sintomi autonomi)	<i>18. DESIDERIO DI MORIRE</i>	Forte desiderio di morire; sente di non meritare di vivere; sente che la vita non vale la pena di essere vissuta
<i>9. ANSIA</i>	Preoccupato; preoccupazione eccessiva per il presente o per il futuro; paura; terrore; disagio (escludere i sintomi autonomi)	<i>19. MANCANZA DI RAGIONI PER VIVERE</i>	Sente che non c'è una ragione per vivere; sente che non interessa a nessuno; sente che la vita non ha scopo
<i>10. PREOCCUPAZIONI SOMATICHE</i>	Preoccupazione per la salute fisica; preoccupazione per sintomi fisici (compreso dolori e sofferenze; insonnia; sintomi gastrointestinali e cardiovascolari); preoccupazioni generalizzate o allucinazioni somatiche	<i>20. ATTI SUICIDARI</i>	Concretamente progetta metodi per suicidarsi; ha preparato degli scritti o ha informato qualcuno; necessita di stretto controllo per prevenire tentativi

La SAS è composta da 20 item, valutati su di una scala a 5 punti, che possono essere raggruppati in

5 cluster.

- ideazione e comportamento suicidario (item da 16 a 20);
- affettività/umore (item 1, 2, 9, 12 e 13);
- condizioni somatiche (item 3, 8 e 10);
- reattività emotiva (item 4, 5 e 14);
- controllo e adattamento (item 6, 7, 11 e 15).

La scala, la cui somministrazione prevede un'intervista clinica semistrutturata, ha dimostrato di essere valida, affidabile e sensibile al cambiamento.

Il cut off per rischio suicidario della SUICIDE ASSESSMENT SCALE SAS è 50

**Allegato 3)  
Sad Persons Scale**

MODELLO

**Presidio Sanitario Carcere di \_\_\_\_\_  
SAD PERSONS SCALE:**

Caratteristica	Si/No	Considerazioni
SESSO MASCHILE		
ETA' AVANZATA O GIOVANE ( < di 45 e > di 65 anni)		
DEPRESSIONE		segnalare comunque allo Spec. Psichiatra
PRECEDENTI TENTATIVI		segnalare comunque allo Spec. Psichiatra
DIPENDENZA DA ALCOL e/o STUPEFACENTI		segnalare comunque allo Spec. Psichiatra
PERDITA DEL RAGIONAMENTO RAZIONALE		segnalare comunque allo Spec. Psichiatra
MANCANZA DI SUPPORTO SOCIALE		
PRESENZA DI SPECIFICO PROGETTO DI SUICIDIO		segnalare comunque allo Spec. Psichiatra

MANCANZA DI PARTNER (supporto familiare)

**Se il punteggio è tra 0 e 5, ma tra le domande positive ci sono una o più delle seguenti:**

- DEPRESSIONE
- TENTATIVI PRECEDENTI
- USO DI ALCOOLICI
- PERDITA DEL RAGIONAMENTO RAZIONALE
- PRESENZA DI UNO SPECIFICO PROGETTO DI SUICIDIO

programmare comunque la visita psichiatrica.

**VALUTAZIONE DEL TEST**

Score	0 - 5	Nessun Comportamento
Score	6 - 7	Programmare visita psichiatrica
Score	8 - 9	Attivare sorveglianza a livello adeguato + visita psichiatrica Urgente
Score	10	Attivare Sorveglianza speciale/Ricovero SPDC

Data \_\_\_\_\_

**Il Medico**