



REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA
(Istituita con L.R. 28/12/2006, n. 39)

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Struttura: SS. PROGRAMMAZIONE AZIENDALE
Proposta n. 4887144

Oggetto: Adozione “Piano Locale per la prevenzione delle condotte suicidarie nella casa circondariale per adulti di Foggia”.

Sulla base della istruttoria espletata dalla Dott.ssa Carmela Fiore, Dirigente della S.S. Gestione del Rischio Clinico, ed acquisita dal Dott. Michele Tamburrelli, Responsabile SS Programmazione Aziendale, viene relazionato quanto segue:

PREMESSO CHE:

- Con il D.P.C.M. del 1° aprile 2008 concernente “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” è stata data attuazione alla riforma della sanità penitenziaria. Gli allegati A e C del suddetto decreto hanno definito le azioni volte a realizzare la presa in carico sanitaria delle persone detenute ed il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). Nell’allegato A, in particolare, è stata riservata un’attenzione specifica al tema della presa in carico dei nuovi giunti ed alla prevenzione del rischio suicidiario.
- Il D.P.C.M. in parola ha, inoltre, istituito, presso la Conferenza Unificata, il Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria con l’obiettivo di garantire l’uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamentali nell’intero territorio nazionale.
- 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 recante “Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidiario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale” (Repertorio Atti n. 5/CU del 19/01/2012; recepito con DGR n. 1102 del 05/06/2012) che, concretamente, ha richiesto la definizione di specifici indirizzi operativi da sperimentare in ogni Regione e PP.AA., in almeno un Istituto Penitenziario per adulti e uno per minorenni. Le attività sono state oggetto di specifici monitoraggi che hanno evidenziato numerose criticità, prevalentemente connesse a impostazioni teoriche talora non appropriate, incostanza nella implementazione delle attività, rigida separazione delle competenze ed assenza di idonei monitoraggi o difficoltà nella loro realizzazione.
- È risultato, pertanto, necessario procedere ad un aggiornamento degli indirizzi precedentemente definiti, confluito nell’Accordo della Conferenza Unificata n. 81 del 27 luglio 2017 sul documento “Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti” (recepito con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1631 del 17



ottobre 2017). Detto documento prevede un modello organizzativo articolato su tre livelli di azione (nazionale, regionale e locale) in cui sono costantemente rappresentate le istituzioni sanitarie e penitenziarie.

RITENUTA la necessità di dare attuazione al Piano Regionale della Puglia per la prevenzione delle condotte suicide nel sistema penitenziario per adulti siglato dal Gruppo di lavoro interistituzionale per la Sanità Penitenziaria al fine di delineare il Piano Locale contemperando le linee guida nazionali e regionali con le risorse umane sanitarie/penitenziarie e organizzative disponibili, avvalendosi dell'esperienza maturata negli anni nella gestione della prevenzione del rischio suicidario delle persone detenute, tra i quali lo staff Multidisciplinare, le parti concordano sui contenuti del seguente.

RILEVATO CHE

- in data 11/04/2022, il Direttore Sanitario Aziendale costituiva, con nota prot. n. 0038616 dell'11/04/2022, il gruppo di lavoro operativo per la "Prevenzione condotte suicide nel sistema penitenziario territoriale";
- il piano locale veniva condiviso, a mezzo mail, tra i redattori per le opportune modifiche ed integrazioni; in data 18.11.2022 la Direttrice della casa circondariale di Foggia, dopo aver apportato ulteriori revisioni, inoltrava il documento, a mezzo pec, dandone formale approvazione.

RITENUTA, pertanto, la necessità di adottare il "Piano Locale per la prevenzione delle condotte suicide nella casa circondariale per adulti di Foggia" redatto dal gruppo di lavoro all'uopo costituito.

TANTO PREMESSO, si propone l'adozione dell'atto deliberativo concernente l'argomento indicato in oggetto, di cui ognuno nell'ambito della propria competenza, attesta la legittimità e conformità alla vigente normativa europea, nazionale e regionale;

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Antonio Giuseppe Nigri, nominato con deliberazione della Giunta Regionale Pugliese n.711 del 16.5.2022;

ESAMINATA e FATTA PROPRIA la relazione istruttoria della Responsabile della SS Gestione Rischio Clinico Dott.ssa Carmela Fiore e la proposta del Direttore della SS Programmazione Aziendale Dott. Michele Tamburelli

ACQUISITI i pareri del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

DELIBERA

Per i motivi esposti in premessa, che qui si intendono integralmente riportati, quanto segue:

- 1) di adottare il "Piano Locale per la prevenzione delle condotte suicide nella casa circondariale per adulti di Foggia", così come elaborato dal gruppo di lavoro, allegato alla presente delibera;
- 2) di disporre l'adozione nel carcere di Foggia, prevedendo l'inserimento degli allegati al presente piano, nei diari assistenziali attualmente in uso;



- 3) di disporre la diffusione a tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza ai detenuti, per il tramite del responsabile dell'Area Sanitaria e dell'Area Penitenziaria e del Comandante di reparto;
- 4) di notificare copia della presente deliberazione al responsabile dell'Area Sanitaria e dell'Area Penitenziaria e, per il loro tramite, ai singoli operatori sanitari;
- 5) di incaricare i referenti locali dell'Istituto Penitenziario di Foggia di monitorare l'osservanza della Procedura, con le modalità definite all'interno ella stessa;
- 6) di disporre che la procedura aziendale sia pubblicata sul sito web istituzionale, in apposita sezione relativa alla "UO Gestione del Rischio Clinico";
- 7) di dare esecutività immediata al presente atto con la pubblicazione dello stesso sul sito web aziendale.

Il Direttore Sanitario

F.to Dott. Franco Angelo Mezzadri

Il Direttore Amministrativo

F.to Dott. Michelangelo Armenise

Il Commissario Straordinario

F.to Dott. Antonio Giuseppe Nigri

ALLEGATI

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



Registrazione dell' annotazione di costo

Esercizio economico anno _____

Codice conto	Importo presente deliberazione	Totale annotazione di conto

IL DIRIGENTE AREA GESTIONE RISORSE FINANZIARIE

INVIO AL COLLEGIO SINDACALE	CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE
Protocollo n. _____ del _____ Il Funzionario _____	AFFISSA E PUBBLICATA ALL' ALBO AZIENDALE DI QUESTA AZIENDA ASL Dal _____ _____ _____ al _____ senza opposizioni Data _____ Il Funzionario _____

PER COPIA CONFORME AD USO AMMINISTRATIVO
Foggia _____ Il Responsabile _____



M MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

CASA CIRCONDARIALE DI FOGGIA



ASL Foggia

PugliaSalute

PIANO LOCALE

PER LA PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE NELLA CASA CIRCONDARIALE PER ADULTI DI FOGGIA

.....
a cura del Gruppo di Lavoro costituito da:

Per la ASL FG: Dott. Lorenzo Troiano, Dott. Matteo Giordano, Dott. Savino Dimalta, Dott. Luigi Pio Esposito, Dott.ssa Girolama De Gennaro, Dott. Domenico Trombetta, Dott.ssa Carmela Fiore; Dott.ssa Maria Silvestre.
Per l'Istituto Penitenziario di Foggia: Dott.ssa Giulia Margiulo.
Con la collaborazione del Prof. Antonello Bellomo, Policlinico OORR di Foggia.

