



**REGIONE
PIEMONTE**

GIUNTA REGIONALE

Verbale n. 323

Adunanza 29 aprile 2019

L'anno duemiladiciannove il giorno 29 del mese di aprile alle ore 15:00 in Torino presso la Sede della Regione, Piazza Castello n.165, nella apposita sala delle adunanze di Giunta, si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Sergio CHIAMPARINO Presidente, Aldo RESCHIGNA Vicepresidente e degli Assessori Francesco BALOCCO, Monica CERUTTI, Giuseppina DE SANTIS, Augusto FERRARI, Giovanni Maria FERRARIS, Giorgio FERRERO, Antonella PARIGI, Giovanna PENTENERO, Antonino SAITTA, ~~Alberto VALMAGGIA,~~ con l'assistenza di Roberta BUFANO nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

E' assente l' Assessore: VALMAGGIA

(Omissis)

D.G.R. n. 30 - 8858

OGGETTO:

Organizzazione a livello regionale delle attivita' per prevenzione condotte suicidarie e gesti autolesivi in Istituti Penitenziari per adulti del Piemonte, indicazioni per i Piani Locali. Documento regionale per prevenzione rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunita', Linee di indirizzo per i Piani Locali. Recepimento Accordo CU del 26.10.17.

A relazione dell' Assessore SAITTA:

Con il D.P.C.M. 01.04.2008 viene posta in essere la riforma della Sanità Penitenziaria prevista dal decreto legislativo n. 230 del 22 giugno 1999 "Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419", volta a realizzare una più efficace assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, negli istituti penali per minori, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e negli ospedali psichiatrici giudiziari.

Gli allegati A e C del suddetto Decreto hanno definito, nel dettaglio, le azioni necessarie a realizzare, rispettivamente, la presa in carico sanitaria della popolazione ristretta negli istituti penitenziari e dei minorenni e giovani adulti sottoposti a provvedimento penale e il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari. Nell'Allegato A, in particolare, è stata riservata un'attenzione specifica al tema della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario.

Il D.P.C.M. 1 aprile 2008 (all. A) istituisce presso la Conferenza Unificata (C.U.) il Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, i cui compiti previsti, da sottoporre all'esame della stessa C.U., sono: l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti attuativi del DPCM; la predisposizione di indirizzi per favorire la realizzazione di programmi nei confronti dei detenuti e dei minorenni/giovani adulti sottoposti a provvedimento penale; la definizione di strumenti volti a favorire il coordinamento fra Regioni e Amministrazione Penitenziaria regionale.

Il Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria ha predisposto il documento "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli

internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”, approvato dalla Conferenza Unificata il 19 gennaio 2012.

Lo stesso Tavolo ha successivamente preso atto, attraverso specifici monitoraggi, della necessità di ampliare i contenuti del precedente documento, affinché risultasse maggiormente mirato alla prevenzione delle condotte suicidarie con modalità partecipate e condivise tra sistema sanitario e sistema penitenziario, dando seguito al “Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti”, sancito in Conferenza Unificata (C.U. n. 81) il 27 luglio 2017.

Il documento propone un’architettura organizzativa che prevede tre livelli in cui sono rappresentate costantemente le istituzioni sanitarie e penitenziarie: livello centrale, livello regionale e livello locale. Presuppone inoltre una serie di azioni da realizzare all’interno del territorio regionale, l’attivazione di una rete di referenti e la formalizzazione dei diversi gruppi che a livello regionale e locale si occuperanno dell’implementazione del Piano.

L’Accordo della C.U. 27 luglio 2017 invita le Regioni a formulare o rivedere e, ove necessario, adeguare i protocolli già redatti tra le rispettive parti, sulla base del precedente Accordo del 19.01.2012.

Il tema della prevenzione delle condotte suicidarie e comportamenti autolesivi è stato parimenti trattato nel contesto Penale Minorile con l’Accordo sancito dalla C.U. il 26 ottobre 2017 “Piano nazionale per la prevenzione del rischio autolesivo suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità”, che viene recepito con il presente provvedimento (Allegato C) per farne parte integrante e sostanziale.

L’attuazione dei suddetti Piani inerenti, rispettivamente, il “Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti” e il “Piano nazionale per la prevenzione del rischio autolesivo suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità” sarà oggetto di verifica, da parte del Tavolo di consultazione permanente della Sanità Penitenziaria, attraverso richiesta di specifici report annuali.

La Regione Piemonte ha recepito entrambi i Piani e dato mandato al Gruppo Tecnico Interistituzionale della Sanità Penitenziaria (GTISP), istituito con D.G.R. n. 45 -1373 del 27/4/2015, e s.m.i, di predisporre, in linea con le indicazioni dei rispettivi Piani Nazionali, attraverso specifici sottogruppi di lavoro, i documenti regionali prevedendo altresì l’adozione del Piano locale da parte delle strutture sanitarie penitenziarie del territorio.

I succitati documenti regionali:

- Organizzazione a livello regionale delle attività per la prevenzione delle condotte suicidarie e dei gesti autolesivi negli Istituti Penitenziari per adulti del Piemonte, indicazioni per la definizione dei Piani Locali;
- Documento regionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità e Linee di indirizzo

sono stati condivisi e approvati dal Gruppo Tecnico Interistituzionale della Sanità Penitenziaria in sede di riunione, il 7 febbraio 2019.

Nel corso dell’incontro si è concordato di istituire un gruppo di monitoraggio, così come atteso dagli stessi piani regionali, che prevede la partecipazione di alcuni componenti del GTISP e la fattiva collaborazione di altri soggetti per una loro specifica competenza. Il compito sarà quello di “monitorare e/o richiedere aggiornamenti/modifiche in merito ai Piani Locali per i quali verrà richiesta una reportistica annuale sintetica in merito all’attuazione degli indirizzi operativi, delle linee regionali e alle risultanze complessive del fenomeno, al fine dell’elaborazione di un

modello unico per la trasmissione dei dati a livello nazionale (Tavolo di Consultazione Permanente per la Sanità Penitenziaria)".

Conformemente alle indicazioni dei suddetti documenti di prevenzione, si intende rimarcare il ruolo primario della formazione, la necessità di definire un programma strutturato da realizzare a più livelli (regionale - locale).

Per quanto sopra esposto si ritiene necessario procedere all'approvazione dei documenti:

- Organizzazione a livello regionale delle attività per la prevenzione delle condotte suicidarie e dei gesti autolesivi negli Istituti Penitenziari per adulti del Piemonte, indicazioni per la definizione dei Piani Locali,
- Documento regionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità e Linee di indirizzo,

che vengono allegati al presente provvedimento per diventarne parte integrante e sostanziale;

Vista la D.G.R. n. 35-5907 del 10.11.2017.

Attestato che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

Attestata la regolarità amministrativa ai sensi della D.G.R. 1- 4046 del 17 ottobre 2016;

la Giunta Regionale, unanime,

d e l i b e r a

- di approvare i documenti:

- Organizzazione a livello regionale delle attività per la prevenzione delle condotte suicidarie e dei gesti autolesivi negli Istituti Penitenziari per adulti del Piemonte, indicazioni per la definizione dei piani locali;
- Documento regionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità, linee di indirizzo per i piani locali;

allegati (A e B e relativi allegati 1 e 2) al presente provvedimento per diventarne parte integrante e sostanziale;

-di recepire l'Accordo sancito dalla C.U. il 26 ottobre 2017 "Piano nazionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità" che si allega All C al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

- di demandare alle AA.SS.LL. sedi di carcere la definizione e l'attuazione dei Piani Locali per la prevenzione delle condotte suicidarie in collaborazione con le Direzioni degli Istituti Penitenziari di riferimento del Piemonte;

- di dare atto che la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(Omissis)

Il Presidente
della Giunta Regionale
Sergio CHIAMPARINO

Direzione Affari Istituzionali
e Avvocatura
Il funzionario verbalizzante
Roberta BUFANO

Estratto dal libro verbali delle deliberazioni assunte dalla Giunta Regionale in adunanza 29 aprile 2019.

cr/rn



Ministero della Giustizia
Dipartimento Amm.ne Penitenziaria
Provveditorato Regionale
Piemonte, Liguria e Valle D'Aosta

30-8858 29-4-2019
[Handwritten signature]

**ORGANIZZAZIONE A LIVELLO REGIONALE
DELLE ATTIVITA'
PER LA PREVENZIONE DELLE CONDOTTE
SUICIDARIE E DEI GESTI AUTOLESIVI NEGLI
ISTITUTI PENITENZIARI PER ADULTI
DEL PIEMONTE**

**INDICAZIONI PER LA DEFINIZIONE
DEI PIANI LOCALI**

[Handwritten signature]
1

INDICE

	Pag.
PREMESSA	3
TITOLO 1 - INQUADRAMENTO GENERALE	
1 Presupposti normativi	10
2 La rete dei referenti in Piemonte	12
3 Livelli di intervento	12
4 Elaborazione dei piani locali di prevenzione	13
TITOLO II – GLI ELEMENTI DEI PIANI DI PREVENZIONE	
1 Indicazioni per l'organizzazione delle attività di prevenzione del rischio suicidario	14
2 Procedure all'ingresso in Istituto	17
3 Riunione dello staff multidisciplinare per i livelli di attenzione medio-alti	21
4 Procedure in relazione ad eventi critici nel corso della vita detentiva	21
5 Protocollo operativo per l'urgenza	24
6 Sensibilizzazione della comunità detentiva	25
TITOLO III – EVENTO INFAUSTO	
1 Documentazione di un evento infausto	26
2 Debriefing	27
TITOLO IV – LA FORMAZIONE	28
TITOLO V - MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	
1 Monitoraggio eventi critici	31
2 Indicatori di processo	32
3 Buone prassi	33

Allegati



- 1) Scheda di Primo ingresso
- 2) Scheda di segnalazione e diario del rischio suicidario

PREMESSA

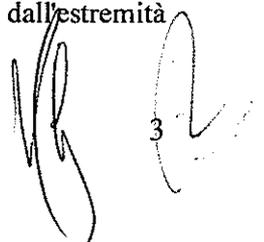
I più recenti studi sul fenomeno del suicidio in ambito penitenziario:
variabili stimolanti e variabili inibenti

Il **suicidio**, come già dimostrato dalle pionieristiche ricerche sul tema da Emile Durkheim (1897), si caratterizza come **fenomeno sociale**, necessario quindi di una comprensione che coinvolga il rapporto fra l'autore dell'atto e l'ambiente circostante. In questo senso, l'ambiente carcerario costituisce un universo che, più di altri, merita attenzione in relazione alle particolari modalità e significati che il gesto anticonservativo assume.

Nell'approccio al tema dell'autolesionismo e del suicidio in carcere, quello che si ravvisa è il prevalere di strategie di stampo "individualista", concentrate sulle motivazioni di colui che ha messo in atto il gesto autolesivo, *in primis* attraverso la ricerca di forme di disagio psichico nel percorso esistenziale della persona.

L'adozione di una prospettiva di carattere ambientale nella comprensione del fenomeno ha recentemente trovato nuova linfa grazie ai risultati raggiunti da alcuni studi, condotti soprattutto in ambito anglosassone e nordamericano, che hanno concentrato l'attenzione sull'ambiente carcerario e sulle pratiche penitenziarie al fine di verificarne la relazione con l'incidenza dei suicidi. Solo un terzo fra gli autori di suicidi negli istituti esaminati aveva un passato caratterizzato da disturbi psichiatrici riconosciuti, mentre tale percentuale era assai più significativa fra coloro che avevano commesso i medesimi gesti autolesivi in regime di libertà. Le indicazioni offerte dalle ricerche sul suicidio in carcere hanno quindi condotto alcuni studiosi a concentrare l'attenzione sulle pratiche penitenziarie, individuando il suicidio, assieme alla rivolta, come una forma di adattamento ambientale, di reazione estrema nei confronti dei regimi detentivi autoritari.

Alcuni autori (Parker, 2007), sono giunti a proporre una schematizzazione dei diversi stili di gestione penitenziaria. Il modello proposto si fonda su di un *continuum* al cui lato estremo si colloca lo **stile di gestione autoritario**, caratterizzato da una maggiore attenzione alla sicurezza fisica, da un rigido rispetto degli orari, da un largo utilizzo delle sanzioni disciplinari, incluso l'isolamento per i detenuti "difficili"; all'altro lato estremo, vi è invece il **modello liberale**, caratterizzato dall'utilizzo del concetto di "sorveglianza dinamica", fondata su rapporti di responsabilità collettiva. **Tali diversi modelli di gestione danno quindi vita a forme di adattamento differenti da parte dei reclusi.** Nei regimi più autoritari, quindi, il suicidio e la rivolta sono individuate come due forme di reazione, radicalmente diversi, ma accomunate dall'estremità del gesto messo in atto nei confronti dell'ambiente.



A) Regime detentivo autoritario: elementi caratterizzanti

- Maggiore importanza attribuita alla sicurezza fisica;
- Rigido rispetto degli orari;
- Ampio utilizzo delle sanzioni disciplinari;
- Utilizzo dell'isolamento per i detenuti considerati problematici.

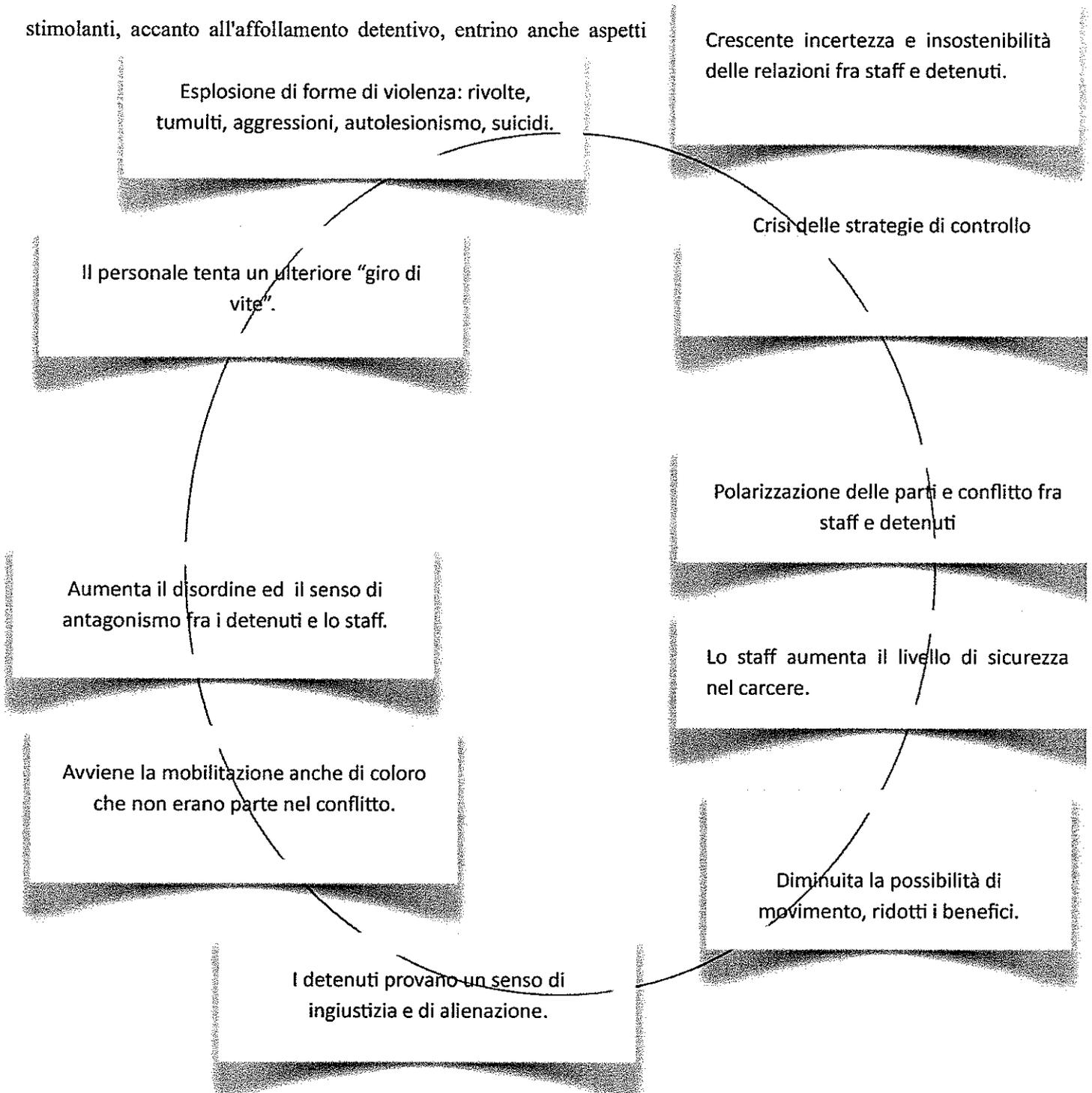
B) Regime detentivo responsabilizzante: elementi caratterizzanti

- Ampio utilizzo del “*Self Management*” fra i detenuti;
- Acquisizione del concetto di “Sorveglianza dinamica”;
- Responsabilità collettiva fra i detenuti.

All'interno di tale quadro teorico di riferimento, è significativo rilevare come Arjen Boin e William Rattray (2004) abbiano proposto un modello di “amplificazione della spirale della violenza”. Secondo gli autori, la spirale della violenza si svilupperebbe a partire da una progressiva insostenibilità delle relazioni fra i detenuti e lo staff penitenziario con una relativa polarizzazione delle parti; la reazione a tale forma di conflitto è l'imposizione di più rigide misure di sicurezza all'interno del carcere che portano ad un ulteriore inasprimento del conflitto, che si manifesta, tra l'altro, nella diffusione di una sensazione di ingiustizia e di alienazione fra i detenuti; il crescere di tale clima di antagonismo fra le parti, secondo l'interpretazione offerta, è la causa principale della perdita del controllo nelle relazioni fra detenuti e personale penitenziario; tale crisi organizzativa, infine, è in grado di generare reazioni estreme, quali appunto la violenza, i disordini, le rivolte, l'autolesionismo o i suicidi.

Il “circolo vizioso” che si viene potenzialmente a delineare può essere rappresentato come segue, per dare la rappresentazione sia dell'arbitrarietà del punto di partenza sia della circolarità delle reazioni interconnesse.

Pietro Buffa (2008, 2012) cercherà di ampliare tale prospettiva ambientale utilizzando numerosi dati raccolti dagli uffici statistici dell'amministrazione penitenziaria. Tale utilizzo di dati interni conduce l'autore ad integrare la prospettiva ambientale proposta da Boraschi e Manconi affiancando al tema del sovraffollamento una cornice di quelle che egli definisce come le **“variabili stimolanti”** e le **“variabili inibenti”** l'**autolesionismo**. Accade così che all'interno delle variabili stimolanti, accanto all'affollamento detentivo, entrino anche aspetti



strettamente legati alle scelte organizzative degli istituti, quali “il regime detentivo improntato a maggiore limitazione della mobilità quotidiana e a maggiore monotonia” o le “limitate o sporadiche relazioni con gli operatori penitenziari” o la “inattività prolungata”. Tale prospettiva assume quindi una veste

marcatamente organizzativa ponendo le scelte della Direzione del carcere come elemento decisivo, accanto ai fattori strutturali del sistema penitenziario e alle variabili soggettive della popolazione detenuta, nella produzione del “clima”, delle condizioni ambientali in grado di favorire o di contrastare il ripetersi di tali eventi.

Variabili stimolanti e variabili inibenti dell'autolesionismo (Buffa, 2008, p. 61)

Variabili stimolanti	Variabili inibenti
Promiscuità giuridica e penitenziaria	Omogeneità giuridica e penitenziaria
Affollamento detentivo	Disponibilità di spazi
Regime detentivo improntato a maggiore limitazione della mobilità e a maggiore monotonia	Regime detentivo aperto, articolazione delle giornate detentive
Grande disponibilità di strumenti e di opportunità per attuare i comportamenti auto-aggressivi	Limitata disponibilità di strumenti e opportunità per attuare i comportamenti auto-aggressivi
Inattività prolungata	Attività costante
Limitate e sporadiche relazioni con gli operatori penitenziari	Presenza di stabili e articolate relazioni con gli operatori penitenziari
Bassa qualità della vita relazionale	Buona qualità delle relazioni in genere
Limitata capacità di <i>resilienza (capacità di far fronte creativamente alle difficoltà)</i> Marginalità socio-individuale	Buon livello di <i>resilienza</i> associato ad un buon livello socio-individuale
Ripetuti trasferimenti di sezione o istituto	Stanzialità detentiva
In attesa di giudizio o condanna non definitiva	Condanna definitiva
Genere maschile	Genere femminile
Assenza di riferimenti affettivi esterni	Stabilità affettiva
Giovane età, straniero (Per l'autolesionismo)	Età adulta, cittadinanza italiana (Per l'autolesionismo)
Età adulta, italiano (Per il suicidio)	Giovane età, straniero (Per il suicidio)
Reattività comportamentale	Regolarità e stabilità comportamentale

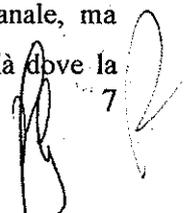
Sempre Pietro Buffa, nel suo ultimo lavoro sul suicidio in carcere, utilizza l'espressione "posizione universalistica", nel definire una **strategia di prevenzione del fenomeno** che, a fronte di una tendenza alla "psichiatria" del disagio carcerario, privilegi *"una prospettiva ecologica che considera la posizione del soggetto nell'ambiente di vita e la relativa interrelazione che ne scaturisce, contrariamente all'idea diffusa che il suicidio sia una manifestazione psicopatologica di un disordine individuale"* (2012, p. 91, corsivo dell'autore).

Naturalmente, nessuno degli studi richiamati è in grado di spiegare le profonde implicazioni psicologiche che accompagnano l'attuazione di un gesto estremo come il suicidio. Tuttavia, **il mutamento di prospettiva adottato è in grado di proporre una reale azione riformatrice nei confronti delle pratiche penitenziarie, là dove dimostrano come il disagio, la frustrazione, la violenza, non siano fenomeni ineluttabili all'interno degli istituti penitenziari, ma siano in qualche modo "amministrabili"**. In questo senso, il clima prodotto all'interno dell'ambiente detentivo appare in grado di favorire reazioni e pratiche di adattamento differenti. Tale prospettiva di ricerca si rivela quindi più efficace laddove è in grado di generare dei mutamenti nelle pratiche penitenziarie in grado di ridurre, per quanto possibile, la violenza intrinseca alla carcerazione.

È oramai dimostrato (Manconi, Torrente, 2012) come vi sia una correlazione fra un elevato indice di eventi critici (*in primis* di natura autolesiva, ma non solo) e il clima presente all'interno di una struttura penitenziaria. Sulla scorta della letteratura, ma anche dell'esperienza di chi opera nel campo dell'esecuzione delle pene, ne deriva che non tutte le carceri sono uguali. Esistono istituti "trattamentali" e altri "punitivi", istituti "aperti" ed altri "chiusi" ecc. Il fatto che un istituto si caratterizzi per un clima più o meno oppressivo, naturalmente, dipende da diverse variabili.

1. Una di queste, probabilmente la principale, è lo **stile di gestione delle dinamiche interne**. In quest'ottica ogni discorso sulla prevenzione dei fenomeni autolesionistici in carcere debba muovere dalla promozione del rispetto della dignità umana. Attraverso questa prospettiva, **pratiche quali la "sorveglianza dinamica", l'ampliamento di forme di responsabilizzazione dei detenuti, l'adozione di un modello disciplinare di carattere non autoritario, costituiscono** non solo delle modifiche organizzative volte a rispondere alle condanne della Cedu, ma anche e soprattutto **la prima forma di prevenzione dei fenomeni autolesionistici**.

Occorre quindi promuovere, se non imporre, pratiche di gestione degli istituti dove i movimenti negli spazi siano meno limitati, dove le persone detenute possano intraprendere iniziative in autonomia ecc. Detto in altre parole, il carcere è un luogo dove si verificano molti più suicidi rispetto all'esterno, anche e soprattutto in quanto istituzione totale. Una prima forma di prevenzione del suicidio è quindi quella di ridurre la cornice totalizzante dell'istituzione, movimentare le giornate, rendere il tempo meno opprimente. Naturalmente, in questa prospettiva, diviene fondamentale "riempire" il tempo della giornata. Anche da questo punto di vista è stato dimostrato (Buffa, 2012) come quelle sezioni dove maggiori sono le possibilità lavorative, ed in generale le attività offerte, minore è l'incidenza dell'autolesionismo. È uno schema quasi banale, ma cionondimeno scarsamente attuato nella galassia penitenziaria italiana, quello in base al quale là dove la



persona è impegnata, stimolata nelle attività, diminuisce la tensione e lo *stress* legato alla privazione della libertà.

