



Ministero della Giustizia
DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
ISTITUTI PENITENZIARI "G. CANTIELLO E S. GAETA"
Sezione Reclusione
ALESSANDRIA
Ufficio Educatori

Prot. Nr 2003

del 22.01.2020

Al Provveditorato Regionale
dell'Amministrazione Penitenziaria
Ufficio Detenuti e Trattamento
Settore Osservazione e Trattamento
TORINO

Oggetto: Piani Locali per la prevenzione delle condotte suicidarie e dei gesti auto lesivi
negli Istituti penitenziari per adulti del Piemonte e della Liguria

In riscontro a vostra nota prot. Nr 46698/19 del 27.11.19 si invia in allegato copia del
Protocollo redatto e firmato in data 15.01.20.

Distinti saluti

Il Direttore
Dr.ssa E. Lombardi Vallauri

**PROTOCOLLO D'INTESA
TRA L'ASL AL DI ALESSANDRIA
E
LA DIREZIONE DEGLI ISTITUTI PENITENZIARI "CANTIELLO E
GAETA"
PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO**

VISTA la D.G.R. N° 30-8858 del 29 Aprile 2019 *"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"*;

VISTO l'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata il 19 gennaio 2012 recante *"Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale"*. Pubblicato sulla G.U. Serie generale n.34 del 10/02/2012;

PRESO ATTO dell'Accordo approvato per la Conferenza Unificata in data 27 luglio 2017 *"Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti"*;

TENUTO CONTO della circolare GDAP 03/05/2019 del 0138666 U., in tema di disagio psichico e relative azioni per fronteggiarlo;

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Premessa

Il presente protocollo nasce da una riflessione e da un'attenta analisi del contesto detentivo sviluppata da un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da operatori della Direzione degli Istituti Penitenziari di Alessandria e del Servizio Tutela in Carcere della ASL AL che ha lavorato alla individuazione delle strategie e delle procedure necessarie per gestire in maniera appropriata il rischio suicidario in carcere dove appare fondamentale come ampiamente documentato in letteratura e sottolineato da Buffa (2008; 2012 p. 91) l'applicazione della *"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 del disordine individuale"*. Tale cambio di prospettiva pone l'accento sull'interrelazione tra l'ambito penitenziario e l'ambito sanitario volto a favorire anche l'ampliamento di forme di responsabilizzazione dei detenuti.

M. L.

IL DIRETTORE
Dott.ssa Elena Lombardi Vallauri



PREVENZIONE E PRESA IN CARICO

1) Accoglienza

E' di tutta evidenza come idonei ed adeguati spazi detentivi rappresentino una irrinunciabile condizione per organizzare l'accoglienza dei detenuti nuovi giunti. L'accoglienza è il primo momento della vita detentiva in cui la fragilità emotiva rappresenta la maggiore criticità rispetto all'ambientamento al contesto detentivo.

Il nuovo giunto verrà ubicato temporaneamente presso le stanze d'accoglienza individuate presso la sez. IV A al circondariale e presso la sez. III A alla reclusione.

Fatte salve eventuali specifiche disposizioni dell'Autorità Giudiziaria nonché i casi in cui la complessità psichica e relazionale sconsigli l'allocazione con altri detenuti, **verrà privilegiata l'allocazione in stanza multipla evitando la solitudine del soggetto.**

2) Rilevazione del rischio Nuovi Giunti

La visita medica effettuata a tutti i Nuovi Giunti è finalizzata sia a valutare il complessivo stato di salute sia il rischio auto-eterolesivo. Il medico che effettua la visita, in base al rischio individuato, definisce il livello di attenzione, con l'ausilio della scheda denominata "**individuazione del livello di attenzione**", come meglio specificato ai punti 2a, 2b, 2c e 2d. Nel caso in cui il livello individuato sia medio (2b) o alto (2a) il medico attiverà un provvedimento di grande sorveglianza richiedendo l'intervento degli specialisti di cui si rende utile la consulenza. Il provvedimento di grande sorveglianza è comunicato nell'immediatezza agli educatori e ai servizi del carcere competenti.