ADOTTATO

1. Premessa	pag. 4
2. Campo di applicazione	pag. 6
3. Definizioni	pag. 6
4. Responsabilità coinvolte	pag. 6
4.1 Staff Multidisciplinare	pag. 6
4.1.1. Staff Multidisciplinare Straordinario	pag. 7
4.2 Referente locale	pag. 8
5. Rilevazione del rischio all'ingresso	pag. 8
5.1 Servizio Accoglienza Nuovi Giunti	pag. 8
5.1.1 Immatricolazione	pag. 9
5.1.2 Visita medica	pag. 9
5.1.3 Valutazione psicologica	pag. 10
5.1.4 Visita psichiatrica	pag. 11
5.1.5 Area Giuridico-Pedagogica	pag. 12
5.1.6 Sorveglianza Generale	pag. 12
6. Stratificazione del rischio e collocazione del detenuto	pag. 12
6.1 BASSO livello di attenzione	pag. 12
6.2 MEDIO livello di attenzione	pag. 13
6.3 ALTO livello di attenzione	pag. 13
7. Attenzione durante la detenzione – Sorveglianza	pag. 14
8. Modalità dei provvedimenti di Grande Sorveglianza e Sorveglianza a Vista	pag. 15
9. Diario del rischio suicidario	pag. 15
10. Gestione emergenza/urgenza	pag. 16
10.1 Equipaggiamento di salvataggio	pag. 16
10.2 Modalità di comunicazione	pag. 16
10.3 Allocazione e sostegno urgente	pag. 16

11. Formazione del personale	pag. 17
11. Monitoraggio	pag. 17
12. Diffusione del Piano Locale	pag. 17
13. Normativa di riferimento e bibliografia	pag. 17

ALLEGATI

Allegato 1 – Scheda di primo ingresso

Allegato 2 – Richiesta esami strumentali/visite specialistiche

Allegato 3 - Scheda adozione misure di vigilanza

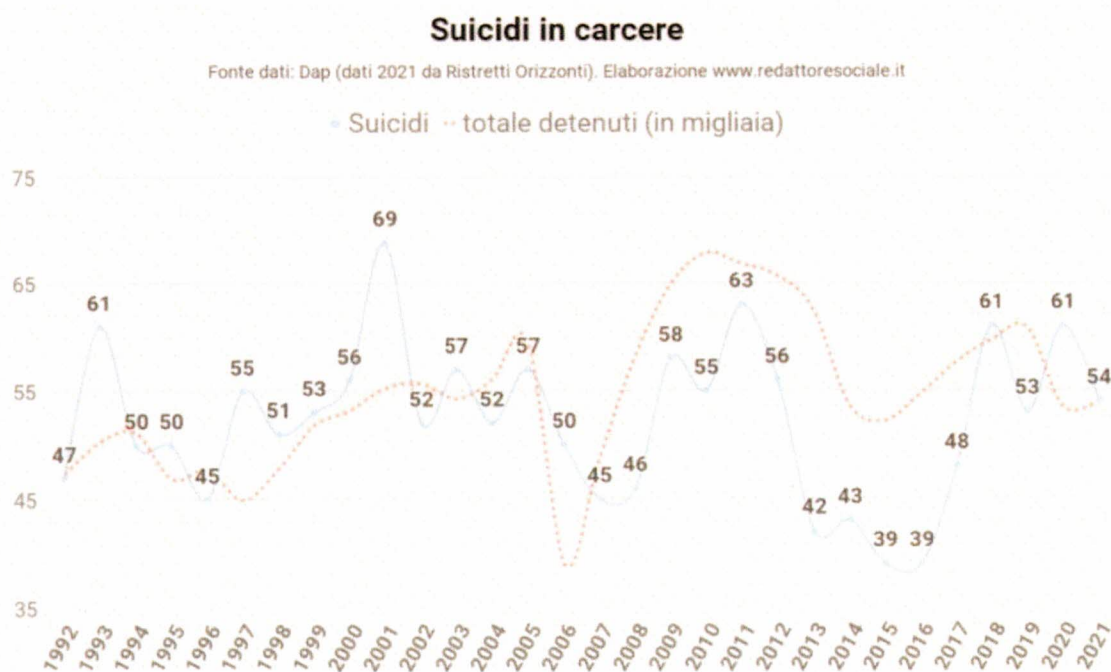
Allegato 4 – Diario del rischio suicidario

Allegato 5 – Modulo richiesta valutazione psichiatrica da parte del detenuto

1. PREMESSA

La condizione di reclusione è un'esperienza umana limite, che coincide da un lato con la perdita della libertà individuale e della propria autonomia e dall'altra con la frattura della continuità esistenziale attraverso la sottrazione dell'individuo dal corso della propria vita e dalla sua rete relazionale. "L'impatto psicologico dell'arresto e dell'incarcerazione, la paura di essere abbandonati da familiari e amici, la crisi di astinenza dei tossicodipendenti, la consapevolezza di una condanna lunga, lo stress quotidiano della vita in carcere, sono tutti elementi in grado di superare la 'soglia di resistenza' di una persona", infatti, è proprio nell'immediatezza dell'ingresso in istituto dalla libertà, o in occasione di cambiamenti significativi nelle proprie condizioni detentive, che si rileva un rischio maggiore di condotte autolesive o suicidarie.

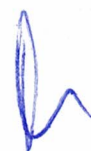
Esplicativi in tal senso, sono i dati sulle morti per suicidio in carcere nel periodo compreso tra il 1992 ed il 2021 che fanno riferimento a quelli pubblicati dal DAP (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria) del Ministero della Giustizia e, per il 2021, all'Osservatorio Permanente delle morti in carcere a cura di Ristretti Orizzonti.



Suicidi in carcere - Fonte: elaborazione Redattore Sociale sui dati Dap e Ristretti Orizzonti

I fattori di rischio per la popolazione detenuta si potrebbero elencare in questo modo:

- la posizione giuridica (sebbene quella di "condannato" sia a maggior rischio, la posizione di "imputato" è ad altissimo rischio nei primi 15 giorni di detenzione);
- tossicodipendenza;
- problemi di salute mentale;
- precarcerazione;
- isolamento o collocazione in cella singola (specialmente per gli stranieri);
- il secondo semestre dell'anno (la stagione più calda, "festiva");
- sieropositività;
- essere cittadini stranieri;



- sovraffollamento del carcere;
- la mancanza di una valutazione oggettiva del rischio suicidario.

I periodi di maggiore rischio sono:

- subito dopo la carcerazione (2-10 giorni);
- dopo 2 mesi e durante pene lunghe;
- il 60% circa dei suicidi riguarda reclusi da meno di un anno.

Inoltre, particolarmente a rischio, risultano i giovani al primo arresto.

La maggior parte dei tentativi di suicidio viene messo in atto in celle singole, di isolamento, in settori di massima sicurezza o in istituti di pena sovraffollati, in orari in cui diminuisce la vigilanza del personale, spesso nelle ore notturne.

Si uccidono più gli italiani degli stranieri, con un'incidenza del 35% circa sul totale dei detenuti, dove gli stranieri suicidi costituiscono il 16% ed i tossicodipendenti rappresentano, invece, il 31% dei casi in essere.

I vari significati del suicidio carcerario risultano differenziati nei vari studi di ricerca sulla base del carattere emotivo del gesto; esistono, infatti:

- suicidi anaggressivi (o autoaggressivi) caratterizzati da finalità autopunitive;
- suicidi aggressivi (o eteroaggressivi) caratterizzati, invece, da finalità eteropunitive;

nella prima categoria rientra il suicidio/fuga, nella seconda il suicidio inteso come vendetta, minaccia, ricatto.

Si può inoltre interpretare il gesto suicida in carcere, restituendo un possibile significato dell'atto:

- **significato di fuga:** il soggetto, attentando alla propria vita, cerca di fuggire da una situazione sentita come insopportabile;
- **significato di lutto:** il soggetto attenta alla propria vita in conseguenza della perdita (reale o immaginata) di un effettivo elemento della sua personalità o dell'ambiente che lo circonda;
- **significato di castigo:** il soggetto attenta alla propria vita per "espiare" un errore o una colpa, reali o immaginari;
- **significato di delitto:** il soggetto attenta alla propria vita per trascinare con sé, nella morte, un'altra persona;
- **significato di vendetta:** il soggetto attenta alla propria vita, sia per provocare il rimorso altrui, sia per infliggere all'altro "l'infamia della comunità";
- **significato di richiesta e ricatto:** il soggetto attenta alla propria vita per fare pressione sull'altro, ricattandolo;
- **significato di sacrificio e passaggio:** il soggetto attenta alla propria vita per raggiungere un valore o una condizione giudicata "superiore";
- **significato di ordalia e gioco:** il soggetto attenta alla propria vita per mettere in gioco se stesso, e mette in atto una sorta di sfida al destino in modo da poter rimettere la scelta tra la propria vita o la morte a un'entità "metafisica".

