



DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA, TURISMO, CINEMA, AUDIOVISIVO E SPORT
AREA AFFARI ISTITUZIONALI E CONTENZIOSO

Al Presidente del Consiglio
Regionale del Lazio

Al Consigliere regionale
Claudio Marotta

Alla Segretaria Generale

Al Dirigente della Segreteria generale
Area "Lavori Aula"

Via della Pisana, 1301
00163 ROMA

e, p. c. Al Capo dell'Ufficio
di Gabinetto

LORO SEDI

OGGETTO: Interrogazione a risposta scritta n. 280 del 9 aprile 2026, presentata dal Consigliere Claudio Marotta, concernente: *"Piano Regionale per la prevenzione dei suicidi nelle carceri."* – Risposta -

Con riferimento a quanto specificato in oggetto, si trasmette la risposta inviata dal Presidente della Giunta regionale del Lazio con nota prot. n. 436040 del 24 aprile 2026.

Cordialmente.

Il Direttore
Dott. Paolo Giuntarelli

La Dirigente
Dott.ssa Giuditta Del Borrello

DEL BORRELLO GIUDITTA
2026.04.27 11:14:39
CN=DEL BORRELLO GIUDITTA/
C=IT
O=REGIONE LAZIO
2.5.4.97=VATTI-80143490581

RP

RSA/2048 bits

GIUNTARELLI PAOLO
2026.04.28 10:24:17
CN=GIUNTARELLI PAOLO
C=IT
O=REGIONE LAZIO
2.5.4.97=VATTI-80143490581
RSA/2048 bits



REGIONE
LAZIO

IL PRESIDENTE

Alla c.a.

del Direttore della Direzione Regionale
Affari della Presidenza, Turismo
Cinema, Audiovisivo, Sport
Paolo Giuntarelli

e della Dirigente Area Affari Istituzionali e Contenzioso
Giuditta Del Borrello

e, p.c.

al Capo dell'Ufficio di Gabinetto
Giuseppe Pisano

Oggetto: Trasmissione riscontro alla interrogazione a risposta scritta n. 280 del 9 aprile 2026.

Gent.mi,

si trasmette la risposta all'interrogazione in oggetto, presentata dal consigliere *MAROTTA*,
concernente: "*PIANO REGIONALE PER LA PREVENZIONE DEI SUICIDI NELLE CARCERI*".

Cordiali saluti,

Francesco Rocca





**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Rete Integrata del Territorio

Presidente della Regione Lazio
Francesco Rocca

Oggetto: Riscontro a Interrogazione n. 280 del 9 aprile 2026 presentata dal Consigliere C. Marotta concernente “Piano Regionale per la prevenzione dei suicidi nelle carceri”

Al fine di contestualizzare quanto indicato in oggetto, si premette che la rete regionale dei servizi di sanità penitenziaria del Lazio (come da DGR n. 129/2021 e da DGR n. 466/2025) è inquadrata nell’ambito dell’assistenza territoriale ed è conforme anche a quanto previsto nell’Accordo sancito in Conferenza Unificata n.3/2015 sul documento “*Linee guida in materia di modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti: implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali*”. Attraverso la menzionata rete, è assicurata l’erogazione delle prestazioni necessarie a soddisfare i livelli essenziali di assistenza ai detenuti, comprensiva di tutte le funzioni assegnate alla Regione con il D.P.C.M. del 1° aprile 2008.

Gli Istituti Penitenziari (II.PP.) per adulti del Lazio sono 14 distribuiti su otto ASL per 6.600 detenuti, con capienza regolamentare prevista per 5.280 detenuti, con potenziali problemi di salute. È noto che il sovraffollamento è una criticità che impatta gravemente sulle condizioni di vita carceraria e, in molti casi, con ricadute negative sulle capacità di adattamento dell’individuo. Nello specifico, in considerazione dei posti di capienza regolamentare, il tasso di sovraffollamento negli Istituti Penitenziari del Lazio è pari a 130% (121% a livello nazionale) con un massimo a C.C. Regina Coeli (ASL Roma 1) del 184%.