2. La seconda variabile riguarda la **presa in carico delle persone “a rischio”**. Oggi si avverte una tendenza, già segnalata da Michel Foucault come uno dei tratti essenziali della carcerazione: la predisposizione di griglie, di moduli, di fascicoli che dovrebbero servire a creare un identikit del detenuto, un’anamnesi delle sue caratteristiche e problematiche. In realtà è stato dimostrato come l’enfasi verso le schedature porti ad una burocratizzazione delle pratiche, soprattutto là dove gli operatori devono gestire molti casi con poco tempo a disposizione (Miravalle, Torrente, 2016). Inoltre, la bulimica predisposizione di segnalazioni, cartelle, schede ecc. genera spesso quel fenomeno in base al quale gli operatori scrivono e segnalano, non tanto ai fini dell’effettiva tutela dei bisogni della persona in difficoltà, quanto per comprensibili esigenze di deresponsabilizzazione del proprio operato. Di conseguenza, **si registrano spesso reazioni standardizzate nei confronti di situazioni che necessiterebbero di un approccio maggiormente elastico.**

Si tratta in questo caso della necessità di **promuovere tra il personale la cultura del “prendersi cura” della persona in carico**. Il prendersi cura si distingue da un approccio deresponsabilizzante là dove, secondo quest’ultimo, ci si occupa della materiale sicurezza fisica della persona e di controllare che tutta la documentazione richiesta sia “a posto nel caso dovesse succedere qualcosa”.

Naturalmente si tratta di un processo molto complicato e di lungo periodo in quanto va ad incidere su pratiche adottate in maniera semi-automatica (pensiamo alla grande sorveglianza) da lungo tempo.

Tale approccio ha ovviamente anche un lato opposto della medaglia “nel caso in cui qualcosa dovesse accadere”. Se la prospettiva che si intende realmente adottare riduce la ricerca di una responsabilità individuale (nei confronti, per esempio, dell’agente che non è passato davanti alla camera detentiva o dell’operatore che non ha fatto una relazione) per concentrarsi maggiormente sulle dinamiche ambientali e sulla qualità del lavoro di squadra, allora non avrà molto senso analizzare, per esempio, il numero di colloqui fatti dall’educatore o dallo psicologo con la persona a rischio, ma piuttosto la presenza generale in sezione da parte degli stessi e degli altri operatori afferenti allo staff multidisciplinare, il loro attivismo nelle relazioni con il mondo esterno e nella ricerca di soluzioni che affrontino la natura dei problemi.

Si potrebbe, a questo punto, ipotizzare di visualizzare e attuare un “Circolo virtuoso” di questo tipo:

Aumento delle possibilità di movimento da parte dei detenuti

Regime aperto con "sorveglianza dinamica" e attività variegate

Clima detentivo più disteso e gestito "con attenzione"

Clima responsabilizzante e non infantilizzante

Minor necessità e ricorso ai trasferimenti, all'autoritarismo e ai provvedimenti disciplinari

Relazioni stabili ed articolate con operatori e volontari che supervisionano le attività

Minor ricorso all'autolesionismo

Attenzione alle dinamiche relazionali e presa in carico personalizzata dei "casi a rischio"

Possibile coinvolgimento di peer supporter

9

TITOLO I

INQUADRAMENTO GENERALE

1. Presupposti normativi

Il D.P.C.M. 01/04/2008 (pubblicato in G.U. 30 maggio 2008, n. 126) ha disciplinato "le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria".

I relativi Allegati A e C hanno definito, nel dettaglio, le azioni necessarie a realizzare, rispettivamente, la presa in carico sanitaria negli istituti penitenziari e il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari. Nell'Allegato A, in particolare, è stata riservata un'attenzione specifica al tema della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario.

Prevenire il rischio di suicidi in ambito carcerario è un obiettivo condiviso tanto dall'Amministrazione della Giustizia quanto dall'Amministrazione della Salute, ed è caratterizzato dalla scelta di metodologie di lavoro con caratteristiche di innovatività, comune perseguimento degli obiettivi ed integrazione delle reciproche competenze.

La stessa normativa di riforma della sanità penitenziaria prevede espressamente che i presidi sanitari presenti in ogni istituto penitenziario debbano adottare procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà e di mettere in atto gli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo.

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 suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" (Repertorio Atti 5/CU del 19/01/2012; Allegato A) 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.

È in questo contesto che si può sinteticamente individuare la ratio delle implementazioni, successivamente realizzate dalle Regioni e dalle PP.AA., dell'intera attività di sperimentazione collegata alle Linee di indirizzo suddette.

Le attività che sono state oggetto di specifici monitoraggi realizzati sia dalle singole Amministrazioni coinvolte nel processo che dal Tavolo di Consultazione Permanente per la Sanità Penitenziaria, istituito fin dal 2009 presso la Conferenza Unificata, hanno evidenziato come nella maggior parte del territorio gli interventi avviati siano stati focalizzati sull'effettuazione di una rilevazione personalizzata, innanzitutto a ridosso dell'ingresso nell'istituzione, dei fattori di rischio

e di protezione e sulla predisposizione di interventi integrati di prevenzione, supporto e trattamento, regolamentati da protocolli operativi riferiti ai diversi ambiti locali (Regione, Azienda Sanitaria, Amministrazione Penitenziaria regionale o singolo Istituto Penitenziario).

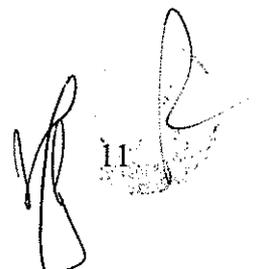
Tale monitoraggio, a livello nazionale, ha altresì evidenziato numerose criticità, prevalentemente connesse ad impostazioni teoriche talora non appropriate, incostanza nella implementazione delle attività, rigida separazione delle competenze ed assenza di idonei monitoraggi o difficoltà nella loro realizzazione.

Ai sensi dell'art. 9 del D. Lgs. 28/8/1997 n. 281 con l'Accordo della Conferenza Unificata sul documento "Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" del 27 luglio 2017, sono state individuate le caratteristiche principali delle linee di intervento, per realizzare attività continue ed uniformi, quali:

- a) piena condivisione dell'insieme degli interventi da parte di tutte le istituzioni coinvolte sulla base degli eventi ed in relazione alle condizioni di vita;
- b) continua implementazione ed integrazione delle professionalità;
- c) monitoraggio degli interventi (in particolare sul piano della valutazione di processo) e degli esiti, condiviso e aggregabile a livello regionale e, successivamente, a livello centrale, con miglioramento della qualità dei dati, con preferenziale modalità di rilevazione basata su di un sistema informativo informatizzato concordato dalle due parti, sanitaria e penitenziaria, e dotato di un buon livello di specificità; il tutto per consentire tra l'altro un'appropriata definizione di caso e un'adeguata differenziazione tra gli eventi critici.
- d) condivisione delle modalità di definizione dell'evento rispetto ai criteri di riferimento dei diversi attori interessati all'analisi e alla gestione del fenomeno suicidio;
- e) costante definizione ed aggiornamento di protocolli operativi locali, tra il singolo Istituto Penitenziario e la competente Azienda Sanitaria.

Il modello organizzativo cui si fa riferimento, prevede tre livelli di azione in cui sono rappresentate costantemente le istituzioni sanitarie e penitenziarie:

- **centrale:** costituito dal Tavolo di Consultazione Permanente per la sanità penitenziaria (TCPSP)
- **regionale:** Osservatori Regionali Permanenti di Sanità Penitenziaria, con il supporto di ulteriori articolazioni regionali eventualmente presenti.
- **locale:** nasce dall'attività congiunta delle Direzioni di ciascun Istituto Penitenziario e delle Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti.



2. La rete dei Referenti in Piemonte

La Regione Piemonte ha dato mandato al Gruppo Tecnico Interistituzionale della Sanità Penitenziaria (GTISP), istituito con D.G.R. n. 45 -1373 del 27/4/2015, e s.m.i con D.D n. 517 del 7/8/2017, di elaborare un documento regionale su l'organizzazione delle attività per la prevenzione delle condotte suicidarie e dei gesti autolesivi negli Istituti Penitenziari del Piemonte, in linea con le indicazioni del Piano Nazionale, che preveda altresì l'adozione di un Piano Locale da parte delle strutture sanitarie penitenziarie del territorio.

Il GTISP, convocato presso la sede dell'Assessorato alla Sanità in data 14/12/2017, prendendo atto della complessità della prevenzione in materia di condotte autolesive e suicidarie, ha individuato al suo interno uno specifico gruppo di lavoro approvato con D.D 875 del 20/12/2017.

I primi Piani locali di prevenzione, declinati sulle linee di indirizzo del Piano Operativo Regionale elaborato dall'allora Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria per il Piemonte e Valle D'Aosta e dalla Direzione Sanità della Regione Piemonte (nota prot. n. 8162/DB 2016 del 19 marzo 2013), sottoscritti in tutti gli istituti penitenziari del territorio, hanno avuto esecuzione con la massima condivisione ed efficacia e, pertanto, i nuovi Piani che ne conseguono attengono alla sfera della revisione ed implementazione, alla luce della nuova normativa in materia (Accordo in Conferenza Unificata n. 81 del 27 luglio 2017).

3. Livelli di intervento

Il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e la Regione Piemonte Direzione Sanità - Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari, hanno collaborato alla redazione del presente documento nell'ambito del GTISP, prevedendo l'attivazione di iniziative congiunte per l'organizzazione e gestione dei processi formativi per il personale delle due amministrazioni coinvolte per territorio di competenza. Entrambi coordineranno, verificheranno la redazione, l'aggiornamento e l'applicazione dei Piani Locali di Prevenzione.

Promuoveranno quindi la periodica verifica sullo stato dell'arte a livello regionale e cureranno le relative comunicazioni da trasmettere al livello nazionale.

Le Direzioni degli Istituti Penitenziari della Regione ed i Responsabili dei Presidi Sanitari interni agli stessi, individueranno i referenti locali per le attività di prevenzione e faciliteranno/assicureranno la formazione del personale coinvolto. Per la redazione dei Piani locali

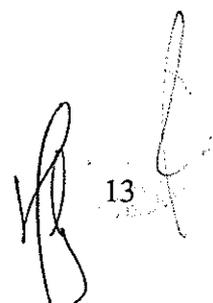
promuoveranno il contributo di tutti gli organismi pubblici e privati locali che riterranno opportuni con riferimento alle azioni di prevenzione.

I referenti sono chiamati a monitorare periodicamente il rispetto e la tenuta dei Piani Locali, con gli opportuni aggiornamenti in ragione del variare delle condizioni, comunicandone gli esiti al livello regionale.

4. Elaborazione dei piani locali di prevenzione

Ogni istituto dovrà aggiornare il proprio Piano Locale di Prevenzione; tale documento costituirà la declinazione operativa del presente documento e degli accordi adottati, in linea con le indicazioni dell'O.M.S. a livello sovraordinato e del Piano Nazionale .

I Piani Locali di prevenzione, che hanno natura spiccatamente tecnico-operativa, necessariamente improntata alla massima condivisione e concretezza tra tutte le parti interessate, verranno opportunamente inseriti nei Progetti di Istituto.



13

TITOLO II GLI ELEMENTI DEI PIANI DI PREVENZIONE

1. Indicazioni per l'organizzazione delle attività di prevenzione del rischio suicidario

Alla luce delle premesse di questo Protocollo, la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario non può che comprendere tutti i soggetti che vivono ed operano all'interno dell'Istituto intervenendo sia sulla persona a rischio sia su quello che possiamo definire "contesto detentivo".

Il rischio infatti aumenta quanto più è ampia la distanza tra questi due poli e quanto più si verifica la contrapposizione tra un soggetto fragile ed una Istituzione forte.

L'intervento complessivo comprende diversi momenti ed ambiti che si possono così declinare:

- **ACCOGLIENZA:** è il primo momento della vita detentiva in cui, notoriamente, la fragilità emotiva rappresenta la maggiore criticità rispetto all'ambientamento al contesto detentivo. Consente una prima ed immediata valutazione del rischio autolesivo e suicidario
- **RILEVAZIONE DEL RISCHIO:** la valutazione del rischio all'ingresso è da predisporre sia all'arrivo presso l'Istituto sia ogni qualvolta cambino le condizioni della detenzione. Per essere efficace si deve avvalere di successive rivalutazioni per l'intera durata della detenzione con particolare attenzione a specifici momenti in cui cambiano le condizioni detentive o personali. Ciascuna delle figure professionali, partendo dal proprio punto di osservazione e mantenendo inalterata la propria specificità professionale e le responsabilità correlate, interagisce con le altre figure per sviluppare un piano di primo intervento condiviso sul detenuto segnalato e se ne fa congiuntamente carico nella sua applicazione.
- **MONITORAGGIO:** durante la detenzione: è necessaria un'attenzione costante alle modalità con cui i soggetti affrontano e modulano la propria vita detentiva, con l'intento di cogliere i momenti di criticità e reattivi al contesto per prevenirne gli effetti negativi e destabilizzanti.

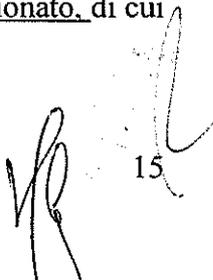


- **CURA DEL CONTESTO:** l'intervento sui fattori ambientali è una priorità al fine di favorire tutte quelle azioni che riducono la tensione e restituiscono serenità alla persona detenuta; è quindi fondamentale offrire opportunità variegate: impegno scolastico, lavorativo, attività di volontariato, ecc...con la presenza di agenti ed operatori disponibili all'ascolto e a cogliere i segnali di disagio e di fornire risposte alle richieste, senza inutili e finti differimenti.
- **STAFF MULTIDISCIPLINARE** specificamente formato ad operare nel contesto detentivo; è composto da tutti gli operatori che a vario titolo sono coinvolti nella gestione del programma di prevenzione, appartenenti a tutte le categorie operanti nel singolo Istituto.
- **ANALISI DELLE CRITICITA':** ovvero la valutazione, nel corso della detenzione, degli eventuali eventi critici per la predisposizione, da parte dello staff multidisciplinare, di programmi mirati, da attuarsi nei confronti dei soggetti portatori di specifiche fragilità.
- **RIELABORAZIONE GRUPPALE** ovvero debriefing degli eventi critici e luttuosi.
- **FORMAZIONE CONTINUA** degli attori del sistema da parte degli operatori sanitari.
- **ELABORAZIONE E MONITORAGGIO DELLE PROCEDURE.**
- **IDENTIFICAZIONE DEGLI INDICATORI DI VERIFICA**

A livello metodologico **vanno superati i vecchi concetti di “grande sorveglianza” e “sorveglianza a vista”, sanitaria o custodiale**, improntati ad una gestione formale della persona, per consolidare un approccio multiprofessionale della situazione a rischio e consistente in **un'osservazione integrata** e partecipata del soggetto da parte degli operatori, che si basi principalmente sull'ascolto, volto alla **conoscenza e al sostegno**, attraverso un'equilibrata relazione interpersonale.

Si avrà cura di attivare anche forme di **responsabilizzazione della popolazione** detenuta attraverso la facilitazione dei processi di segnalazione ed il coinvolgimento di coloro che sono disponibili all'accoglienza e al supporto dei propri compagni di detenzione (*peer supporter*).

Ferme restando le specifiche responsabilità del personale dell'Amministrazione Penitenziaria e del personale dipendente dall'ASL di riferimento, l'obiettivo del protocollo locale dev'essere quello 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, di cui è opportuno vi sia traccia documentale.


15

L'attività si concretizza attraverso gli interventi dello *staff* multidisciplinare (che potrà essere unico o di reparto e che dovrà essere costituito, ove non ancora presente, presso tutte le sedi penitenziarie), composto da rappresentanti del Personale Penitenziario (Polizia Penitenziaria, Funzionario Giuridico Pedagogico, Psicologi, Volontari, ecc...) e Sanitario (Medici, Personale infermieristico, Personale del Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento Dipendenze ecc.), da riunire a cadenza periodica e in caso di segnalazioni specifiche, secondo la valutazione del referente. L'obiettivo è quello di individuare gli aspetti di criticità e le misure più idonee per porvi rimedio e prevenire pericolosi *acting-out*.

Al fine di assicurare un adeguato coordinamento delle attività in ogni sede dovrà essere individuato un ufficio, che potrà variare in base agli accordi locali, tra l'ambito dell'area pedagogica e quello dell'area sanitaria, al cui interno sarà nominato il referente locale per il piano di prevenzione del rischio suicidario/autolesivo (prevedendo le debite sostituzioni in caso di assenza).

Il ruolo del referente locale sarà quello di collettore degli interventi: le relative competenze atterranno pertanto lo svolgersi del procedimento, la condivisione delle comunicazioni, la convocazione degli incontri di *staff*, la valutazione delle segnalazioni pervenutegli, la compilazione e l'aggiornamento della "**Scheda di Segnalazione e diario del rischio suicidario**" (all. n. 2) e l'archiviazione dello stesso presso la cartella personale sita in Matricola allorquando siano terminate le esigenze di particolare attenzione.

Le riunioni periodiche dello *staff* multidisciplinare dovranno avere cadenza almeno quindicinale, prevedendo anche la possibilità di incontri immediati nei casi bisognosi di interventi urgenti. Tali incontri, con nota motivata *ad horas* da parte di qualsiasi operatore, anche non appartenente allo staff, dovranno essere richiesti al referente e dovranno essere realizzati entro 72 ore. In ogni caso in questo lasso di tempo dovranno essere previste le azioni di intervento possibili, corrispondenti ai livelli di rischio stimato dal sanitario.

Elemento fondamentale del lavoro d'equipe è affinare strumenti comunicativi efficienti ed efficaci per cui appare ormai imprescindibile, laddove non già in atto, utilizzare una "**Scheda di Primo ingresso**" (all.n.1), così da unificarne l'adozione su tutto il territorio regionale, auspicabilmente condivisa telematicamente via intranet, da compilare da parte dell'Ufficio Matricola, dal Referente di presidio sanitario, dal Responsabile della sorveglianza generale e di un operatore dell'Area Educativa.

Laddove vengano a rilevarsi situazioni degne di particolare attenzione (medio ed alto rischio suicidario), il sanitario attiverà gli interventi urgenti ritenuti prioritari ed il referente locale del piano prevenzione convocherà lo staff multidisciplinare e avrà cura di aprire la "**Scheda di**

Segnalazione e diario del rischio suicidario” in cui verranno riportati i provvedimenti adottati e la rivalutazione di quelli in corso, rispetto al singolo caso.

L'utilizzo di tale strumento andrà a concludersi al momento della cessazione dell'intervento di particolare presa in carico, per decisione dello staff multidisciplinare, e la “Scheda di Segnalazione e diario del rischio suicidario” verrà inserito nel fascicolo individuale del detenuto (salvo una ripresa dello stesso qualora si riproponessero situazioni di criticità).

E' importante che lo *Staff* Multidisciplinare sia percepito dagli operatori come opportunità di confronto coinvolgente, in cui tutte le professionalità vengano valorizzate e dove tutti i membri esercitino un ruolo attivo e propositivo.

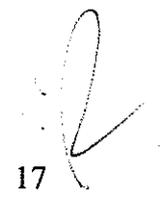
2. Procedure all'ingresso in istituto

La valutazione del rischio all'ingresso è atto implicito all'arrivo presso un Istituto Penitenziario. Nei casi in cui venga rilevato, ne deve derivare l'attivazione di un processo gestionale, a livello locale, che tenga conto essenzialmente dei seguenti aspetti:

- attivazione della procedura gestionale;
- alloggiamento;
- controllo della persona;
- disponibilità di oggetti pericolosi;
- interventi sanitari;
- interventi di supporto istituzionali;
- coinvolgimento di *peer supporters* e della comunità penitenziaria;
- chiusura procedura.

Assegnazione

Il Nuovo Giunto verrà ubicato temporaneamente presso le stanze di accoglienza le quali dovranno essere adeguate alla specifica destinazione d'uso, allestite e mantenute con cura: pareti sane e tinteggiate, arredamenti dignitosi, sufficiente luce naturale, presenza di un bagno e agevole accesso alla doccia. Dovranno corrispondere alle esigenze di un clima circostante quanto più possibilmente positivo, tanto nel caso siano collocate nei piani detentivi, quanto nei pressi dell'infermeria o altrove.

RR 17 

Immatricolazione

All'atto dell'ingresso di persone detenute provenienti dalla libertà o trasferite da altri Istituti, l'immatricolazione costituisce un primo momento estremamente delicato che va ad incidere e condizionare la sfera psico-emotiva della persona, influenzandone il comportamento successivo. Le procedure ordinarie, pertanto, dovranno essere espletate con estremo rispetto ed attenzione agli effetti deprivanti che inevitabilmente esse comportano.

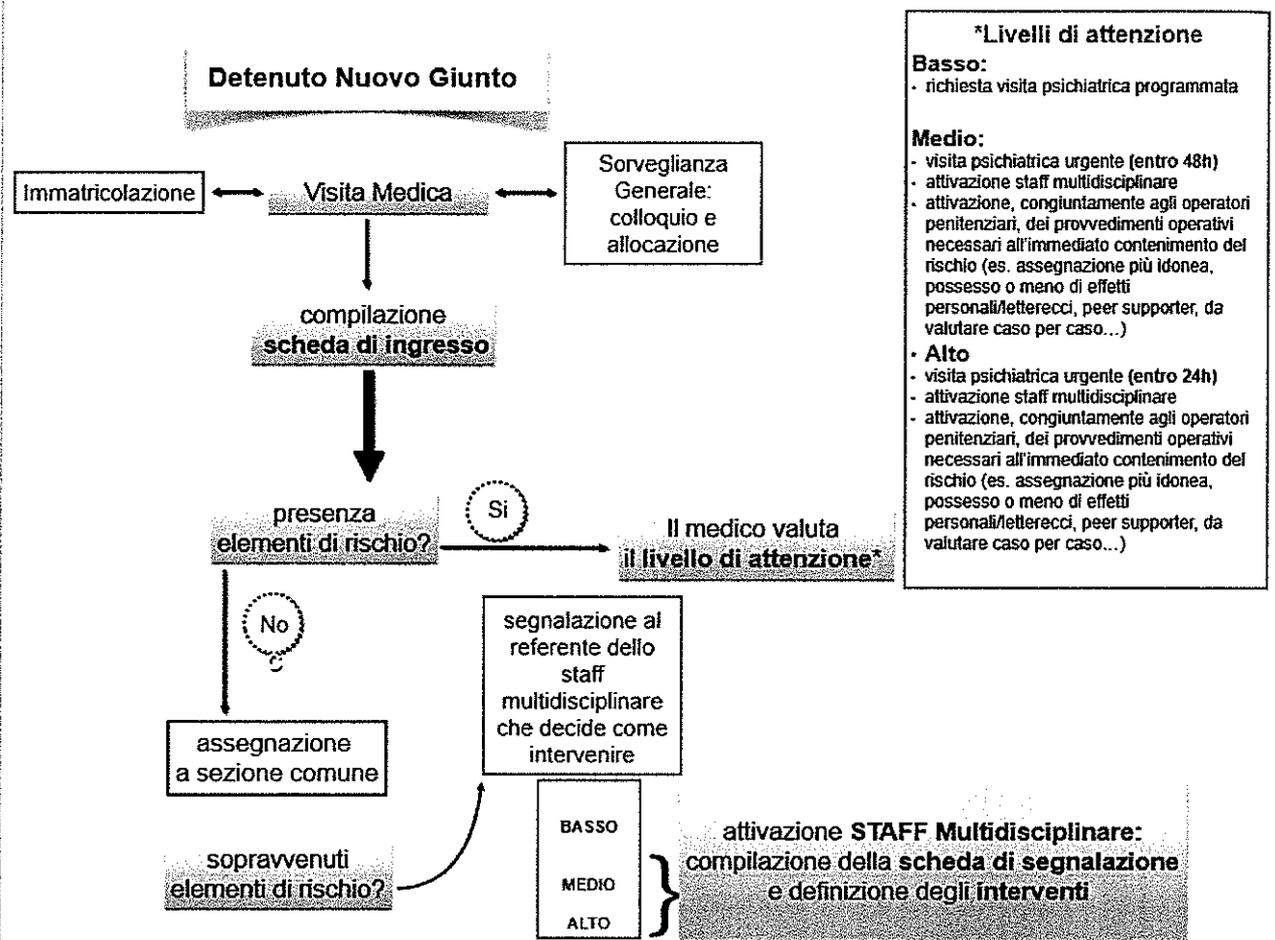
Visita medica

Espletate tali procedure il nuovo giunto verrà sottoposto immediatamente e comunque non oltre il giorno successivo, a visita medica finalizzata a valutare il complessivo stato di salute ed il rischio auto-eterolesivo; nell'impossibilità d'essere tempestivi, tale visita dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile.