La riforma della sanità penitenziaria, ormai da tempo avviata a seguito del D.P.C.M. 1.4.2008, sta comportando la mobilitazione delle risorse e la reingegnerizzazione dei meccanismi di collaborazione delle istituzioni coinvolte a tutti i livelli nella gestione dei soggetti, adulti e minorenni, sottoposti a provvedimenti limitativi della libertà.

L'allegato A al D.P.C.M. 1.4.2008 contiene l'indicazione dei principi fondamentali della riforma ed in particolare riserva una specifica attenzione alla tematica della presa in carico dei nuovi giunti

e della prevenzione del rischio suicidario. Infatti tra gli Obiettivi di salute è presente anche “la riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l’individuazione dei fattori di rischio”.

Al fine di garantire gli obiettivi individuati dal Presidente, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 2133 il 22.12.2000 (Bollettino Ufficiale n. 16 del 29.01.2021) è stato approvato in via definitiva il “Piano Regionale della Puglia per la Prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti”. Detto documento prevede un modello organizzativo articolato su tre livelli di azione (nazionale, regionale e locale) in cui sono costantemente rappresentate le istituzioni sanitarie e penitenziarie.

Il Presente Piano costituisce la declinazione locale delle indicazioni fornite nel Piano Regionale ed è centrato sulla prevenzione delle condotte suicidarie in ambito penitenziario adulto negli Istituti Penitenziari della provincia di Foggia con l’obiettivo di affinare lo scambio delle informazioni acquisite, al fine di migliorare la conoscenza della persona e consentire allo staff multidisciplinare di costruire gli interventi più adeguati al caso specifico, predisponendo un piano di intervento condiviso riguardo al detenuto attenzionato.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Piano Locale verrà applicato presso le Case Circondariali di Foggia, Lucera e San Severo per la gestione della prevenzione del rischio suicidario delle persone detenute.

3. DEFINIZIONI

Evento Sentinella: evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, può comportare la morte o grave danno al paziente e determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario. Per la sua gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché si renda opportuna un’indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e determini l’implementazione di adeguate misure correttive da parte dell’organizzazione.

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

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

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

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

Suicidio mancato: gesto posto in atto con mezzi e modalità adeguate ai fini della lesività che non si consegue solo per circostanze impreviste.

Gesto Autolesivo: produzione di ferite autoinferte.

Contagio suicidario: fenomeno per cui un suicidio sembra determinarne altri, in una comunità, una scuola o un ambiente lavorativo.

4. RESPONSABILITÀ COINVOLTE

4.1 Staff Multidisciplinare

Lo “*Staff multidisciplinare di accoglienza e sostegno*” si compone del direttore che lo coordina, del medico incaricato o del medico SIAS (Servizio Integrativo di Assistenza Sanitaria), dell’infermiere, dello psicologo, dello psichiatra, del responsabile dell’area educativa, o di un suo ventuale delegato, e del comandante di reparto di polizia penitenziaria, o di un suo delegato. Viene integrato con la presenza di altri specialisti come: gli operatori del Ser.T., gli assistenti sociali e i mediatori culturali e/o sociosanitari, a seconda delle esigenze e dei problemi manifestati dal detenuto. Inoltre, ricorre – ove necessario – alla collaborazione esterna di operatori del volontariato con specifiche qualifiche.

Lo staff nella composizione prevista si riunisce periodicamente con cadenza quindicinale e comunque almeno mensilmente in caso di oggettiva impossibilità, prevedendo anche la possibilità di incontri immediati nei casi bisognosi di interventi urgenti.

Pertanto, ogni mese i componenti dello Staff (referenti dell’Area Sicurezza, dell’Area Trattamentale, dell’ASL, dell’U.E.P.E.) si riuniscono per la valutazione dei casi che, secondo quanto emerso dall’attività di osservazione costante dei singoli operatori, necessitano attenzione.

Tale strumento, dunque, permette di prendere in carico non solo i detenuti che manifestano difficoltà attraverso situazioni critiche, ma anche coloro che evidenziano problematiche rilevate attraverso colloqui formali con gli operatori e attività di osservazione quotidiana da parte del personale di P.P. (Polizia Penitenziaria).

Durante gli incontri di Staff, oltre a focalizzare l’attenzione sugli elementi che hanno determinato la presa in carico del detenuto, vengono verificati alcuni indicatori di probabili situazioni di disagio, come ad esempio la presenza e/o la frequenza di contatti con i familiari, la disponibilità al dialogo con gli operatori del trattamento, la presenza di elementi significativi presso l’istituto di provenienza.

Per quanto concerne il Personale di P. P., sarà coinvolto sistematicamente l’Ispettore Capo Coordinatore U.O. e, all’occorrenza, un suo delegato al fine di fornire un contributo alla conoscenza del detenuto, rispetto ai casi specifici da discutere in sede di Staff.

Tra le possibili strategie da mettere in atto è da rilevare la figura del “*peer supporter*” che si identifica in ambito penitenziario con la mansione lavorativa denominata assistente alla persona, ossia «detenuti formati per prevenire i suicidi in cella». Allo stato la proposta di affiancare un soggetto in condizioni di disagio è avanzata sempre dall’area Sanitaria e tale compito o mansione è attribuita ai soggetti che si dichiarano disponibili.

Le modalità di convocazione delle riunioni di Staff e di socializzazione degli interventi da attuare rimarranno quelle già in uso: formale convocazione dell’incontro a tutti gli operatori coinvolti, circa dieci giorni prima della data prevista e con i nominativi dei detenuti che saranno oggetto di discussione; invio successivo via mail del verbale, sottoscritto dagli intervenuti alla riunione, a tutte le parti convocate.

4.1.1. Staff Multidisciplinare Straordinario

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

Lo Staff è inoltre convocato dal referente locale all'esito di un evento infausto (suicidio) per la valutazione congiunta post-facto e per predisporre tutta la documentazione presente agli atti da mettere a disposizione dell'autorità giudiziaria e amministrativa. Contestualmente saranno attivati gli psicologi Asl o ex art. 80 O.P. per interventi di supporto psicologico nei confronti dei compagni di camera del soggetto autore dell'atto, esposti agli effetti post-traumatici dell'evento infausto.

4.2 Referente locale

Il referente locale, individuato nella figura del Direttore dell'Istituto Penitenziario o di un suo delegato, ha il ruolo di presiedere e coordinare gli incontri di staff e svolgere tutte le funzioni operative ad essi collegate:

- Convocazione degli incontri di staff (anche con modalità di convocazione straordinaria),
- Condivisione delle comunicazioni,
- Valutazione delle segnalazioni pervenute,
- Supervisione circa la gestione della scheda di segnalazione e diario del rischio suicidario e l'archiviazione della stessa da inserire nella cartella del detenuto presso l'ufficio matricola che sarà effettuato a cura del referente operativo locale (Funziario G.P. che ha in carico il caso),
- Monitoraggio del corretto svolgersi del procedimento avviato e delle azioni ad esso correlate.

Le segnalazioni al referente operativo perverranno mediante comunicazione del provvedimento di grande sorveglianza o sorveglianza a vista all'esito della valutazione del 1° ingresso (servizio nuovi giunti) o per effetto delle segnalazioni provenienti dai vari operatori nel corso della detenzione previa rivalutazione a cura dei sanitari per la rimodulazione del rischio suicidario.

Ricevuta la segnalazione il referente attiverà lo Staff Multidisciplinare (Area Sanitaria-Operatori penitenziari) e contestualmente sarà aperta la Scheda di Segnalazione rischio suicidario.