Si evidenzia che i detenuti usufruiscono dell’assistenza sanitaria (secondo le disposizioni della vigente normativa di riordino della medicina penitenziaria di cui al decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 e dell’art. 11 della legge n. 354 del 1975 e successive modificazioni) e delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione e di garanzia della continuità terapeutica, attraverso il servizio di sanità penitenziaria presente in ciascun Istituto e garantito dalla ASL di competenza territoriale dell’Istituto stesso. Lo scopo della riforma (passaggio delle funzioni sanitarie svolte dall’Amministrazione Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale) che si è realizzata in diverse fasi e nel corso di molti anni, è di garantire i diritti di salute ai cittadini privati della libertà, nella stessa qualità e misura di quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza per i cittadini liberi. A tal fine, tutte le persone ristrette sono iscritte al SSR e sono escluse dalla compartecipazione alla spesa. L’assistenza sanitaria erogata all’interno degli Istituti penitenziari rientra nella medicina del territorio, nella rete dei servizi sanitari aziendali, e opera secondo lo sviluppo di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), mediante intervento multidisciplinare in rete con il territorio e l’ospedale, al fine di tutelare e promuovere la salute delle persone detenute, anche con i servizi sanitari esterni e con il supporto della telemedicina.

In merito alla interrogazione in oggetto e nella fattispecie al seguente punto: “(...) 1. *se la Regione Lazio abbia adottato e mantenuto aggiornato il Piano Regionale per la prevenzione dei suicidi nelle carceri previsto dal Piano Nazionale del 2017 e, in caso affermativo, quali siano le date di adozione e di ultimo aggiornamento*” si specifica quanto segue.

La regione Lazio nell’ambito della prevenzione del rischio suicidio in carcere ha approvato:

- “*l’Accordo con il Ministero della Giustizia DAP- PRAP del Lazio, con il quale sono state attivate specifiche sezioni di articolazioni sanitarie per la tutela intramuraria della salute mentale (DGR n.277/2012);*
- il “*Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio.*” (DCA n.26/2015);



- l'“Assistenza per la Tutela della Salute Mentale adulti in ambito penitenziario. PDTA” (DCA n.563/2017);
- l'Organizzazione dei servizi sanitari in ambito penitenziario adulti” (DGR n. 466/2025).

Si allega (n.1) la risposta al Dipartimento Affari Sociali e Autonomie della Presidenza del Consiglio relativamente al monitoraggio riguardante l'Accordo Rep. Atti n.81/2017.

Si osserva che i suddetti Atti che a partire dal 2017 hanno tenuto conto del Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario adulti, si basano sull'assunto che il trauma da carcerazione e le conseguenze di perdita affettiva, di promiscuità forzata, di mancanza di intimità, di malattia, di convivenza in luoghi ad alta densità di patologie diffuse, rendono la persona ad alto rischio sia per quanto riguarda la salute fisica che quella mentale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che il 32,8% della popolazione detenuta in 15 Paesi dell'Unione Europea soffra di disturbi mentali, di cui circa un terzo con patologia severa e cronica (schizofrenia, disturbo bipolare, autismo). Gli studi convergono che i Paesi che prevedono l'assistenza sanitaria pubblica nelle carceri, garantiscano la possibilità di intercettare una popolazione altrimenti sconosciuta e non trattata durante la libertà. Questo anche perché spesso, i soggetti che giungono nelle prigioni, vengono intercettati per la prima volta dai servizi sociosanitari, e ciò rappresenta una grande opportunità per il singolo ma anche per la collettività, di tentare un aggancio e proporre percorsi virtuosi a persone che altrimenti forse mai ne sarebbero venute a conoscenza. È proprio in questo range di popolazione più fragile, che ritroviamo soggetti con rischi più elevati di tentati e purtroppo anche riusciti, suicidi (DGR. 466/2025). In ambito di salute mentale in carcere, lo stato di salute/malattia del detenuto è ancor più collegato con le determinanti ambientali in cui si manifesta il disturbo stesso. L'ambiente influenza fortemente l'evoluzione del disturbo psichico, nonché le possibilità di recupero e di trattamento. Operare in ambito di salute mentale in carcere difficilmente può non impattare, prima o poi, con i vincoli e le caratteristiche valoriali, organizzative e funzionali della stessa istituzione penitenziaria. Organizzare quindi l'assistenza per la salute mentale in carcere deve tener conto di tali vincoli e individuare le opportune strategie per la migliore garanzia della salute individuale e collettiva.

