

PROTOCOLLO D'INTESA TRA LA ASL 5 ORISTANO E LA CASA DI RECLUSIONE ORISTANO PER LA PREVENZIONE E LA RIDUZIONE DEL RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO NELL'ISTITUTO PENITENZIARIO

tra

l'Azienda Socio-Sanitaria Locale di Oristano, di seguito indicata come ASL 5 Oristano, nella persona del Direttore, Dr. Angelo Maria Serusi,

e

la **Casa di Reclusione ORISTANO "Salvatore Soro"**, di seguito indicata come CR Oristano, nella persona del Direttore pro tempore Dr.ssa Elisa Milanesi

VISTI

- il documento "Prevenzione del suicidio nelle carceri" redatto dall'OMS nel 2007;
- il documento "Il suicidio in carcere Orientamenti bioetici" elaborato dal Comitato Nazionale per la Bioetica il 25 giugno 2010;
- l'accordo conseguito in sede di conferenza unificata Stato-Regioni del 19.01.2012, contenente le "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale";
- l'allegato A del DPCM 1° aprile 2008 "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" che riserva, in particolare, una specifica attenzione alla tematica della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario;
- le "Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale", stipulate congiuntamente dal Ministero della Salute e dal Ministero della Giustizia, e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 10 febbraio 2012;
- le disposizioni ministeriali diramate con circolari D.A.P. n. 0445732 del 25.11.2011, 0251644 del 13.07.2013, 0144378 del 17.04.2014, 0215131 del 17.06.2015, 0425948 del 21.12.2015 e n.42087 del 04.02.2016, n.79280 del 28.03.2017, recettive del predetto accordo, delle intervenute disposizioni sulla sorveglianza dinamica dei detenuti appartenenti al circuito di media sicurezza e concernenti la predisposizione di interventi multi professionali mirati alla riduzione del rischio suicidario; circolare DAP n.3595/6145 datata 8.8.2022 iniziative per un intervento continuo in materia di prevenzione condotte suicidarie delle persone detenute;
- la D.G.RAS n. 13/5 del 14.03.2017 "Definizione della Rete regionale della Sanità Penitenziaria in attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 22.01.2015. Annullamento delle Linee Guida per l'organizzazione del servizio e il trasferimento dei rapporti di lavoro approvato con Del. G.R. n. 17/12 del 24.04.2012. Nuove Linee Guida;
- la nota PRAP della Sardegna n°7842/UdeT/S9 del 28.03.2017;
- il documento prodotto dal gruppo interistituzionale ASL8 Cagliari, Amministrazione Penitenziaria e Giustizia Minorile per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario, della Regione Sardegna e su mandato dell'Osservatorio Regionale sulla sanità penitenziaria;
- il piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti con accordo approvato dalla conferenza unificata Stato - Regioni in data 27.7.2017 (repertorio n.81/CU);
- il piano regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie negli istituti penitenziari

allegato alla D.G.R. n.14/25 datata 29.4.2022 trasmesso con nota PRAP n.24217.U del 25.8.2022;

- la nota DAP dgdt n. 0109195.U datata 18.03.2022 “Trattamento del dimittendo”
- la nota DAP dgdt n.62846.U datata 12.2.2024 “Fenomeno suicidario. Azioni di prevenzione in ambiente penitenziario”;

PREMESSO

Che sono già in atto procedure condivise con il servizio sanitario penitenziario in sede, per la prevenzione e gestione del rischio autolesivo/suicidario e di eventi critici da parte della popolazione detenuta attraverso un gruppo multidisciplinare che si riunisce periodicamente o su segnalazione di qualsiasi componente al fine di intercettare eventuali segnali di disagio;

Che è opportuno formalizzare tali procedure in un protocollo condiviso, integrato e aggiornato alla luce del piano regionale adottato lo scorso 29.4.2022;

Che tale protocollo tenga conto della effettiva disponibilità, per tipologia professionale e presenza, di figure multiprofessionali presso la CR Oristano;

SI STIPULA

il presente protocollo con cui le parti adottano le procedure per la prevenzione e la riduzione del rischio autolesivo e suicidario tra la popolazione detenuta della casa di reclusione Oristano

1 - PARTE GENERALE

Approccio Multiprofessionale osservazione iniziale e continua su fattori rischio e protezione condivisione informazioni e interventi

Gli interventi concordati si fondano sulla l'osservazione integrata e continua da parte di tutti gli operatori *del “sistema penitenziario locale”* al fine di intercettare precocemente segnali di vulnerabilità predittivi di comportamenti a rischio, alla quale segue la condivisione delle osservazioni e la programmazione degli interventi per tipologia e durata, in relazione alla specifica organizzazione della CR ORISTANO. Tutte le figure professionali che a qualsiasi titolo hanno un contatto con le persone detenute sono coinvolte nell’attività di osservazione e di *attenzione diffusa*, non solo gli operatori penitenziari e della ASL5, ma anche figure che hanno comunque contatto con i detenuti o informazioni a loro riguardo (esperti ex art. 80 OP, funzionari di servizio sociale, insegnanti, volontari, avvocati, familiari, ecc.). L’attività di osservazione e attenzione inizia al momento dell’ingresso e prosegue nel corso di tutta la permanenza in Istituto, per assicurare un *intervento continuo e condiviso* in materia di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario.