Tutti gli operatori interessati effettueranno i loro interventi nei confronti del soggetto e invieranno nel più breve tempo possibile tramite e-mail o mediante consegna a mano al Referente la parte di diario di competenza debitamente compilata.

5. RILEVAZIONE DEL RISCHIO ALL'INGRESSO

Per la prevenzione del suicidio, la prima azione è la identificazione di quei detenuti che presentano un elevato rischio suicidario.

Si sottolinea che la valutazione del rischio di suicidio è un processo continuo che non si esaurisce all'ammissione del detenuto ma che continua anche durante il regime di detenzione ed alla dimissione.

Per una efficace ed appropriata identificazione del detenuto a rischio, vanno previste le seguenti attività:

5.1. Servizio di Accoglienza Nuovi Giunti

All'ingresso in Istituto ogni soggetto è preso in carico dal Servizio di Accoglienza Nuovi Giunti. Tale servizio prevede le seguenti aree di intervento di seguito elencate che hanno cura di compilare la Scheda di primo ingresso per la propria parte d'intervento (allegato 1).

Resta inteso che le informazioni inserite nella scheda di primo ingresso trovano utilità nella gestione della persona nella fase d'ingresso al fine di evitare situazioni critiche e che, tuttavia, potranno essere oggetto di successive valutazioni.

5.1.1. Immatricolazione

All'atto dell'immatricolazione viene analizzato dalla Sorveglianza Generale unitamente ad un addetto dell'ufficio matricola il fascicolo personale del detenuto al fine di individuare i motivi di trasferimento, eventuali disposizioni in atto relative alla sua gestione (ad es. procedimenti disciplinari, provvedimenti dell'atorità Giudiziaria o di sorveglianza) o situazioni particolari che necessitano di attenzione (ad es. familiari, eventi critici pregressi ecc). La compilazione della scheda di primo ingresso (allegato 1) sarà effettuata dall'Ufficio Matricola negli orari di apertura, dal personale addetto al servizio di sorveglianza geneale negli orari in cui l'Ufficio Matricola è chiuso salvo avvalersi successivamente, ove occorra, degli addetti all'Ufficio Matricola.

5.1.2. Visita medica

Immediatamente, e comunque non oltre il giorno successivo all'ingresso in Istituto, si procede alla visita medica al fine di valutare lo stato di salute complessivo e l'eventuale rischio auto-eterolesivo. Per i soggetti prevenienti da altro istituto prenderà anche immediata visione del diario clinico.

Il medico durante la visita, effettua la valutazione del rischio suicidario (in un clima che favorisca la comunicazione tra operatore e paziente) verificando e registrando nella apposita sezione della scheda di primo ingresso (allegato 1):

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

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

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

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

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

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

In caso di individuazione di un livello di attenzione MEDIO/ALTO richiedere valutazione specialistica psichiatrica (allegato 2).

Il medico, sulla scorta delle risultanze della visita medica ed in virtù delle condizioni cliniche generali del paziente, ove sia ritenuta indifferibile l'adozione provvisoria di particolari misure di vigilanza (Grande Sorveglianza o Sorveglianza a vista), previa segnalazione in apposito modulo (allegato 3) ne da immediatamente comunicazione all'Ufficio della Sorveglianza Generale che impartirà immediatamente specifiche e formali disposizioni al personale addetto alla sezione detentiva, circa le modalità di vigilanza e osservazione del detenuto interessato, che saranno poi sottoposte al vaglio del Comandante del Reparto e del Direttore per la ratifica ed eventuali integrazioni.

Nei casi di rilevazione del rischio medio/alto, il referente operativo di prevenzione del rischio (Funzionario G.P. che in carico il caso), previa emissione del provvedimento anche provvisorio di grande sorveglianza a vista, attivato su segnalazione del medico, provvederà alla convocazione dello staff multidisciplinare nel più breve tempo possibile, e comunque non oltre 48 ore, attivando lo staff anche in composizione ristretta per i casi indifferibili.

Nelle more verranno previste le azioni di cautela corrispondenti al livello di rischio stimato secondo le indicazioni del medico

Il referente locale operativo avrà altresì cura di aprire il “diario del rischio suicidario” (Allegato 4) in cui verranno riportati i provvedimenti adottati e rivalutazione di quelli in corso, rispetto al singolo caso.

5.1.3 Valutazione psicologica

La scheda passa successivamente allo psicologo adeguatamente formato del Servizio di Accoglienza di Nuovi Giunti, il quale deve espletare gli interventi di competenza operando un ulteriore e mirato filtro finalizzato ad individuare eventuali aree di disagio del soggetto, valutazione da effettuare al massimo il giorno successivo all'ingresso, ovvero entro le 48 ore se l'ingresso avviene in giorno prefestivo.

Sulla scorta della valutazione posta in essere, lo psicologo pone indicazione ad eventuale supporto psicologico e qualora rilevi fattori di potenziale rischio, ad esempio disagio psichico, non emersi nella fase preliminare della visita medica, provvede ad immediata annotazione nell'apposita sezione della scheda di primo ingresso ed immediata comunicazione al medico in turno che rivaluterà le condizioni cliniche del detenuto ridefinendo il livello di attenzione: basso/medio/alto.

5.1.4 Visita psichiatrica

In caso di individuazione di un livello di attenzione MEDIO/ALTO si procede a valutazione specialistica psichiatrica (allegato 2).

La visita psichiatrica, finalizzata alla valutazione del rischio di suicidio, si basa su:

- Ricostruzione storica della vita del paziente (diagnosi clinica e valutazione psicosociale).
Bisogna porre attenzione a:
 - ✓ pregressi atti autolesivi e familiarità per il suicidio (il 30% ha già tentato il suicidio);
 - ✓ storia di abusi sessuali;
 - ✓ perdita precoce di una figura significativa;
 - ✓ avversità significative anche recenti (ad esempio un lutto familiare).
- Analisi delle caratteristiche anagrafiche e socioculturali del paziente:
 - ✓ sesso maschile (rischio maggiore);
 - ✓ età (compresa tra i 18 ed i 30 anni o superiore a 60);
 - ✓ isolamento sociale;
- Rilevazione di altri segni:
 - ✓ difficoltà di ragionamento
 - ✓ commenti o espressioni sul suicidio;
 - ✓ affermazioni concernenti l'assenza di speranza;

- ✓ assenza di significato della vita;
- ✓ inutilità, impotenza, disperazione, rabbia;
- ✓ bassa stima di sé;
- ✓ autodenigrazione;
- ✓ percezione che gli eventi siano catastrofici;
- ✓ ipergeneralizzazione;
- ✓ lettura degli eventi come fatti personali;
- ✓ agitazione, scarso controllo degli impulsi;
- ✓ ridotta capacità di giudizio;
- ✓ allucinazioni;
- ✓ senso di colpa;
- ✓ mancanza di progetti per il futuro.

Dunque lo psichiatra, afferente all'ASL, fornirà una valutazione definitiva rispetto al livello di rischio autolesivo ed eterolesivo (basso, medio, alto).

In virtù delle condizioni cliniche generali del paziente definisce o ridefinisce l'adozione di particolari misure di vigilanza (Grande Sorveglianza o Sorveglianza a vista), mediante compiazione di apposito modulo ed (allegato 3) immediata comunicazione all'Ufficio Comando preposto. Tale comunicazione alla Direzione del carcere deve avvenire a mezzo PEC.

Inoltre, all'esito della valutazione specialistica psichiatrica, deve essere stabilito se il paziente può ricevere cure adeguate nell'istituto o, in alternativa, richiedere il ricovero nel Reparto Detentivo dell'Ospedale Civile a carico del SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) contattare gli specialisti referenti del paziente sul territorio per ottenere informazioni dettagliate e concordare un percorso di cura che deve prevedere anche la possibilità di incontro tra paziente e medico di riferimento.

5.1.5 Area Giuridico-Pedagogica

La scheda di 1° ingresso sarà consegnata all'Area Giuridico-Pedagogica che effettuerà, in base a quanto emerge dai pregressi interventi, eventuali segnalazioni (Mediatore culturale – Esperti ex art. 80 O.P.- Volontari e altro).