Il medico che effettua la visita, in base al rischio individuato, definisce il livello di attenzione provvedendo a richiedere (secondo le indicazioni contenute nello schema sintetico di seguito specificato) l'intervento degli specialisti di cui si renda utile la consulenza, con particolare riguardo agli Psicologi e agli Psichiatri. Questi ultimi provvederanno alla presa in carico del paziente garantendo le prescrizioni urgenti del caso.

Segue un prospetto riassuntivo di quanto descritto finora:





*collocazione secondo il livello di attenzione:

basso-----ubicazione in sezione detentiva ordinaria

medio-----ubicazione in stanza con altro compagno possibilmente formato come peer-supporter

alto----- da valutare secondo il caso specifico (es. stanza singola o multipla con peer-supporter) e secondo gli accorgimenti da adottare a protezione del soggetto per il tempo ritenuto strettamente necessario

Di tutte le attività sopra descritte verrà presa annotazione nella scheda di primo ingresso che dovrà essere consegnata (o messa a disposizione *on line*) agli operatori che intervengono nella fase immediatamente successiva.

Nei casi di rilevazione del rischio medio/alto il **referente del Piano di prevenzione del rischio**, attivato dal medico, provvederà alla convocazione dello *staff* multidisciplinare entro 72 ore. Nelle more verranno previste le azioni di cautela corrispondenti al livello di rischio stimato.

Nel corso della detenzione, in caso di sopravvenuti elementi di rischio, **la segnalazione ad opera di qualsiasi operatore che rilevi un qualche elemento di rischio**, dovrà pervenire al **Medico o al Referente dello staff**, a seconda dell'organizzazione interna dell'Istituto che va definita nel Piano locale.

Colloquio con il Direttore o suo delegato e individuazione dell'allocazione.

Successivamente, il Responsabile della Sorveglianza Generale in qualità di delegato del Direttore, ai sensi dell'art. 23 c.5 D.P.R. 230/2000, effettuerà un colloquio con il detenuto e, tenuto conto delle informazioni desunte dal fascicolo personale (titolo di reato, modalità dell'arresto, ecc), dalle indicazioni eventualmente già ricevute dal Medico, provvederà alla sua successiva allocazione.

Provvederà altresì a consegnare copia di una "guida per il detenuto" nella lingua propria e/o a fornire al nuovo giunto le notizie essenziali sul funzionamento della struttura detentiva.

Qualora ravvisi elementi necessari di approfondimento potrà disporre la permanenza nella sezione/stanza preposta ai Nuovi Giunti, permanenza che dovrà avere una durata massima di 5 giorni. Nell'ottica della presa in carico congiunta, già in questa fase potranno intervenire non solo i professionisti citati, ma anche volontari e detenuti peer-supporters opportunamente formati, avendo cura di evitare inutili e rischiose situazioni di isolamento.

Va tenuto conto che l'alloggiamento del soggetto costituisce uno degli elementi essenziali dell'azione preventiva.

Fatte salve le diverse tipologie d'Istituto penitenziario, le eventuali specifiche disposizioni dell'Autorità Giudiziaria nonché i casi in cui la complessità psichica e relazionale sconsigli l'allocazione con altri detenuti, **dovrà essere privilegiata l'allocazione in stanza multipla** evitando la solitudine del soggetto. Previo nulla osta dell'Autorità Giudiziaria, ove si ritenga utile, è opportuno valutare il ricorso all'ausilio di detenuti con funzioni di *peer supporter* preventivamente formati. Le eventuali situazioni che dovessero necessitare di allocazione in stanza singola dovranno altresì prevedere procedure di monitoraggio più attento concordate in sede locale, che considerino modalità per l'osservazione e la valutazione relativa alla disponibilità di oggetti nella stanza. Andrà considerato cosa eventualmente rimuovere dalla stanza e non rendere disponibile al soggetto, ma anche valutato che la privazione di alcuni beni può indurre ulteriori sentimenti di deprivazione in un soggetto già sofferente.

3. Riunione dello staff multidisciplinare per i livelli di attenzione medio-alti

I casi dei nuovi giunti presso l'Istituto – segnalati per tale livello di attenzione - dovranno essere tutti valutati nella prima riunione utile dello staff multidisciplinare; quest'ultimo potrà essere altresì convocato dal referente locale laddove vengano ravvisate dal sanitario o da altro operatore situazioni particolari. In tali casi dovrà essere predisposto, da parte dello staff multidisciplinare, un programma individualizzato di presa in carico congiunta nel quale saranno previsti gli interventi integrati degli operatori (sanitari, di sostegno e di sorveglianza) secondo le necessità determinate dalle problematiche rilevate.

E' importante che tutti gli operatori preposti a questa prima fase detentiva di accoglienza, siano preparati all'osservazione delle reazioni emotive e che comunichino tempestivamente – sia sulla scheda di primo ingresso sia *per vie brevi* - se l'arrestato abbia espresso una qualche forma di disagio o volontà anticonservativa.

4. Procedure in relazione ad eventi critici nel corso della vita detentiva (Esposizione a situazioni potenzialmente stressanti)

A livello locale, nel corso della detenzione possono emergere avvenimenti, circostanze, percezioni che aumentano lo stress. La quotidianità porta molti operatori penitenziari e non (per es. volontari) a presidiare luoghi ed accadimenti che possono essere, se non predittivi, quantomeno significativi rispetto ad eventi stressogeni potenzialmente pericolosi.

A mero titolo esemplificativo si segnalano di seguito alcuni dei momenti in cui è necessario prestare particolare attenzione:

- **Ingresso**

Attivazione delle procedure specificamente descritte nel paragrafo precedente.

Il personale operante l'arresto gestisce i primi momenti della vicenda detentiva.

È importante che i suddetti operatori siano opportunamente preparati all'osservazione specifica delle reazioni emotive e che, al momento dell'ingresso, riferiscano adeguatamente se l'arrestato ha espresso disagio o volontà suicide.

- **Colloqui**

Lo svolgimento di un colloquio può risultare particolarmente teso o, viceversa, caratterizzato da lunghi momenti di silenzio o addirittura di sofferenza e meritare un successivo approfondimento. Analogamente è necessario creare la possibilità per i famigliari di esprimere eventuali preoccupazioni a seguito del contatto con il parente detenuto. Tali comunicazioni devono poter essere fatte secondo procedure certe e con referenti esattamente individuati e non possono essere lasciate all'estemporaneità e al caso.

- **Corrispondenza**

La cessazione di corrispondenza verso l'esterno o il rifiuto di riceverne sono l'evidente segno di una rottura relazionale e come tale indice di una situazione stressante che merita approfondimento.

Analogamente è meglio vigilare in caso di litigi violenti nel corso di telefonate di cui è consentito l'ascolto.

- **Processi**

Gli Uffici Matricola sono in grado di registrare l'evolversi processuale, in particolare nel caso di reati gravi o nel caso di soggetti plurirecidivi. Occorre tener presente che i giorni che precedono le udienze, la condanna e quelli immediatamente successivi, meritano attenzione e, se del caso, un sostegno. Il personale di scorta per e dalle aule di Giustizia, adeguatamente formato, può essere in grado di riferire le reazioni del soggetto in ambito processuale e può riferirlo al momento del rientro in carcere.

- **Notifiche**

La comunicazione della fissazione delle udienze, soprattutto nel caso di processi riguardanti fatti gravi o la notifica di condanne o di provvedimenti che negano misure alternative, in alcune persone, che si presumono essere particolarmente fragili, può costituire un momento stressante da tenere sotto controllo.

- **Colloqui avvocati**

Analogamente al caso dei familiari, anche ai legali deve essere data la possibilità di riferire al personale eventuali dubbi sulla tenuta emotivo/ psicologica dei propri assistiti riscontrata nel corso dei colloqui che intercorrono con essi.

- **Colloqui con i Magistrati**

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

- **Patologie**

L'insorgenza o la presenza di patologie, in particolare se gravi, invalidanti o a prognosi infausta nel corso della detenzione, costituisce una variabile stressogena da monitorare adeguatamente.

- **La vita in sezione**

La vita in sezione può evidenziare atteggiamenti e comportamenti significativi dal punto di vista del cedimento delle resistenze individuali allo stress.

In tutti questi casi il personale operante segnalerà al Referente del Piano di Prevenzione del rischio suicidario, le proprie impressioni in modo che si possano effettuare interventi immediati e si convochi nel più breve tempo possibile lo staff multidisciplinare che attiverà il programma di attenzione necessario.

Una considerazione particolare merita la gestione dei detenuti a seguito dell'adozione dei **provvedimenti di trasferimento** le cui richieste dovranno essere limitate ai soli casi strettamente necessari.

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



Tra le situazioni potenzialmente stressanti si può annoverare anche la **dimissione**

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

Nei confronti dei detenuti ristretti presso queste ultime, o comunque di coloro che presentino un fine pena, nei successivi 3- 6 mesi, andrà sviluppato un programma intensificato di sostegno psicologico propedeutico alla reimmissione in libertà.

Infatti, se l'ingresso in carcere dalla libertà è un evento traumatico, non lo è meno la reimmissione, specialmente per le persone che la riacquistano in seguito a lunghi periodi di carcerazione.

La situazione psicologica del condannato ad un lungo fine pena, rimesso in libertà, potrebbe creare criticità in quanto nel soggetto, abituato ai ritmi della vita penitenziaria che proprio per la sua invasività protegge entro certi limiti dagli eventi esterni, il timore della rimessione in libertà potrebbe far riemergere nel dimettendo sensi di insicurezza, di precarietà, di preoccupazione per l'ignoto e per il futuro.

In tale fase appare rilevante l'apporto fornito dagli Uffici di Esecuzione Penale Esterna (U.E.P.E.) e dai Servizi Sociali territoriali, per attivare una rete di attenzione e supporto relazionale rispondente ai bisogni del soggetto per accompagnarlo alla dimissione.

5. Protocollo operativo per l'urgenza

Il tentativo di porre in essere un suicidio necessita di Protocolli Operativi per la gestione dell'urgenza che la gravità del gesto e le sue conseguenze potenziali impongono. 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.

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

- il personale regolarmente a contatto con i detenuti è auspicabile sia opportunamente addestrato su temi quali il "primo soccorso", le tecniche di rianimazione cardio-polmonare ed altro, mediante attività formative regolari e nel rispetto della condivisione di programmazione, risorse ed attività. A tal scopo è necessario programmare la formazione del personale di Polizia penitenziaria da replicare ed aggiornare periodicamente, specie presso quelle sedi penitenziarie non dotate di servizio sanitario continuativo;

- il suddetto personale deve inoltre 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;
- l'adeguatezza degli interventi dovrà essere periodicamente testata, anche attraverso esercitazioni, per la verifica delle procedure che sono state definite per ogni situazione di emergenza, in termini di efficienza ed efficacia delle azioni previste.

L'O.M.S. raccomanda inoltre che l'equipaggiamento per il salvataggio in emergenza, comprensivo di forbici, sia non solo facilmente accessibile (prevedere uno zaino di primo soccorso presso ogni postazione/agente più vicina), ma anche costantemente mantenuta funzionale grazie a periodiche verifiche. Analogamente anche gli strumenti di comunicazione devono godere della stessa funzionalità. A tal proposito si deve ricordare la maggiore affidabilità delle radio rispetto ai telefoni interni che possono risultare occupati o non presidiati. La predisposizione di una rete di comunicazione interna certa, affidabile, ridotta all'essenziale e veloce è uno degli elementi di efficacia che occorre ricercare (per es. mettere a disposizione una strumentazione idonea, del tipo *cordless*). Ad essa deve essere associata una linea telefonica per la comunicazione con i Servizi Sanitari esterni, quanto più possibile attivabile in tempi brevi per trasmettere non solo la comunicazione dell'evento ma anche tutti gli elementi utili per una prima valutazione di gravità.

6. Sensibilizzazione della comunità detentiva

Si segnala infine come ultima azione, ma non per ordine di importanza, l'opportunità che nei Protocolli locali siano previste attività periodiche di sensibilizzazione della comunità detentiva ad opera degli operatori sanitari e penitenziari, che potrà anche avvalersi di strumenti indiretti quali manifesti, brochure, ecc. Una possibilità sarebbe quella di attivare uno sportello di ascolto da parte di volontari o di detenuti "peer to peer", appositamente formati e monitorati da psicologi esperti ex art. 80 O.P.

Una figura che si potrebbe valorizzare, laddove è ancora prevista, è quella dello scrivano che, per la sua funzione, si relaziona spesso con i detenuti più fragili, sprovvisti di strumenti e conoscenze. Questo, opportunamente formato, potrebbe fare da "cassa di risonanza" dei disagi intercettati, facendo arrivare eventuali segnalazioni al referente del Piano Locale di Prevenzione.

Entrambe le amministrazioni coinvolte, si impegnano a promuovere e realizzare la formazione dei detenuti disponibili a svolgere la funzione di attenzione e sostegno tra pari. Dato il

turn over della popolazione detenuta, gli interventi formativi dovranno ripetersi con cadenza almeno annuale.

In ogni caso l'obiettivo è quello che "l'attenzione al disagio altrui" diventi sempre più capillare tra i detenuti e gli operatori tutti, al di là del singolo ruolo.

Inoltre dovranno essere previsti strumenti di facile accesso, soprattutto, ma non solo, nell'emergenza (numero verde, cordless, radioline ricetrasmittenti sintonizzate alle comunicazioni interne e mirate...) attraverso i quali gli operatori (gli agenti di sezione o altre figure...), eventualmente allertati dai compagni di stanza e/o sezione, possano mettersi in contatto con gli specifici servizi interni ed esterni, come declinato nel singolo piano locale.

Sarà cura degli stessi effettuare la segnalazione al referente del Piano Locale di Prevenzione.

TITOLO III EVENTO INFAUSTO

1. Documentazione di un evento infausto

All'esito di un evento infausto o che ha rischiato di esserlo, occorre un serio approfondimento mirato a raggiungere finalità diverse.

Nei casi di effettivo suicidio la prima cosa da farsi è documentare adeguatamente l'evento a tutela degli eventuali interessi sia dell'Autorità Giudiziaria sia di quella Amministrativa. Al di là del fatto che alla prima doverosa comunicazione al Pubblico Ministero possono seguire autonome decisioni di quest'ultimo, alle quali la struttura penitenziaria non può che dare corso, è opportuno che le parti coinvolte a livello regionale e locale predispongano un modello congiunto di accertamento e documentazione dell'evento che, fatto salvo quanto disposto dalla predetta Autorità Giudiziaria, dovrà essere seguito.

Le indicazioni regionali auspicano una valutazione *post-facto* operata congiuntamente, innanzitutto con riferimento alla tenuta dei Piani Locali ed in un secondo momento con l'approfondimento e successive eventuali determinazioni delle Amministrazioni relativamente ai comportamenti professionali dei vari attori.

2. Debriefing

Il Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie pone l'accento sull'impatto emotivo che gli eventi suicidari e gli atti autolesionistici hanno sul personale e sulla popolazione detenuta. Le difficili condizioni ambientali creano effetti dirompenti nei confronti di chi vi opera e che quotidianamente deve affrontare uno stato di ordinaria criticità. Ci si trova, pertanto, davanti alla necessità di attivare un processo di rielaborazione e compensazione per il personale coinvolto.

La necessità di affrontare questi nodi problematici impone la predisposizione di un modello di intervento in stretta sinergia tra le Amministrazioni interessate e che, attraverso tecniche di *debriefing*, preveda azioni di supporto al personale e alle persone coinvolte, siano esse detenuti o operatori.

Vi sono diverse definizioni e descrizioni del *debriefing*, tecnica utilizzata nell'ambito della psicologia e dell'emergenza, per aiutare le persone in difficoltà.

Nel campo della metodologia dell' *experiential learning*, cioè dell'apprendimento attivo, o "imparare facendo", il *debriefing* è un processo semi-strutturato attraverso il quale un facilitatore, a conclusione di un determinato evento/attività (nel nostro caso eventi critici ad alto impatto emotivo) pone una serie di domande per aiutare i partecipanti a riflettere su quanto accaduto e su cosa si è appreso riguardo a comportamenti futuri. In questo contesto si potrebbe definire un metodo per capitalizzare le esperienze e per prendere decisioni circa eventuali azioni o comportamenti futuri.

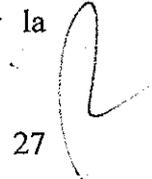
Il *debriefing* viene molto usato dagli operatori che lavorano in situazioni di emergenza: l'obiettivo è quello di ridurre il disturbo post traumatico da stress, attraverso l'analisi di fatti, pensieri, emozioni ed eventuali sintomi, al fine di proporre una prima rielaborazione e comprensione dell'avvenimento, in modo coerente e condiviso con gli altri membri del gruppo.

In considerazione delle caratteristiche sopra esposte, il *debriefing* può essere utilizzato nell'ambito penitenziario, in cui sono presenti frequenti eventi critici ed in particolare il più drammatico: il suicidio.

Tali eventi, che non possono e non devono essere trascurati, creano un forte impatto emotivo sia sul personale che sugli altri detenuti e generano dei vissuti di impotenza, di perdita di fiducia e di ansia.

Sarà dunque opportuno prevedere tempestivi interventi di supporto psicologico, in primis nei confronti del compagno/i di camera, persona/e spesso maggiormente esposte agli effetti post-traumatici dell'evento infausto.

E' dunque opportuno prevedere un'attività di *debriefing* dopo ogni evento critico di particolare rilevanza. Il percorso di *debriefing* (come indicato nel Piano Nazionale per la Prevenzione delle condotte suicidarie) si dovrà contraddistinguere per:

 27 

- volontarietà della partecipazione;
- diversità di questo intervento da qualunque altro tipo di approfondimento o valutazione dei fatti;
- carattere di ascolto non finalizzato ad altro che al sostegno dei partecipanti;
- informalità degli incontri con esclusione di attività formale di verbalizzazione o di relazione finale;
- finalizzazione dell'intervento teso a rendere possibile la ricostruzione soggettiva dei fatti, l'emersione dei pensieri e delle emozioni personali contestuali all'accaduto, per riacquisire progressivamente lucidità e serenità nello svolgere il proprio ruolo in relazione agli altri.

A tale scopo saranno individuati, a livello regionale, operatori delle due Amministrazioni coinvolte per costituire un gruppo di riferimento preparato a svolgere l'attività di debriefing che potrebbe rendersi necessaria presso gli Istituti della Regione Piemonte.

Sarà compito di tale gruppo di lavoro interdisciplinare (operatori sanitari, esperti ex art. 80 O.P., peer operator) individuare gli strumenti atti ad una valutazione sull'impatto organizzativo e sul vissuto della comunità penitenziaria.



TITOLO IV

LA FORMAZIONE

E' necessario procedere con un programma di informazione e formazione sistematico, strutturato e periodico diretto a tutti gli operatori, in particolare a quelli a più diretto contatto con la quotidianità detentiva.

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

Per tale motivo verranno organizzati corsi di formazione e seminari periodici di confronto/aggiornamento a livello centrale, destinati ai referenti dei protocolli locali cui seguiranno analoghe iniziative a livello territoriale di carattere diffuso. In particolare attraverso il coinvolgimento di più figure professionali, appartenenti sia ai ruoli Sanitari che a quelli dell'Amministrazione Penitenziaria, si vuole progettare un percorso che inizi con la diffusione/informazione sulle linee guida e sugli accordi esistenti per poi approdare ad una riflessione sulla gestione degli eventi critici, con particolare attenzione al rischio suicidario.

Il percorso formativo si propone di superare la logica dell'adempimento formale fornendo nuovi strumenti di lettura e di gestione dei momenti di criticità.

In costanza dell'attivazione del presente documento regionale l'attività formativa viene articolata in quattro momenti:

- a) il primo momento, di carattere informativo e di sensibilizzazione, verrà condotto, in maniera omogenea e attraverso dei momenti seminari e vedrà il coinvolgimento delle figure apicali: Referenti aziendali e Dirigenti Penitenziari;
 - b) il secondo, vedrà il coinvolgimento di figure nevralgiche quali Ispettori, Responsabili di Unità operative, Medici Referenti di presidio, Coordinatori infermieristici;
- In tale contesto, senza tralasciare gli aspetti informativi, si sottolineerà l'importanza delle dinamiche comunicative e relazionali;



29

c) il terzo è un corso di formazione sulla prevenzione delle condotte autolesionistiche e suicidarie in ambito penitenziario. Si tratta del momento preparatorio alla formazione diffusa a livello locale e avrà come obiettivo quello di “formare i formatori”, ovvero i referenti locali.

d) momento finale: *formazione a cascata* negli Istituti.

In termini generali ed indicativi i piani formativi dovranno prevedere le seguenti aree:

- Struttura del Piano Nazionale per la Prevenzione delle Condotte Suicidarie in Ambito Penitenziario.
- Elementi fenomenologici del suicidio e degli eventi autolesivi.
- Le indicazioni dell’O.M.S.
- Modello operativo generale.
- Laboratorio di progettazione.
- Fattori ambientali, psicologici e comportamentali specifici predisponenti ai comportamenti suicidari.
- Benessere organizzativo e ricadute sugli operatori.
- Temi inerenti strategie di comunicazione e la relazione.

TITOLO V

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Il programma di valutazione e monitoraggio, continuo e strutturato è declinato in:

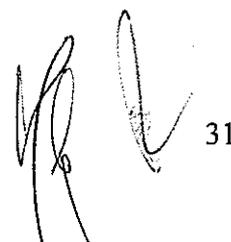
- Monitoraggio dei Piani Locali elaborati ed implementati.
- Valutazione dei casi di suicidio e di autolesionismo in relazione ai Piani Locali adottati.
- Attività di debriefing in favore del personale coinvolto.
- Raccolta e diffusione delle buone prassi.

Il Gruppo Tecnico Interistituzionale per la Sanità Penitenziaria ha il compito di monitorare e/o richiedere aggiornamenti/modifiche in merito ai Piani Locali per i quali verrà richiesta una reportistica annuale sintetica in merito all'attuazione degli indirizzi operativi/delle linee regionali e alle risultanze complessive del fenomeno, al fine dell'elaborazione di un modello unico per la trasmissione dei dati a livello nazionale (Tavolo di Consultazione Permanente per la Sanità Penitenziaria).

