



## ALLEGATOK alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/6

### Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

**1. Regione proponente:** Regione del Veneto

**2. Titolo del progetto:** Sperimentazione di un programma operativo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale.

**3. Linea progettuale:** All. A – Parte I, Linea n. 5 – “La Sanità penitenziaria”

#### 4. Referente

Dott. Lorenzo Rampazzo  
Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria  
Servizio Tutela Salute Mentale,  
tel. 041-2793490 fax 041-2793425  
email: [salutementale@regione.veneto.it](mailto:salutementale@regione.veneto.it)

Segreteria Regionale per la Sanità  
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia  
Tel. 041/2793457; Fax 041/2793491  
email: [segr.sanita@regione.veneto.it](mailto:segr.sanita@regione.veneto.it)

**5. Durata del progetto:** annuale

**6. Aspetti finanziari:** Importo imputato a valere sulla quota del FSN 2012: € 720.000,00

#### Contesto:

I disturbi della personalità sono una realtà diffusa negli istituti di pena. Molte patologie si manifestano nel corso della misura detentiva, alcuni individui infatti mostrano una particolare vulnerabilità ad essa. La letteratura scientifica mette in risalto come il suicidio in generale sia un fenomeno complesso che costituisce un grave problema di salute per la comunità e come esso sia una delle cause più comuni di morte nelle carceri.

Molte delle caratteristiche dei detenuti suicidi sono comuni a tutti gli altri detenuti, e pochi studi hanno identificato elementi in grado di distinguere i detenuti che commettono suicidio dal resto della popolazione carceraria.

Considerati come gruppo, i detenuti hanno tassi di suicidio più elevati rispetto alla comunità, presentano frequenti pensieri e comportamenti suicidari durante tutto il corso della loro vita, i detenuti in attesa di giudizio e i detenuti condannati hanno un tasso di tentativo di suicidio rispettivamente di 7.5 e 6 volte maggiore dei maschi nella popolazione generale.

Alcuni dati relativi alla popolazione carceraria aiutano a comprendere meglio la complessità del suicidio in carcere. Se nel 1975 i detenuti erano 30.000, nel 2008 avevano raggiunto i 57.000, nel 2009 si è toccata la quota di 60.000. In parallelo, il carcere è sempre più affollato di fasce emarginate, quali tossicodipendenti e giovani immigrati, particolarmente vulnerabili sotto l'aspetto bio/psico/sociale.

L'analisi dei dati ISTAT relativi ai decessi per suicidio nella popolazione carceraria nel quinquennio 2006-2011 evidenzia un numero pari a 50 nel 2006, 45 nel 2007, 46 nel 2008, 72 nel 2009, 66 nel 2010 e 66 nel 2011, con un'incidenza sulla popolazione detenuta mediamente presente in ciascuno degli anni in esame intorno allo 0,10%.

Mentre per quanto riguarda i tentativi di suicidio, si osservano frequenze molto più alte rispetto ai suicidi consumati (640 nel 2006, 610 nel 2007, 683 nel 2008, 700-750 nel 2009), con un'incidenza sulla popolazione detenuta mediamente presente nell'anno pari all'1,3% circa.

Gli atti di autolesionismo (4000-4500) nel 2009 sono posti in essere dall'8-9% della popolazione detenuta, mentre gli scioperi della fame assommano a 5.000 sempre nel 2009.

I risultati della rilevazione avviata dal Dipartimento per la Giustizia Minorile sulle condotte suicidarie attuate dai soggetti detenuti negli Istituti penali per i minorenni (IPM) nel periodo dal 2001 al 2008 hanno evidenziato un totale di 61 eventi, di cui 2 suicidi e 59 tentativi di suicidio.

Fra i paesi europei, rispetto al totale dei decessi in carcere, l'Italia ha un numero relativamente alto di comportamenti suicidali.