Sono superati i concetti di grande sorveglianza e sorveglianza a vista, sanitaria o custodiale, improntati ad una gestione meccanica della persona, a vantaggio di un approccio multiprofessionale delle situazioni a rischio con monitoraggio e condivisione periodica delle osservazioni raccolte da ciascun settore. In tale contesto la gestione dei singoli soggetti e delle possibili situazioni di rischio non può essere rimessa ai singoli operatori (agenti di polizia penitenziaria, funzionari giuridico-pedagogici, medici, infermieri), né comportare ulteriori “limitazioni” o forme di “isolamento”. L’aggancio e la gestione delle situazioni di fragilità, disagio, possibile rischio suicidario sono affidati ad una équipe multidisciplinare i cui interventi non dovranno rispondere a logiche di contenimento e sorveglianza, ma alla miglior gestione complessiva del caso, evitando per quanto possibile condizioni di isolamento. L’isolamento (giudiziario, disciplinare, precauzionale, sanitario) ove necessario deve comunque permanere per il minor tempo possibile, tenere conto del prioritario

obbiettivo della tutela dell'incolumità del detenuto stesso ed essere oggetto di monitoraggio.

Si avrà cura di responsabilizzare anche la popolazione detenuta attraverso il coinvolgimento dei detenuti disponibili all'accoglienza e al supporto dei propri compagni di detenzione (peer supporters).

Tutto il sistema penitenziario sopra individuato realizza una rete preconstituita (tecnici e non) di figure preposte - secondo il rispettivo ruolo - all'osservazione e al sostegno. Col presente accordo si individuano modalità strumenti e tempi per cui chiunque rilevi un rischio lo comunichi tempestivamente al fine di predisporre gli interventi più adeguati rispetto al caso specifico. Ai fini di una integrazione organizzativa e professionale è istituito presso la CR Oristano un gruppo multiprofessionale denominato SOS (STAFF OPERATIVO DI SOCCORSO).

Il gruppo coordinato dal Direttore dell'I.P. (o suo delegato), è composto dal Comandante di Reparto (o sostituto), dal FGP di riferimento, dal responsabile del presidio sanitario ASSL5; in relazione alla situazione specifica il gruppo SOS potrà essere integrato dall'esperto ex art. 80 OP, dal funzionario di servizio sociale, dal cappellano ecc., nonché – su indicazione del responsabile medico da altri operatori ASL (psichiatra, psicologo, infermieri, operatori Serd).

Tale gruppo, su indicazione di situazioni di rischio individuate e segnalate da qualsiasi operatore tramite il referente del settore di appartenenza, ha il compito di:

- ✓ valutare le situazioni di disagio - che si possono verificare sia al momento del primo ingresso che nel corso di tutta la detenzione - in grado di sfociare in atti autolesivi e/o suicidari;
- ✓ programmare gli opportuni interventi sia individualizzati che di sistema, verificando anche la presenza di fattori protettivi da utilizzare per la gestione delle situazioni di rischio.

Tra i principali fattori protettivi si annoverano la sussistenza di un buon supporto sociale, familiare, di una relazione sentimentale stabile, e di essere in possesso di buone capacità di adattamento all'ambiente.

Tra i principali fattori di rischio rilevabili si annoverano:

- 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, specificandone 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.);
- Comportamentale 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.).

Sul piano relazionale nel contesto di osservazione di situazioni di disagio, è necessario fare attenzione a:

- Non banalizzare lo stato emotivo del soggetto;
- Non fare comunicazioni provocatorie;
- Non fare ironia o sarcasmo;
- Dare spazio e tempo all'ascolto e non al giudizio.

Tutti gli operatori, nel pieno rispetto delle rispettive professionalità, devono stabilire con il detenuto un rapporto impostato al rispetto reciproco, all'ascolto, al fine di facilitare la rilevazione di condizioni di disagio ed assicurare risposte tempestive, chiare e motivate.

2 - INDIVIDUAZIONE PRECOCE DEL RISCHIO ATTENZIONE E SOSTEGNO

Tutte le persone che hanno contatto diretto con i detenuti sono potenzialmente qualificate per individuare situazioni di rischio.

Qualunque operatore dell'I.P., anche senza una specifica competenza tecnica, può ascoltare chi abbia evidenziato segnali di disagio, fornendo una forma di sostegno attraverso colloqui generici mirati a verificarne lo stato d'animo, riportando tali informazioni al referente del proprio settore per eventuale coinvolgimento del gruppo multidisciplinare.

Gli operatori penitenziari, direttamente o, tramite elementi di osservazione rilevati da altre figure (avvocati, volontari, insegnanti, altri detenuti, ecc....), concentreranno l'attenzione su situazioni dalle quali possano emergere avvenimenti, circostanze, percezioni che aumentano lo stress. 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. Si segnalano delle aree in cui si svolge la quotidianità penitenziaria, nelle quali è necessario prestare particolare attenzione.