Riguardo al punto 2. “quali e quanti tra i Piani Locali degli istituti penitenziari del Lazio risultino attualmente vigenti, scaduti o mai adottati”, si allega (n.2) “Appendice B – Quadro sinottico degli attuali Piani Locali di Prevenzione del rischio suicidario elaborati da ciascuna ASL” della DGR n. 466/2025.

I Piani Locali di Prevenzione emanati per ogni Istituto riportano differenze attribuibili sia alle caratteristiche specifiche dell'Istituto e della tipologia di popolazione ristretta, sia agli orientamenti organizzativi delle due principali Amministrazioni coinvolte: sanità e giustizia.

Riguardo al punto 3 “quali risorse umane e finanziarie la Regione abbia destinato, nelle ultime tre annualità, con specifica indicazione del numero di psicologi del SSN incardinati negli istituti”, di seguito è riportata la tabella fornita dall'Area Risorse Umane della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria. Si specifica che le unità indicate nella tabella, autorizzate dal 2024 ad oggi per ciascuna ASL, fanno riferimento a tutti i servizi aziendali quindi non sono esclusivamente per il carcere (la ASL Roma 2 non ha avuto autorizzazioni).

Tab. 1 Unità autorizzate dal 2024 ad oggi

ASL	Qualifica	Unità	Costo in Euro
Roma 1	PSICOLOGO	1	84.094
Roma 4	PSICOLOGO	8	672.752
Roma 6	PSICOLOGO	15	1.261.411
Viterbo	PSICOLOGO	7	588.658
Rieti	PSICOLOGO	5	420.470
Latina	PSICOLOGO	9	756.846
Frosinone	PSICOLOGO	4	336.376

Si intende tuttavia evidenziare che la criticità legata alla difficoltà di reclutare personale sanitario per le carceri, connotata da una dimensione nazionale, investe sia l'assistenza penitenziaria che quella specialistica, in particolare con riguardo alla psichiatria. Per consentire alle Aziende del SSR del Lazio di arruolare nuovi professionisti della salute mentale per tutte le esigenze del territorio, la Regione nel 2024, ha autorizzato varie procedure concorsuali per Dirigente Medico Psichiatria, Terapista della Riabilitazione Psichiatrica (TERP), Dirigente Psicologo e Infermiere (equipe sanitaria prevista per le Articolazione per la Tutela della Salute Mentale in carcere – ATSM).

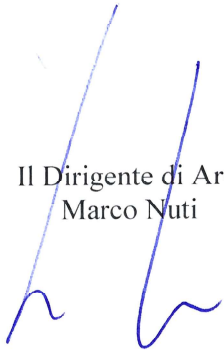
Riguardo al punto 4 *“se e come la Regione Lazio intenda raccordarsi con il DAP in merito alle nuove linee guida, nel rispetto delle competenze regionali in materia sanitaria, anche alla luce delle criticità sollevate dal Garante dei Detenuti del Lazio”*.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha indicato un requisito necessario per garantire efficienza ed efficacia dell'assistenza sanitaria all'interno degli Istituti penitenziari: la totale indipendenza dei servizi sanitari dall'Amministrazione penitenziaria nella piena uguaglianza dei diritti tra detenuti e i cittadini liberi. Sebbene in Italia la legislazione sulla tutela della salute dei detenuti sia stata una delle materie più controverse fin dall'istituzione dell'Ordinamento Penitenziario e spesso oggetto di acceso dibattito, con l'entrata in vigore del DPCM 1° aprile 2008 e il passaggio della tutela della salute dei detenuti dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute, l'assistenza alla popolazione detenuta è diventata parte integrante della rete assistenziale delle Regioni ed è erogata dalle AA.SS.LL. al pari di quella erogata per i liberi cittadini.

Il raccordo tra Amministrazione Penitenziaria e Sistema Sanitario è indispensabile soprattutto per i casi che presentano complessità cliniche e/o di rischio per la salute e la vita dell'individuo. La prevenzione del rischio suicidario nell'ambito carcerario è un obiettivo che riguarda sia l'Amministrazione della Giustizia che il Servizio Sanitario e si caratterizza per la scelta di metodologie di lavoro innovative al fine di perseguire obiettivi condivisi da entrambe le Amministrazioni attraverso l'integrazione delle reciproche competenze. Pertanto, si tratta di un obiettivo comune tra tutte le componenti istituzionali che concorrono ad assicurare la qualità di vita e la salute a tutta la popolazione a qualsiasi titolo detenuta.