**Autolesionismo, Suicidi e Decessi nelle Carceri Venete – (Fonte: DAP – Sezione statistica)**

<b>ATTI AUTOLESIONISMO</b>					
<i>ISTITUTI PENITENZIARI</i>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012 (al 30/06/12)</b>
CC Belluno	29	23	68	4	5
CC Padova	2	14	64	12	12
CR Padova	59	68	140	13	8
CC Rovigo	5	3	2	0	0
CC Treviso	10	3	5	2	6
CC Venezia	20	40	32	14	8
CRD Venezia	1	0	2	3	0
CC Verona	90	85	76	21	18
CC Vicenza	4	1	8	2	9
<b>TOTALE VENETO</b>	<b>220</b>	<b>237</b>	<b>397</b>	<b>71</b>	<b>66</b>
Tasso/10.000 detenuti	738,5	739,2	1219,7	225,0	103,6
<b>TOTALE ITALIA</b>	<b>4928</b>	<b>5941</b>	<b>5703</b>	<b>5639</b>	<b>3617</b>
Tasso/10.000 detenuti	847,8	917,9	839,0	842,9	271,8

<b>TENTATI SUICIDI</b>					
<i>ISTITUTI PENITENZIARI</i>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012 (al 30/06/12)</b>
CC Belluno	1	0	7	5	0
CC Padova	1	7	6	3	4
CR Padova	2	10	19	4	4
CC Rovigo	2	0	1	0	0
CC Treviso	2	3	0	2	2
CC Venezia	0	12	15	9	5
CRD Venezia	0	1	1	2	1
CC Verona	12	7	10	9	9
CC Vicenza	2	2	4	5	4
<b>TOTALE VENETO</b>	<b>22</b>	<b>42</b>	<b>63</b>	<b>39</b>	<b>29</b>
Tasso/10.000 detenuti	73,9	131,0	193,5	123,6	45,5
<b>TOTALE ITALIA</b>	<b>683</b>	<b>944</b>	<b>1137</b>	<b>1003</b>	<b>637</b>
Tasso/10.000 detenuti	117,5	145,9	167,3	149,9	47,9

**Obiettivi:**

Vari studi dimostrano come l'avvio di programmi di prevenzione del suicidio nelle carceri si accompagni a riduzioni significative del numero dei suicidi e dei tentativi di suicidio, così pure un primo passo significativo verso la riduzione del numero di suicidi tra i detenuti è quello di creare un **“profilo”** in grado di identificare situazioni e/o gruppi ad alto rischio. Per esempio, la letteratura dimostra che i detenuti in attesa di giudizio si distinguono da quelli già condannati, avendo ciascun gruppo degli specifici fattori di rischio. La creazione di un profilo suicidario deve essere seguita da azioni di monitoraggio e dalla programmazione di interventi.

Per la buona riuscita di un programma di prevenzione sono fondamentali come da indicazioni dell'OMS (WHO, 2007):

- la formazione del personale penitenziario, mediante corsi di aggiornamento con frequenza almeno annuale, rivolti in particolare al personale appartenente al Corpo della Polizia Penitenziaria che è presente nell'arco delle ventiquattro ore, e costituisce la prima linea di difesa nella prevenzione del suicidio;
- la presenza di un servizio accoglienza per i nuovi giunti, nel contesto di una valutazione medico-psicologica condotta da professionisti secondo specifici protocolli, con una procedura di trasmissione delle informazioni acquisite a tutto il personale interessato, al fine di assicurare la valutazione del rischio e sollecitare, se necessario, un ulteriore intervento da parte di altri operatori, in particolare quelli del servizio psichiatrico;
- un'attività di osservazione protratta nel tempo da parte di tutto il personale coinvolto, con chiara definizione del ruolo dei diversi operatori e con particolare attenzione ai segnali di disagio psichico e/o volontà suicidaria, al comportamento tenuto durante i momenti di socialità per individuare problematiche di convivenza e relazione con i compagni di detenzione, a eventuali conflittualità emerse nei colloqui con i familiari, ecc.;
- una comunicazione efficace dei segnali comportamentali, che possono essere indicatori di rischio suicidario, tra le varie professionalità che a diverso titolo hanno contatti con il detenuto;
- la creazione di forme stabili e formalizzate di raccordo con i servizi psichiatrici del territorio, soprattutto in presenza di risorse di personale di supporto socio-psicologico non sufficienti rispetto ai bisogni espressi dalla popolazione detenuta.