Il Funzionario G.O. referente operativo locale, a seguito di provvedimento anche provvisorio che individua il livello di attenzione (grande Sorveglianza/Sorveglianza a vista), che sarà inviato a mezzo email all'area trattamentale a cura dell'Ufficio Comando provvederà quindi a predisporre la presa in carico da parte dello staff multidisciplinare di accoglienza e sostegno per l'individuazione di interventi condivisi, finalizzati alla gestione dei ristretti e al contenimento delle potenziali condotte auto/etero lesive.

La scheda di 1° ingresso all'esito di tutti gli interventi sarà consegnata all'Ufficio Matricola per l'inserimento nel fascicolo personale del detenuto predisponendo apposito sottofascicolo denominato "Sevizio nuovi giunti- Interventi staff multidisciplinare".

5.1.6 Sorveglianza Generale

L'allocazione nella camera di detenzione viene disposta dall'addetto alla Sorveglianza Generale, ove possibile di concerto con i Coordinatori delle Unità operative detentive, come da consuetudine

in base alle disponibilità di posti nei reparti detentivi, alla tipologia di reato e secondo l'organizzazione vigente che tiene anche conto di particolari esigenze legate alla sicurezza.

Solo qualora si rilevi da parte dei medici una criticità legata a fattori di rischio suicidario o a motivi di carattere strettamente sanitario (ad esempio pericolo di contagio di malattie infettive di vario genere) l'assegnazione al reparto sarà effettuata in base alle indicazioni dei sanitari.

Se si tratta di soggetto per il quale emerge subito concreta e motivata esigenza di evitare vita in comune la Sorveglianza Generale e ove possibile di concerto con i Coordinatori delle Unità operative detentive, su segnalazione dei Sanitari inoltrata a mezzo pec, individuerà una camera detentiva, priva di oggetti atti ad offendere idonea ad evitare che il soggetto possa compiere gesti autolesivi o aggressivi nei confronti del personale o degli altri ristretti. Tale allocazione può essere utile per coloro che richiedono, possibilmente per un limitato periodo di tempo, attento monitoraggio sanitario e/o custodiale, ma deve essere idonea ad allocare anche altro soggetto, in ausilio, con funzione di peer supporter (assistente alla persona) al fine di evitare la permanenza in isolamento possa esasperare la condizione di disagio.

In ogni caso, nelle certificazioni sanitarie di Grande Sorveglianza o di Sorveglianza a Vista o di "cella liscia", dovrà essere specificata la compatibilità dell'allocazione con lo stato di salute del detenuto a cura dell'area sanitaria. In tali casi l'Ufficio Comando dovrà predisporre i relativi provvedimenti e a tenere un elenco aggiornato di tutti i soggetti.

6. STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO E COLLOCAZIONE DEL DETENUTO

È possibile definire tre livelli di attenzione.

6.1 BASSO livello di attenzione

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

Collocazione

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

6.2 MEDIO livello di attenzione

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

Collocazione

Ubicazione in stanza con altro compagno possibilmente formato come *peer supporter*.

Si raccomanda di mettere in atto cautelativamente e con discrezione le misure di sicurezza ambientale e organizzativa al fine di ridurre la disponibilità dei mezzi suicidari comunemente più utilizzati.

Informare tutto il personale sul sospetto di potenziale rischio suicidario e garantire una osservazione accurata ma discreta sul comportamento del detenuto in modo continuativo.

6.3 ALTO livello di attenzione

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

Collocazione

Da valutare secondo il caso specifico e secondo gli accorgimenti da adottare a protezione del soggetto per il tempo ritenuto necessario.

Bisogna rimuovere dalla cella tutti gli elementi a valenza autolesiva ed utilizzare le lenzuola di carta.

7. ATTENZIONE DURANTE LA DETENZIONE - SEGNALAZIONE

Nel corso della detenzione un soggetto per svariati fattori può sviluppare un disagio ed eventualmente presentare un potenziale rischio suicidario/autolesivo ovvero compiere gesti autolesivi o tentativi di suicidio.

In tal caso se non è stato già individuato durante la fase di screening iniziale, oppure non è già stata consigliata una attenta Sorveglianza è indispensabile attuare un sistema interno di comunicazione rapida che permettesse di attivare gli operatori dello Staff al fine di intervenire tempestivamente nei casi per i quali sia effettivamente necessaria una presa in carico.

Tali circostanze si possono verificare quando sopraggiungono eventi stressanti nel corso della carcerazione (quali ad esempio interruzione delle relazioni familiari - litigi durante i colloqui con i congiunti - sentenze di condanna gravose e inaspettate - patologie di salute gravi emerse nel corso della detenzione), ovvero siano rilevabili comportamenti sentinella di un disagio (ad esempio: isolamento relazionale e rifiuto di socialità - crisi di pianto - irritabilità - scioperi della fame - elevata aggressività eterodiretta - grave disagio economico e altro).

In questi casi un ruolo fondamentale è svolto dal personale di Polizia Penitenziaria che opera a stretto contatto con i ristretti.

La condizione di disagio può emergere, inoltre, nel corso di colloqui con operatori dell'Area Trattamento: Funzionari G.P.- Esperti ex art. 80 Psicologici/Criminologi - Mediatori Culturali - Funzionari di servizio sociale.

Da considerare anche le segnalazioni di persone che a vario titolo interagiscono con i detenuti quali: Insegnanti - operatori di progetti - volontari - familiari.

Tutto il personale che interagisce con la popolazione detenuta è tenuto a raccogliere e condividere elementi utili, "segnali" di un probabile disagio e condividerli sia durante gli incontri programmati (Riunioni di Staff multidisciplinare, Equipe, G.O.T., ecc.) sia attraverso le vie brevi, se dovesse ravvisare la presenza di situazioni a rischio suicidario.

Il rilievo di situazioni stressanti e/o comportamenti "sentinella", di eventi autolesivi e di tentativi di suicidio devono essere segnalati, a mezzo pec e con espressa indicazione dei rilievi, al medico di turno che rivaluterà le condizioni cliniche del detenuto ridefinendo il livello di attenzione (basso/medio/alto).

In caso di individuazione di un livello di attenzione MEDIO/ALTO richiedere valutazione specialistica psichiatrica.

Il medico, sulla scorta delle risultanze della visita medica ed in virtù delle condizioni cliniche generali del paziente, ove sia ritenuta indifferibile l'adozione provvisoria di particolari misure di vigilanza (Grande Sorveglianza o Sorveglianza a vista), previa segnalazione in apposito modulo (allegato 3) ne da immediatamente comunicazione all'Ufficio della Sorveglianza Generale che

impartirà immediatamente specifiche e formali disposizioni al personale addetto alla sezione detentiva, circa le modalità di vigilanza e osservazione del detenuto interessato, che saranno poi sottoposte al vaglio del Comandante del Reparto e del Direttore per la ratifica ed eventuali integrazioni.

Nei casi di rilevazione del rischio medio/alto, il referente operativo di prevenzione del rischio (Funzionario G.P. che in carico il caso), previa emissione del provvedimento anche provvisorio di grande sorveglianza a vista, attivato su segnalazione del medico, provvederà alla convocazione dello staff multidisciplinare nel più breve tempo possibile, e comunque non oltre 48 ore, attivando lo staff anche in composizione ristretta per i casi indifferibili.

Nelle more verranno previste le azioni di cautela corrispondenti al livello di rischio stimato secondo le indicazioni del medico

Il referente locale operativo avrà altresì cura di aprire il “diario del rischio suicidario” (Allegato 4) in cui verranno riportati i provvedimenti adottati e rivalutazione di quelli in corso, rispetto al singolo caso.

Il detenuto, tramite specifica richiesta formulata mediante compilazione di apposito modello (allegato 5), può essere sottoposto a valutazione specialistica psichiatrica.