- **INGRESSO/DIMISSIONE.** Al momento dell'avvio dell'esperienza detentiva è di fondamentale importanza che gli operatori che entrano in contatto con il detenuto siano opportunamente preparati all'osservazione specifica delle reazioni emotive. anche il momento delle dimissioni, soprattutto quando la re-immissione in libertà avviene a seguito di lunghi periodi di carcerazione, possono rappresentare un evento traumatico, non meno dell'ingresso in carcere dalla libertà. La situazione psicologica del condannato ad un lungo fine pena, una volta riacquistata la libertà, potrebbe presentare criticità in quanto potrebbe far riemergere sensi di insicurezza, di precarietà e di preoccupazione per l'ignoto e per il futuro. Saranno attivati gli interventi di supporto quali: inserimento lavorativo per sostegno economico, momenti di contatto col mondo esterno in particolare attraverso servizio UEPE e volontariato, ecc...
- **COLLOQUI/TELEFONATE.** 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 assistere a litigi violenti o comportamenti difforni dal consueto può meritare un approfondimento.
- **CORRISPONDENZA.** La cessazione di corrispondenza verso l'esterno o il rifiuto di riceverne sono l'evidente segno di rottura relazionale e, come tale, indice di una situazione stressante che merita approfondimento.
- **PROCESSI.** 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.

- **NOTIFICHE.** La comunicazione della fissazione delle udienze, soprattutto nel caso di processi per 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/MAGISTRATI.** 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. Anche i magistrati devono essere messi nelle condizioni di comunicare le loro impressioni e i loro timori sullo stato psico-fisico del soggetto, soprattutto in occasione di interrogatori che possono evidenziare condizioni critiche e volontà suicidarie.
- **PATOLOGIE.** La notizia dell'insorgenza o della presenza di patologie, in particolare se gravi, invalidanti o a prognosi infausta, costituisce una variabile stressogena da monitorare adeguatamente, così come la comunicazione di gravi lutti.
- **VITA IN SEZIONE.** Nella quotidianità penitenziaria possono evidenziarsi atteggiamenti o comportamenti significativi dal punto di vista del cedimento delle resistenze individuali allo stress. Tali situazioni, se rilevate, devono essere prontamente riferite ai referenti dello staff multidisciplinare, in modo che si possano effettuare colloqui di approfondimento ed interventi integrati.

OSSERVAZIONE INIZIALE E CONTINUA

A - INGRESSO NELLA STRUTTURA

Il momento dell'ingresso in una struttura carceraria comporta una potenziale accentuazione del rischio autolesivo/suicidario, quindi massima attenzione è riservata alla precoce valutazione degli indicatori del rischio per il detenuto proveniente dalla libertà o da altro istituto, attraverso le fasi:

1° step - servizio matricola: registrazione e raccolta prime informazioni utili;

2° step - visita medica di primo ingresso e colloquio per screening rischio suicidario entro 24 ore dall'ingresso.

3° step - assegnazione in camera di pernottamento secondo il circuito di appartenenza; assegnazione presso la sezione prima accoglienza per soggetti che evidenzino esigenze di tutela dell'incolumità personale per il reato o le condizioni soggettive emerse dagli step 1 e 2. Qualora emergano elementi di rischio per l'incolumità personale, il detenuto sarà assegnato in camera con altro soggetto preferibilmente selezionato per caratteristiche di sensibilità e attenzione (peer supporter).

4° step - colloquio di primo ingresso con FGP e con lo psicologo entro 48 ore

Compilazione della scheda relativa al servizio NG come previsto con ODS 524/2023 a cura degli operatori secondo la parte di rispettiva competenza. La scheda, conservata al fascicolo del detenuto, è condivisa dallo staff multidisciplinare come disciplinato con ods, allo scopo di condividere le informazioni acquisite e valutare l'assegnazione nella camera individuata; si procede alla presa in carico con l'avvio degli interventi di osservazione, per i condannati, o di sostegno e accoglienza per gli imputati. (ALLEGATE SCHEDE NUOVI GIUNTI – MATRICOLA, SANITARIA, EDUCATORI, AREA SICUREZZA).

B - DURANTE LA DETENZIONE

Nel corso della detenzione anche le persone che inizialmente non presentavano situazioni di rischio possono trovarsi esposte a circostanze tali da determinare una condizione di rischio sopravvenuta. Per questo motivo l'attenzione sulla possibilità di insorgenza di tale condizione è mantenuta da tutti gli operatori nel corso dell'esecuzione penale e anche in prossimità della

scarcerazione, attivando le procedure previste dall'ordinamento penitenziario e dalle circolari in materia.

3 - GESTIONE DEL RISCHIO

Quando si rileva una situazione di rischio:

- 1) L'operatore che individua il disagio lo segnala al rispettivo capo area, mentre il personale ASSL si rivolgerà al responsabile sanitario; in assenza di questi al medico in turno che informerà il preposto SG;
- 2) Ciascun settore attiverà immediatamente l'intervento di rispettiva competenza;
- 3) Medico: tecnico-clinico in relazione al livello di rischio valutato sulla base della scheda predisposta (allegato 2 piano regionale 2022) potranno essere attivati monitoraggio clinico, terapia farmacologica, consulenza psicologica/psichiatrica-ricovero in SPDC;
- 4) Trattamentale: tecnico attraverso interventi di sostegno e approfondimento dei fattori protettivi/di rischio già presenti o da attivare;
Di polizia penitenziaria: atecnico attivando il potenziamento dell'attività di vigilanza, con monitoraggio puntuale di comportamenti diversi dal consueto, rapporto con altri detenuti, cambio camera. A tale scopo sarà compilata una scheda di osservazione, in cui registrare i comportamenti quotidiani quali rifiuto vitto, farmaci, insonnia, mancata/saltuaria partecipazione ad attività ordinarie (passeggi, socialità, sport...). Sarà disposta, ove il detenuto sia da solo, la sistemazione in compagnia con altro detenuto, preferibilmente scelto sulla base di capacità di attenzione e sostegno (peer supporter) e limitata la disponibilità di oggetti potenzialmente pericolosi. (ALLEGATO SCHEDA MONITORAGGIO RISCHIO).