1. Monitoraggio eventi critici

Il gruppo di lavoro costituito nell'ambito dello stesso Osservatorio Regionale, monitorerà, con lo scopo di conoscere le criticità maggiormente ricorrenti, gli eventi critici registrati sullo specifico applicativo ministeriale (*ovvero: suicidio - tentato suicidio - gesto autolesivo - numero di aggressioni, risse, colluttazioni*), raccogliendo in particolare i seguenti elementi:

- tipologia dell'evento critico;
- nazionalità dell'autore del gesto;
- motivazione addotta (*giustizia - personale/familiare - trasferimento*);
- età;
- circuito detentivo di appartenenza;
- modalità custodiale presso la sezione di appartenenza;
- numero di persone con cui condivide la stanza;
- se vi siano state precedenti segnalazioni;
- eventuali provvedimenti di attenzione adottati;
- colloqui con i familiari;
- tempo di restrizione nella sede dell'evento;
- ingresso avvenuto dalla libertà o per trasferimento



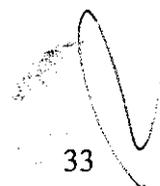
2. Indicatori di processo

N	Indicatore	Valore misurato	Valore atteso
1	Aggiornamento del Piano Locale di prevenzione entro 4 mesi dall'approvazione con determina del Piano regionale	N° di Istituti penitenziari che hanno aggiornato e fatto pervenire il Piano Locale di prevenzione, entro 3 mesi.	13 su 13
2	Definizione in ogni Piano Locale di procedure per la comunicazione interna tra personale operante (penitenziario/sanitario), il referente locale e lo <i>staff</i> multidisciplinare	N° di procedure per la comunicazione interna tra personale operante (penitenziario/sanitario), referente locale e <i>staff</i> multidisciplinare	≥ 1 per istituto
3	Definizione in ogni Piano Locale di protocolli operativi per la gestione delle urgenze (tra operatori penitenziari/sanitari)	si/no	13 su 13
4	Convocazioni mensili dello <i>staff</i> multidisciplinare ordinario	N° di incontri di <i>staff</i> multidisciplinari convocati in ogni Istituto, al mese.	≥ 2 per istituto
5	Tentativi di suicidio/ suicidi	N° di tentativi/suicidi verificatesi nell'anno	0
6	Episodi di auto lesionismo	N° Episodi di auto lesionismo	Diminuzione pari o superiore ad almeno il 20% degli episodi rilevati nell'anno precedente
7	Organizzazione e realizzazione di eventi formativi locali specifici, rivolti al personale che opera in ambiente detentivo.	N° di eventi formativi locali specifici, rivolti al personale che opera in ambiente detentivo	≥ 1 nel corso dell'anno

8	Organizzazione corsi specifici di BLS per il personale non sanitario	N° di corsi specifici di BLS per il personale non sanitario	≥ 1 nel corso dell'anno
9	A seguito di avvenuto suicidio, organizzazione di attività di debriefing.	N° di debriefing organizzati a seguito di suicidio/numero di suicidi	100% di debriefing in relazione agli eventi suicidari
10	Realizzazione di eventi formativi rivolti ai detenuti disposti a svolgere la funzione di attenzione e sostegno tra pari (peer supporter)	N° di eventi formativi realizzati rivolti ai detenuti disposti a svolgere la funzione di attenzione e sostegno tra pari (peer supporter)	≥ 1 all'anno
11	Realizzazione di iniziative di sensibilizzazione rivolte alla popolazione detenuta	N° di iniziative di sensibilizzazione rivolte alla popolazione detenuta	≥ 1 all'anno

4. Buone prassi

L'Osservatorio Regionale Permanente per la Sanità Penitenziaria raccoglierà le prassi preventive ritenute più efficaci. Le stesse verranno inviate al Gruppo Interistituzionale per la Sanità Penitenziaria e successivamente alla Conferenza Unificata per la loro analisi, sistematizzazione e periodica diffusione.

All 1



Direzione _____

Ufficio Matricola

"SERVIZIO NUOVI GIUNTI"

SCHEDA DI 1° INGRESSO

Riferita al detenuto _____

Nato a _____ II _____

Modello IP3 Nr. _____

Data ingresso ___ / ___ / _____

Proveniente da:

LIBERTA'

ALTRO ISTITUTO _____

ARRESTI DOMICILIARI

ALTRO _____

SITUAZIONE GIURIDICA

(PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO MATRICOLA)

Posizione giuridica: **giudicabile** **appellante** **ricorrente** **definitivo**
internato

Fine pena _____ reato _____

Isolamento giudiziario Si No

Differimento colloqui con difensore Si No

Censura corrispondenza Si No

Precedenti esperienze detentive Si No

Note _____

In caso di necessità dare notizia a :

padre madre moglie convivente amico/a avvocato

Indirizzo _____

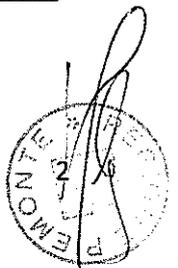
Telefono _____

Non intende dare avviso a nessuno

Li _____

Firmato _____

L'addetto all'Ufficio Matricola



INDIVIDUAZIONE DEL LIVELLO DI ATTENZIONE *

(PARTE RISERVATA AL SERVIZIO SANITARIO)

NON NECESSITA' AL MOMENTO di attenzione specifica

BASSO LIVELLO DI ATTENZIONE

Indicatori: sfumata sintomatologia; modalità chiaramente strumentali; gesti autolesivi correlati a richieste concrete e non su base psicopatologica.

MEDIO LIVELLO DI ATTENZIONE

Indicatori: anamnesi positiva per disturbi psichici con o senza presa in carico da parte dei Servizi Territoriali. Sintomatologia psichiatrica minore, messa in atto o minacce di gesti auto lesivi. Circostanze personali e familiari problematiche (lutti, separazioni, sentenze recenti, gravi diagnosi cliniche) che possano determinare alterazioni del tono dell'umore.

ALTO LIVELLO DI ATTENZIONE

Indicatori: sintomatologia psichiatrica acuta o sub-acuta (sintomi psicotici, disturbi dell'umore, importanti anomalie comportamentali, ideazione auto lesiva); tentato suicidio.

Richiesta visita psichiatrica:

si

no

programmata

urgente

Comunicazione al referente locale per attivazione staff multidisciplinare e apertura della scheda di segnalazione e rischio suicidario

FIRMA DEL SANITARIO

* Procedure previste nel Protocollo Regionale:

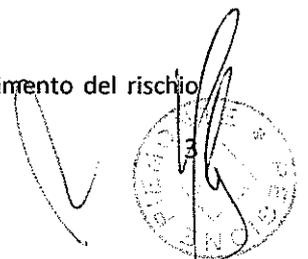
Livello di attenzione **Basso:** richiesta di visita psichiatrica programmata e allocazione in sezioni ordinarie

Medio: richiesta di visita psichiatrica urgente (entro 48h);

attivazione staff multidisciplinare per la valutazione degli interventi idonei all'immediato contenimento del rischio (assegnazione in stanza multipla, affiancamento di peer supporter, altro...).

Alto: richiesta di visita psichiatrica urgente (entro 24h);

attivazione staff multidisciplinare per la valutazione degli interventi idonei all'immediato contenimento del rischio

A handwritten signature in black ink is written over a circular official stamp. The stamp contains the text "SERVIZIO SANITARIO REGIONALE" around the perimeter and the number "3" in the center.

(assegnazione più idonea al singolo caso, possesso o meno di effetti personali/letterecci, affiancamento di peer supporter, altro...).

COLLOCAZIONE NEI REPARTI DETENTIVI

L'addetto alla sorveglianza generale, valutate:

- ✓ La scheda compilata dall'Ufficio matricola
- ✓ La posizione giuridica e il fascicolo personale
- ✓ Le indicazioni del sanitario
- ✓ Le dichiarazioni rese dall'interessato

DISPONE

Collocazione al padiglione/reparto _____

camera di pernottamento n. _____

In ragione delle indicazioni fornite da tutti gli operatori, per i seguenti motivi:

e sino a nuove disposizioni, individua la sua collocazione presso il padiglione/reparto
_____ camera di pernottamento nr. _____

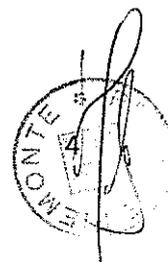
Altro _____

L'addetto alla Sorveglianza Generale

Eventuali osservazioni del Comandante di Reparto:

Li, _____

Il Comandante di Reparto



COLLOQUIO DI PRIMO INGRESSO

(PARTE RISERVATA ALL'AREA EDUCATIVA)

Effettuato il ___ / ___ / ___ Alle ore _____

Riferito al detenuto:

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residenza _____ Domicilio _____

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

Rapporti con l'attuale famiglia _____

Eventuali rapporti con i servizi del territorio _____

Precedenti carcerazioni No Si: dove e quando _____

Attività lavorative svolte in carcere _____

Attività lavorativa svolta in libertà _____

Disponibilità ad attività scolastico/formativa No Si _____

Disponibilità ad attività lavorativa interna No Si _____

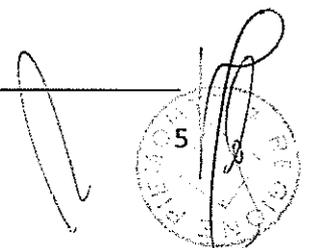
Richiesta di notificare le autorità consolari del proprio paese d'origine Si No

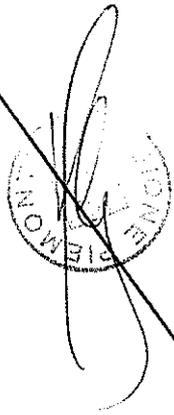
Eventuali richieste formulate dal detenuto _____

Interventi necessari _____

Il Detenuto _____

L'Operatore _____





SERVIZIO PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO

SCHEDA DI SEGNALAZIONE
E
DIARIO DEL RISCHIO SUICIDARIO

Matricola _____ Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Cittadinanza:

- Italiana
- Straniero Comunità Europea
- Extracomunitario con permesso di soggiorno
- Extracomunitario irregolare

Giunto il _____ da:

- libertà
- assegnato da altro istituto: _____

prima carcerazione

_____ precedenti _____ carcerazioni (specificare l'ultima) _____

Allocazione _____ attuale

(Sezione): _____

Camera _____ di _____ pernottamento _____ singola

(motivazione) _____

Camera di pernottamento condivisa _____

A handwritten signature in black ink is written over a circular official stamp. The stamp contains the text 'SERVIZIO PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO' around its perimeter.

OBIETTIVITA' PSICHICA

ASPETTO GENERALE E CURA DEL SE'

buono medio scarso

MIMICA

mobile fissa congrua all'umore non congrua all'umore

ELOQUIO

fluido/spontaneo provocato rallentato accelerato non rilevabile

LINGUAGGIO

adeguato al livello socioculturale si no difficoltà linguistiche si no

PENSIERO

corretto per forma e contenuto si no non indagabile

note _____

PERCEZIONE

integra presenza di dispercezioni (uditive, visive, somatiche _____) non indagabile

UMORE

in asse sub/espanso sub/deflesso

ANSIA

nei limiti di norma situazionale generalizzata

grado: lieve

moderato

elevato

PRESENTI ANOMALIE COMPORTAMENTALI

si no

IDEAZIONE AUTO/ETEROLESIVA

si no

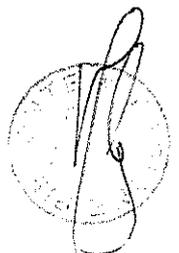
note _____

PRECEDENTI TENTATIVI AUTOLESIVI/ANTICONSERVATIVI

si no

PRECEDENTI RICOVERI IN REPARTO PSICHIATRICO

si no



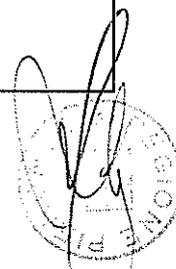
SEGNALAZIONE DI EVENTO CRITICO/PRESENZA DI COMPORTAMENTO A RISCHIO

Osservato da: _____ ruolo _____

Data: _____

OSSERVAZIONI:

Firma



Provvedimenti adottati dallo staff multidisciplinare
(da riportare a cura del referente locale)

Data _____

Il Referente (timbro e firma) _____

Data _____

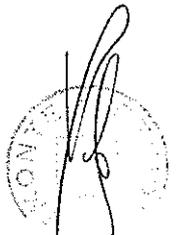
Il Referente (timbro e firma) _____

Data _____

Il Referente (timbro e firma) _____

Data _____

Il Referente (timbro e firma) _____

A handwritten signature in black ink is written over a circular stamp. The stamp contains the text "COMUNE DI" at the top and "S. GIUSEPPE" at the bottom, with a central emblem. The signature is a stylized, cursive name.

Data _____

Il Referente (timbro e firma) _____

Data _____

Il Referente (timbro e firma) _____

Data _____

Il Referente (timbro e firma) _____

A handwritten signature in black ink is written over a circular stamp. The stamp contains the text "COMUNE DI" at the top and "CANTONE DI" at the bottom, with some illegible text in the center.

Conclusione delle attività di attenzione

Data _____

Il Referente (timbro e firma) _____

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a vertical stroke, positioned in the bottom left corner of the page.



DOCUMENTO REGIONALE

PER LA PREVENZIONE

DEL RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO NEI

SERVIZI RESIDENZIALI MINORILI DEL

DIPARTIMENTO PER LA GIUSTIZIA MINORILE E

DI COMUNITA'

E LINEE DI INDIRIZZO PER I PIANI LOCALI

REGIONE PIEMONTE



Indice

1. Premessa
2. Architettura organizzativa del Documento di Prevenzione Regionale e Locale
3. Elementi essenziali dei Piani Locali di Prevenzione: la rilevazione del rischio
4. Monitoraggio e Valutazione
5. Il presidio delle situazioni potenzialmente stressanti
6. Anamnesi e gestione del soggetto a rischio
7. Protocolli operativi per affrontare le urgenze
8. Debriefing post-evento
9. La Formazione
10. Disposizioni finali

1 Premessa

Il Piano Locale di Prevenzione viene redatto a partire dagli orientamenti espressi nel documento emanato dalla Conferenza Unificata della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 20/9/2017, orientamenti che il gruppo di lavoro, individuato tra i componenti del Gruppo Tecnico Interistituzionale Sanità Penitenziaria (GTISP), ha poi declinato nella specifica realtà del contesto penale minorile torinese: organizzazione dei servizi locali, caratteristiche dell'utenza, monitoraggio (quantitativo e qualitativo) effettuato nell'IPM Ferrante Aporti negli ultimi anni, ecc..

Il documento viene costruito a partire da alcuni presupposti (teorici e metodologici) condivisi dal gruppo di lavoro:

- **una chiave di lettura che permetta di inquadrare i comportamenti autolesivi e suicidari all'interno del complesso funzionamento psichico degli adolescenti e giovani adulti, evitando il rischio di "patologizzare/sanitarizzare" il fenomeno.**

In linea con quanto espresso nel documento nazionale, l'analisi del fenomeno in questo contesto permette infatti di confermare che le condotte autolesive/sucidarie non sono necessariamente correlate ad una condizione di psicopatologia, ma sono spesso espressione di modalità tipiche del funzionamento psichico dell'adolescente (difficoltà a tollerare e gestire gli aspetti di conflitto, implusività, frustrazione con conseguente bisogno di scaricare la tensione fisica e psichica; difficoltà a mentalizzare la sofferenza e tendenza al passaggio all'atto), aspetti amplificati e spesso aggravati dal disagio del contesto detentivo e del percorso del procedimento penale.

Gran parte dei comportamenti autolesivi registrati in questo contesto negli ultimi anni sono infatti "reattivi" a situazioni di conflitto, ansia, frustrazione riferiti alla situazione personale/giuridica del ragazzo (un litigio dopo un colloquio con i familiari, il rigetto di un'istanza da parte del giudice, l'attesa per le autorizzazioni ai colloqui, ecc) e/o del contesto carcerario (un conflitto relazionale con coetanei e/o adulti, la reazione ad una sanzione, ecc)

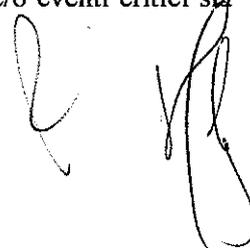
- **rafforzare/sensibilizzare la capacità del sistema di prevenire/intercettare/gestire in modo tempestivo le dimensioni di rischio autolesivo/suicidario individuando procedure e modelli di intervento che favoriscano l'interprofessionalità, come anche l'integrazione e la coerenza del sistema**

In linea con la chiave di lettura del fenomeno così come sopra proposto, la prevenzione e la gestione del rischio suicidario richiedono necessariamente un costante lavoro interprofessionale centrato sia sulla presa in carico della complessità dei bisogni dei singoli utenti, sia su un lavoro di "bonifica" del contesto per ridurre quegli aspetti che possono innescare comportamenti autolesivi/suicidari (evitamento delle situazioni di conflitto/provocazione; chiarezza e coerenza del sistema delle regole, ecc.)

- **importanza di costruire una capacità di intercettare/gestire il rischio suicidario centata sia sulla delicata fase di ingresso del giovane in IPM, sia durante il percorso detentivo.**

L'analisi dei dati finora raccolti consente di evidenziare che gran parte dei comportamenti autolesivi si realizzano dopo alcuni mesi dall'ingresso in carcere, quando l'adolescente ha maggiormente "impattato" con la sofferenza della detenzione, quando comincia ad avere maggiore consapevolezza dei significati e dei tempi delle misure penali e magari anche quando le difese iniziali di negazione, di "fuga" e/o di facile "uscita" dal carcere si sgretolano nel contatto con gli aspetti di realtà.

In quest'ottica è quindi fondamentale costruire una cultura e procedure di lavoro in grado di favorire un'attenzione costante del sistema, con particolare riguardo ad alcuni passaggi delicati e/o eventi critici sia della vita del ragazzo che del suo percorso penale.



2 . Architettura organizzativa del Documento di Prevenzione regionale e locale

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

Il presente documento regionale ha lo scopo di fornire indirizzi a livello locale al fine di consentire la redazione del Piano locale o l'aggiornamento di quello esistente, con la più ampia condivisione e concretezza tra le parti interessate.

Nella tabella sottostante (1) si sintetizzano le azioni di intervento regionale e locale:

Tabella 1

Sintesi delle azioni di intervento regionale e locale

	AZIONI				
	Adozione del Piano regionale e delle linee di indirizzo	Individuazione dei componenti osservatorio regionale e loro eventuali articolazioni a supporto	Formazione dei componenti osservatorio regionale o loro eventuale articolazione a supporto	Elaborazione dei piani locali di prevenzione istituto penitenziario/aziende unità sanitarie locali	Gestione dei dati (raccolta elaborazione e diffusione) individuazione delle prassi ritenute più efficaci, verifica, analisi ed aggiornamento dei piani di prevenzione monitoraggio
LIVELLO REGIONALE	Elabora le linee di indirizzo regionali tenendo conto del Piano nazionale	Individua i componenti regionali (all'interno del GTISP) per l'attuazione del Piano per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario Valuta il piano elaborato dalla realtà locale; fornisce supporto informativo e formativo alla realtà locale, elabora ogni utile notizia circa le prassi preventive ritenute più efficaci anche attraverso sottogruppi di lavoro tematici	Promuove, organizza e gestisce i processi formativi nel territorio di competenza	Coordina, segue e verifica la redazione, l'aggiornamento e l'applicazione del Piano/protocolli operativi locali di prevenzione	Promuove la periodica verifica del piano regionale di prevenzione, nonché dei programmi locali e comunica periodicamente al livello nazionale lo stato dell'arte



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

Dal punto di vista metodologico, si ripercorre il Piano nazionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità con l'indicazione delle quattro aree operative dove si ritrovano le componenti professionali, volontarie e detenute.

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

- Attenzione
- Decisione
- Sostegno

a) Area direttiva

Costituita da chi svolge le funzioni di governo della struttura e a cui spettano le decisioni operative da intraprendere, in base agli elementi di conoscenza che la rete multidisciplinare e interistituzionale pone alla sua attenzione.

b) Area dell'attenzione e del sostegno tecnico-clinico

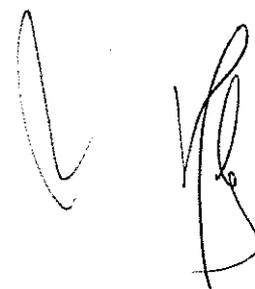
Costituita da figure clinico-professionali che operano a diretto contatto con i detenuti e possono cogliere sintomi e/o richieste di attenzione e di cura: personale sanitario che attiverà, secondo le specifiche professionalità, un primo sostegno e procederà alla segnalazione del caso alla rete multidisciplinare e interistituzionale.

c) Area dell'attenzione e del sostegno tecnico-pedagogico

Costituita dal personale dell'area pedagogica, deputata alle relazioni educative significative con i minorenni e giovani adulti nonché alla rilevazione ed al primo sostegno di situazioni di fragilità, sofferenza e/o regressione comportamentale. Detto personale provvederà all'immediata segnalazione alla rete multidisciplinare e interistituzionale.

d) Area dell'attenzione e del sostegno specialistico della sicurezza

Costituita dal personale di Polizia Penitenziaria che, in più costante e continuativo contatto con i giovani ristretti, può cogliere, talvolta più tempestivamente, eventuali segnali di sofferenza e di disagio che possono evolvere in comportamenti autolesivi e/o suicidari. I suddetti operatori, oltre ad un primo sostegno, secondo la specifica professionalità, avranno cura di segnalare alla rete multidisciplinare/interistituzionale quanto da loro osservato.



Sono inoltre da considerare risorse indispensabili all'efficacia della rete multidisciplinare:

- i volontari, i ministri di culto e gli operatori di enti ed associazioni esterne che a vario titolo entrano in contatto con i ragazzi, i quali possono intercettare casi di fragilità e segnalarli agli operatori sanitari e/o dell'area tecnica;
- i compagni alloggiati nella stessa stanza detentiva che, come evidenziato dall'OMS, possono raccogliere manifestazioni di sofferenza ed allertare il personale penitenziario e/o sanitario.

I livelli locali (IPM, CPA e ASL) elaboreranno i propri Piani/protocolli Operativi secondo le presenti linee di indirizzo, accertandone la sostenibilità e praticabilità.

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

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

E' fondamentale, quindi, riconoscere ed implementare il modello di lavoro interdisciplinare, già esistente, tra le diverse aree di intervento, penitenziario e sanitario, per intercettare e trattare in modo coordinato, celere, adeguato e continuo, le criticità dei minori e giovani adulti in carico a CPA e IPM.

3 . Elementi essenziali dei Piani Locali di Prevenzione: rilevazione del rischio.

I Piani/Protocolli Operativi Locali saranno elaborati tenendo conto di alcuni elementi essenziali fra cui, appare prioritario, la **valutazione del rischio all'ingresso** e la capacità di cogliere, nel corso della permanenza, elementi ulteriori che necessitano di particolare attenzione ed intervento.

A livello operativo la valutazione del rischio autolesivo e/o suicidario, per essere efficace, sarà effettuata all'ingresso del giovane nella struttura e durante la vita detentiva. La valutazione all'ingresso deve essere svolta da personale sanitario e dall'equipe nel suo complesso nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le 24 ore dall'ingresso (dalla libertà, per trasferimento o altro) ed in itinere. Per il CPA il termine temporale dovrà essere necessariamente più breve in relazione alla permanenza del soggetto nel servizio.

Il personale penitenziario e sanitario, al momento dell'ingresso, rileverà e riporterà, in un documento formale, le informazioni inerenti le condizioni complessive dei giovani con l'obiettivo prioritario di intercettare eventuali manifestazioni di agiti autolesivi e/o suicidari.

L'attività di valutazione iniziale, ampiamente articolata e puntualmente definita, oltre agli aspetti psicologici, deve tenere in debita considerazione gli aspetti socio-familiari, culturali ed etnici dei minorenni/giovani adulti, al fine di ridurre al minimo il fattore soggettivo di valutazione del rischio.

Nel corso della detenzione verrà effettuato un costante monitoraggio rispetto ai comportamenti dei detenuti ed agli eventuali segnali di allarmi riscontrati dal personale.

Fattori di rischio

- disagio psichico
- la condizione di minore straniero non accompagnato (abbandono forzato del paese di origine, essere vissuti in situazioni di conflitto armato/guerra etc)
- eventi critici familiari (abbandoni, separazioni, lutti)
- violenze subite (maltrattamenti e abusi intesi in termini di trascuratezza, incuria, ipercura e abusi psicologici e/o sessuali)
- la presenza nel funzionamento psicologico della tendenza a comportamenti antisociali, eterolesivi di tipo proattivo e premeditato
- presenza/assenza di componenti del nucleo familiare specificandone il grado di parentela
- esperienza di detenzione (riportare se il detenuto è o meno alla prima esperienza di detenzione, specificando le eventuali precedenti esperienze; tipo e caratteristiche del reato; stato giuridico; fine pena; tipo di impatto con l'istituzione, nonché insoliti livelli di vergogna e/o preoccupazione per l'arresto);

- dati salienti di natura giuridica (es. udienze, benefici, comunicazioni dei servizi relative al rapporto con i familiari, ecc.);
- stili di vita (tabacco, alcol, ecc.);
- informazioni sanitarie (presenza di patologie psichiatriche, di dipendenze, o altre patologie);
- aggressività eterodiretta, autodiretta, ecc.;
- insoddisfazione della vita, paure e/o aspettative negative per il futuro, ecc.;
- rifiuto di partecipare ad attività, di usufruire di ore d'aria, tutto ciò che evidenzia una tendenza all'isolamento;
- pensieri autolesivi e/o suicidari, ecc.;
- eventi vitali stressanti (rilevazione di quegli aspetti che possono rappresentare fonte di stress e che possono riferirsi, seppur in maniera differente, tanto alla vita precedente all'ingresso nella struttura quanto alla vita all'interno della struttura stessa);
- eventi critici (comportamenti autolesivi, tentativi di suicidio, comportamenti di tipo dimostrativo, ecc.).