Ciò premesso, è in corso una stretta collaborazione tra l'Osservatorio Regionale di Sanità Penitenziaria afferente all'Area Rete Integrata del Territorio della Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria e il PRAP – Provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria, riguardante la stesura/ aggiornamento degli “Indirizzi regionali di Prevenzione del rischio suicidario in ambito carcerario.

Si resta a disposizione per ogni ulteriore approfondimento.



Il Dirigente di Area
Marco Nuti



Il Direttore
Andrea Urbani



Antonia Tarantino
a.tarantino@regione.lazio.it

Allegato 1



**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione SocioSanitaria
Area Rete Integrata del Territorio

Al Dirigente Dott. Massimiliano Cosenza
Servizio: "Sanità, lavoro e politiche sociali"
del Dipartimento Affari Sociali e Autonomie
Presidenza del Consiglio

statoregioni@mailbox.governo.it

E, pc Ai Componenti del Tavolo di Consultazione Permanente
per la Sanità Penitenziaria

Oggetto: Accordo Rep. atti n. 81/CU del 27.07.2017 e Rep. atti n. 129/CU del 26.10.2017. Monitoraggio.

In relazione alla nota in oggetto, si invia come richiesto la scheda di monitoraggio debitamente compilata e sottoscritta sia in formato excel che in formato PDF, anticipata via mail il 20 novembre 2025 ai componenti del Tavolo di Consultazione Permanente.

Distinti saluti

Il Dirigente
Marco Nuti

Il Direttore
Andrea Urbani

Responsabile del procedimento
Antonia Tarantino - 06.5168.4377
a.tarantino@regione.lazio.it

Regione o PP.AA.: LAZIO		Accordo 81/CU/2017 (rischio suicidario penitenziario adulti)		Accordo 129/CU/2017 (rischio suicidario penitenziario minori)		Note	
- Recepimento ed attuazione formale							
Provvedimento di recepimento Accordo		NO (Indicare data prevista o stimata di recepimento) ___/___/___	SI	specificare estremi provvedimento: Atto cumulativo	NO (Indicare data prevista o stimata di recepimento) ___/___/___	SI X	specificare estremi provvedimento: DCA 359/2018
Eventuali successivi aggiornamenti o integrazioni		NO		NO			
		SI	specificare estremi provvedimenti: DCA 576/2017		SI	specificare estremi provvedimenti: in corso di definizione a cura del Tavolo tecnico delle ASL e del DGM	
2 - Definizioni e caratteristiche Piano regionale e Piani locali							
A-Definizione Piano regionale		SI	in corso di definizione con Osservatorio Sanità Penitenziaria		SI/NO	SI	
B - Piani locali per singola ASL e Istituto Penitenziario							
B - 1. Definizione formale		SI/NO	SI		SI/NO	SI	
B - 2. Verifica da parte del livello organizzativo regionale della definizione e della sottoscrizione dei protocolli operativi locali		SI/NO	SI		SI/NO	SI	
C - Conformità dei Piani alle caratteristiche essenziali							