Per garantire una gestione tempestiva dell'emergenza sarà accertata periodicamente la funzionalità dei collegamenti con l'esterno, anche in assenza di linea fissa, oltre alla disponibilità ed efficienza di radio portatili secondo necessità.

Il responsabile del presidio tutela salute in carcere impartirà le direttive opportune al fine di assicurare sempre la perfetta efficienza dei dispositivi sanitari di emergenza.

Le informazioni raccolte e le iniziative assunte dagli operatori, corredate dalla scheda di valutazione aggiornata sul rischio suicidario (ALLEGATO SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO SUICIDARIO), sono condivise dal gruppo multiprofessionale SOS convocato entro 72 ore dal capo area educativa/FGP di riferimento; il gruppo, valutata la situazione – provvederà a convalidare /integrare le iniziative attivate e a chiudere l'evento critico o programmare un incontro di aggiornamento secondo la scadenza adeguata.

Le valutazioni dello staff multidisciplinare sono formalizzate in un documento raccolto al fascicolo personale del detenuto, unitamente alla scheda nuovi giunti, trasmesso contestualmente agli operatori presenti e alla SG e accessibile a richiesta da parte degli operatori dello staff multidisciplinare.

All'esito della valutazione globale del rischio suicidario espressa dal medico (al momento dell'ingresso o successivamente – ALLEGATO SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO SUICIDARIO) si attivano i seguenti interventi a seconda del livello di rischio rilevato.

RISCHIO BASSO

presa in carico del detenuto NG o prosecuzione dell'osservazione se l'esecuzione è già in corso, da parte dei diversi operatori ciascuno secondo le rispettive competenze. Il gruppo multidisciplinare

indicherà un termine per l'aggiornamento ove ritenuto opportuno.

RISCHIO MEDIO

- il medico chiede la consulenza psichiatrica, con aggiornamento della valutazione del rischio a cura dello specialista psichiatra o psicologo da effettuare entro 72 ore (SCHEDE ALLEGATE GRAVITA' RISCHIO SUICIDARIO A CURA DELLO PSICHIATRA O PSICOLOGO).
valuta e attiva il coinvolgimento di figure professionali ad hoc (presidio SERD, CSM...).
- interventi di osservazione e supporto da parte di ciascun settore (medico, trattamentale e di vigilanza) secondo la rispettiva competenza e monitoraggio dei comportamenti del detenuto da condividere in staff con periodicità sino al rientro della criticità. Lo staff valuterà espressamente la collocazione in compagnia, già disposta precauzionalmente (punto 3.2 del presente accordo)

RISCHIO ELEVATO

- il medico chiede consulenza psichiatrica o psicologica da effettuare entro le 24 ore, e all'esito di convocare aggiornamento con gruppo multidisciplinare. Nelle more potrà chiedere ricovero in SPDC con le procedure previste dall'ordinamento penitenziario.
- interventi di osservazione e supporto da parte di ciascun settore (medico, trattamentale e di vigilanza) secondo la rispettiva competenza e monitoraggio dei comportamenti del detenuto da condividere in staff con periodicità sino al rientro della criticità. Lo staff valuterà espressamente collocazione in compagnia, limitazioni all'uso di oggetti pericolosi - già disposta precauzionalmente (punto 3.2 del presente accordo).

TENTATO SUICIDIO

qualora si verifichi un tentativo di suicidio si attivano immediatamente gli interventi medici sul danno fisico, con eventuale ricovero in struttura ospedaliera tramite servizio 118.
Attivati gli interventi previsti dai protocolli anche per le valutazioni di tipo psichiatrico, all'esito il medico riferisce al gruppo multidisciplinare per le iniziative conseguenti anche in linea con le indicazioni dei servizi specialistici. Segue l'analisi da parte delle diverse figure per comprendere le motivazioni del gesto e poter intervenire in maniera mirata e più efficace.

È fondamentale assicurare sempre la circolarità delle informazioni e degli interventi attuati per non duplicare attività, con conseguente spreco di risorse, o peggio vanificare attività altrui.

4 - ATTIVITA' POST FACTO

Al verificarsi di un evento autolesivo grave o con evento morte è utile un'attività di rielaborazione e compensazione rivolta agli operatori coinvolti.