Per quanto riguarda il “profilo”, l'OMS individua come gruppi vulnerabili più a rischio di suicidio i giovani maschi, le persone con disturbi mentali, le persone socialmente isolate, i soggetti con problemi di abuso di sostanze psicoattive, le persone con assenza di supporto sociale o familiare, i soggetti con precedenti suicidari (WHO, IASP, 2007). In Italia, agli inizi degli anni duemila, vari studi consentono di tracciare un profilo di rischio rispetto a variabili situazionali e ambientali (Manconi, 2002; Manconi, Boraschi, 2006; Buffa, 2008):

- ci si toglie la vita con maggiore frequenza nel primo anno di detenzione e la gran parte si concentra nei primi giorni e nelle prime settimane.
- segnali antecedenti il suicidio (“suicidi annunciati”)
- un numero inferiore di suicidi fra le persone definitive (si suicida di più chi è in attesa di rinvio a giudizio o di sentenza di primo grado o di appello)
- in carcere si uccidono per lo più giovani uomini, si evidenzia una più forte propensione al suicidio tra i 18 e i 34 anni.
- Il sovraffollamento degli istituti Penitenziari, il restringimento degli spazi e il deterioramento delle relazioni, insieme alla scarsità di opportunità, sono effettivamente correlabili non solo col suicidio, ma più in generale con l'autolesionismo.

- Nel documento del Comitato Nazionale per la Bioetica (2010) viene data molta importanza al modello stress-vulnerabilità nell'interpretazione del disordine psicologico del detenuto.

**Descrizione del Progetto:**

Nell'affrontare il problema del suicidio in carcere non si può prescindere né dalle particolari caratteristiche patogene/stressanti del contesto carcerario (sovraffollamento, restringimento degli spazi, ecc....) né dagli specifici livelli di salute psicofisica (deterioramento delle condizioni igieniche, deterioramento delle relazioni) delle persone detenute, più bassi di quelli della popolazione generale.

La prevenzione del suicidio nel contesto detentivo esige soprattutto la presenza di condizioni di vita accettabili, il riconoscimento nonché la necessità di farsi carico dei problemi di natura psichiatrica, il controllo sui fattori di rischio personali e ambientali accentuati da un contesto rigorosamente organizzato e fortemente spersonalizzante.

Dato che pochi studi identificano elementi in grado di distinguere i detenuti che commettono suicidio dal resto della popolazione carceraria (WHO, 2007) bisogna prestare attenzione a non utilizzare un approccio prevalentemente rivolto alla individuazione dei soggetti "a rischio", quale forma privilegiata di prevenzione del suicidio, perché questo vorrebbe dire perdere di vista l'individuazione delle conseguenze derivanti dall'interazione fra individuo e ambiente e favorire la psichiatrizzazione del suicidio in carcere e del detenuto stesso.

Importanti sono i raccordi con i servizi del territorio, Azienda ULSS prima di tutto, ma in questo senso andrebbero valorizzate eventuali risorse del Volontariato e del Terzo Settore.

La comunicazione tra gli operatori e l'organizzazione di sistemi di comunicazione tra i vari operatori penitenziari sono elementi che influenzano positivamente la vita nel carcere.

Un ambiente ed un clima sociale positivo (riduzione della violenza all'interno delle carceri e controllo dei fenomeni di prevaricazione e bullismo) possono essere determinanti nel modificare lo stato di disagio delle persone detenute.

Un adeguato livello di informazioni fin dall'inizio per il detenuto sulle regole della vita in carcere e l'individuazione di operatori con cui il nuovo giunto possa instaurare un dialogo fin dall'inizio possono aiutare molto in una fase particolarmente critica.

**Fasi e tempi delle azioni previste**

Il Programma si articola nelle seguenti azioni:

**Azione 1**

Valutazione e monitoraggio dei nuovi ingressi con particolare attenzione ai detenuti stranieri<sup>1</sup> (a cura degli operatori sanitari e penitenziari):

- Valutazione medica del nuovo giunto utilizzando la Scheda di "valutazione delle condotte auto-etero aggressive".
- Valutazione medico-psicologica del minore utilizzando la Scheda "detenuti nuovi giunti informatizzata al fine di prevenire rischi di autolesionismo/suicidio e favorire l'integrazione e la collaborazione tra sanitari, educatori e agenti di polizia penitenziaria".
- Rilevazione dello stato di salute dei detenuti, con particolare riferimento ai problemi di tipo psicologico e psichiatrico e all'uso/abuso di sostanze.
- Monitoraggio dello stato di salute con cadenza periodica.
- Osservazioni nel primo periodo del comportamento da parte degli agenti di polizia penitenziaria nel caso degli adulti, e degli educatori e agenti di polizia penitenziaria e dello psicologo nel caso dei minori.