8. MODALITA' DEI PROVVEDIMENTI DI GRANDE SORVEGLIANZA E SORVEGLIANZA A VISTA

GRANDE SORVEGLIANZA

Il provvedimento di Grande Sorveglianza comporta:

- visite mediche almeno due volte a settimana;
- controllo durante l'assunzione di terapie farmacologiche;
- assidui controlli da parte del Personale di Polizia Penitenziaria addetto alla vigilanza della sezione detentiva;
- interventi di sostegno periodici da parte degli operatori dello Staff multidisciplinare.

SORVEGLIANZA A VISTA

Il provvedimento di Sorveglianza a vista comporta:

- visite mediche giornaliere, accessi frequenti degli operatori sanitari di supporto;
- controllo assiduo durante l'assunzione di terapie farmacologiche;
- controllo continuo anche a mezzo di videosorveglianza da parte del Personale di Polizia Penitenziaria;
- frequenti interventi di monitoraggio e sostegno da parte degli operatori dello Staff multidisciplinare.

I provvedimenti di Grande Sorveglianza e Sorveglianza a Vista dovranno comunque essere adottati per il tempo strettamente necessario e rivalutati in sede di staff Multidisciplinare.

9. DIARIO DEL RISCHIO SUICIDARIO

Il diario del rischio suicidario (allegato 3) è suddiviso per aree di competenza in modo che ogni professionalità possa dare il proprio apporto professionale e aggiornarla nel tempo.

Tale scheda è integrata dai verbali delle riunioni dello staff che diventeranno parte integrante della stessa e attesteranno gli interventi e le valutazioni degli operatori coinvolti.

Il Diario del rischio suicidario è gestito dall'area trattamentale, in particolare dal Funzionario G.P.(che ha in carico il cso secondo l'organizzazione dell'area denominato referente operativo locale) che curerà la tenuta del diario per i soggetti che ha in carico, secondo l'organizzazione dell'area.

Presso l'area trattamentale è predisposto uno schedario, suddiviso per lettere, nel quale custodire il diario del rischio suicidario dei detenuti presi in carico.

Nel caso in cui lo Staff ritiene cessate le esigenze di presa in carico di un soggetto, il Referente provvederà a darne comunicazione scritta all'Ufficio Comando, alla Matricola e all'Area Sanitaria.

Se la segnalazione iniziale è stata effettuata dalla Magistratura, la cessazione della presa in carico avverrà all'Autorità Giudiziaria per il tramite dell'Ufficio Comando.

All'esito degli interventi dello staff e a conclusione dell'iter relativo al rischio manifestato dal detenuto il diario del rischio suicidario sarà consegnato all'Ufficio Matricola per l'inserimento nella cartella del fascicolo personale, ovvero nel fascicolo denominato "Servizio nuovi giunti-Interventi staff multidisciplinare".

10. GESTIONE EMERGENZA/URGENZA

Nella gestione dell'urgenza correlata ad un tentativo di suicidio gli operatori coinvolti devono tenere in considerazione la gravità del gesto e le sue conseguenze potenziali. In tal senso occorre essere ben consapevoli del fatto che il tempo di reazione all'evento e la qualità dei primi soccorsi possono essere essenziali per fare la differenza tra la vita e la morte.

Le modalità operative nella condizione di emergenza/urgenza si articolano nelle seguenti fasi:

9.1 Equipaggiamento di salvataggio

Presso le sezioni detentive è presente strumentazione da utilizzare in caso di emergenza, compresi i defibrillatori. Nel merito si precisa che il personale regolarmente a contatto con i detenuti deve essere opportunamente addestrato nel BLSD (Basic Life Support Defibrillation).

I locali destinati alle infermieri in uso all'area sanitaria sono i seguenti:

Infermeria centrale (piano terra corridoio denominato pilotis);

Infermeria piano terra Giudiziario;

Infermeria 1° piano reparto Nuovo Complesso;

Infermeria Piano Terra Nuovo Complesso;

Infermeria 1° piano reparto femminile.

9.2 Modalità di comunicazione

Il personale di Polizia Penitenziaria che opera a stretto contatto con i soggetti detenuti in ogni reparto detentivo è dotato di telefoni portatili per favorire la comunicazione interne veloci in caso di eventi critici ed è inoltre dotato di radiotrasmittente. Di analoga dotazione è provvista l'area Sanitaria che potrà essere rapidamente informata e attivata per immediati interventi di competenza. La dotazione delle radiotrasmittenti verrà fornita dalla Direzione del Carcere.

Il personale a contatto con i detenuti deve 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.

9.3 Allocazione e sostegno urgente

L'addetto alla sorveglianza generale, nell'ipotesi di eventi gravi, ad esempio verificatisi nelle ore notturne o nei giorni festivi, dovrà raccomandare al personale in servizio nel reparto particolare

attenzione nei confronti del soggetto autore dell'evento critico, valutando la possibilità che non rimanga da solo e nel caso sensibilizzare i compagni presenti nella stanza di pernottamento.

11. FORMAZIONE DEL PERSONALE

L'ASL FG promuoverà in collaborazione ed in co-partecipazione delle risorse dell'Istituto Penitenziario di Foggia e rispettiva Amministrazione, un programma di formazione ed informazione diretto agli operatori coinvolti nell'assistenza ai detenuti al fine di fornire le adeguate conoscenze e competenze per la realizzazione efficiente delle azioni comprese nel Piano Locale.

Il personale regolarmente a contatto con i detenuti deve essere opportunamente addestrato nel BLSD mediante attività formative cicliche.

12. MONITORAGGIO

Ai fini della eventuale rimodulazione del presente Piano Locale, si procederà alla raccolta dei dati relativi a:

- nr. detenuti presenti (suddivisi per appartenenza ad alta sicurezza, media sicurezza, precauzionali, custodia attenuata, età, sesso, nazionalità, posizione giuridica);
- nr. di nuovi giunti;
- nr. di detenuti trasferiti da altri istituti;
- nr. di detenuti a rischio autolesivo/suicidario intenzionati dallo Staff;
- nr. di gesti autolesivi, suicidi e tentati suicidi.

I referenti locali dei tre Istituti Penitenziari afferenti alla ASL FG si devono riunire almeno una volta all'anno.

I dati devono confluire al Nucleo Regionale per la prevenzione del rischio suicidiario.

13. DIFFUSIONE DEL PIANO LOCALE

È necessario portare a conoscenza di tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza ai detenuti, il Piano Locale di prevenzione.

Per tali ragioni si prevede che:

- copia del Piano Locale sarà consegnato al responsabile dell'Area Sanitaria e dell'Area Penitenziaria in modo da essere portato a conoscenza ed essere consultabile da parte di tutte le persone che a vario titolo interagiscono con gli operatori delle aree e con la popolazione detenuta;
- il Comandante di reparto avrà cura di dotare tutte le postazioni di servizio di una copia del Piano, fermo restando la possibilità di poterne comunque prenderne visione presso i vari servizi d'istituto della Polizia Penitenziaria (Ufficio di Sorveglianza, Ufficio Comando, Ufficio Matricola).

14. NORMATIVA DI RIFERIMENTO E BIBLIOGRAFIA

- 1) "Prevenire il suicidio in carcere - Linee guida dell'OMS e la realtà italiana". Manuale per operatori penitenziari e sanitari. Dicembre 2012.
- 2) "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidiario nei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale". Presidenza del Consiglio dei Ministri. 2012.
- 3) "La prevenzione del suicidio nelle carceri", World Health Organization 2007.
- 4) Raccomandazione Ministeriale n. 4 "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale", Marzo 2008

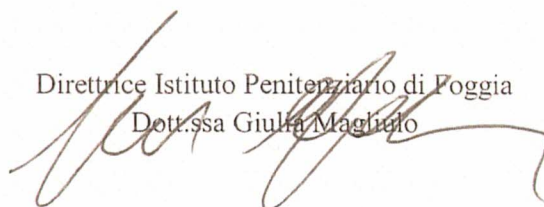
- 2) “Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario nei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”. Presidenza del Consiglio dei Ministri. 2012.
- 3) “La prevenzione del suicidio nelle carceri”, World Health Organization 2007.
- 4) Raccomandazione Ministeriale n. 4 “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”, Marzo 2008
- 5) LEGGE 8 marzo 2017, n. 24. “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17G00041) (GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017)
- 6) DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 dicembre 2020, n. 2133. Piano regionale della Puglia per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti (Accordo CU rep. Atti n.81 del 27.07.2017). Bollettino Ufficiale della Regione Puglia – n. 16 del 29-1-2021.
- 7) ACCORDO CONFERENZA UNIFICATA 19 gennaio 2012 (Gazzetta Ufficiale 10 febbraio 2012, n. 34) - Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante «Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale»
- 8) “Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviours”, APA (American Psychiatry Association), Practice Guidelines, 2003.