A tal fine le parti si attivano per promuovere momenti di debriefing - curati da figure qualificate - per gli operatori di entrambe le amministrazioni; tale attività di sostegno dovrà avere le seguenti caratteristiche:

- Carattere volontario della partecipazione susseguente ad una offerta informata di intervento;
- Diversità di questo intervento da qualunque altro tipo di approfondimento o valutazione dei fatti;
- Carattere di ascolto non finalizzato ad altro che 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 possibilmente al di fuori della struttura penitenziaria ed effettuata da personale idoneo in sede neutra.

5 - ATTIVITA' DI FORMAZIONE

E' finalizzata a contribuire all'aumento della consapevolezza e all'acquisizione di elementi di conoscenza teorica e operativa che consenta 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 di emergenza. Secondo le indicazioni di cui al punto 12 del piano regionale 2022, la formazione sarà organizzata "a cascata" a livello regionale e locale.

Fondamentalmente le iniziative formative saranno organizzate e svolte congiuntamente da ASSL e casa di reclusione per il personale di entrambe le amministrazioni.

Una formazione mirata sarà organizzata dalle parti anche a favore di detenuti selezionati per svolgere i compiti di peer supporter.

6 - DURATA

il presente protocollo ha la durata di CINQUE anni, nel corso dei quali saranno sperimentate le procedure condivise.

Alla scadenza potrà essere rinnovato per lo stesso periodo, salvo modifiche ritenute necessarie a seguito di aggiornamenti normativi o suggerimenti esperienziali emersi.

Il documento sottoscritto sarà trasmesso da ciascuna delle parti all'organizzazione di appartenenza. A cura della CR Oristano sarà trasmesso alla Magistratura di Sorveglianza e alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Oristano.

Il Direttore dell'ASL 5 Oristano

**Il Direttore della Casa di Reclusione
Oristano**

Oristano _____

Area Educativa

SERVIZIO NUOVI GIUNTI – COLLOQUIO DI PRIMO INGRESSO

Colloquio di primo ingresso svolto il _____

Cognome e nome _____

Nato il _____ a _____

Residenza _____

Ubicazione _____

Inizio pena _____ Fine pena _____

titolo di reato _____

Posizione giuridica _____

Procedimenti penali pendenti _____

Ingresso in Istituto il _____ da _____

per _____

Detenzioni precedenti e titoli di reato _____

Benefici precedenti _____

Titolo di studio _____

Attività lavorativa esterna _____

Attività lavorativa intramuraria _____

Corsi Professionali _____

Partecipazione attività interne _____

Rapporti disciplinari _____

Religione _____

Stato civile _____

Famiglia d'origine: residenza, composizione, tipo di legame con i singoli componenti

Famiglia acquisita: residenza, composizione, tipo di legame con i singoli componenti

Familiari da contattare:

Nome e cognome _____

Grado di parentela _____

Indirizzo _____

Recapito telefonico _____

Assunzione di droghe/alcolici/psicofarmaci _____

Istanze in corso _____

Osservazioni

Indicazioni di trattamento per il Responsabile dell'Area pedagogica

SER.D/CSM

Sostegno _____

Oristano, li _____

l'Educatore

Indicazioni per la segreteria

Assegnato all'Educatore _____ all'Esperto _____

SER.D. _____

All'UEPE per osservazione ()

per altri interventi ()

Oristano, li _____

Il Responsabile dell'Area pedagogica

NG

Presidio Sanitario Carcere

Anamnesi 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

Se si specificare _____

Precedenti comportamenti dimostrativi: si no non conosciuti

Se si specificare _____

Sciopero della fame

Contrati con detenuti

Contrasti con operatoria

Data _____

il Compilatore (timbro e firma)

VALUTAZIONE GLOBALE DI RISCHIO DI ATTI AUTOLESIVI E/O SUICIDARI

C.IDEAZIONE SUICIDARIA

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

Durante il mese scorso ha:

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

Nel corso della sua vita:

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

VALUTAZIONE DEL TEST

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

Informare l'Ufficio Matricola indipendentemente dal livello di rischio

Il Medico
(timbro e firma)

Area Sicurezza

ASSEGNAZIONE DEL DETENUTO (da redigersi a cura del Responsabile della Sorveglianza Generale)

Cognome e nome _____

Nato a _____ il _____

Proveniente da _____

Il Responsabile sottoscritto,

- viste anche le indicazioni dell'Area sanitaria

DISPONE

Che il detenuto suindicato venga assegnato alla sezione _____ camera _____

NOTE _____

Oristano, li _____

Il Responsabile della Sorveglianza Generale

UFFICIO MATRICOLA NUOVI GIUNTI

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 a 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 a no a non conosciuti

Eventuali provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria (divieto incontro, isolamento Giudiziario) modalità esecutive:

Dati fascicolari

Data

Il compilatore (Timbro e
Firma)

SCHEDELA GRAVITA' RISCHIO SUICIDARIO
A CURA DELLO PSICHIATRA O PSICOLOGO

SCALA DELLA COLUMBIA UNIVERSITY PER LA VALUTAZIONE DELLA GRAVITÀ DEL RISCHIO DI SUICIDIO

(C-SSRS)

Baseline

*Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.;
Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.*

Declinazione di responsabilità:

Questa scala di valutazione è pensata per essere usata da medici qualificati.

Le domande contenute nella Scala della Columbia University per la valutazione della gravità del rischio di suicidio (C-SSRS) sono suggerimenti per l'approfondimento. In ultima analisi, la determinazione della presenza di suicidante è subordinata alla valutazione clinica.