C-1. Piena condivisione del complesso degli interventi da parte del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Amministrazione della Giustizia, coerente con l'evidenza che i comportamenti e le scelte autolesive e suicidarie sono prevalentemente da inquadrare come eventi derivanti dalle comuni condizioni di vita e non necessariamente da condizioni di patologia, rispetto ai quali le predette Amministrazioni concorrono in tutte le fasi degli interventi per le rispettive competenze.		SI/NO	SI		SI/NO	SI	
C-2. Implementazione di definite e dedicate organizzazioni funzionali a livello centrale, regionale e locale, costantemente integrate nelle professionalità e negli obiettivi;		SI/NO	SI		SI/NO	SI	
C-3. Regolare monitoraggio degli interventi (in particolare sul piano della valutazione di processo) e degli esiti		SI	Informatizzato: NO		SI	Informatizzato: NO	
C-4. Definizione di caso formalizzata e condivisa tra le Amministrazioni sanitaria e penitenziaria		SI	separazione dei comportamenti e delle scelte autolesive da quelle suicidarie: SI		SI	SI	
C-5. Esclusione di ogni forma di iniziale, prevalente e/o non mediato coinvolgimento dei servizi sanitari specialistici della salute mentale nelle attività		SI/NO	NO		NO		
C-6. Rilevazione del rischio		SI	all'ingresso: SI anche successivamente: SI		SI	all'ingresso: SI anche successivamente: SI	
C-7. Indicazione delle attività post-facto		SI/NO	SI		SI/NO	SI	
C-8. Indicazione delle attività di debriefing		SI/NO	SI		SI/NO	SI	
C-9. Previsione di attività di formazione e sua realizzazione		SI/NO	SI		SI/NO	SI	
		se SI, indicare le principali attività realizzate:	SI Formazione del personale sanitario, del trattamento e della polizia penitenziaria		se SI, indicare le principali attività realizzate:	SI. Inserimento tematiche inerenti il rischio suicidario in adolescenza nella programmazione della formazione della UOC	
D - Architettura e strutturazione organizzativa generale dei Piani (regionale e locali)							
D-1. Coinvolgimento dei previsti livelli locali		Tutti gli Istituti Penitenziari e le ASL	SI		Tutti gli Istituti Penitenziari per Minorenni (IPM), i Centri di Prima Accoglienza (CPA) e le Comunità Pubbliche dell'Amministrazione della Giustizia, e le ASL	SI	
D-2. Nomina referenti regionali		SI/NO	SI		SI/NO	SI	
		se SI, specificare provvedimento:			se SI, specificare provvedimento:		
D-3. Nomina referenti locali (per singola ASL e Istituto penitenziario)		SI/NO	SI		SI/NO	SI	
		se SI, specificare provvedimento:	SI		se SI, specificare provvedimento:	ASL Roma 1 dott.ssa Lucia Chiappinelli e referente IPM Casal del Marmo dott. Francesco Burrui	
D-4. Disponibilità di Aggiornamenti e monitoraggi dei protocolli locali e di dati epidemiologici, e di buone prassi locali		SI/NO	NO		SI/NO	SI	
		se SI, descrivere e/o allegare documentazione			se SI, descrivere e/o allegare documentazione		
Data compilazione		20/11/2025					
Firma		Antonia Tarantino					