Se il Nuovo Giunto fa uso di sostanze stupefacenti sarà inviato a visita presso il servizio delle dipendenze patologiche e si procederà con la presa in carico integrata.

2a) Presa in carico dei soggetti ad alto livello di attenzione

Laddove, nell'ambito delle attività di accoglienza emerga una sintomatologia psichiatrica acuta o sub-acuta (sintomi psicotici, disturbi dell'umore, importanti anomalie comportamentali, ideazione auto lesiva, tentato suicidio) il medico attiverà nell'immediatezza un provvedimento di grande sorveglianza e la richiesta d'intervento urgente dello psichiatra che a seguito di valutazione, provvederà a segnalare il caso al Direttore, indicando anche l'eventuale necessità di incrementare le attività di controllo e sorveglianza da parte del personale di polizia penitenziaria o di prevedere il ricovero in apposita struttura.

La segnalazione dello psichiatra conterrà la motivazione e le eventuali

2d) Presa in carico dei soggetti che NON necessitano di attenzione

Laddove, nell'ambito delle attività di accoglienza del nuovo giunto, il medico non individua la presenza di elementi di rischio, espletata la visita medica, si procederà all'assegnazione a sezione comune.

3) Osservazione e Monitoraggio del rischio suicidario dopo l'ingresso

Il monitoraggio delle situazioni di rischio suicidarie non si limiterà al momento dell'ingresso, considerato che un simile rischio può prospettarsi anche molto tempo dopo l'arrivo in carcere. Tale compito è affidato a tutto il personale operante nell'Istituto Penitenziario, uscendo da uno schema specialistico e settoriale per esigere piuttosto una modalità di attenzione diffusa e costante. I momenti e le variabili da sottoporre ad attenzione possono essere come di seguito sintetizzate:

- problematiche e/o conflitti familiari in occasione dei colloqui
- cessazione di corrispondenza verso l'esterno o il rifiuto di riceverne
- udienze giudiziarie, condanne definitive, rigetti
- comunicazioni di eventi luttuosi o generatori di particolari tensioni
- isolamento dagli altri compagni e condotte di evitamento
- cambiamenti della persona (fisici o nelle abitudini)
- cambiamenti di ambiente (trasferimento da altro istituto, cambio cella/sezione)
- disperazione espressa attraverso crisi di pianto o qualsiasi altra modalità espressiva
- comunicazione di diagnosi gravi.

Per facilitare la segnalazione e l'individuazione delle situazioni di rischio è stata creata una checklist che potrà essere utilizzata da qualsiasi operatore che intercetta una situazione di rischio. Il modulo, compilato e firmato, dovrà essere consegnato al medico di presidio per gli interventi necessari nell'immediato. Il medico procederà alla valutazione e classificazione del livello di attenzione e ai conseguenti provvedimenti di cui ai precedenti punti 2a, 2b, 2c e 2d. L'operatore provvederà a darne copia anche all'ufficio Comando che informa il Comandante o chi ne fa le veci e il Direttore, per le opportune valutazioni e decisioni.

Lo staff integrerà la segnalazione dell'operatore con le informazioni previste dal diario del rischio suicidario e procederà ai successivi aggiornamenti.

4) Interventi d'urgenza in caso di tentativi di suicidio

Nel caso di un tentativo di suicidio, fattori quali la celerità dell'intervento di soccorso, la competenza di tutto il personale, l'adeguatezza e l'efficienza degli strumenti e del materiale necessario, sono essenziali per tentare di porre rimedio



M...

IL DIRETTORE
Dott.ssa Elena LOMBARDI VALLAURI



*E' chiara
la
responsabilità
dello
staff!*

e prestare le prime cure di pronto soccorso. Ciò comporta la necessità di controllare periodicamente le dotazioni, verificare le competenze specifiche del personale, le procedure e la loro conoscenza da parte di tutti gli operatori.