Le definizioni degli eventi relativi a comportamento suicidario in questa scala di valutazione si basano su quelle utilizzate nel The Columbia Suicide History Form, sviluppato da John Mann, MD e Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo

M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, pp. 103 -130, 2003.)

Per le ristampe della C-SSRS contattare Kelly Posner, Ph.D., New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032; per informazioni contattare posnerk@childpsych.columbia.edu © 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

IDEAZIONE SUICIDARIA	Nel corso della vita - periodo in cui il soggetto ha avuto più tendenze suicide Si No <input type="checkbox"/> D
<p>Porre le domande 1 e 2. Se la risposta ad entrambe è negativa, passare alla sezione "Comportamento suicidano". Se la risposta alla domanda 2 è "sì", porre le domande 3,4 e 5.</p>	
<p>1. Desiderio di essere morto/a Il soggetto ammette di avere pensieri che riguardano il desiderio di essere morto o non più vivo oppure vorrebbe addormentarsi e non svegliarsi più. Ha desiderato di essere morto/a o di potersi addormentare e non svegliarsi più? Se sì, descriva:</p>	<p>Si No D D</p>
<p>2. Pensieri suicidari attivi non specifici Pensieri generici non specifici di voler mettere fine alla propria vita/di suicidarsi "Ho pensato di uccidermi" senza pensieri sui modi di uccidersi/sui corrispondenti metodi, intenzione o piano durante il periodo di valutazione. Ha pensato veramente di uccidersi? Se sì, descriva:</p>	<p>Si No D D</p>
<p>3. Ideazione suicidaria attiva con qualsiasi metodo (nessun piano) senza l'intenzione di agire Il soggetto ammette di avere pensieri di suicidio e ha pensato ad almeno un metodo durante il periodo di valutazione. Questo è diverso da un piano specifico con dettagli sul tempo, sul luogo o sul metodo (ad es. ha pensato al metodo per uccidersi, ma senza un piano specifico). Sono incluse le persone che dicono, "Ho pensato di prendere un'overdose di farmaci, ma non ho mai fatto un piano specifico su quando, dove o come lo farei veramente.....e non lo porterei mai a termine". Ha pensato a come potrebbe farlo? Se sì, descriva:</p>	<p>Si No D D</p>
<p>4. Ideazione suicidaria attiva con qualche intenzione di agire, senza un piano specifico Pensieri suicidari attivi di uccidersi con il soaheetto che dichiara di avere qualche intenzione di metterli in pratica, al contrario di "Ho questi pensieri ma certamente non farei niente in tal senso". Ha avuto questi pensieri e qualche intenzione di metterli in pratica? Se sì, descriva:</p>	<p>Si No u a</p>
<p>5. Ideazione suicidaria attiva con un piano specifico e con intenzione Pensieri di uccidersi con dettagli di un piano completamente o in parte organizzato e con il soggetto che ha qualche intenzione di realizzarlo. Ha iniziato ad organizzare o ha già organizzato i dettagli di come uccidersi? Ha intenzione di realizzare questo piano? Se sì, descriva:</p>	<p>Si No a D</p>

INTENSITÀ DELL'IDEAZIONE	11	Nel corso della vita periodo in cui il soggetto ha avuto più tendenze suicide Più grave
Tipo di ideazione N° tipo (1-5) Descrizione dell'ideazione Baseline Ideazione più Grave:		
The following features should be rated with respect to the most severe type of ideation (i.e., 1-5 from above, with 1 being the least severe and 5 being the most severe). Chiedere in quali momenti il soggetto ha sentito di avere più tendenze suicide.		
Frequenza <i>Quante volte ha avuto questi pensieri?</i> 1. Meno di una volta la settimana 2. Una volta la settimana 3. 2-5 volte la settimana 4. Ogni giorno o quasi ogni giorno 5. Molte volte al giorno		
Durata <i>Quando ha questi pensieri quanto tempo durano?</i> 1. Passeggeri - pochi secondi o pochi minuti 2. Meno di 1 ora/un po' di tempo 3. 1-4 ore/molto tempo 4. 4-8 ore/la maggior parte della giornata 5. Più di 8 ore/persistenti o continui		
Controllabilità <i>Se voleva/vuole, riusciva/riesce a smettere di pensare ad uccidersi o a voler morire?</i> 1. Riesce facilmente a controllare i pensieri 2. Riesce a controllare i pensieri con poca difficoltà 3. Riesce a controllare i pensieri con qualche difficoltà 4. Riesce a controllare i pensieri con molta difficoltà 5. Non riesce a controllare i pensieri 0. Non cerca di controllare i pensieri		
Deterrenti <i>Ci sono delle cose - qualcuno o qualcosa (ad es. la famiglia, la religione, il dolore della morte) - che le hanno impedito di voler morire o di mettere in atto i suoi pensieri di suicidarsi?</i> 1. I deterrenti le hanno certamente impedito di tentare il suicidio 2. I deterrenti gliel'hanno probabilmente impedito 3. È incerto/a che i deterrenti gliel'abbiano impedito 4. I deterrenti molto probabilmente non gliel'hanno impedito 5. I deterrenti non gliel'hanno certamente impedito 0. Non pertinente; desidera solo morire		
Motivi dell'ideazione <i>Che tipo di motivi aveva per pensare di voler morire o di uccidersi? Era per mettere fine al dolore o al modo in cui si sentiva (in altre parole, non riusciva a continuare a vivere con quel dolore o nel modo in cui si sentiva) o era per attirare l'attenzione, per vendetta o per suscitare una reazione da parte degli altri? 0 entrambe le cose?</i> 1. Esclusivamente per attirare l'attenzione, per vendetta o per suscitare una reazione da parte degli altri. 2. Soprattutto per attirare l'attenzione, per vendetta o per suscitare una reazione da parte degli altri. 3. Sia per attirare l'attenzione, per vendetta o per suscitare una reazione da parte degli altri, che per mettere fine al dolore. 4. Soprattutto per mettere fine al dolore (non poteva continuare a vivere con quel dolore o nel modo in cui si sentiva). 5. Esclusivamente per mettere fine al dolore (non poteva continuare a vivere con quel dolore o nel modo in cui si sentiva). 0. Non pertinente		