Foggia, 18 novembre 2022

Il Commissario Straordinario ASL FG
Dott. Antonio Giuseppe Nigri



Direttrice Istituto Penitenziario di Foggia
Dott.ssa Giulia Magliulo



Allegato 1 – SCHEDA DI PRIMO INGRESSO



MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

SCHEDA DI ACCOGLIENZA

Cognome _____ Nome _____
Figlio di _____ e di _____
Nato a _____ Provincia _____ il _____
Residente _____ Provincia _____ Via _____
Attività lavorativa _____ qualifiche professionali _____
Giunto alle ore _____ del _____ provvista _____
Titolo del reato _____ Pos. Giurid. _____ fine pena _____
Fine pena _____
Proveniente da libertà arresti domiciliari da altro istituto _____ altro _____
Motivo Ingresso _____ religione _____
Provvedimenti disciplinari in corso _____
Isolamento giudiziario _____
Differimento colloqui con difensore si no Censura corrispondenza si no
Pregresse esperienze detentive si no
Isolamento sanitario si no

Dichiarazioni

Addì _____ alle ore _____ il detenuto sopra richiamato reso edotto delle seguenti situazioni,

DICHIARA

Che in caso di comunicazioni urgenti le stesse potranno essere effettuate sulla seguente utenza telefonica _____
Intestata a _____ grado di parentela _____
Che del suo ingresso in questo Istituto _____ avvisare i propri familiari;
_____ a clan mafiosi - camorristici o altra organizzazione criminale;
_____ per la propria incolumità personale;
_____ divieti di incontro
_____ in cura presso Ospedali o C.S.M. per problemi psichiatrici.
Il detenuto dichiara di _____ fumatore
Per il reato indagato è coimputato con _____
Altre comunicazioni _____

Di ricevere copia del foglio dei diritti della persona arrestata scritto in lingua da lui conosciuta;
Di autorizzare, l'apertura in sua presenza, della posta personale in arrivo, al fine di verificare che all'interno di essa non vi siano oggetti o valori non consentiti dal regolamento di istituto; l'autorizzazione all'apertura esclude comunque, la lettura del contenuto.
- Di impegnarsi ad utilizzare gli oggetti di cui è consentito l'uso da parte del regolamento di istituto secondo lelegittime previsioni di utilizzo, in particolare dichiara di non unire più fornelli autoalimentati per formare maggiori volumi di fiamme e di non utilizzare le bombolette di gas per innescare incendi o scoppi e di non inalare il gas delle stesse, sollevando la Direzione da qualsiasi responsabilità per danni che ne potrebbero derivare dall'uso improprio al dichiarante e terze persone e/o a cose.
- Di essere stato messo messo a conoscenza del provvedimento che dispone la custodia in carcere nei suoi contenuti, così come previsto dall'art. 94 comma 1 bis del dispositivo di Attuazione del C.P.P.
Fatto, letto, confermato e sottoscritto in data e luogo di cui sopra.

Il verbalizzato

Il Verbalizzante

COPIA DEL PRESENTE MODULO VIENE CUSTODITO AL FASCICOLO PERSONALE DEL DETENUTO



SERVIZIO A.S.L.

Cognome _____ Nome _____ nato a _____ il _____

VISITA MEDICA DI 1° INGRESSO

data _____ ora _____

Diagnosi d'ingresso

Il nuovo giunto è in condizioni cliniche :

buone stabili necessita di invio presso il P.S. del locale ospedale

Indicazioni per l'allocazione del detenuto: **Cella Singola** si no

Presenta: preoccupazione somatica umore depresso/ instabile irritabilità/ nervosismo agitazione psicomotoria
 atteggiamento apatico sospettosità ostilità comportamento aggressivo auto/eterodiretto
 evidenti alterazioni del contenuto/forma del pensiero delirio ideazione persecutoria
 insicurezza della persona mancanza di collaborazione allucinazioni comportamento bizzarro

Anamnesi positiva per patologia psichiatriche: si no

quall: _____

Riferisce abuso di farmaci si no

Riferisce abuso di droghe o alcool si no

quall: _____

Attualità dell'assunzione si no

Riferisce abuso di droghe o alcool si no

quall: _____

Individuazione del livello di attenzione: non necessita al momento di attenzione specifica

<input type="checkbox"/> BASSO LIVELLO DI ATTENZIONE	<input type="checkbox"/> MEDIO LIVELLO DI ATTENZIONE	<input type="checkbox"/> ALTO LIVELLO DI ATTENZIONE
<input type="checkbox"/> sfumata sintomatologia	<input type="checkbox"/> anamnesi disturbi psichici	<input type="checkbox"/> sintomatologia psichiatrica acuta o sub acuta
<input type="checkbox"/> modalità chiaramente strumentali	<input type="checkbox"/> sintomatologia psichiatrica minore	<input type="checkbox"/> precedenti tentativi di suicidio
<input type="checkbox"/> gesti autolesivi non psicopatologici	<input type="checkbox"/> messa in atto di gesti autolesivi	
	<input type="checkbox"/> prima carcerazione	
	<input type="checkbox"/> età	

Richiesta visita psichiatrica si no programmata urgente

Si consiglia fino a nuova disposizione: Grande Sorveglianza Sorveglianza a vista

COMUNICAZIONE URGENTE AL REFERENTE DEL PIANO LOCALE PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO PER ATTIVAZIONE STAFF MULTIDISCIPLINARE E APERTURA SCHEDA DI SEGNALAZIONE RISCHIO SUICIDARIO MEDIO - ALTO	<input type="checkbox"/> effettuata	<input type="checkbox"/> si
		<input type="checkbox"/> no

L _____ ore _____ *Il Sanitario* _____



AREA PSICOLOGICA - PSICHIATRICA - SER.D.

detenuto _____ nato a _____ il _____

- Condizione emotiva: stabile lievemente instabile instabile
- Aggressività: eterodiretta autodiretta ridotta
- Evidenze psichiche: ansia fobia ossessioni somatizzazioni depressione spunti
- Tendenza sessuale: persecutori spunti deliranti stato dissociativo altro
- Autolesionismo: eterosessuale omosessuale complessa
- Autolesionismo: tentativi precedenti sì no
- Aspetti affettivo/relazionali:
- legami parentali primari presenti assenti conflittuali
- legami parentali attuali presenti assenti conflittuali
- Esperienze di istituzionalizzazione da minore: sì no
- Eventi/situazioni significative: _____
- _____
- _____
- _____

Valutazione complessive - proposte/indicazioni

**VISITA E VALUTAZIONE
PSICHIATRICA**

Individuazione del livello di attenzione: non necessita al momento di attenzione specifica

**BASSO LIVELLO DI
ATTENZIONE**

- sfumata sintomatologia
- modalità chiaramente strumentali
- gesti autolesivi non psicopatologici

**MEDIO LIVELLO DI
ATTENZIONE**

- anamnesi disturbi psichici
- sintomatologia psichiatrica minore
- messa in atto di gesti autolesivi
- prima carcerazione
- età

ALTO LIVELLO DI ATTENZIONE

- sintomatologia psichiatrica acuta o sub acuta
- precedenti tentativi di suicidio