**Azione 2**

Individuazione dei fattori di rischio (a cura di un gruppo di lavoro composto da operatori sanitari e operatori penitenziari):

---

- Individuazione dei fattori detentivi-strutturali e sanitari in grado di favorire la scelta suicidaria o autolesiva da parte delle persone recluse
- Individuazione e condivisione degli strumenti e delle azioni clinico-organizzative volte a prevenire azioni autolesive e suicidarie.
- Individuazione dei fattori detentivi-strutturali e sanitari in grado di favorire la scelta suicidaria o autolesiva da parte delle persone recluse.

In particolare, andranno esaminati:

- a) i fattori situazionali ed ambientali:
  - ingresso,
  - isolamento,
  - sovraffollamento,
  - ambiente conflittuale,
  - comportamenti violenti
  
- b) i fattori psicosociali:
  - età,
  - supporto sociale e familiare,
  - malattia psichiatrica,
  - abuso di sostanze,
  - condizioni di stress,
  - tratti personologici,
  - vulnerabilità psicologica,
  - malattie somatiche,
  - sentimenti di disperazione,
  - espressione di intenzionalità suicidaria.

### **Azione 3**

Individuazione degli interventi di tipo ambientale relazionale: (a cura di un gruppo di lavoro composto da operatori sanitari e operatori penitenziari):

- Ridurre l'inattività
- Curare il clima sociale tra i detenuti
- Favorire le relazioni interpersonali ed i contatti con l'esterno
- Sperimentare "Centri di Ascolto", ad esempio con risorse interne ed esterne (volontari e Terzo Settore) o reti informali di ascolto e supporto
- Valutare la possibilità di sviluppare gruppi di auto mutuo aiuto.

### **Azione 4**

Comunicazione efficace tra le varie professionalità (a cura dell'Unità operativa Sanità Penitenziaria e della Direzione dell'Istituto Penitenziario):

- Comunicazione e condivisione con il personale sanitario e penitenziario dei fattori di rischio individuati
- Comunicazione e condivisione con il personale sanitario e penitenziario degli interventi di tipo ambientale relazionale individuati
- Individuazione e condivisione degli strumenti e delle azioni finalizzate a migliorare la comunicazione tra personale sanitario e penitenziario e tra detenuti e personale
- Incontri multidisciplinari degli operatori sanitari e penitenziari, coinvolgendo quando necessario il personale esterno eventualmente coinvolto nella gestione dei detenuti
- Incontri (stile audit) con gli operatori sanitari e penitenziari dopo casi di suicidio o casi gravi di autolesionismo
- Funzionamento e condivisione, anche con il personale sanitario, dei risultati delle Commissioni previste dall'art. 27, comma 2 O.P. , nonché dall'art. 41 comma 6 e dall'art. 42 comma 6, R.E..

**Azione 5**

Formazione ed aggiornamento congiunto del personale sanitario e penitenziario rivolta soprattutto a chi opera a diretto contatto con i detenuti (a cura della Regione e del PRAP/CGM):

- Realizzazione di percorsi formativi su:
  - o gli elementi base del dialogo,
  - o gli aspetti psicologici, sanitari, organizzativi e comunicativi all'interno dell'equipe
  - o il rapporto tra gli operatori sanitari e gli operatori penitenziari.

**Cronogramma**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Azione 1												
Azione 2												
Azione 3												
Azione 4												
Azione 5												

**Risultati attesi**

- l'avvio della sperimentazione in tutte le strutture carcerarie per adulti e per minori presenti sul territorio della Regione del programma per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale;
- L'attivazione di specifiche modalità operative ed organizzative di intervento nei confronti del disagio che, sulla base delle competenze e delle responsabilità attribuite dalla normativa vigente alle Amministrazioni coinvolte, individuino sia le aree di coordinamento sia le specifiche attività che ciascuna di esse dovrà mettere in atto;

**Indicatori**

- Riduzione degli episodi di autolesionismo
- Riduzione dei casi di suicidio