COMPORAMENTO SUICIDANO

(Segni tutto ciò che è pertinente, purché si tratti di eventi separati: deve porre le domande su tutte le tipologie)

Tentativo concreto:

Un atto potenzialmente autolesivo commesso con almeno qualche desiderio di morire in seguito a tale atto. Il comportamento era stato pensato in parte come metodo per uccidersi. L'intenzione non deve essere necessariamente del 100%. Se c'è una qualsiasi intenzione/un qualsiasi desiderio di morire associato all'atto, allora può essere considerato un tentativo concreto di suicidio. **Non devono prodursi necessariamente lesioni o danni fisici**, ma basta che ci sia la possibilità di lesioni o danni fisici. Se una persona preme il grilletto mentre ha la pistola in bocca, ma la pistola è rotta e perciò non si determina una lesione, questo è considerato un tentativo.

Intenzione implicita: anche se un individuo nega l'intenzione/il desiderio di morire, lo si può dedurre clinicamente dal comportamento o dalle circostanze. Per esempio, da un atto altamente letale che chiaramente non è un incidente, non si può dedurre altra intenzione se non quella di suicidarsi (ad es. colpo di pistola alla testa, lanciarsi dalla finestra da un piano alto). Inoltre, se una persona nega l'intenzione di morire, ma pensa che quello che ha fatto poteva essere letale, si può dedurre comunque l'intenzione.

Ha tentato il suicidio?

Ha fatto nulla per farsi del male?

Ha fatto qualcosa di pericoloso che avrebbe potuto causare la sua morte?

Che cosa ha fatto?

Ha _____ come modo per mettere fine alla sua vita? Voleva (anche solo un po') morire quando ha _____ ?

Stava tentando di mettere fine alla sua vita quando ha? Oppure pensava che sarebbe potuto/a morire quando ha _____

Oppure l'ha fatto semplicemente per tutt'altre ragioni/senza **NESSUNA** intenzione di uccidersi (come ad esempio, per alleviare lo stress, per sentirsi meglio, per suscitare comprensione o per far succedere qualcos'altro)? (Comportamento autolesivo senza intenzione suicida) Se sì, descriva:

Il soggetto ha manifestato un comportamento autolesivo non suicidano?

Tentativo interrotto:

Quando la persona viene fermata (da una circostanza esterna) dall'iniziare l'atto potenzialmente autolesivo se *non fosse stato per quello, si sarebbe attuato un tentativo concreto*. Overdose di farmaci: la persona ha in mano delle pillole, ma le viene impedito di ingerirle. Una volta che abbia ingerito delle pillole, questo diventa un tentativo piuttosto che un tentativo interrotto. Spararsi: la persona ha la pistola puntata contro se stessa, ma qualcuno gliela toglie o le viene in qualche modo impedito di premere il grilletto. Una volta premuto il grilletto, anche se la pistola non spara, si tratta di un tentativo. Buttarsi: la persona è pronta a buttarsi, ma viene presa e portata via dal bordo. Impiccarsi: la persona ha il cappio attorno al collo, ma non si è ancora impiccata e le viene impedito di farlo.

Le è mai capitato di iniziare a fare qualcosa per mettere fine alla sua vita, ma qualcuno o qualcosa glielo ha impedito prima che lei potesse farlo veramente? Se sì, descriva:

Tentativo fallito:

Quando una persona inizia a mettere in atto un tentativo di suicidio, ma si ferma prima di aver effettivamente dato inizio ad un comportamento autolesivo. Gli esempi sono simili a quelli dei tentativi interrotti, ma in questo caso il soggetto si ferma da solo, invece di essere fermato da qualcos'altro.