Fattori protettivi

- instaurarsi di relazioni significative con operatori che hanno in carico il minore/giovane adulto in assenza di validi legami familiari
- qualità dell'integrazione nel gruppo dei pari
- partecipazione alle attività trattamentali, sia individuali che di gruppo e con l'incremento, laddove possibile, di quelle sportive
- accesso al servizio di mediazione culturale e, ove possibile, di etnopsichiatria per i detenuti stranieri
- rapida attivazione dei servizi di salute mentale, ove necessario
- assicurazione del diritto al culto, laddove emerge un sentimento e una necessità
- collegamento e integrazione con la rete sanitaria territoriale ed ospedaliera territoriale per rispondere tempestivamente alle esigenze di presa in carico dei soggetti portatori di problematiche psichiche associate a rischio autolesivo e suicidario
- consulenza e sostegno alle dinamiche familiari
- tempestività nella risposta dei bisogni emergenti

L'Amministrazione della Giustizia Minorile e di Comunità e l'Amministrazione della Salute si impegnano vicendevolmente a trasferire le informazioni su indicate al fine di gestire in modo interprofessionale i giovani affidati a CPA e IPM.

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

Tale strumento, una volta aperto all'ingresso, dovrà diventare come un 'diario personale' costantemente aggiornato dai componenti dello staff multidisciplinare.

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

4 . Monitoraggio e Valutazione

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

Il Gruppo Tecnico Interregionale per la Sanità Penitenziaria ha il compito di monitorare e/o richiedere aggiornamenti/modifiche in merito al Piano Locale per il quale verrà richiesta una reportistica annuale sintetica in merito all'attuazione degli indirizzi operativi delle linee regionali successivamente trasmessa a livello nazionale (Tavolo di consultazione Permanente per la Sanità Penitenziaria) Al fine di predisporre un costante monitoraggio e un'efficace valutazione delle azioni previste nel presente Piano sono stati individuati i seguenti indicatori.

Indicatori di processo

N	Indicatore	Valore misurato	Valore atteso
1	Redazione Piano Locale di prevenzione entro 3 mesi dall'approvazione del Documento Regionale	N. 1 Piano locale di prevenzione redatto entro 3 mesi dall'approvazione del Documento Regionale	1/1 = 100%
2	Definizione di procedure strutturate per la comunicazione interna fra personale operante (penitenziario/sanitario) e staff multidisciplinare	N° di procedure definite per istituto	≥ 1 per Istituto
3	Definizione di protocolli operativi per la gestione delle urgenze (penitenziario/sanitario)	N° di procedure definite per istituto	≥ 1 per Istituto
4	Tentativi di suicidio/suicidi	N° di tentativi/suicidi verificatesi nell'anno	0
5	Episodi di autolesionismo	N° di episodi di autolesionismo	Diminuzione pari o superiore ad almeno il 20% degli episodi rilevati nell'anno precedente
6	Organizzazione corsi specifici BLS per il personale non sanitario	N° di corsi specifici di BLS per il personale non sanitario	≥1
7	Organizzazione di eventi formativi specifici (suicidio e autolesione) rivolti al personale che opera in ambiente detentivo minorile	N° di eventi formativi specifici	≥1
8	Realizzazione di eventi formativi realizzati rivolti ai ragazzi detenuti disposti a svolgere la funzione di attenzione e sostegno tra pari (peer supporter)	N° di eventi formativi realizzati rivolti ai ragazzi detenuti disposti a svolgere la funzione di attenzione e sostegno tra pari (peer supporter)	≥1
9	A seguito di avvenuto suicidio, organizzazione di attività di debriefing	N° di interventi di debriefing organizzati a seguito del suicidio/N° di suicidi	100%

5. Il presidio delle situazioni potenzialmente stressanti

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

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

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

- ***Segnalazione allarme e/o evento critico***

Il personale che opera all'interno della struttura ed il personale sanitario rileveranno e riporteranno, attraverso adeguate procedure contemplate dal protocollo locale, le eventuali condizioni di fragilità e sofferenza, identificabili come fattori di rischio e i segnali di allarme di possibili agiti violenti autodiretti. Provvederanno, altresì, a segnalare gli eventi critici, sia in fase iniziale di ingresso che nel corso della permanenza nella struttura minorile. Tale segnalazione sarà finalizzata, in caso di necessità, all'attivazione dell'equipe multidisciplinare e interistituzionale.

Nei Piani di prevenzione locali sarà posta in evidenza, alla rete di attenzione e sostegno degli operatori sopra descritta, la necessità di vigilare i seguenti momenti/aspetti della vita istituzionale.

- ***Colloqui e corrispondenza***

L'assenza di colloqui visivi e telefonici, nonché contatti epistolari, con la famiglia o figure di riferimento significative, può essere considerato un fattore di rischio e pertanto va tenuto in debita attenzione. Sarà necessario monitorare anche l'impatto del colloquio con il familiare sul minore e giovane adulto, al fine di rilevare eventuali criticità familiari. Grande importanza assume pertanto l'instaurazione di un buon livello di comunicazione degli operatori dell'area tecnica con i familiari dei detenuti, ai quali vanno dedicati momenti specifici di ascolto.

Per i minorenni e i giovani adulti, per i quali non è possibile effettuare colloqui a causa della lontananza della famiglia, sarà indispensabile garantire diverse e soddisfacenti forme di comunicazione quali ad esempio le video-chiamate.

- ***Processi e notifiche***

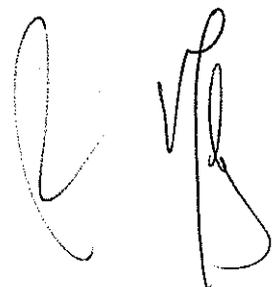
Gli interventi educativi e sanitari non possono prescindere dall'iter processuale che sta vivendo il minore/giovane adulto e che rende indispensabile un costante scambio di comunicazioni tra l'Ufficio Matricola, l'Area tecnica e l'Area sanitaria.

Particolare attenzione da parte del personale dell'area educativa, sanitaria e di sicurezza sarà posta al momento della notifica degli atti giudiziari a forte valenza emotiva che, inevitabilmente, determinano una condizione di stress con possibile, consequenziale, agito autolesivo.

Il personale di scorta che accompagna il detenuto all'udienza, adeguatamente formato, riferirà all'educatore e allo psicologo di riferimento, se non presenti all'udienza, le eventuali reazioni e comportamenti disfunzionali che possono costituire un segnale di allarme, offrendo nel contempo un primo intervento di sostegno e supporto.

- ***Dinamiche di gruppo***

Tutte le aree operative (educativa, sanitaria e di sicurezza) dovranno porre attenzione alle dinamiche di gruppo segnalando eventuali situazioni di allarme al fine di attivare interventi integrati e interprofessionali sia sul singolo che sul gruppo stesso. Si segnala al riguardo che una condizione di rischio potrebbe essere identificata nelle dinamiche di espulsione/prevaricazione/isolamento da parte di altri detenuti.



- **Dimissioni**

Il momento della dimissione è particolarmente delicato. Appare evidente che un adeguato programma di reinserimento sociale, in vista dell'uscita, debba contemplare un potenziamento della collaborazione con l'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni, la presa in carico da parte del Servizio sociale territoriale e, ove necessario, da parte dei Servizi sanitari territorialmente competenti, sia del soggetto interessato che della famiglia.

6 . Anamnesi e gestione del soggetto a rischio

Alla rilevazione della presenza di un rischio autolesivo e/o suicidario deve corrispondere necessariamente un programma di gestione, oltre che trattamentale, del caso.

Le fasi del programma di gestione devono prevedere:

- collocazione del soggetto nella stanza
- osservazione interprofessionale del soggetto
- verifica dell'eventuale possesso o disponibilità di oggetti pericolosi
- interventi sanitari
- interventi educativi
- interventi di supporto da parte di peer supporter

Appare indispensabile declinare più ampiamente alcuni dei suddetti aspetti.

In ogni caso di rilevazione del rischio autolesivo e/o suicidario, sarà immediatamente attivata la procedura gestionale integrata prevista nel Piano locale di prevenzione, con le indicazioni relative ai primi interventi di allocazione, sostegno e controllo e all'individuazione delle figure professionali a tal fine preposte.

L'equipe interdisciplinare integrata, composta da personale educativo, sanitario e di sicurezza, predisporrà, nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le 48 ore (il termine temporale dovrà essere valutato in base alla permanenza del soggetto nel servizio), il piano di trattamento specifico che riduca il rischio di agiti violenti autodiretti, lenendo il senso di sofferenza del soggetto.

- **Collocazione nella stanza detentiva**

Riguardo ai fattori di rischio autolesivo e/o suicidario l'OMS (2007) ha rilevato che *“Esiste una forte associazione tra suicidio dei detenuti e tipo di alloggio assegnato. Nello specifico, un detenuto posto in isolamento, o sottoposto a particolari regimi di detenzione (specialmente in cella singola) e incapace di adattarsi, è ad alto rischio di suicidio.”* E ancora *“l'alloggio in isolamento, seppure per ragioni necessarie, può incrementare il livello di rischio”*.

L'isolamento del detenuto a rischio autolesivo e/o suicidario e la sua ubicazione in cella singola, con sorveglianza a vista, deve rappresentare una condizione straordinaria, salvo i casi in cui, come indicato dall'OMS, il soggetto non sia isolato per motivi giudiziari, sanitari o di tutela.

L'ubicazione in camere detentive ordinarie, in compagnia di altri detenuti, consente alla persona a rischio di trarre benefici dalla presenza e sostegno dei compagni. Allo stesso tempo, la partecipazione ad attività in comune o, ove questo non si ritiene opportuno, la realizzazione di attività individualizzate, potrà contribuire ad attenuare condizioni di fragilità e sofferenza.

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

- **Peer supporter**

L'esperienza ha dimostrato che spesso i compagni di stanza sono coloro che per primi intervengono, allertando il personale di sorveglianza ed evitando che gli agiti autolesivi possano esitare in veri e propri tentati suicidi. Pertanto, appare indispensabile valutare, con la dovuta attenzione, i detenuti da allocare in stanza con chi manifesta segnali di allarme rispetto ad eventuali agiti autolesivi e/o suicidari. Sarà l'equipe interprofessionale ed interistituzionale a fornire alla Direzione e al Comandante le informazioni e le valutazioni utili a individuare le persone idonee ad essere alloggiate nella stanza con il giovane a rischio. I compagni, pertanto, rappresentano un'importante risorsa per la rete di attenzione e di supporto. Ad essi è auspicabile che sia riservata, su base volontaria, la possibilità di partecipare a incontri formativi per lo sviluppo delle capacità di ascolto e collaborazione nei confronti del soggetto a rischio.

- **La gestione dei casi a rischio**

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

- alloggiamento
- monitoraggio/osservazione delle condizioni della persona
- disponibilità di oggetti potenzialmente pericolosi
- interventi sanitari
- interventi di supporto istituzionali
- interventi di supporto da parte di compagni di detenzione umanamente e culturalmente più idonei a instaurare un rapporto proficuo con la persona in difficoltà

7. Protocolli operativi per affrontare le urgenze

La prevenzione delle condotte suicidarie necessita, altresì, di protocolli operativi per la gestione dell'urgenza. L'O.M.S. sul tema, evidenzia una serie di condizioni che devono essere adeguatamente presidiate. Per fronteggiare l'evento critico è indispensabile che i Piani Operativi Locali prevedano in particolare:

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

8. Debriefing post evento

Nei Piani locali è necessario prevedere un *Debriefing post-evento*, allorquando si verifica un suicidio o un grave evento critico. L'equipe interprofessionale e interistituzionale, unitamente ai referenti della prevenzione del Servizio minorile e dei referenti dell'Azienda ASL territorialmente competente, dovrà avviare uno spazio di riflessione e rielaborazione finalizzato a:

- identificare i fattori di rischio e gli elementi stressanti che possono aver portato all'agito;
- considerare l'incidenza delle variabili e l'interazione degli interventi;
- identificare i cambiamenti da attuare per migliorare la presa in carico e la prevenzione degli agiti autolesivi o suicidari.

Deve essere previsto altresì uno spazio che consenta al personale coinvolto, nel pieno rispetto della riservatezza, di rielaborare emotivamente l'evento; affrontare il senso di impotenza, programmare e realizzare attività di sostegno in favore dei peer supporter ed anche degli altri detenuti.

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

Nei Piani Locali di Prevenzione dovranno pertanto essere previste azioni di sostegno che dovranno avere le caratteristiche di:

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

Sarà compito dell'Osservatorio Regionale attivare il debriefing con la collaborazione con le realtà locali (Servizi residenziali minorili del Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità e Servizi dell'ASL territorialmente competente).

9. La Formazione

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

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

Al di là delle iniziative nazionali, l'Osservatorio regionale elaborerà i contenuti della formazione congiunta a favore del personale delle Amministrazioni coinvolte e dei detenuti, anche attraverso proposte provenienti dal gruppo di lavoro costituito per la redazione del Piano Locale di Prevenzione, tenendo conto della specificità del contesto e delle esigenze rappresentate dall'utenza minorile.

La formazione prevederà almeno le seguenti aree di approfondimento:

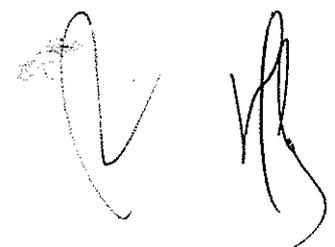
- Struttura del piano nazionale per la prevenzione delle condotte autolesive e/o suicidarie in ambito penitenziario.
- elementi fenomenologici del suicidio e degli eventi autolesivi.
- le indicazioni dell'O.M.S.
- modello operativo generale.
- laboratorio di progettazione.
- fattori ambientali, psicologici e comportamentali specifici predisponenti ai comportamenti suicidari.
- il comportamento autolesivo in adolescenza.
- elementi di etnopsichiatria e di antropologia culturale.
- autolesionismo e psicopatologia.
- benessere organizzativo e ricadute sugli operatori.



- temi inerenti strategie di comunicazione e relazione.
- elementi di primo soccorso e fondamentali tecniche di rianimazione cardio-polmonare
- **addestramento all'utilizzo degli equipaggiamenti d'emergenza collocati nei Servizi residenziali minorili.**

10 Disposizioni finali

Il presente documento per la Prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità ha la durata di 5 anni e potrà essere modificato per sopraggiunte indicazioni normative o regolamentari di livello nazionale e/o regionale e sulla base di evidenze scientifiche che ne rendano necessario il suo aggiornamento.





Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE

Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

Servizio "Sanità, lavoro e politiche sociali"

Codice sito: 4.10/2017/63/CU

Presidenza del Consiglio dei Ministri
DAR 0015701 P-4.37.2.10
del 10/10/2017



17815433

All. P

Al Ministero della Salute

- Gabinetto
gab@postacert.sanita.it

Al Ministero della Giustizia

- Gabinetto
capo.gabinetto@giustiziacert.it

Al Ministero dell'Economia e delle Finanze

- Gabinetto
ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it

- Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato -
Coordinamento delle attività dell'Ufficio del Ragioniere
generale dello Stato
rqs.ragionieregenerale.coordinamento@pec.mef.gov.it

Al Presidente della Conferenza delle Regioni
e delle Province autonome
c/o CINSEDO
conferenza@pec.regioni.it

All'Assessore della Regione Piemonte
Coordinatore Commissione salute
assessore.sanita@cert.regione.piemonte.it

All'Assessore della Regione Emilia-Romagna
Coordinatore Vicario Commissione salute
sanita@postacert.regione.emilia-romagna.it

Al Presidente dell'ANCI
mariagrazia.fusiello@pec.anci.it

Al Presidente dell'UPI
upi@messaggipec.it

Ai Componenti del Tavolo di consultazione
permanente sulla sanità penitenziaria
(PEC LISTA: TAVOLO.PERMANENTE.SANITA.PENITENZIARIA)

Ai Componenti del Comitato Paritetico
Interistituzionale
(PEC LISTA: COMITATO.PARITETICO.INTERISTITUZIONALE)



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE

Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

Oggetto: Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Piano Nazionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità".

Facendo seguito alla riunione del Tavolo e del Comitato in indirizzo del 26 settembre 2017, si trasmette il Piano indicato in oggetto, così come definitivamente approvato nel corso della suddetta riunione, nonché la bozza di Accordo.

Il provvedimento sarà iscritto all'ordine del giorno della prossima Conferenza, prevista per il 19 ottobre p.v.

Detto testo definitivo sarà reso disponibile sul sito www.unificata.it con il codice: 4.10/2017/63.

Il Direttore dell'Ufficio
Cons. Adriana Piccolo



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Piano Nazionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità".

Rep. n. _____

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 19 ottobre 2017:

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTO l'articolo 2, comma 283, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008), il quale prevede che, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli Istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e degli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia 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;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, emanato in attuazione del menzionato articolo 2, comma 283, della legge 244 del 2007, recante "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";

CONSIDERATO che questa Conferenza, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria" (di seguito: " il Tavolo") di cui all'Allegato A del predetto D.P.C.M. 1° aprile 2008, tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame di questa medesima Conferenza, attuativi del più volte citato D.P.C.M. 1° aprile 2008;

CONSIDERATO, inoltre, che al Tavolo è demandato, in particolare, il compito di predisporre indirizzi per favorire la realizzazione di programmi di interventi nelle realtà territoriali nei confronti dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale e quello di definire strumenti volti a favorire il coordinamento fra le Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della giustizia minorile;

CONSIDERATO che l'Allegato A al citato D.P.C.M. 1° aprile 2008 recante "Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" riserva, in particolare, una specifica attenzione alla tematica della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario;

VISTO l'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" (Rep. Atti n. 5/CU del 19 gennaio 2012);

CONSIDERATA la necessità di superare la fase di sperimentazione prevista dal suddetto Accordo e di aggiornarne e ampliarne i contenuti, allo scopo di costituire una rete integrata di interventi tra il livello nazionale, il livello regionale ed il livello locale delle attività di prevenzione del rischio suicidario per i detenuti minori;

VISTA la lettera pervenuta in data 4 ottobre 2016 e trasmessa in pari data ai componenti del Tavolo, con la quale il Ministero della giustizia – Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - ha proposto all'esame del Tavolo medesimo una bozza del documento recante "Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie in ambito penitenziario";

CONSIDERATO che, nel corso delle riunioni del Tavolo del 18 e 21 novembre 2016, si è discusso della suddetta bozza di Piano ritenendo che, ai fini della proficua conduzione dei lavori e la successiva definizione dello stesso, fosse necessario procedere con una modalità partecipata e condivisa delle Regioni e delle Amministrazioni centrali;

VISTA la nota del 6 marzo 2017, con la quale il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria ha richiesto la convocazione del Tavolo per la ripresa delle attività concernenti la suddetta bozza di documento;

VISTA la nota in data 20 aprile 2017 dell'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza, con cui sono stati convocati congiuntamente il Tavolo e il Comitato paritetico interistituzionale (di seguito: "Il Comitato") per il 27 aprile 2017;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione congiunta del Tavolo e del Comitato del 12 giugno 2017, convocata con nota del 5 giugno 2017, viene data comunicazione dei lavori in corso sulla proposta di "Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" e viene concordato di procedere, viste le peculiarità che caratterizzano i comportamenti autolesivi dei minori che richiedono programmazioni mirate, con la stesura di uno specifico accordo dedicato alla Giustizia minorile;

VISTO l'Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" (Rep. Atti n. 81/CU del 27 luglio 2017);

CONSIDERATO che la formulazione di un apposito documento relativo all'area della Giustizia minorile, emersa nel corso della sopraindicata riunione congiunta del Tavolo e del Comitato del 12 giugno 2017, si è resa necessaria in ragione delle peculiarità che caratterizzano i comportamenti autolesivi dei minori, che richiedono programmazioni mirate ed interventi specifici;



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

CONSIDERATO che il sottogruppo minori costituito ad hoc ha elaborato il documento denominato "Piano Nazionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità", trasmesso all'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza dal Coordinamento interregionale sanità penitenziaria in data 19 settembre 2017 e diramato ai componenti del Tavolo e Comitato con nota del 20 settembre 2017;

TENUTO CONTO che nella riunione congiunta dei citati organismi del 26 settembre 2017 la suddetta documentazione, ampiamente esaminata, è stata oggetto di modifiche ed integrazioni concordate tra le parti;

CONSIDERATO che al termine della suddetta riunione il Tavolo ha approvato la versione definitiva del documento in parola, Allegato sub A, parte integrante del presente atto, che è stata diramata alle Amministrazioni centrali interessate, alle Regioni e Province autonome ed alle Autonomie locali con lettera in data

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano e delle Autonomie locali;

Il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali

CONVENGONO QUANTO SEGUE

1. di adottare il "Piano Nazionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità", Allegato sub A, parte integrante del presente atto;
2. che dall'applicazione del presente Piano non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Il Segretario
Antonio Naddeo

Il Presidente

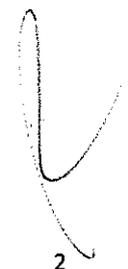
.....

**Piano Nazionale per la prevenzione del
rischio autolesivo e suicidario nei servizi
residenziali minorili del Dipartimento per
la Giustizia Minorile e di Comunità**



Indice

§ 1	Premessa
§ 2	I comportamenti autolesivi e suicidari nel contesto penale minorile
§ 3	La struttura organizzativa: livelli di attuazione del Piano, funzioni e compiti
§ 4	I Piani Locali di Prevenzione
§ 4.1	Indicazioni operative per la definizione dei Piani operativi locali
§ 4.2	Anamnesi e gestione del soggetto a rischio
§ 5	Controllo/collocazione nella stanza detentiva
§ 6	Peer supporter
§ 7	Azioni immediate a seguito dell'evento
§ 8	Debriefing post evento
§ 9	Monitoraggio
§ 10	Formazione integrata



2

§ 1 Premessa.

La prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei minorenni e giovani adulti sottoposti alla privazione della libertà personale, assume un particolare rilievo anche alla luce di quanto previsto dall'allegato A del DPCM 01.04.2008 circa *"l'adozione di procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà, ed esecuzione degli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo"* nonché *"l'attivazione di specifici programmi mirati alla riduzione del rischio di suicidio"*.

Quanto sopra, tra l'altro, appare coerente con i contenuti del documento dell'O.M.S. "Prevenzione del suicidio nelle carceri" (2007) ove nello specifico paragrafo dedicato all'area minorile afferma che *"l'esperienza dell'incarcerazione può risultare particolarmente difficile per i giovani ristretti che vengono separati dalla famiglia e dagli amici. I giovani detenuti con problematiche emotive sono molto dipendenti da relazioni supportive con il personale del carcere. Quindi, la separazione e l'isolamento dei giovani detenuti può portare ad un incremento del rischio di atti suicidari, che possono avvenire in qualsiasi momento della detenzione"*.

Con il successivo Accordo sulle "Linee di indirizzo per l'assistenza sanitaria ai minorenni sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria" del 26 novembre 2009, sottoscritto in sede di Conferenza Stato Regioni, si sottolinea la necessità di integrazione tra gli interventi sanitari, sociali ed educativi e quindi di un programma per la presa in carico multidisciplinare a partire dalla prima fase di ingresso nel circuito penale, per una valutazione complessiva del minorenne che consenta di evidenziare le sue caratteristiche e i suoi bisogni "assistenziali".

Nel 2012 la Conferenza Unificata sanciva l'Accordo sul documento relativo a "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" (Repertorio Atti n.5/C.U.), con il quale si prevedeva l'attivazione di programmi operativi da sperimentare in ogni regione e in almeno un istituto penitenziario per adulti ed in uno per minorenni.