Per i minori, il Piano regionale nel Lazio coincide con il piano locale essendoci un unico IPM sul territorio.

Allegato 2

Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 26 giugno 2025, n. 466

Approvazione del documento: "Organizzazione dei servizi sanitari in ambito penitenziario adulti".

Appendice B - QUADRO SINOTTICO SU PIANI LOCALI DI PREVENZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO

La Regione con successivo atto emanerà le linee guida coerenti con il Piano nazionale di prevenzione del rischio suicidario. Nel frattempo, si fornisce il quadro sinottico degli attuali piani locali di prevenzione elaborati da ciascun ASL.

ASL	Azioni supporto preventivo al rischio suicidario	Azioni trasversali Peer supporter	Staff Multidisciplinari	Tipologia di Sorveglianze
Roma 1 (Regina Coeli)	Durante l'Accoglienza, il medico compie una prima valutazione del rischio (Assente, Basso, Medio, Alto); lo psicologo effettua colloquio di accoglienza e inserisce, se necessario, in trattamento focale breve (Accoglienza prolungata) per il primo mese di detenzione. L'educatore di Area Giuridico Pedagogica (Amm. Penitenziaria) completa scheda di accoglienza per parte di competenza	Formazione e monitoraggio azioni di peer supporter	Gli staff stabiliscono le azioni di supporto individuali in base al livello di rischio e concordano sui livelli di Sorveglianza. Lo staff si riunisce in via ordinaria ogni 2 settimane, e in via straordinaria ogni 7 giorni (o quando necessario)	Automatismo tra livello di rischio e sorveglianza solo al momento di prima segnalazione. Successivamente, in base alle decisioni in staff, al medesimo livello di rischio possono corrispondere diversi livelli di sorveglianza, in funzione delle azioni di supporto che possono essere realizzate. Le variazioni di tipologia di sorveglianza sono stabiliti in staff.
Roma 2 (Rebibbia C.C., N.C. Femminile, Terza casa)	Durante l'Accoglienza, si compila la Check list per la valutazione R.S./autolesivo. Se presente, il medico e/o psicologo propongono: Sorveglianza 1) in compagnia di altri detenuti 2) da solo 3) ricovero in SPDC	Costruzione di reti di Peer Supporter o caregivers con corsi di formazione di 8 incontri Formazione del Personale sanitario e penitenziario.	Una volta a settimana in casi di R.S./autolesivo presente. Da rivalutare settimanalmente o quando la situazione sembra modificarsi	Se presente R.S./o Autolesivo, il medico e/o lo psicologo propone <i>Grande Sorveglianza o Sorveglianza a vista.</i>
Roma 4 Civitavecchia (C.C. e N.C.)	In fase di Accoglienza, la valutazione del R.S. viene fatta dal medico all'interno di una valutazione globale sulle condizioni psicofisiche generali. Se R.S. è presente, si farà segnalazione all'area della salute mentale e/o all'area delle dipendenze. L'approfondimento clinico da parte degli specialisti da realizzarsi appena possibile (il primo specialista della salute mentale presente in servizio). Qualora le condizioni cliniche del soggetto fossero tali da richiedere un ricovero, si applicheranno le norme che regolamentano il ricovero, volontario od	Durante tutte le fasi dell'iter detentivo, dalla fase di ingresso fino all'uscita del detenuto si prevede, in fase sperimentale, la compilazione di una scheda interistituzionale (sia di Area Penitenziaria che di Area Sanitaria) con la segnalazione di eventuali notizie necessarie per la gestione comune del detenuto. Lo scopo è quello di rilevare le situazioni significative da attenzionare al medico di guardia in	Se è stato rilevato un soggetto a rischio o problematico, sarà convocato d'urgenza, lo Staff multidisciplinare entro 72 ore dalla segnalazione del responsabile. Staff multidisciplinare ogni settimana; per l'Articolazione Psichiatrica femminile, ogni 15 gg	Se il R.S. è presente, si procede immediatamente alla richiesta di esecuzione della misura di sorveglianza, che dovrà essere curata nell'immediatezza dalla Sorveglianza Generale, su richiesta del Medico. <i>Grande sorveglianza medico-custodiale:</i> il medico effettua visita settimanale-, lo psichiatra effettua visita se necessaria, e lo psicologo integra i colloqui. <i>Grandissima sorveglianza medico-custodiale:</i> visita medica bisettimanale, visita psichiatrica almeno

	obbligatorio, nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC).	<p>qualunque momento della detenzione per il successivo screening, che potrà se ritenuto opportuno attivare la valutazione medico-specialistica. Formazione integrata per personale sanitario e dell'Amministrazione Penitenziaria.</p> <p>Corso dei Peer supporter.</p> <p>Incontri di Debriefing post evento in caso di verifica di eventi gravi e suicidi.</p>		<p>bisettimanale, visite psicologiche integrate;</p> <p><i>Sorveglianza a vista:</i> visita medica almeno bisettimanale; visita psichiatrica giornaliera, colloqui psicologici di sostegno e degli educatori quotidiani.</p>
Roma 6 (Velletri)	Il medico valuta il R.S./autolesivo e propone: o una valutazione psichiatrica e psicologica approfondita, o ricovero in SPDC. Segnala alla Direzione dell'Istituto il R.S. elevato.	<p>Formazione del Personale sanitario e penitenziario. In casi di R.S. presente, si valuteranno:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Affiancamento di un peer supporters. -Allocazione in stanza singola per i casi di R.S. elevato; in stanza condivisa se il R.S. è medio. -Valutazione di presenza/assenza di oggetti personali in stanza. -Integrazione dei colloqui di ascolto e supporto da tutti gli operatori penitenziari. -Potenziamento delle relazioni familiari. -Comunicazione alle figure di riferimento affettive all'esterno, compresi AG e/o Magistrato di Sorveglianza del R.S. elevato. 	Ogni qualvolta ci sia un R.S./autolesivo elevato	Segnalazione motivata di rischio alla Direzione che insieme alla Sorveglianza Generale deciderà la misura di Sorveglianza più adatta al soggetto.