Le è mai capitato di iniziare a fare qualcosa permettere fine alla sua vita e di essersi fermato/a prima di averlo fatto veramente? Se sì, descriva:

Nel corso della vita

N
o

° totale di tentativi

Si

No

Si No

—3f "No"

N° totale di tentativi interrotti

Si"

No

N° totale di tentativi falliti

<p>Comportamenti o atti preparatori: Atti o preparativi per mettere in atto un tentativo di suicidio imminente. Questo può includere qualsiasi cosa che vada oltre la verbalizzazione o l'ideazione, come ad esempio procurarsi il necessario per il metodo specifico (ad es. comprare le pillole, acquistare una pistola) o prepararsi a morire tramite suicidio (ad es. regalando le proprie cose, scrivendo un biglietto di addio). Ha fatto qualche cosa per mettere in atto un tentativo di suicidio o per prepararsi a uccidersi (come mettere da parte le pillole, procurarsi una pistola, regalare oggetti di valore o scrivere un biglietto di addio)? Se sì, descriva:</p>	<p style="text-align: center;">Si No D D</p>
<p>Comportamento suicidano: Il comportamento suicidario era presente durante il periodo di valutazione</p>	<p style="text-align: center;">Si No u a</p>

Rispondere solo nel caso di tentativi concreti	Data del tentativo più recente:	Data del tentativo più estremo/con la più alta probabilità di esito letale:	Data del primo tentativo:
Effettiva letalità/danni fisici: 0. Nessun danno fisico o danni fisici molto lievi (ad es. graffi superficiali). 1. Danni fisici lievi (ad es. eloquio rallentato, ustioni di primo grado, lieve sanguinamento, slogature). 2. Danni fisici moderati, necessaria l'assistenza medica (ad es. cosciente ma assonnato/a, parzialmente reattivo/a, ustioni di secondo grado, sanguinamento dai vasi sanguigni principali). 3. Danni fisici abbastanza gravi; necessario il ricovero ospedaliero e probabilmente la terapia intensiva (ad es. stato comatoso con riflessi intatti, ustioni di terzo grado su meno del 20% del corpo, forte perdita di sangue con possibilità di recupero, fratture importanti). 4. Danni fisici gravi; necessari il ricovero ospedaliero e la terapia intensiva (ad es. stato comatoso senza riflessi, ustioni di terzo grado su più del 20% del corpo, forte perdita di sangue con instabilità dei segni vitali, danni gravi a organi vitali). 5. Morte	Inserire il codice	Inserire il codice	Inserire il codice
Letalità potenziale: rispondere solo in caso di letalità effettiva=0 Probabile letalità per tentativi concreti in assenza di danni fisici (gli esempi seguenti, in assenza di effettivi danni fisici, avevano una letalità potenzialmente molto elevata: mettersi la pistola in bocca e premere il grilletto ma la pistola non spara, cosicché non provoca danni fisici; stendersi sui binari con un treno in arrivo ma spostarsi prima di essere investiti). 0 = Comportamento che difficilmente causerà lesioni 1 = Comportamento che può causare lesioni, ma che difficilmente può causare la morte 2 = Comportamento che può causare la morte nonostante le cure mediche disponibili	Inserire il codice	Inserire il codice	Inserire il codice

SCHEDA MONITORAGGIO RISCHIO
IN SEZIONE

SCHEDA MONITORAGGIO
Situazioni di rischio

Anno: _____ Mese: _____

Detenuto:

Cognome _____ Nome _____

	Rifiuto Vitto	Rifiuto Farmaci	Rifiuto Passeggi	Rifiuto Socialità	Palestra	Lavoro	Scuola	Insomnia	Tendenza all'isolamento
Lunedì *									
Martedì									
Mercoledì									
Giovedì									
Sabato									
Domenica									

*Indicare il numero del giorno

Data: _____

Il Compilatore

VALUTAZIONE GLOBALE DI RISCHIO DI ATTI AUTOLESIVI E/O SUICIDARI

C.IDEAZIONE SUICIDARIA

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

Durante il mese scorso ha:

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

Nel corso della sua vita:

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

VALUTAZIONE DEL TEST

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

Informare l'Ufficio Matricola indipendentemente dal livello di rischio

Il Medico
(timbro e firma)

La presente scheda di valutazione e decisione sarà inviata a tutti gli operatori penitenziari e sanitari i quali conformeranno con effetto immediato la propria azione alle indicazioni in essa contenute.

I responsabili dei vari settori e, prima di tutto, i capi Area avranno cura di impartire le necessarie disposizioni al personale dipendente che opera negli ambiti di rispettiva competenza, emanando le conseguenti disposizioni attuative.

Nessun operatore è autorizzato ad adottare interventi o ad impartire disposizioni contrastanti con le indicazioni elaborate dal presente Gruppo multi-professionale, salva l'urgenza derivante dalla sopravvenienza di elementi rilevanti, che comunque saranno sottoposti all'attenzione del Direttore per la conferma della decisione fino alla prima riunione utile del Gruppo S.O.S.

FIRMA Direttore o suo delegato-coordinatore	
Comandante reparto o suo delegato	
Capo Area trattamentale o suo delegato segretario tecnico	
Esperto ex art 80	
Medico di Sezione /di guardia	
Psichiatra	
Psicologo	
Funzionario giuridico-pedagogico	

FATTORI PROTETTIVI

	SI	NO
Buon Supporto Sociale		
Buon Supporto familiare		
Relazione sentimentale stabile		
Buona capacità di adattamento		
Compliance ai trattamenti		
Altro (Specificare)		

FATTORI DI RISCHIO SPECIFICI

- 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, specificandone 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;
- Comportamentale 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).