L'attuazione di tale ultimo Accordo è stata oggetto di monitoraggio, realizzato nell'ambito delle attività del Tavolo di Consultazione Permanente per la sanità penitenziaria. Tale attività ha evidenziato come la sperimentazione non sia stata realizzata in modo uniforme. Sussistono, infatti, realtà dove non sono stati definiti i Programmi operativi, ma vengono adottate prassi operative condivise tra l'Amministrazione della Giustizia ed il Servizio Sanitario.

Il monitoraggio, quindi, ha messo in luce una difformità dell'attuazione dell'Accordo, sia nei contenuti dei programmi che nell'articolazione degli stessi, soprattutto in relazione alle procedure operative.

Tra gli elementi osservati si evidenziano: una difficoltà di comunicazione interprofessionale; la presenza di nuovi fattori di rischio che richiedono un presidio di attenzione e, da un punto di vista epidemiologico, una significativa incidenza di atti identificabili come autolesivi piuttosto che come tentativi di suicidio. A tal proposito, coerentemente con quanto indicato nel citato documento dell'O.M.S. (2007), si evidenzia 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 il Servizio Sanitario e l'Amministrazione della Giustizia Minorile e di Comunità, concorrono in tutte le fasi degli interventi per le rispettive competenze. Purtroppo, sebbene le condotte autolesive e/o suicidarie, come sottolineato, non sono necessariamente correlate a condizioni psicopatologiche, sono elevati i casi in cui il soggetto con tendenze autolesive e /o suicidarie è anche portatore di un disagio psichico o di una patologia psichiatrica. È risultata altresì poco sviluppata e incostante l'attività di monitoraggio del fenomeno e conseguentemente quelle di valutazione delle modalità operative.

Tanto premesso, risulta evidente e necessario ridefinire e/o definire i protocolli operativi locali in modo che ogni IPM, CPA e Comunità Pubblica adotti specifiche prassi operative, integrate e interistituzionali, di valutazione e monitoraggio del rischio autolesivo e/o suicidario.

Il Piano accentua l'esigenza, fin dal primo momento dell'ingresso del minore nel circuito penale, di un intervento supportivo multidisciplinare e interistituzionale al fine di ridurre la messa in atto di comportamenti autolesivi o chiaramente auto-soppressivi. Infatti, accanto all'esigenza e alla necessità del controllo sociale e della sorveglianza, la restrizione, ancor più in ambito minorile, deve caratterizzarsi quale intervento di sostegno e supporto per la specifica fase che il minore e/o giovane adulto si trova a vivere. Appare evidente, quindi, che tale concezione del rapporto con il minore ristretto obbliga ciascuna amministrazione, penitenziaria e sanitaria, a confrontarsi, formarsi e riflettere, per meglio addivenire a delle azioni preventive realmente efficaci. L'équipe multidisciplinare e interistituzionale, dovrà agire in modo integrato coinvolgendo, quando possibile, *"anche i familiari e i compagni detenuti"*. In tale ottica di sostegno si situa, altresì, anche la raccomandazione affinché venga evitato *"ogni forma di isolamento del soggetto a rischio"* che risulta, di per sé, come evidenziato in letteratura, un ulteriore fattore di rischio.

Un intervento di sistema sul tema della prevenzione del rischio suicidario deve inevitabilmente essere calibrato sulla specifica realtà locale in funzione di diverse variabili: tipologia dell'utenza presente (patologie, posizioni giuridiche, tempi di permanenza, etnia, genere, condizioni socio culturali, ecc.) e contesto ambientale.

In ogni caso sarà importante che il sistema, inteso nella globalità, anche grazie alla individuazione di referenti per la specifica linea di attività, sviluppi capacità di intercettare e trattare con tempestività stati di disagio, sofferenza psicologica, disturbo psichico o altri tipi di fragilità, attivando un coordinamento funzionale, integrato e interistituzionale, delle diverse figure professionali presenti, a prescindere dal loro rapporto di dipendenza istituzionale con l'obiettivo di porre in essere misure di contenimento del rischio autolesivo e/o suicidario e pervenire ad una reale diminuzione dell'incidenza dei comportamenti autolesivi e dei suicidi dei minorenni privati della libertà.

Momento centrale del citato piano è la fase di valutazione del rischio, il cui scopo è quello di pervenire tempestivamente ad una visione congiunta, multidisciplinare e interistituzionale. A tal fine, saranno definiti o ridefiniti i protocolli operativi locali, in modo che quest'ultima prenda in considerazione anche gli aspetti socio-familiari, culturali e di provenienza dei minori/giovani adulti, comprensivi di strumenti standardizzati al fine di ridurre al minimo l'elemento valutativo soggettivo.

Altro elemento determinante per la proficua applicazione del Piano sarà la formazione congiunta del personale al fine di fornire agli operatori strumenti utili sia all'intercettazione dei segnali critici che alla corretta interpretazione degli eventi, per un'adeguata gestione dell'intervento conseguente all'evento stesso.

Il presente Piano, quindi, intende consolidare il processo di integrazione tra i Servizi Minorili ed i Servizi del S.S.N., così come contemplato dall'Allegato A del DPCM 01 aprile 2008 e dall'esito delle sperimentazioni realizzate in sede territoriale negli II.PP.MM, previste dall'Accordo della Conferenza Unificata del 19 gennaio 2012, delineando l'assetto generale di un modello operativo e organizzativo condiviso tra le Amministrazione della Giustizia Minorile e di Comunità e quella Sanitaria.

Il Piano sostiene, altresì, l'attuazione di un modello interistituzionale, nel quale gli interventi di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario siano sempre più orientati al sostegno ed al supporto individualizzato ai fini della presa in carico dell'adolescente. Appare evidente, pertanto, che al fine di pervenire ad un efficace intervento preventivo, risulta necessario che il personale tutto, che a vario titolo entra in contatto col minorenne o giovane adulto privato della libertà, previa adeguata e specifica formazione, valorizzi la relazione, per meglio accogliere il disorientamento, il disagio, la sofferenza e l'angoscia che sono alla base di agiti autolesivi o più francamente auto-soppressivi.

Ogni azione prevista dal Piano verrà espletata nel rispetto della normativa a tutela della privacy dell'individuo (D. lgs. 30 giugno 2003 n. 196).

§ 2 I comportamenti autolesivi e suicidari nel contesto penale minorile.

I fenomeni autolesivi e suicidari presentano molteplici complessità e necessitano di analisi e interventi multidisciplinari e interistituzionali che considerino in maniera globale la persona sotto i vari aspetti intrapsichici e relazionali.

Appare necessario, preliminarmente, evidenziare che la prevenzione del rischio autolesivo e/o suicidario non opera seguendo logiche deterministiche, bensì prognostico-probabilistiche allo scopo di identificare i fattori di rischio, al fine di pervenire alla loro rimozione e attivando nell'individuo e nel contesto di appartenenza alcuni consequenziali fattori protettivi.

Attualmente, l'utenza penale minorile abbraccia l'arco della vita che va dai 14 ai 25 anni (ex L.117/2012). Dal punto di vista epidemiologico va rilevato che, diversamente dalla popolazione detenuta adulta, quella minorile si caratterizza per una maggiore frequenza di agiti autolesivi.

I minorenni e giovani adulti, che fanno ingresso nel circuito penale, attraversano la peculiare e delicata fase adolescenziale che può essere caratterizzata, tra l'altro, da comportamenti oppositivi e provocatori ove la sfida del limite e la trasgressione rappresentano una fisiologica modalità di strutturazione della propria identità in divenire. L'adolescente, quindi, si trova a vivere una modalità di funzionamento psichico caratterizzato dalla oscillazione tra il bisogno di dipendenza infantile e quello, invece, di differenziazione ed autonomia che lo tragherà, poi, nel mondo adulto.

È bene precisare che quando oggi si parla di adolescenza si fa riferimento ad una fascia di età molto più ampia di un tempo e ciò, come è noto, è determinato anche dai mutamenti socio-culturali in atto.

La privazione della libertà ma soprattutto l'esperienza detentiva, seppur *extrema ratio* nel nostro sistema, rappresenta per questi soggetti, un'esperienza forte e molto impegnativa dal punto di vista emotivo. La carcerazione, per ogni individuo ed ancor più per un minorenne o giovane adulto, si caratterizza come esperienza che coincide con la perdita della libertà individuale e della propria autonomia nonché con la frattura della propria continuità esistenziale, attraverso la sottrazione del soggetto al normale corso della propria vita e alla sua rete affettiva e relazionale.

L'impatto psicologico dell'arresto e della carcerazione, la paura dell'abbandono e della riprovazione da parte dei familiari e del contesto di appartenenza, lo stress quotidiano della vita ristretta, sono tutti elementi che inducono una particolare fragilità cui non sempre la fisiologica resilienza pone un argine. Ed è proprio nell'immediatezza dell'ingresso nel circuito restrittivo o in occasione di cambiamenti significativi delle condizioni detentive o, comunque, limitative della libertà, che si rileva un rischio maggiore di condotte autolesive e/o suicidarie. Infatti, anche misure meno afflittive come ad esempio il collocamento in comunità, in quanto limitative della libertà personale, possono essere considerate fattori di rischio predisponenti alla elicitazione di agiti autolesivi e suicidari.

Relativamente al complesso fenomeno dell'autolesionismo giovanile, è giusto rilevare che esso può assumere innumerevoli manifestazioni con fini talvolta unicamente esibitivi/manipolativi/provocatori, ma altrettanto spesso con l'obiettivo di scaricare, sul corpo e con il corpo, profonde angosce destrutturanti, non elaborabili altrimenti. Ovviamente, tali modalità, in situazioni estreme possono pervenire ad agiti autolesivi autodiretti come espressione di negazione del sé. In ogni caso, anche gli agiti interpretabili quali modalità esibitive e/o manipolative/provocatorie, vanno, comunque, letti all'interno di una cornice comunicativa di disagio e/o di collasso della propria capacità autocontenitiva, e, pertanto, in sintesi, di difficoltà ad intravedere e praticare altre modalità di relazione/comunicazione, maggiormente efficaci e funzionali.

Va altresì evidenziato che il suddetto fenomeno può essere influenzato da fattori correlati alle culture dei paesi di provenienza e dall'elevato stress vissuto durante l'esperienza migratoria. Appare pertanto evidente la necessità di una sempre più elevata e qualificata attenzione nei confronti del rischio autolesivo e suicidario nei servizi minorili, anche in considerazione del fatto che il fenomeno presenta un andamento in progressivo aumento, ed è di primaria importanza la conoscenza esatta ed il riconoscimento, da parte di tutti gli operatori che a vario titolo entrano in contatto con i minorenni e giovani/adulti in carico ai servizi minorili, dei fattori predisponenti al rischio e dei fattori scatenanti che portano dall'ideazione all'atto violento auto-diretto.

Parimenti fondamentale appare il rafforzamento dei fattori protettivi che possono contribuire anche ad un aumento della resilienza e dell'autostima.

Per dare sistematicità agli interventi in materia, quindi, è fondamentale l'adozione di procedure formali integrate ed interistituzionali che agevolino l'identificazione e la gestione delle situazioni a rischio, comunque di forte valenza comunicativa.

§ 3 La struttura organizzativa: livelli di attuazione del Piano, funzioni e compiti.

Gli interventi finalizzati alla prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi minorili residenziali prevedono i seguenti livelli organizzativi:

- il livello centrale, costituito dal Tavolo di Consultazione permanente, che può avvalersi del contributo del Sottogruppo tecnico minorile, è deputato a: fornire ed aggiornare gli **indirizzi generali** per gli interventi integrati di prevenzione e riduzione del rischio autolesivo e/o suicidario; proporre gli indirizzi generali **per la formazione congiunta** (DGMC, Ministero della Salute e Regioni e PP.AA.) del personale; monitorare e valutare la piena **applicazione degli indirizzi di cui al presente documento**; curare la raccolta ed il monitoraggio dei dati trasmessi sia dal Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità ove, a tal fine, si costituirà una specifica Unità organizzativa, sia dalle Regioni, per quanto di competenza; diffondere i dati raccolti, attraverso report periodici e definire linee di indirizzo formative meglio calibrate sulla realtà emergente;
- il livello regionale, costituito dall'Osservatorio Regionale Permanente sulla Sanità Penitenziaria, che potrà avvalersi anche dell'ausilio di uno specifico sotto-gruppo per l'area minorile, è finalizzato alla: individuazione dei referenti regionali; **predisposizione e o aggiornamento di un modello di protocollo operativo regionale** per la prevenzione dei comportamenti autolesivi e/o suicidari; **declinazione degli specifici indirizzi formativi** sulla scorta delle indicazioni del livello centrale; **verifica della definizione e sottoscrizione dei protocolli operativi locali**; **aggiornamento e monitoraggio degli stessi il cui esito sarà trasmesso a livello centrale**; **raccolta e trasmissione a livello centrale dei dati epidemiologici e delle buone prassi locali**;
- il livello locale, costituito dalle Direzioni degli Istituti Penitenziari minorili (IPM), dei Centri di Prima Accoglienza (CPA) e delle Comunità Pubbliche dell'Amministrazione della Giustizia nonché dalle Direzioni delle Aziende Sanitarie Locali sul cui territorio insistono i suindicati servizi minorili. Ad esso viene chiesto di redigere, aggiornare, implementare e monitorare - conformemente alle direttive del livello centrale e regionale - **il Piano Locale di Prevenzione**. Individua, inoltre, i referenti per l'attuazione del Piano per la prevenzione del rischio autolesivo e/o suicidario, per ciascuna Amministrazione; organizza e/o facilita la formazione congiunta, di tipo interistituzionale, del personale operante; comunica gli esiti al livello regionale.

Al fine di costituire una rete efficace ed efficiente, appare opportuno che ciascuna Amministrazione, nell'ambito della propria autonomia funzionale e organizzativa, nel rispetto della leale e piena collaborazione interistituzionale, individui un proprio referente.

per la specifica linea di attività, anche al fine di fronteggiare adeguatamente le situazioni critiche che verranno a determinarsi.

Pertanto, a livello locale, ciascuna ASL e Servizio Minorile, individuerà, con specifico mandato formale, un referente per l'attuazione del Piano per la prevenzione del rischio autolesivo e/o suicidario anche per strutturare una reale presa in carico integrata da parte dei Servizi Sanitari e Sociali territorialmente competenti. Ogni Regione e CGM, territorialmente competenti, nominerà un proprio referente per la specifica linea di attività, nell'Osservatorio Regionale permanente di Sanità Penitenziaria, eventualmente anche attraverso la costituzione di uno specifico sottogruppo minorile.

I livelli regionali avranno cura:

- di trasmettere al Tavolo di Consultazione Permanente gli atti relativi alla costituzione formale della rete, con i nominativi dei referenti regionali e locali, nonché le eventuali modifiche che avverranno nel tempo;

- di informare il Tavolo dell'avvio dei lavori di definizione e/o ridefinizione dei piani di prevenzione regionali e locali.

Al fine di semplificare quanto detto, si riporta un quadro sinottico:

Tavola sinottica degli interventi

LIVELLO	AZIONI				
	ELABORAZIONI DELLE LINEE DI INDIRIZZO	INDIVIDUAZIONE DEI REFERENTI OSSERVATORIO REGIONALE O LORO EVENTUALI ARTICOLAZIONI A SUPPORTO	FORMAZIONE DEL PERSONALE	ELABORAZIONE DEI PIANI LOCALI DI PREVENZIONE locali Istituto/ASL	GESTIONE DEI DATI (RACCOLTA ELABORAZIONE E DIFFUSIONE) INDIVIDUAZIONE DELLE PRASSI RITENUTE PIU' EFFICACI VERIFICA, ANALISI ED AGGIORNAMENTO DEI PIANI DI PREVENZIONE E MONITORAGGIO
LIVELLO NAZIONALE	Elabora ed aggiorna il Piano Nazionale per la Giustizia Minorile	Promuove la rete nazionale penitenziaria di prevenzione del rischio autolesivo; attiva il livello regionale per l'individuazione dei referenti.	Propone gli indirizzi generali per la formazione congiunta (DGMC e SSN) del personale		Assicura la raccolta ed il monitoraggio dei dati trasmessi sia dal Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità che dalle Regioni, per quanto di competenza; diffonde i dati raccolti, attraverso report periodici e definisce linee di indirizzo formative meglio calibrate sulla realtà emergente, anche avvalendosi dello specifico Sottogruppo
LIVELLO REGIONALE	Elabora le linee di indirizzo regionali tenendo conto del Piano Nazionale; predispone e/o aggiorna un modello di protocollo operativo regionale	Individua e nomina i referenti regionali per l'attuazione del Piano per la prevenzione del rischio autolesivo e/o e chiede l'individuazione dei referenti locali.	Declina gli specifici indirizzi formativi sulla scorta delle indicazioni del livello nazionale	Verifica la definizione e sottoscrizione dei protocolli operativi locali	Aggiorna e monitora i protocolli locali il cui esito sarà trasmesso a livello nazionale; raccoglie e trasmette a livello centrale i dati epidemiologici e le buone prassi locali
LIVELLO LOCALE		Individua i referenti locali per l'attuazione del Piano per la prevenzione del rischio autolesivo e/o suicidario, per ciascuna Amministrazione	Organizza e/o facilita la formazione congiunta, di tipo interistituzionale, del personale operante	Redige il Piano Locale di prevenzione, sempre in linea con i livelli regionale e nazionale	Procede periodicamente all'implementazione, monitoraggio e aggiornamento del piano di prevenzione locale; comunica gli esiti al livello regionale

4 I Piani Locali di Prevenzione.

Il Piano Nazionale, elaborato anche alla luce del monitoraggio effettuato dal Tavolo di Consultazione Permanente sulla Sanità Penitenziaria sui protocolli e le prassi operative attive presso gli IPM e i CPA in materia di prevenzione del rischio autolesivo e/o suicidario, fornisce le linee direttrici per la definizione dei Piani regionali e locali di prevenzione, che dovranno essere redatti in piena sintonia con le indicazioni del documento "La prevenzione del suicidio nelle carceri" stilato dall'O.M.S. (2007).

Alla luce delle predette indicazioni di carattere generale, le regioni - con il necessario coinvolgimento degli Osservatori regionali di sanità penitenziaria - avranno cura di avviare una analisi per una revisione dei protocolli locali già attivati - se non conformi al Piano - o provvederanno alla definizione degli stessi, laddove non siano ancora stati predisposti e sottoscritti.

Nell'elaborazione dei Piani Locali in materia di prevenzione del rischio autolesivo e/o suicidario, si avrà cura di porre in essere il massimo coinvolgimento di tutti gli attori del sistema penitenziario e sanitario, compresa la componente detenuta, al fine di attivare una rete di attenzione e collaborazione multidisciplinare e interistituzionale il più possibile estesa e capillare, che consenta una effettiva prevenzione dei rischi attraverso la precoce rilevazione di eventuali segnali di allarme riguardo a possibili azioni autolesive e/o suicidarie.

Relativamente all'attivazione di una rete di attenzione ai segnali ed alle richieste e di una collaborazione strutturata possono distinguersi diverse aree operative:

Area direttiva

Costituita da chi svolge le funzioni di governo della struttura e a cui spettano le decisioni operative da intraprendere, in base agli elementi di conoscenza che la rete multidisciplinare e interistituzionale pone alla sua attenzione.

Area dell'attenzione e del sostegno tecnico-clinico

Costituita da figure clinico-professionali che operano a diretto contatto con i detenuti e possono cogliere sintomi e/o richieste di attenzione e cura: personale sanitario che attiverà, secondo le specifiche professionalità, un primo sostegno e procederà alla segnalazione del caso alla rete multidisciplinare e interistituzionale.

Area dell'attenzione e del sostegno tecnico-pedagogico

Costituita dal personale dell'area pedagogica, deputata alle relazioni educative significative con i minorenni e giovani adulti detenuti nonché alla rilevazione ed al primo sostegno di situazioni di fragilità, sofferenza e/o regressione comportamentale. Detto personale provvederà all'immediata segnalazione alla rete multidisciplinare/interistituzionale.

Area dell'attenzione e del sostegno specialistico della sicurezza

Costituita dal personale di Polizia Penitenziaria che, in più costante e continuativo contatto con i giovani ristretti, può cogliere, talvolta più tempestivamente, eventuali segnali di sofferenza e di disagio che possono evolvere in comportamenti autolesivi e/o suicidari. I suddetti operatori, oltre ad un primo sostegno, secondo la specifica professionalità, avranno cura di segnalare alla rete multidisciplinare/interistituzionale quanto da loro osservato.

Sono, inoltre, da considerare risorse indispensabili all'efficacia della rete multidisciplinare:

- i volontari, i ministri di culto e gli operatori di enti ed associazioni esterne che a vario titolo entrano in contatto con i ragazzi, i quali possono intercettare casi di fragilità e segnalarli agli operatori sanitari e/o dell'Area tecnica;
- i compagni alloggiati nella stessa stanza detentiva, che come evidenziato dall'OMS, possono raccogliere manifestazioni di sofferenza ed allertare il personale penitenziario e/o sanitario.

Ogni segnalazione dovrà pervenire alla Direzione dell'Istituto/Servizio che provvederà all'immediata convocazione dell'equipe multidisciplinare ed interistituzionale per l'analisi del caso e l'attivazione di un programma operativo. L'attivazione dell'equipe sarà immediatamente comunicata ai referenti locali per il rischio autolesivo e suicidario sia dell'area penitenziaria che sanitaria.

Naturalmente, i Piani locali redatti dai CPA, dalle Comunità e dal competente Servizio Sanitario dovranno tener conto della diversa natura del contesto di riferimento. Per i CPA sarà fondamentale tener conto dei tempi limitati di permanenza del soggetto, oltre che della particolare condizione dei minorenni al loro primo ingresso. Per le Comunità Ministeriali, la gestione del rischio, pur nel rispetto dei principi indicati nel Piano, dovrà prevedere specifiche modalità calibrate sulla condizione di minor restrizione a cui sono sottoposti i minori e giovani adulti ospitati.

§ 4.1 Indicazioni operative per la definizione dei Piani operativi locali.

I Piani Locali dovranno prevedere necessariamente, ma non esclusivamente, un adeguato modello gestionale del caso a rischio, mediante: una valutazione iniziale; l'attivazione della presa in carico integrata; strumenti di rivalutazione in itinere dei soggetti a rischio autolesivo e/o suicidario e conseguente ridefinizione dei programmi individualizzati; una chiara modalità di comunicazione e collaborazione della rete di attenzione e sostegno.

Valutazione del rischio all'ingresso

Alla luce di quanto contemplato dall'Accordo della Conferenza Unificata del 19 gennaio 2012 e considerati gli esiti del monitoraggio effettuato dal sottogruppo tecnico minorile del Tavolo di Consultazione permanente sulla Sanità Penitenziaria, appare indispensabile che ogni IPM e CPA e Comunità Pubblica adottino una specifica valutazione individuale del rischio autolesivo e/o suicidario, da espletarsi al massimo entro 24 ore dall'ingresso (dalla libertà, per trasferimento o altro) ed in itinere. Per i CPA il termine temporale dovrà essere necessariamente più breve in relazione alla permanenza del soggetto nel servizio. L'attività di valutazione iniziale, ampiamente articolata e puntualmente definita, oltre agli aspetti psicologici, deve tenere in debita considerazione gli aspetti socio-familiari, culturali ed etnici dei minorenni/giovani adulti, eventualmente, anche attraverso l'utilizzo di reattivi standardizzati, al fine di ridurre al minimo il fattore soggettivo di valutazione del rischio. La suddetta valutazione, ampiamente illustrata dall'OMS nel documento di prevenzione del suicidio nelle carceri, deve intendersi come strumento integrato multidisciplinare e interistituzionale. I livelli di valutazione del rischio dovranno essere stabiliti anche sulla base di modelli condivisi dalla letteratura scientifica.

Oltre agli indicatori enunciati dall'OMS (fattori comuni, situazionali e psicosociali – OMS 2007), sono stati individuati, attraverso il Monitoraggio effettuato dal sottogruppo tecnico minorile del Tavolo Permanente, altresì i seguenti fattori di rischio che dovranno essere presi in considerazione nella strutturazione del modello di valutazione iniziale e nei successivi interventi sanitari e penitenziari:

- disagio psichico;
- stato di abuso o dipendenza patologica (ex D.P.C.M. 12.01.2017);
- la condizione di minore straniero non accompagnato (abbandono forzato del paese di origine, essere vissuti in situazioni di conflitto armato/guerra ecc.);
- eventi critici familiari (abbandoni, separazioni, lutti);
- violenze subite (maltrattamenti e abusi intesi sia in termini di trascuratezza, incuria, ipercura e abusi psicologici e/o sessuali);
- la presenza nel funzionamento psicologico della tendenza a comportamenti antisociali, eterolesivi di tipo proattivo e premeditato.