Rieti	Il medico valuta il R.S./autolesivo e individua 2 percorsi: ricovero in SPDC, oppure Valutazione specialistica psichiatrica e/o psicologica.	Formazione del Personale sanitario e penitenziario.	Solo per i soggetti con RS/autolesivo alto o massimo	<p>Il medico individua la Sorveglianza in base al livello di R.S.:</p> <p><i>R.S. Medio:</i> visite mediche quotidiane possibilmente in co-presenza con psicologo. Visita Psichiatrica entro 48ore. Colloqui psicologici frequenti.</p> <p><i>R.S. Alto: Grandissima Sorveglianza:</i> visite mediche quotidiane in co-presenza con psicologo; visita Psichiatrica ogni 48 ore, frequenti colloqui psicologici di sostegno, colloqui con Assistente sociale. Si valuta anche la possibilità di TSO o ricovero in SPDC.</p> <p><i>R.S. Alto: Sorveglianza a Vista:</i> visite mediche quotidiane in co-presenza con psicologo; vis. Psichiatrica ogni 24 ore, frequenti colloqui psicologici di sostegno, colloqui con Assistente sociale. Si valuta anche la possibilità di TSO o ricovero in SPDC.</p>
Viterbo	Sensibilizzare tutti gli operatori Aumentare la circolarità dei flussi comunicativi. Collaborare con predisposizioni di Equipe multidisciplinari (PrIS - prevenzione suicidio: riunioni settimanali).	Formazione del Personale sanitario e penitenziario. Valutazione dell'allocazione del detenuto. Inserimento della figura di peer supporters.	2 volte al mese e in casi straordinari	In base al livello di R.S. medio, elevato o altissimo, la Sorveglianza sarà rispettivamente Grande, Grandissima e a Vista. Rivalutazione periodica in sede di Staff multidisciplinare.
Frosinone (Frosinone, Paliano, Cassino)	Il medico compie la valutazione R.S./autolesivo in Accoglienza. Lo psicologo esegue una valutazione generale. Monitoraggi periodici (anche in virtù di segnalazioni) dei detenuti a R.S./autolesivo valutati in Accoglienza o durante la permanenza in Istituto.	Gruppi per i Peer Supporter o Caregivers Formazione del Personale sanitario e penitenziario. ➤ Azioni di supporto in presenza di R.S./autolesivo: -Rimodulazione trattamento intramurario riabilitativo -Allocazione/	CC FR: ogni 15 gg o al bisogno; CR Paliano/Cassino: solo al bisogno	Il personale sanitario richiede alla Polizia Penitenziaria la <i>Sorveglianza Intensificata</i> ed eccezionalmente la <i>Sorveglianza a Vista</i> (per brevissimi periodi) in casi di R.S./autolesivo in soggetti con psicopatologia. La Polizia Penitenziaria può decidere la Sorveglianza negli altri casi sospetti.

		<p>riallocazione evitando isolamento ove possibile</p> <p>-Supporto alle istanze di trasferimento per motivi familiari o altro</p> <p>-Trattamento clinico/sanitario in presenza di psicopatologia</p> <p>-Inserimento, qualora possibile, in un programma di peer supporter</p>		<p>Controllo periodico da parte dello psichiatra/psicologo almeno ogni 15 gg o al bisogno e discusso al Primo staff multidisciplinare.</p> <p>Nella <i>Sorveglianza a Vista</i>, valutazione sanitaria almeno 2 volte al giorno per il mantenimento o meno della misura.</p>
Latina	<p>Il medico compie la valutazione R.S./autolesivo in Accoglienza. Lo psicologo esegue valutazione specialistica.</p> <p>Colloquio con Mediatori culturali in caso di barriera linguistica.</p>	<p>Costruzione di Unità di Crisi di Adattamento (1 psicologo ASL, 1 fgp, 1 Polizia Penitenziaria) che seguono il detenuto per un percorso di Accoglienza di almeno 1 mese.</p> <p>Formazione del Personale sanitario e penitenziario.</p>	<p>1 volta a settimana sui casi da attenzionare.</p>	<p>Il medico (dopo l'Accoglienza) richiede alla Sorveglianza Generale di attuare una tipologia di Sorveglianza:</p> <p><i>Grande Sorveglianza:</i> visite mediche generali settimanali, valutazione psichiatrica periodica in base alle esigenze. Lo psicologo integra i colloqui.</p> <p><i>Grandissima Sorveglianza:</i> visita medica e psichiatrica bisettimanale; lo psicologo intensifica i colloqui.</p> <p><i>Sorveglianza a Vista:</i> visite mediche genali quotidiane anche nei festivi e visita psichiatrica almeno bisettimanale. Il sostegno psicologico e del Fgp saranno quotidiani.</p>