A tal fine la ASL AL e la Direzione degli Istituti Penitenziari si impegnano ad organizzare momenti di formazione anche congiunta sugli interventi di pronto soccorso e sulle procedure di comunicazione.

*Non c'è solo una procedura
sulle*

In ogni caso, dopo un tentativo di suicidio il medico richiederà una valutazione psichiatrica e/o psicologica approfondita, tesa a chiarire i motivi del gesto, il grado di intenzionalità, le problematiche che il detenuto sta affrontando, la presenza di un eventuale disturbo psichiatrico, la probabilità di una ripetizione dell'atto a breve termine, il tipo di aiuto necessario.

E' infatti doveroso non sottovalutare qualunque tentato suicidio, anche quello che lascia intendere un fine manipolatorio, perché può comunque portare alla morte chi lo pone in essere.



5) Staff multidisciplinare

do specificare meglio. Chi è il referente?

L'intervento di sostegno integrato coinvolge nel rispetto delle singole competenze professionali, i Direttori o loro delegati, il referente di presidio e il medico di presidio, l'infermiere, lo psichiatra, lo psicologo, l'educatore e il personale di polizia penitenziaria. Questi operatori costituiscono la rete di riferimento nei casi di rischio suicidario e comunicano tra loro, attraverso vie formali e informali, allo scopo di scambiarsi informazioni e adottare tutti gli interventi utili e necessari.

I casi segnalati per livelli di attenzione medio-alti o derivanti dalla checklist saranno valutati nelle riunioni dello staff multidisciplinare che saranno programmate dal referente locale con cadenza quindicinale o con incontri immediati nei casi bisognosi di interventi urgenti.

ma

IL DIRETTORE
Dott.ssa Elena Lombardi Vallauri

6) Debriefing successivi agli eventi suicidari

All'esito di un evento infausto o che ha rischiato di esserlo dovrà essere stimolato il confronto interprofessionale per una migliore conoscenza degli episodi posti in essere. Si utilizzerà la metodologia del debriefing, che prevede la circolarità della comunicazione tra i partecipanti, volto alla riflessione su quanto accaduto e su cosa si possa essere appreso dall'esperienza al fine di ridurre eventuali sintomi tipici di eventi post traumatici.

Lo staff multidisciplinare si occuperà di effettuare colloqui psicologici di sostegno con il compagno di stanza al fine di ridurre gli effetti post traumatici successivi all'evento infausto.



*non si
si
impone*

7) Formazione continua

Sarà cura dello staff multidisciplinare proporre ed individuare, in collaborazione

con la Direzione del Carcere e l'ASL AL territoriale, proposte formative mettendo a disposizione risorse interne su alcune tematiche ricorrenti. Alcuni ambiti formativi che potrebbero essere riprodotti regolarmente potrebbero essere: individuazione degli eventi critici; tecniche di pronto intervento; individuazione delle principali malattie infettive; attenzione ai bisogni psichici del paziente detenuto quali predittori di eventuali tentativi anticonservativi o agiti autolesionistici, elementi comunicativo-relazionali, elementi di psicopatologia.

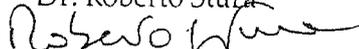
8) Verifica Protocollo

Il referente locale decorsi sei mesi dall'entrata in vigore del vigente protocollo convocherà uno staff multidisciplinare di verifica intermedia al fine di valutare eventuali criticità ed apportare modifiche e/o integrazioni allo stesso.

Alessandria, *15 gennaio 2020*

Per la ASL AL
Il Responsabile del Servizio
Tutela Salute In Carcere

Dr. Roberto Stura



Per la Direzione degli
Istituti Penitenziari di Alessandria

Il Direttore

Dr. Elena Lombardi Vallauri