Tale strumento sarà utilizzato all'interno della specifica équipe multidisciplinare e interistituzionale per definire gli opportuni interventi e sarà parte integrante del fascicolo personale del detenuto.

Segnalazione allarme e/o evento critico

Il personale che opera all'interno della struttura ed il personale sanitario, rileveranno e riporteranno, attraverso adeguate procedure contemplate dal protocollo locale, le eventuali condizioni di fragilità e sofferenza, identificabili come fattori di rischio e i segnali di allarme di possibili agiti violenti autodiretti. Provvederanno, altresì, a segnalare gli eventi critici, sia in fase iniziale di ingresso che nel corso della permanenza nella struttura minorile. Tale segnalazione sarà finalizzata, in caso di necessità, all'attivazione dell'équipe multidisciplinare e interistituzionale.

Nei Piani di prevenzione locale sarà posta in evidenza, alla rete di attenzione e sostegno degli operatori sopra descritta, la necessità di vigilare i seguenti momenti/aspetti della vita istituzionale:

Colloqui e corrispondenza

L'assenza di colloqui visivi e telefonici, nonché contatti epistolari, con la famiglia o figure di riferimento significative, può essere considerato un fattore di rischio e pertanto va tenuto in debita attenzione. Sarà necessario monitorare anche l'impatto del colloquio con il familiare sul minore e giovane adulto, al fine di rilevare eventuali criticità familiari. Grande importanza assume pertanto l'instaurazione di un buon livello di comunicazione degli operatori dell'Area tecnica con i familiari dei detenuti, ai quali vanno dedicati momenti specifici di ascolto.

Per i minorenni e i giovani adulti, per i quali non è possibile effettuare i colloqui a causa della lontananza della famiglia, sarà indispensabile garantire diverse e soddisfacenti forme di comunicazione quali ad esempio le video-chiamate.

Processi e notifiche

Gli interventi educativi e sanitari non possono prescindere dall'iter processuale che sta vivendo il minore/giovane adulto e che rende indispensabile un costante scambio di comunicazioni tra l'Ufficio Matricola, l'Area tecnica e l'Area Sanitaria.

Particolare attenzione da parte del personale dell'area educativa, sanitaria e di sicurezza sarà posta al momento della notifica degli atti giudiziari a forte valenza emotiva che, inevitabilmente, determinano una condizione di stress con possibile, consequenziale, agito autolesivo.

Il personale di scorta che accompagna il detenuto all'udienza, adeguatamente formato, riferirà all'educatore ed allo psicologo di riferimento, se non presenti all'udienza, le eventuali reazioni e comportamenti disfunzionali che possono costituire un segnale di allarme, offrendo nel contempo un primo intervento di sostegno e di supporto.

Dinamiche di gruppo

Tutte le aree operative (educativa, sanitaria e di sicurezza) dovranno porre attenzione alle dinamiche di gruppo segnalando eventuali situazioni di allarme al fine di attivare interventi integrati e interprofessionali sia sul singolo che sul gruppo stesso. Si segnala al riguardo che una condizione di rischio potrebbe essere identificata nelle dinamiche di espulsione/prevaricazione/isolamento da parte di altri detenuti.

Dimissioni

Il momento della remissione in libertà del giovane o comunque della modifica della misura è particolarmente delicato. Appare evidente che un adeguato programma di reinserimento sociale, in vista dell'uscita, debba contemplare un potenziamento della collaborazione con l'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni, la presa in carico da parte del Servizio sociale

territoriale e, ove necessario, da parte dei Servizi Sanitari territorialmente competenti, sia del soggetto interessato che della famiglia.

§ 4.2 Anamnesi e gestione del soggetto a rischio.

Alla rilevazione della presenza di un rischio autolesivo e/o suicidario deve corrispondere necessariamente un programma di gestione, oltre che trattamentale, del caso.

Le fasi del programma di gestione devono prevedere:

- collocazione del soggetto nella stanza;
- osservazione interprofessionale del soggetto;
- verifica dell'eventuale possesso o disponibilità di oggetti pericolosi;
- interventi sanitari;
- interventi educativi;
- interventi di supporto da parte di peer supporter.

Appare indispensabile declinare, più ampiamente, alcuni dei suddetti aspetti.

In ogni caso di rilevazione del rischio autolesivo e/o suicidario, sarà immediatamente attivata la procedura gestionale integrata prevista nel piano locale di prevenzione, con le indicazioni relative ai primi interventi di allocazione, sostegno e controllo e all'individuazione delle figure professionali a tal fine preposte.

L'equipe interdisciplinare integrata, composta da personale educativo, sanitario e di sicurezza, predisporrà, nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le 48 ore (il termine temporale dovrà essere valutato in base alla permanenza del soggetto nel servizio), il piano di trattamento specifico che riduca il rischio di agiti violenti autodiretti, lenendo il senso di sofferenza e disagio del soggetto.

Appare necessario sottolineare che, attraverso il Monitoraggio effettuato sulla base delle sperimentazioni realizzate, sono stati individuati una serie di elementi protettivi che contribuiscono ad arginare i fattori stressogeni e quindi a ridurre il rischio autolesivo.

L'equipe, pertanto, in ogni caso di rilevazione del rischio autolesivo e suicidario nel definire il piano di trattamento specifico, dovrà porre particolare attenzione ai seguenti aspetti:

- all'instaurarsi di relazioni significative con gli operatori che hanno in carico il minore/giovane adulto in assenza di validi legami familiari;
- alla qualità dell'integrazione nel gruppo dei pari;
- alla partecipazione alle attività trattamentali, sia individuali che di gruppo e con l'incremento, laddove possibile, di quelle sportive nonché a gruppi esperienziali con tecniche di rilassamento utili alla gestione dei conflitti;
- all'accesso al servizio di mediazione culturale e, ove possibile, di etnopsichiatria per i detenuti stranieri;
- alla rapida attivazione dei servizi di salute mentale, ove necessario, al fine di ridurre i tempi di ruminazione sulla motivazione autolesiva e/o intenzionalità anticonservativa;
- all'accompagnamento al culto, laddove emerge un sentimento religioso;
- al collegamento e all'integrazione con la rete sanitaria territoriale ed ospedaliera territoriale per rispondere tempestivamente alle esigenze di presa in carico dei soggetti portatori di problematiche psichiche associate a rischio autolesivo e suicidario;
- alla consulenza e sostegno alle dinamiche familiari;
- al controllo ambientale sotteso talvolta al gesto autolesivo.

Quanto fin qui evidenziato, debitamente recepito dalle singole realtà Regionali, sarà declinato, quindi, negli specifici Protocolli Operativi Locali, con eventuali integrazioni, al fine di meglio contestualizzare gli interventi.

§ 5 Collocazione nella stanza detentiva.

Riguardo ai fattori di rischio autolesivo e/o suicidario l'OMS (2007) ha rilevato che *"Esiste una forte associazione tra suicidio dei detenuti e tipo di alloggio assegnato. Nello specifico, un detenuto posto in isolamento, o sottoposto a particolari regimi di detenzione (specialmente in cella singola) e incapace di adattarsi, è ad alto rischio di suicidio."* E ancora *"l'alloggio in isolamento, seppure per ragioni necessarie, può comunque incrementare il livello di rischio"*.

L'isolamento del detenuto a rischio autolesivo e/o suicidario e la sua ubicazione in cella singola, con sorveglianza a vista, deve rappresentare una condizione straordinaria, salvo i casi in cui, come indicato anche dall'OMS, il soggetto non sia isolato per motivi giudiziari, sanitari o di tutela.

L'ubicazione in camere detentive ordinarie, in compagnia di altri detenuti, consente alla persona a rischio, di trarre benefici dalla presenza e sostegno dei compagni. Allo stesso tempo, la partecipazione ad attività in comune o, ove questo non si ritiene opportuno, la realizzazione di attività individualizzate, potrà contribuire ad attenuare condizioni di fragilità e sofferenza.

§ 6 Peer supporter.

L'esperienza ha dimostrato che spesso i compagni di stanza sono coloro che per primi intervengono, allertando il personale di sorveglianza ed evitando che gli agiti autolesivi possano esitare in veri e propri tentati suicidi. Pertanto, appare indispensabile valutare, con la dovuta attenzione, i detenuti da allocare in stanza con chi manifesta segnali di allarme rispetto ad eventuali agiti autolesivi e/o suicidari. Sarà l'equipe interprofessionale ed interistituzionale a fornire alla Direzione ed al Comandante le informazioni e le valutazioni utili ad individuare le persone idonee ad essere alloggiate nella stanza con il giovane a rischio. I compagni, pertanto, rappresentano un'importante risorsa per la rete di attenzione e di supporto. Ad essi è auspicabile che sia riservata, su base volontaria, la possibilità di partecipare a incontri formativi per lo sviluppo delle capacità di ascolto e collaborazione nei confronti dei soggetti a rischio.

§ 7 Azioni immediate a seguito dell'evento.

Per fronteggiare l'evento critico è indispensabile che i Piani Operativi Locali prevedano una attenta codifica delle modalità di comunicazione dell'evento, sia all'interno della struttura che all'esterno, al fine di ridurre al minimo i tempi per un primo pronto intervento. In caso di tentato suicidio o di importanti agiti autolesivi, così come espressamente previsto dall'OMS, dovranno essere disponibili e funzionanti le attrezzature per l'intervento di salvataggio/cura di emergenza.

In tal senso, ogni Servizio residenziale minorile del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità, sarà dotato della presenza di un defibrillatore con specifica formazione del personale per il corretto e tempestivo utilizzo.

§ 8 Debriefing post evento

Nei Piani locali è necessario prevedere un Debriefing *post-evento*, allorquando si verifica un suicidio o un grave evento critico. L'equipe interprofessionale e interistituzionale, unitamente ai referenti della prevenzione del Servizio minorile e della ASL, dovrà avviare uno spazio di riflessione e rielaborazione finalizzato a: identificare i fattori di rischio e gli elementi stressanti che possono aver portato all'agito; considerare l'incidenza delle variabili e l'interazione degli interventi; identificare i cambiamenti da attuare per migliorare la presa in carico e la prevenzione degli agiti autolesivi o suicidari. Deve essere previsto, altresì, uno spazio che consenta al personale coinvolto, nel pieno rispetto della riservatezza, di rielaborare emotivamente l'evento; affrontare il senso di impotenza; programmare e realizzare attività di sostegno in favore dei peer supporter ed anche degli altri detenuti.

§ 9 Monitoraggio.

I livelli locale, regionale e centrale, ciascuno nell'ambito di competenza, provvederanno alla rilevazione dei dati relativi al fenomeno autolesivo e suicidario.

I dati raccolti a livello locale, verranno trasmessi, con cadenza semestrale, per via gerarchica, al livello centrale che definirà una griglia omogenea di rilevazione e individuerà modalità uniformi di raccolta e analisi.

I Servizi Minorili avranno cura di aggiornare costantemente la Banca dati del Sistema Minorile, riguardo agli eventi autolesivi ed ai tentativi di suicidio con conseguente miglioramento della conoscenza del caso, anche in termini di agevolazione degli interventi operativi necessari a livello locale.

§ 10 Formazione integrata.

Con il D.P.C.M. 84/2015, "Regolamento di organizzazione del Ministero della giustizia e riduzione degli uffici dirigenziali e delle dotazioni organiche", la Direzione Generale della Formazione del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria è competente anche per la formazione del personale afferente al Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità. Pertanto, nella premessa del "Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" (Repertorio Atti n. 81/CU del 27.07.2017) si afferma che quanto previsto riguardo la formazione, attiene anche al personale del DGMC, tenendo conto della specificità del contesto e delle esigenze rappresentate dall'utenza penale minorile.

Tra le aree oggetto di approfondimento, si riportano quelle già indicate nel succitato Piano Nazionale, ossia:

- Struttura del Piano Nazionale per la Prevenzione delle Condotte Suicidarie in Ambito Penitenziario.
- Elementi fenomenologici del suicidio e degli eventi autolesivi.
- Le indicazioni dell'O.M.S.
- Modello operativo generale.
- Laboratorio di progettazione.
- Fattori ambientali, psicologici e comportamentali specifici predisponenti ai comportamenti suicidari.
- Benessere organizzativo e ricadute sugli operatori.
- Temi inerenti strategie di comunicazione e relazione.

Vista la specificità del contesto, la formazione del personale minorile dovrà prevedere anche le seguenti tematiche:

- Il comportamento autolesivo in adolescenza;
- Elementi di etnopsichiatria e di antropologia culturale;
- Autolesionismo e psicopatologia;

Tutto il personale costantemente a contatto con i detenuti deve essere formato anche al primo soccorso ed alle fondamentali tecniche di rianimazione cardio-polmonare, nonché addestrato all'utilizzo delle attrezzature di emergenza collocate nell'Istituto/Servizio.



Indice

Premessa

Titolo I

Inquadramento generale

- § 1. L'architettura organizzativa del Piano Nazionale di Prevenzione
- § 2. Le azioni
- § 2.1. Costituzione della rete
- § 2.2. Elaborazione dei Piani Regionali e Locali di Prevenzione – Considerazioni generali

Titolo II

Gli elementi essenziali dei Piani di Prevenzione

- § 3. Elaborazione dei Piani Regionali e Locali di Prevenzione – Elementi essenziali
- § 3.1. La declinazione operativa delle azioni
- § 3.2. La rilevazione del rischio
- § 3.3. Il presidio delle situazioni potenzialmente stressanti
- § 3.4. Lavoro integrato e multidisciplinare
- § 3.5. La gestione dei casi a rischio
- § 3.6. Protocolli operativi per affrontare le urgenze
- § 3.7. Allocazione e sostegno

Titolo III

Monitoraggio, valutazione e debriefing

- § 4. La valutazione dei Piani e delle attività
- § 4.1. Il monitoraggio
- § 4.2. L'attività post – facto
- § 4.3. Il debriefing
- § 4.4. La raccolta e la diffusione delle buone prassi

Titolo IV

Formazione

- § 5. La formazione degli operatori.



Premessa

Il DPCM del 01/04/2008 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale 30 maggio 2008, n. 126) disciplina "le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria". I relativi Allegati A e C definiscono nel dettaglio le azioni necessarie a realizzare, rispettivamente, la presa in carico sanitaria negli istituti penitenziari e il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari. Nell'Allegato A, in particolare, viene riservata un'attenzione specifica al tema della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario.

Prevenire il rischio di suicidi in ambito carcerario, così come presso le strutture minorili, è un obiettivo condiviso tanto dalla Amministrazione della Giustizia quanto dalla Amministrazione della Salute, ed è caratterizzato dalla scelta di metodologie di lavoro con caratteristiche di innovatività, comune perseguimento degli obiettivi ed integrazione delle reciproche competenze.

La stessa normativa di riforma della sanità penitenziaria prevede espressamente che i presidi sanitari presenti in ogni istituto penitenziario e servizio minorile debbano adottare procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà e mettere in atto gli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo.

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 suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" (Repertorio Atti n.: 5/CU del 19/01/2012; Allegato A) 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.

È in questo contesto che si può sinteticamente individuare la ratio delle implementazioni, successivamente realizzate dalle Regioni e dalle PP.AA., dell'intera attività di sperimentazione collegata alle Linee di indirizzo suddette.

Le attività sono state oggetto di specifici monitoraggi - realizzati sia dalle singole Amministrazioni coinvolte nel processo che dal Tavolo di consultazione permanente per la sanità penitenziaria, istituito fin dal 2009 presso la Conferenza Unificata - che hanno evidenziato come nella maggior parte del territorio gli interventi avviati siano stati focalizzati sull'effettuazione di una rilevazione personalizzata, innanzitutto a ridosso dell'ingresso nell'istituzione, dei fattori di rischio e di protezione e sulla predisposizione di interventi integrati di prevenzione, supporto e trattamento, regolamentati da protocolli operativi riferiti ai diversi ambiti locali (Regione, Azienda Sanitaria, Amministrazione Penitenziaria regionale o singolo Istituto Penitenziario).

Tale monitoraggio ha altresì 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.

Sulla base delle rilevazioni analitiche così rese disponibili, è risultato necessario e possibile procedere al presente aggiornamento degli indirizzi precedentemente definiti, configurabile come un vero e proprio Piano nazionale di intervento, finalizzato a realizzare in tutti gli Istituti Penitenziari attività che, con continuità ed uniformità, posseggano le seguenti essenziali caratteristiche:

- 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 rispettiva competenze;
- implementazione di definite e dedicate organizzazioni funzionali a livello centrale, regionale e locale, costantemente integrate nelle professionalità e negli obiettivi;



- regolare monitoraggio degli interventi (in particolare sul piano della valutazione di processo) e degli esiti, condiviso e aggregabile a livello regionale e centrale, con miglioramento della qualità dei dati, con preferenziale modalità di rilevazione basata su di un sistema informativo informatizzato concordato dalle due parti sanitaria e penitenziaria e dotato di un buon livello di specificità; il tutto per consentire tra l'altro un'appropriata definizione di caso e un'adeguata differenziazione tra gli eventi critici.
- definizione di caso opportunamente condivisa e idonea a soddisfare adeguatamente i criteri di riferimento dei diversi attori interessati all'analisi e alla gestione del fenomeno suicidio, con particolare riferimento alla separazione dei comportamenti e delle scelte autolesive da quelle suicidarie, in quanto prevalentemente si tratta di fenomeni diversi tra loro e non necessariamente collegati o collegabili;
- costante definizione e aggiornamento di protocolli operativi locali, tra il singolo Istituto Penitenziario e la competente Azienda Sanitaria;
- esclusione di ogni forma di iniziale, prevalente e/o non mediato coinvolgimento dei servizi sanitari specialistici della salute mentale nelle attività, al fine di prevenire il frequente rischio di erronea riconduzione – interpretativa e operativa - dei comportamenti e delle scelte autolesive e suicidarie nell'ambito di condizioni patologiche psichiatriche.

Resta inteso che ogni azione prevista dal Piano viene espletata nel pieno rispetto delle normative che tutelano la privacy dell'individuo (Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196).

Il presente Piano è focalizzato esclusivamente sulla prevenzione delle condotte suicidarie in ambito penitenziario adulto, essendo stata condivisa la necessità di formulare un ulteriore autonomo documento relativo all'area della giustizia minorile, dal momento che sono ampiamente riconosciute le peculiarità che caratterizzano i comportamenti autolesivi dei minori, che richiedono quindi programmazioni mirate. Diversamente, la previsione della specifica formazione del personale dell'area della giustizia minorile dovrà essere ricompresa nelle programmazioni di cui al paragrafo § 5 del presente documento.

TITOLO I Inquadramento generale

§ 1. L'architettura organizzativa del Piano Nazionale di Prevenzione

Il modello organizzativo che qui di seguito si prospetta prevede tre livelli in cui sono rappresentate costantemente le istituzioni sanitarie e penitenziarie.

- Il **livello centrale** è costituito dal Tavolo di Consultazione Permanente per la sanità penitenziaria (TCPSP) la cui composizione è definita nell'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata il 31.7.2008. Ad esso viene affidato il compito di elaborare ed aggiornare il Piano Nazionale per la Prevenzione delle Condotte Suicidarie nel Sistema Penitenziario per Adulti, generare una rete diffusa di referenti sul territorio nazionale, raccogliere e sistematizzare le buone prassi, stimolare ed indirizzare la formazione dei referenti regionali e monitorare l'andamento delle attività di prevenzione, in modo da produrre analisi utili per l'orientamento delle azioni preventive.
- Il **livello regionale** comprende gli Osservatori Regionali Permanenti di Sanità Penitenziaria (che devono integrare, laddove non già realizzato, in conformità alle indicazioni del DPCM



01.04.2008, componenti del PRAP e dei Servizi Sanitari regionali competenti), con il supporto di ulteriori Articolazioni regionali eventualmente presenti. Ad esso viene affidato il compito di individuare il nucleo di referenti regionali, di elaborare in uno specifico Piano Regionale per la prevenzione delle Condotte Suicidarie le linee di indirizzo regionali utili per rendere operativi quelli locali in modo omogeneo, tenendo conto del presente Piano Nazionale al fine di seguire e verificare la redazione e l'aggiornamento dei Piani Operativi Locali di prevenzione, garantire la formazione degli operatori locali, nonché diffondere a livello centrale le buone prassi individuate. Esso segue e verifica la redazione e l'aggiornamento periodico dei Protocolli Operativi Locali di prevenzione, gestisce la formazione degli operatori locali, pianifica ed organizza le attività di audit clinico, raccoglie le prassi ritenute più interessanti da inviare al livello centrale. Svolge o delega le azioni conoscitive e le inchieste amministrative ritenute opportune e/o dovute, in funzione delle specifiche competenze di ciascuna Amministrazione.

- Il **livello locale** nasce dall'attività congiunta delle Direzioni di ciascun Istituto Penitenziario e delle Aziende Sanitarie territorialmente competenti. Ad esso viene chiesto di redigere, aggiornare, declinare, implementare e monitorare - conformemente alle direttive del livello centrale e regionale - il Piano Locale di Prevenzione (PLP), che ha natura spiccatamente tecnico-operativa e viene inserito nell'ambito del progetto d'Istituto. Ciascuna delle Amministrazioni coinvolte assicura il perseguimento di tali finalità integrandole nelle attribuzioni già previste per i responsabili delle attività di propria competenza o individuando un referente specifico del PLP. Il livello locale ha inoltre il compito di facilitare/assicurare la formazione del personale operante, elaborare protocolli operativi clinici e di pronto intervento coerenti con il PLP, raccogliere ed inviare ai livelli regionali i dati e le prassi locali ritenute più efficaci.

In estrema sintesi potremmo configurare l'implementazione dell'architettura organizzativa del Piano come nella tavola sinottica di seguito riportata, che incrocia il livello competente con le varie azioni che costituiscono il piano di prevenzione.

Tavola sinottica degli interventi

Tavola sinottica degli interventi					
LIVELLO	AZIONI				
	ELABORAZIONI DELLE LINEE DI INDIRIZZO	INDIVIDUAZIONE DEI REFERENTI OSSERVATORIO REGIONALE O LORO EVENTUALI ARTICOLAZIONI A SUPPORTO	FORMAZIONE DEI REFERENTI OSSERVATORIO REGIONALE O LORO EVENTUALE ARTICOLAZIONE A SUPPORTO	ELABORAZIONE DEI PIANI LOCALI DI PREVENZIONE locali Istituto/ASL	GESTIONE DEI DATI (RACCOLTA ELABORAZIONE E DIFFUSIONE) INDIVIDUAZIONE DELLE PRASSI RITENUTE PIU' EFFICACI VERIFICA, ANALISI ED AGGIORNAMENTO DEI PIANI DI PREVENZIONE MONITORAGGIO
LIVELLO NAZIONALE	Il Tavolo di Consultazione Permanente per la sanità penitenziaria (TCPSP) elabora ed aggiorna il Piano Nazionale, tenendo conto delle conoscenze nazionali ed internazionali sul fenomeno suicidario.	Promuove la rete nazionale penitenziaria di prevenzione del suicidio, chiede al livello regionale di individuare i referenti regionali e locali.	Il TCPSP formula le indicazioni utili da diffondere alle organizzazioni istituzionalmente deputate per la redazione di un Piano nazionale per la formazione.		Riceve, elabora ed analizza i dati raccolti al livello regionale e/o locale, diffonde i risultati attraverso report periodici e incontri formativi. Monitora l'aggiornamento e la tenuta dei piani regionali e locali di prevenzione



LIVELLO REGIONALE	Elabora le linee di indirizzo regionali in un apposito Piano Regionale di prevenzione tenendo conto del Piano Nazionale	Nomina i referenti regionali per la prevenzione, costituisce il nucleo regionale e chiede l'individuazione dei referenti locali.	Organizza e gestisce i processi formativi nel territorio di competenza.	Coordina, segue e verifica la redazione, l'aggiornamento e l'applicazione dei Piani operativi locali di prevenzione	Promuove la periodica verifica del piano regionale di prevenzione, nonché dei programmi locali e comunica periodicamente al livello nazionale lo stato dell'arte
LIVELLO LOCALE	-	Individua ed incarica i referenti locali per la prevenzione.	Facilita/assicura la formazione personale.	Redige il Piano Locale di prevenzione, promuovendo il contributo con tutti gli organismi pubblici e privati locali che riterrà opportuno con riferimento alle azioni di prevenzione. Inserisce il Piano Locale nel Progetto di istituto in modo da dare concretezza alla sua operatività.	Procede alla periodica verifica della tenuta del piano di prevenzione locale e ne promuove l'aggiornamento in ragione del variare delle condizioni strutturali, comunicando gli esiti al livello regionale

§ 2. Le azioni

Di seguito vengono declinate le indicazioni vincolanti per le varie articolazioni, che dovranno svilupparle nei propri protocolli e nelle proprie azioni. La descrizione di tali azioni segue un ordine logico – temporale progressivo.