Si consiglia fino a nuova disposizione: Grande Sorveglianza Sorveglianza a vista

il _____ ore _____

COMUNICAZIONE URGENTE AL REFERENTE DEL PIANO LOCALE PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO PER ATTIVAZIONE STAFF MULTIDISCIPLINARE E APERTURA SCHEDA DI SEGNALAZIONE RISCHIO SUICIDARIO MEDIO - ALTO	effettuata	<input type="checkbox"/> sì
		<input type="checkbox"/> no

**PRESIDIO SANITARIO
SER.D.**

al Sanitario Ser.D. Intramurario

il _____ ore _____



MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Direzione della Casa Circondariale di Lucera
AREA GIURIDICO - PEDAGOGICA

detenuto _____ nato a _____ il _____

ESITO COLLOQUIO - INDICAZIONI TRATTAMENTALI

INTERVENTI RICHIESTI

no

si

se sì quali:

mediatore culturale

esperto ex art. 80

UEPE

Staff Multidisciplinare

altro _____

Il Funzionario Giuridico Pedagogico

il _____ ore _____



VALUTAZIONI COMPLESSIVE

detenuto _____ nato a _____ il _____

L'addetto alla sorveglianza generale, valutate:

- la scheda compilata dall'Uff. Matricola
- la P.G. e il fascicolo personale
- le indicazioni del Sanitario
- la dichiarazione rese dal detenuto

dispone:

UBICAZIONE

Reparto semilibero	cella n.	#RUP	assegnazione provvisoria all'atto dell'ingresso IL PREPOSTO
1 ^a sezione			
isolamento (dalla st. 1 alla st. 5)	cella n.		
1 ^a accoglienza (dalla st. 6 alla st. 9)	cella n.		
Piano terra (dalla st. 10 alla st. 15)	cella n.		
1 ^o piano (sicurezza passiva)	cella n.		
2 ^o piano (riprovazione sociale)	cella n.		
2 ^a sezione			
1 ^o piano (sicurezza passiva)	cella n.		
2 ^o piano (riprovazione sociale)	cella n.		
3 ^o piano (riprovazione sociale)	cella n.		

Annotazioni della Sorveglianza Generale/Preposto:

U _____ *Il Sorvegliante Generale/Preposto*

Altre disposizioni

U _____ *Il Dirigente di Polizia Penitenziaria*

DECISIONE AUTORITA' DIRIGENTE

- Ratifica l'ubicazione e le disposizioni custodiali
- Non ratifica e dispone _____
- Altre valutazioni/indicazioni per la gestione del detenuto _____

U _____ *Il Direttore Poggiate*



MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

Reg. N. _____

Casa Circondariale di: _____

Si richiede per il detenuto _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> VISITA ORTOPEDICA | <input type="checkbox"/> ESAMI EMATICI DI ROUTINE |
| <input type="checkbox"/> VISITA ORL | <input type="checkbox"/> RX |
| <input type="checkbox"/> VISITA INFETTIVOLOGICA | <input type="checkbox"/> CONSULENZA SER.T. |
| <input type="checkbox"/> VISITA DERMATOLOGICA | <input type="checkbox"/> VISITA FISIATRICA |
| <input type="checkbox"/> VISITA PSICHIATRICA | <input type="checkbox"/> VISITA CARDIOLOGICA |
| <input type="checkbox"/> VISITA ODONTOIATRICA | <input type="checkbox"/> ECG |
| <input type="checkbox"/> VISITA OCULISTICA | <input type="checkbox"/> DOPPLER T.S.A. |
| <input type="checkbox"/> VISITA INTERNISTICA | <input type="checkbox"/> DOPPLER VENOSO ARTI SUP/INF |
| <input type="checkbox"/> VISITA PNEUMOLOGICA | <input type="checkbox"/> DOPPLER GRANDI VASI |

Li _____

Il sanitario

Allegato 3 – SCHEDA ADOZIONE MISURE DI VIGILANZA



**MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
DIPARTIMENTO DELL' AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA**

Reg. N. _____

Casa Circondariale di: _____

Detenuto _____

Si consiglia, fino a nuova disposizione: **Grande Sorveglianza**

Sorveglianza a Vista

Note: _____

Li _____

Il sanitario

Firma per ricevuta

Allegato 4 – DIARIO DEL RISCHIO SUICIDIARIO



MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
DIREZIONE CASA CIRCONDARIALE DI

DIARIO DEL RISCHIO SUICIDARIO

1) Compilazione a cura del Funzionario Giuridico Pedagogico

Cognome e Nome _____

Presa in carico dello Staff Multidisciplinare per

Segnalazione del:

- Sanitario
- Presidio Psicologico
- Operatori dell'area Trattamento
- Operatori dell'Area Sicurezza
- Magistratura

Altro _____

Segnalazione per

- Evento autolesivo -Modalità Dell'evento _____
- Tentato suicidio- Modalità dell'evento _____
- Rilevazione situazione stressante e/o comportamenti "sentinella" segnalati da _____ in data _____

Dati del Soggetto Detenuto

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Giunto il _____ da libertà – proveniente da altro istituto _____

Cittadinanza:

- Italiana

- Straniero Comunità Europea
- Extracomunitario con permesso di soggiorno
- Extracomunitario irregolare
- Difficoltà linguistiche si no
- Eventuale grado di difficoltà _____

- Prima carcerazione
- precedenti vicende giuridiche e detenzioni _____
- precedenti provvedimenti disciplinari _____

Udienze programmate o rinviate _____

Situazione Familiare: celibe –nubile- sposato/a-convivente-separato/a

Rapporti con l'attuale famiglia si no

Lavoro: stabile-saltuario –disoccupato

Scolarità

Valutazione Comportamentale

Il Funzionario Giuridico Pedagogico

Annotazioni del Mediatore Culturale (se trattasi di Straniero U.E O Extra U.E.)

Il Mediatore Culturale

Aggiornamenti



b) parte riservata all'area sicurezza (Coordinatori di reparto)

Problemi di vita carceraria dichiarati dal soggetto quali:

Allocazione attuale Sezione _____

camera di pernottamento condivisa _____

camera di pernottamento singola (motivazione)

Eventuali ulteriori osservazioni

Il Coordinatore Di reparto

Aggiornamenti



d) parte riservata all'area Sanitaria

Presenza di Patologie Psichiatriche Si No

Presenza di dipendenze Si No Presa in carico Ser.d Intramurario Si No

Presenza di altre patologie Si No

Abitudini di vita (uso di tabacco- alcolici o altre dipendenze) _____

Valutazione clinica/medica in caso di tentato suicidio o evento autolesivo

Firma

Valutazione psichiatrica

Firma

Aggiornamenti

d) parte riservata al Presidio Psicologico Asl

Precedenti ideazioni suicidarie? Si- No- Non accertato

Precedenti tentativi di suicidio? Si-No- Non accertato

Precedenti atti di autolesionismo? Si-No- Non accertato

Negli Ultimi giorni/mesi si sono verificati eventi stressanti? Si No Non accertato

Valutazione dello stato psichico

Firma

Aggiornamenti



Verbale di Riunione dello Staff

Cognome e Nome _____

Fattori di rischio rilevati

- Ambientali
- Comportamentali
- Psicologici
- Situazionali
- Specifici
- Altro _____

Valutazione del rischio:

- alta intenzionalità suicidaria e alta letalità del mezzo
- alta intenzionalità suicidaria e bassa letalità del mezzo
- bassa intenzionalità suicidaria e alta letalità del mezzo
- bassa intenzionalità suicidaria e bassa letalità del mezzo
- nessuna intenzionalità suicidaria e alta letalità del mezzo
- nessuna intenzionalità suicidaria e bassa letalità del mezzo
- nessuna intenzionalità suicidaria

Decisioni/azioni programmate

Foggia li

I componenti dello Staff Multidisciplinare





MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

MODULO RICHIESTA VISITA PSICHIATRICA

Reg. N. _____

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di

detenuto/a presso la Casa Circondariale di: _____

richiedo valutazione psichiatrica.

Note: _____

Li _____

Il/La detenuto/a