§ 2. 1. Costituzione della rete

Il Piano Nazionale non può prescindere dall'attivazione, innanzitutto, di una **rete di referenti** che lo sostenga. In tal senso la prima azione da porre in essere è **formalizzare i vari gruppi**, che ai livelli regionali e locali e nella logica precedentemente indicata, si occuperanno dell'implementazione dei programmi.

Sarà cura dei livelli regionali trasmettere al Tavolo di Consultazione Permanente gli atti da cui desumere la costituzione formale della rete, nonché i componenti che di essa fanno parte e le eventuali modifiche che nel corso del tempo verranno a determinarsi.

§ 2.2. Elaborazione dei Piani Regionali e Locali di Prevenzione– Considerazioni generali

In coerenza con il presente Piano le Regioni formulano o rivedono e, ove necessario adeguano, i protocolli pertinenti già redatti tra le rispettive parti. Tali Protocolli regionali dovranno fornire le indicazioni più utili ai livelli locali, prendendo necessariamente in considerazione e prevedendo tutti i punti indicati nelle Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità¹(che verranno trattati dettagliatamente nel paragrafo § 3).

La revisione/redazione dei protocolli locali dovrà essere improntata alla massima condivisione e concretezza tra le parti interessate.

¹ World Health Organization, International Association for Suicide Prevention, La prevenzione del suicidio nelle carceri, 2007.



Metodologicamente si indicano le tre aree operative che devono ricomprendere l'opera di tutte le componenti professionali, volontarie e detenute. Ad ognuna di queste aree è assegnato uno o più dei seguenti compiti:

- Attenzione
- Decisione
- Sostegno

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

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

- Area dell'attenzione atecnica
 - o È la parte numericamente più consistente della rete. Se tutte le altre figure citate possono venire in contatto con situazioni di rischio nel corso delle loro attività professionali (colloqui, visite, ecc.) quelle che compongono quest'area svolgono un presidio, o comunque hanno una presenza, costante dei settori detentivi e possono, quindi, agire un'attenzione diffusa e capillare. Ci si riferisce al personale di polizia penitenziaria e agli stessi compagni di detenzione. Un'ulteriore rete, sicuramente non di minore importanza, è rappresentata dai volontari penitenziari che possono intercettare casi di fragilità e interfacciarsi sia con i sanitari che con gli operatori penitenziari per segnalare le situazioni di vulnerabilità sociale. È necessario, sin da subito, sgombrare il campo da eventuali equivoci. Trattandosi di figure non dotate di competenze specifiche, ad essi non potranno essere assegnati compiti tecnici di natura clinica, e nel caso dei detenuti, il loro impegno non potrà in nessun modo essere considerato sostitutivo dell'attività istituzionale e ancor di più potenzialmente costitutivo di potenziali responsabilità. Nondimeno, è da ritenersi essenziale la possibilità di sviluppare nel personale, nei volontari e nei detenuti una sensibilità finalizzata a cogliere segnali di disagio e generare soluzioni che limitino la possibilità che i loro portatori rimangano senza una rete di attenzione.

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

L'elaborazione dei Piani Regionali e Locali di Prevenzione costituisce il nucleo centrale del Piano Nazionale di prevenzione. È forte la convinzione che il livello centrale non possa impartire direttive di dettaglio, in ragione della naturale diversità tra le varie realtà locali in termini di strutture, scelte operative, contesto, risorse e opportunità a disposizione. Nondimeno è sicuramente possibile indirizzare l'operato di tutte le realtà fornendo loro conoscenze, spunti di riflessione, indicazioni e



direttive che aiutino l'elaborazione regionale e locale attraverso la declinazione delle prime con riferimento alle dovute differenziazioni già dette.

È questo il senso del presente Piano che si ispira alle indicazioni elaborate dall'O.M.S. e ad alcuni specifici studi condotti in Italia.

Pertanto, sulla base di questi ultimi, i livelli regionali e locali elaboreranno i propri Piani ricercando, rispettivamente, gli accordi generali e le soluzioni localmente praticabili. Come accennato, l'approccio che pare più opportuno fa riferimento alla necessità di coinvolgere tutti gli attori del sistema penitenziario e sanitario, compresa la componente detenuta, al fine di attivare una rete di attenzione la più possibile estesa e capillare, che consenta di rilevare eventuali segnali di disagio e sofferenza emotiva, in correlazione con un rischio suicidario. Colte queste necessità, si tratterà di prevedere le modalità con le quali segnalarle a quelle componenti specialistiche che possono adeguatamente predisporre gli interventi più opportuni.

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

TITOLO II

Gli elementi essenziali dei Piani di prevenzione

§ 3. Elaborazione dei Piani Regionali e Locali di Prevenzione

Gli elementi essenziali da considerare ed a partire dai quali elaborare i suddetti Protocolli, sono i seguenti:

§ 3.1. La declinazione operativa delle azioni

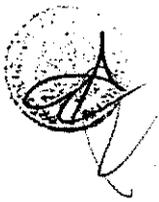
I Piani Regionali devono obbligatoriamente **prevedere che tutte le strutture penitenziarie di loro competenza si dotino di un Piano Locale** e che tale documento costituisca la declinazione operativa dei Piani e degli accordi adottati, in linea con le indicazioni dell'O.M.S., a livello sovraordinato.

§ 3.2. La rilevazione del rischio

La **valutazione del rischio all'ingresso** è da predisporre sia all'arrivo presso l'Istituto, che ogni qualvolta cambino le condizioni della detenzione. Per essere efficace, inoltre, deve avvalersi di valutazioni regolari nel tempo, per l'intera durata della detenzione. Gli operatori dell'Amministrazione penitenziaria in collaborazione con gli operatori del SSR proseguono, successivamente alla valutazione iniziale, con una precisa osservazione ed un **regolare follow up**. L'accertamento all'ingresso deve essere svolto da personale sanitario nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le prime ore dall'ingresso.

Il personale penitenziario e sanitario che gestisce i primi momenti della vicenda detentiva, al momento dell'ingresso, si interessa di rilevare e riportare le informazioni inerenti alle condizioni complessive del detenuto con l'obiettivo prioritario di intercettare eventuali manifestazioni di volontà suicidarie.

Quanto sopra, operativamente si traduce nella valutazione di una serie di fattori, a partire da quelli ampiamente analizzati e documentati dall'O.M.S., che debbono essere strutturati all'interno di uno specifico strumento che consenta di approfondire la conoscenza del detenuto, valutando l'integrazione e l'implementazione di strumenti eventualmente già adottati a livello regionale e/o locale.

 8 

La redazione di uno strumento così concepito e strutturato, deve essere intesa come documento personalizzato ed individualizzato per ogni detenuto, la cui eventuale archiviazione deve essere codificata e anonimizzata.

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

Resta prioritario pertanto, sempre come specificato dall'OMS, favorire e non tralasciare la comunicazione tra il personale tutto, coadiuvata dallo svolgimento di assidue riunioni d'equipe, al fine di parlare regolarmente del detenuto che abbia dato segni di rischio e stabilire in maniera congiunta le specifiche azioni da intraprendere.

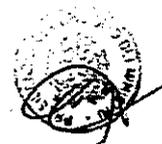
Tutti gli aspetti sui quali si ritiene necessario porre una costante attenzione sono essenzialmente i seguenti:

- Dati anagrafici
- Presenza/assenza di componenti del nucleo familiare specificandone il grado di parentela
- Esperienza di detenzione (riportare se il detenuto è o meno alla prima esperienza di detenzione, specificando le eventuali precedenti esperienze; tipo di reato; stato giuridico; tipo di impatto con l'istituzione, nonché insoliti livelli di vergogna e/o preoccupazione per l'arresto)
- Date salienti (soprattutto delle Udienze, sapendo che l'avvicinarsi o il rinvio di tali date rappresenta fonte di grande stress per il detenuto ma anche ricorrenze significative per la persona)
- Abitudini (uso di tabacco, alcolici, ecc.)
- Informazioni sanitarie (presenza di patologie psichiatriche, di dipendenze, o altre patologie)
- Fattori di rischio (Ambientali: alloggio singolo piuttosto che condiviso da più persone, ecc.; Comportamentali: aggressività eterodiretta, autodiretta, ecc.; Psicologici: insoddisfazione della vita, paure e/o aspettative negative per il futuro, ecc.; Situazionali: rifiuto di partecipare ad attività, di usufruire di ore d'aria, tutto ciò che evidenzia una tendenza all'isolamento; Specifici: pensieri suicidari, piani suicidari, ecc.)
- Eventi vitali stressanti (rilevazione di quegli aspetti che possono rappresentare fonte di stress e che possono riferirsi, seppur in maniera differente, tanto alla vita precedente all'ingresso nella struttura quanto alla vita all'interno della struttura stessa)
- Eventi critici (comportamenti autolesivi, tentativi di suicidio, comportamenti di tipo dimostrativo, ecc.)
- Fattori protettivi (supporto sociale, familiare, relazione sentimentale stabile, buone capacità di adattamento all'ambiente, ecc.)

§ 3.3. Il presidio delle situazioni potenzialmente stressanti

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

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



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

- **Ingresso**

Attivazione delle procedure descritte nel paragrafo precedente, con particolare riferimento all'accoglienza con la possibilità di prevedere spazi specificamente dedicati. Il personale operante l'arresto gestisce i primi momenti della vicenda detentiva.

È importante che i suddetti operatori siano opportunamente preparati all'osservazione specifica delle reazioni emotive e che, al momento dell'ingresso, riferiscano adeguatamente se l'arrestato ha espresso disagio o volontà suicidarie.

- **Colloqui**

Lo svolgimento di un colloquio particolarmente teso o, viceversa, caratterizzato da lunghi momenti di silenzio o addirittura di sofferenza può meritare un successivo approfondimento.

- Analogamente creare la possibilità per i familiari di esprimere preoccupazione a seguito del contatto con il parente detenuto può essere importante per verificare tali preoccupazioni. Tali comunicazioni devono poter essere fatte secondo procedure certe e con referenti esattamente individuati e non possono essere lasciate all'estemporaneità e al caso.

- **Corrispondenza**

- La cessazione di corrispondenza verso l'esterno o il rifiuto di riceverne sono l'evidente segno di una rottura relazionale e come tale indice di una situazione stressante che merita approfondimento
- Analogamente verificare la presenza di litigi violenti nel corso di telefonate di cui è consentito l'ascolto

- **Processi**

Gli Uffici Matricola sono in grado di registrare l'evolversi processuale, in particolare nel caso di reati gravi o nel caso di soggetti plurirecidenti. Occorre tener presente che i giorni che precedono le udienze e i giorni della condanna e quelli immediatamente successivi meritano attenzione e, se del caso, sostegno. Il personale di scorta per e dalle aule di giustizia adeguatamente formato, può essere in grado di riferire le reazioni del soggetto in ambito processuale e può riferirlo al momento del rientro in carcere.

- **Notifiche**

La comunicazione della fissazione delle udienze, soprattutto nel caso di processi riguardanti fatti gravi, o la notifica di condanne o di provvedimenti che negano misure alternative, in alcune persone che si presumono essere particolarmente fragili, può costituire un momento stressante da tenere sotto controllo.

- **Colloqui avvocati**

Analogamente al caso dei familiari, anche ai legali deve essere data la possibilità di riferire al personale eventuali dubbi sulla tenuta emotivo – psicologica dei propri assistiti riscontrata nel corso dei colloqui che intercorrono con essi.

- **Colloqui magistrati**



10


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

- **Patologie**

L'insorgenza o la presenza di patologie, in particolare se gravi, invalidanti o a prognosi infausta, nel corso della detenzione costituisce una variabile stressogena da monitorare adeguatamente.

- **La vita in sezione**

La vita in sezione può evidenziare atteggiamenti e comportamenti significativi dal punto di vista del cedimento delle resistenze individuali allo stress.

In tutti questi casi è necessario che il personale operante possa riferire a referenti certi le proprie impressioni in modo che si possano effettuare colloqui di approfondimento ed interventi integrati.

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

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

Tra le situazioni potenzialmente stressanti si può annoverare anche la **dimissione**.

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

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

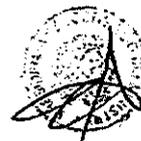
Infatti, se l'ingresso in carcere dalla libertà è un evento traumatico, non lo è meno la rimessione in libertà specialmente per le persone che la riacquistano dopo a lunghi periodi di carcerazione.

La situazione psicologica del condannato ad un lungo fine pena rimesso in libertà potrebbe creare criticità in quanto nel soggetto, abituato ai ritmi della vita penitenziaria che proprio per la sua invasività protegge entro certi limiti dagli eventi esterni, il timore della rimessione in libertà potrebbe far riemergere nel dimettendo sensi di insicurezza, di precarietà, di preoccupazione per l'ignoto e per il futuro.

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

§ 3.4. Lavoro integrato e multidisciplinare

In caso siano evidenziati rilevanti aspetti di rischio, è fondamentale procedere attraverso **riunioni di equipe multidisciplinare** composte da Personale di area Penitenziaria e Sanitaria, da replicarsi con scadenze prefissate ed il cui obiettivo è di individuare le cause dei suddetti aspetti e le misure



più idonee per porvi rimedio e prevenire pericolosi acting – out. Va, in tal senso, potenziata la **presa in carico congiunta** e coordinata del paziente detenuto da parte del personale sanitario e penitenziario, con massimo utilizzo del momento di incontro degli operatori all'interno di uno staff multidisciplinare

La richiesta di convocazione della riunione di cui sopra, deve essere avanzata necessariamente ad horas da chiunque evidenzi un elemento di potenziale rischio per la salute del detenuto. La richiesta va inoltrata ai referenti individuati nel Protocollo locale.

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

Vanno **definiti modelli di riferimento per la valutazione del rischio**, che abbiano alla base solide evidenze scientifiche.

§ 3.5. La gestione dei casi a rischio

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

- attivazione della procedura gestionale
- alloggiamento
- controllo della persona
- disponibilità di oggetti pericolosi
- interventi sanitari
- interventi di supporto istituzionali
- interventi di supporto da parte di peer supporter
- chiusura procedura

I suddetti elementi, presi validamente in considerazione nelle indicazioni fornite a Livello Regionale, saranno declinati a livello locale

§ 3.6. Protocolli operativi per affrontare le urgenze

Il tentativo di porre in essere un suicidio necessita di **protocolli operativi per la gestione dell'urgenza** che la gravità del gesto e le sue conseguenze potenziali impongono. 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.

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

- il personale regolarmente a contatto con i detenuti deve essere opportunamente addestrato su temi quali il "**primo soccorso**", le tecniche di rianimazione cardio-polmonare ed altro, mediante attività formative regolari e nel rispetto della condivisione di programmazione, risorse ed attività.
- Il suddetto personale deve inoltre saper **comunicare adeguatamente** con gli operatori sanitari chiamati in via d'urgenza, in modo da poter prevedere quanto necessario già nel corso dell'avvicinamento al luogo dell'evento.
- L'adeguatezza degli interventi dovrà anche essere periodicamente testata attraverso **prove in "bianco"**, realizzando esercitazioni per la verifica delle procedure che sono state definite per ogni situazione di emergenza, in termini di efficienza ed efficacia delle azioni previste.

- L'O.M.S. raccomanda che l'equipaggiamento per il salvataggio di emergenza sia non solo facilmente accessibile ma anche costantemente funzionale grazie a periodiche verifiche. Analogamente anche gli strumenti di comunicazione devono godere della stessa funzionalità. A tal proposito si deve ricordare la maggiore affidabilità delle radio rispetto ai telefoni interni che possono risultare occupati o non presidiati. La predisposizione di una rete di comunicazione interna certa, affidabile, ridotta all'essenziale e veloce è uno degli elementi di efficacia che occorre ricercare. Ad essa deve essere associata una via di comunicazione con l'esterno, quanto più possibile adeguata, che sappia trasmettere non solo la comunicazione dell'evento ma anche tutti gli elementi utili per una prima valutazione di gravità.

§ 3.7. Allocazione e sostegno

Sulla specifica materia dell'isolamento della persona detenuta, le linee di indirizzo della Organizzazione Mondiale della Sanità affermano che esiste una forte associazione tra scelte suicidarie e collocazione del detenuto in isolamento. Va quindi contrastata la tendenza ad isolare le persone a rischio, ricorrendo all'ausilio di detenuti in funzione di peer - supporters (compagni o ascoltatori) addestrati, tramite attività di gruppo organizzate in sinergia tra Amministrazioni Sanitaria e Penitenziaria, ad offrire vicinanza e supporto sociale quali elementi importanti ai fini della prevenzione del rischio suicidario. Ne consegue che, nell'ambito degli spazi di scambio interdisciplinare e delle scelte individuate in maniera multiprofessionale ed integrata, i provvedimenti di sorveglianza speciale per fronteggiare gli eventi critici, siano adottati unicamente in casi eccezionali, e sempre privilegiando soluzioni in linea con quanto testé indicato.

TITOLO III

Monitoraggio, valutazione, debriefing

§ 4. La Valutazione dei Piani e delle attività

La complessità del fenomeno e degli sforzi per implementare un effettivo Piano di prevenzione richiama la necessità di dotarsi, tra l'altro, di un programma di valutazione e monitoraggio continuo e strutturato che schematicamente può essere declinato assicurando almeno le seguenti attività:

- Monitoraggio dei Piani elaborati ed implementati
- Valutazione dei casi di suicidio in relazione ai Piani di prevenzione adottati
- Attività di debriefing in favore del Personale coinvolto
- Raccolta e diffusione delle buone prassi

§ 4.1. Il Monitoraggio

Come già accennato, la possibilità di migliorare la prevenzione passa anche dalla capacità di conoscere meglio il fenomeno. A tal fine diventa essenziale istituire un sistema di monitoraggio permanente a livello locale, regionale e nazionale, in grado di raccogliere i dati che si ritengono necessari.



Modalità generali e linee procedurali di indirizzo saranno elaborate a livello centrale e diffuse ai livelli successivi per i dovuti adempimenti e viceversa, in un'ottica di regolare scambio. A tal fine, il Tavolo di Consultazione Permanente si occuperà di verificare il recepimento e l'attuazione degli Indirizzi Operativi da parte delle Regioni attraverso richiesta di specifici report annuali; il livello Regionale, a sua volta, si impegnerà a procedere con le dovute verifiche nei confronti del Livello Locale di competenza, il quale a sua volta dovrà necessariamente provvedere all'attuazione regolare dei propri compiti.

§ 4.2. Attività post – facto - Documentazione di un evento infausto

All'esito di un evento infausto o che ha rischiato di esserlo, occorre un serio approfondimento mirato a raggiungere finalità diverse. Nei casi di effettivo suicidio la prima cosa da farsi è documentare adeguatamente l'evento a tutela degli eventuali interessi sia dell'Autorità Giudiziaria che di quella Amministrativa. Al di là del fatto che alla prima doverosa comunicazione al Pubblico Ministero possono seguire autonome decisioni di quest'ultimo, alle quali la struttura penitenziaria non può che dare corso, è opportuno che le parti coinvolte a livello regionale e locale predispongano un protocollo congiunto di accertamento e documentazione dell'evento che, fatto salvo quanto disposto dalla predetta Autorità Giudiziaria, dovrà essere seguito.

Il presente Piano auspica una valutazione post-facto operata sempre congiuntamente, innanzitutto con riferimento alla tenuta dei Piani di prevenzione locali per il miglioramento costante dei processi.

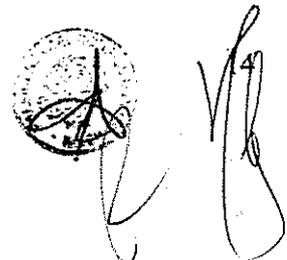
§ 4.3. Debriefing

L'impatto di un suicidio sul personale coinvolto ha un peso che non può essere trascurato. Per tale motivo le indicazioni generali segnalano la necessità di una attività di rielaborazione e compensazione per il Personale interessato. Sino ad oggi nel sistema penitenziario italiano non è mai stato attuato o sperimentato. È quindi necessario iniziare a porsi la questione della sua implementazione. In via generale questo Piano Nazionale precisa che, fatto salvo quanto detto, in particolare a livello dei Piani Regionali, si vorrà prevedere tale azione di supporto al Personale ed alle persone coinvolte. Pertanto si deve contraddistinguere per:

- Il carattere volontario della partecipazione susseguente ad una offerta informata di intervento;
- Diversità di questo intervento da qualunque altro tipo di approfondimento o valutazione dei fatti;
- Carattere di ascolto non finalizzato ad altro che al sostegno dei partecipanti;
- Informalità degli incontri con esclusione di attività formale o di verbalizzazione o di relazione finale;
- Finalizzazione dell'intervento teso a prendere in esame gli stati d'animo e non la dinamica dei fatti;
- Conduzione al di fuori della struttura penitenziaria ed effettuata da Personale idoneo in sede neutra.

§ 4.4. La Raccolta e la diffusione delle buone prassi

Si conferisce agli Osservatori Regionali Permanenti per la Sanità Penitenziaria il compito di raccogliere le prassi preventive ritenute più efficaci. Le stesse verranno inviate al Tavolo di consultazione permanente presso Conferenza Unificata per la loro analisi, sistematizzazione e periodica diffusione.

A handwritten signature in black ink is written over a circular official stamp. The stamp contains some illegible text and a central emblem. The signature is written in a cursive style.

TITOLO IV Formazione

§ 5. La Formazione degli operatori

Il presente Piano, per poter esplicare la propria funzione con riferimento a ciascuna delle sue parti ha la necessità di essere accompagnato da un articolato e sistematico programma di informazione e formazione diretto a tutti gli operatori, in particolare a quelli a più diretto contatto con la quotidianità detentiva. L'aumento della consapevolezza e l'acquisizione di elementi di conoscenza teorica ed operativa consentirà di ridurre alcune visioni stereotipate che limitano la sensibilità e la possibilità di adottare procedure più congrue ed efficaci, sia con riferimento al momento preventivo che a quello dell'intervento in situazioni d'emergenza.

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

Spetterà a questi ultimi organizzare, presso i P.R.A.P. e/o gli Istituti di Istruzione dell'Amministrazione penitenziaria o altri Enti Regionali e locali tali attività. Le suddette saranno necessariamente concordate e svolte congiuntamente dalle Aziende sanitarie e dall'Amministrazione penitenziaria, nonché inserite nei programmi annuali di formazione del proprio personale, senza determinare oneri aggiuntivi per i rispettivi bilanci.

In termini generali ed indicativi i piani formativi dovranno prevedere le seguenti aree di approfondimento:

- Struttura del Piano Nazionale per la Prevenzione delle Condotte Suicidarie in Ambito Penitenziario.
- Elementi fenomenologici del suicidio e degli eventi autolesivi.
- Le indicazioni dell'O.M.S.
- Modello operativo generale.
- Laboratorio di progettazione.
- Fattori ambientali, psicologici e comportamentali specifici predisponenti ai comportamenti suicidari.
- Benessere organizzativo e ricadute sugli operatori.
- Temi inerenti strategie di comunicazione e relazione.

Inoltre, come accennato, tutto il personale regolarmente a contatto con i detenuti deve essere formato anche al primo soccorso ed alle fondamentali tecniche di rianimazione cardio-polmonare, nonché essere addestrato all'utilizzo degli equipaggiamenti d'emergenza collocati nell'Istituto.

