



DIR.GEN./ DIR. STAFF (*)		U.O.D. / Staff
DG	04	00

# Regione Campania

GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL

13/03/2018

## PROCESSO VERBALE

Oggetto :

**Recepimento Accordi Conferenza Unificata 27 luglio 2017 (Rep. n. 81) e 26 ottobre 2017 (Rep. n. 129) - approvazione "Piano regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" e "Piano regionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità" - con allegati.**

1)	Presidente	Vincenzo	DE LUCA	<b>PRESIDENTE</b>
	Vice			
2)	Presidente	Fulvio	BONAVITACOLA	
3)	Assessore	Serena	ANGIOLI	
4)	"	Lidia	D'ALESSIO	
5)	"	Valeria	FASCIONE	
6)	"	Lucia	FORTINI	
7)	"	Amedeo	LEPORE	
8)	"	Chiara	MARCIANI	
9)	"	Corrado	MATERA	
10)	"	Sonia	PALMERI	
	Segretario	Mauro	FERRARA	

**Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente**

**PREMESSO CHE:**

- a) che il Decreto Legislativo 22.6.1999 n. 230 e succ.mod. ha introdotto il riordino della medicina penitenziaria sancendo il principio fondamentale della parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, dei cittadini liberi e degli individui detenuti ed internati;
- b) che il D.P.C.M. 01.04.2008, adottato ai sensi dell'art. 2, commi 283 e 284 della Legge 24 dicembre 2007 n. 244 (legge Finanziaria 2008) stabilisce, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria di cui ai decreti legislativi sopra citati, il trasferimento al Servizio sanitario nazionale di tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia;
- c) che con D.G.R.C. n. 1551 del 26.09.2008 è stato recepito il D.P.C.M. sopra citato;
- d) che con D.G.R.C. n. 1812 dell'11.12.2009 sono state definite le azioni per la realizzazione di forme di collaborazione tra ordinamento sanitario ed ordinamento penitenziario e della giustizia minorile per la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi sanitari mirati all'attuazione di quanto previsto dalle Linee di indirizzo di cui agli Allegati A e C del DPCM 1 aprile 2008 ed è stato approvato il relativo schema di Accordo di Programma;
- e) che in data 28.12.2009 le Parti contraenti hanno sottoscritto l'Accordo di Programma;
- f) che con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 38 del 19 febbraio 2010 e s.m.i. è stato istituito l'Osservatorio regionale permanente sulla sanità penitenziaria, attualmente operativo sulla base delle disposizioni di cui alla D.G.R.C. n. 716 del 13.12.2016;
- g) che la Giunta Regionale della Campania, con Decreto Dirigenziale n. 142 del 21.07.2011 ha istituito il *"Laboratorio Territoriale per la Sanità penitenziaria Eleonora Amato"*, che – tra i compiti assegnati con D.G.R.C. n. 716 del 13.12.2016 – partecipa all'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria e assicura le funzioni di coordinamento della rete sanitaria inter-penitenziaria regionale interaziendale di cui all'Accordo sancito in Conferenza Unificata sul documento *"Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti: implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali"* (Rep. n. 3/cu del 22 gennaio 2015; GURI, serie generale, n. 64 del 18.3.2015)
- h) che in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 19.01.2012 (Rep. Atti n. 5/CU) l'Osservatorio regionale permanente sulla sanità penitenziaria ha elaborato un documento recante *"Indirizzi operativi per la prevenzione dei gesti autolesivi e delle scelte suicide in carcere"*, approvato con Decreto del Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario della Campania n. 104 del 30.09.2014;

**PRESO ATTO**

- a) che la Conferenza Unificata, nelle sedute del 27 luglio 2017 e del 26 ottobre 2017 ha sancito Accordo, rispettivamente, sul documento *"Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicide nel sistema penitenziario per adulti"* (Rep. n. 81) e sul documento *"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. 129)

**CONSIDERATO**

- a) che i suddetti Accordi, hanno impegnato, tra l'altro, le Regioni a recepire formalmente gli Accordi in parola e ad assicurare la definizione di specifiche attività, attraverso gli Osservatori permanenti per la sanità penitenziaria, conformi alle indicazioni dei piani nazionali approvati dalla Conferenza Unificata e in particolare:
  - 1) elaborare i Piani Regionale recanti le linee di indirizzo per i piani locali di prevenzione (garantendo per gli stessi l'omogeneità e la coerenza con i principi definiti dal Piano Nazionale);
  - 2) individuare formalmente i componenti dei Nuclei Regionali per seguire e verificare la redazione e l'aggiornamento periodico dei Piani locali, programmare la formazione degli operatori locali, pianificare le attività di audit clinico, raccogliere le prassi valutate più rispondenti agli obiettivi ed inviarle al livello centrale, svolgere o delegare azioni conoscitive e/o inchieste amministrative ritenute opportune o dovute,

validazione dei protocolli locali da parte dell'Osservatorio, monitorare e verificare l'applicazione dei protocolli locali, raccogliere/diffondere le buone prassi, segnalare eventuali criticità ed osservazioni;

- b) che, conseguenzialmente, l'Osservatorio regionale permanente sulla sanità penitenziaria ha elaborato e approvato nelle riunioni n. 03/2017, n. 1/2018, n. 2/2018 e n.3/2018 il *"Piano regionale per la prevenzione delle condotte suicide nel sistema penitenziario per adulti"* e il *"Piano regionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità"*, rispettivamente Allegato 1 e Allegato 2, parti integranti e sostanziali del presente atto;

**DATO ATTO** che le attività conseguenziali all'approvazione dei Piani regionali di che trattasi non determinano oneri finanziari aggiuntivi per la Regione Campania;

**RITENUTO necessario pertanto**

recepire gli Accordi sanciti dalla Conferenza Unificata il 27 luglio 2017 (Rep. n. 81) e il 26 ottobre 2017 (Rep. n. 129) e approvare il *"Piano regionale per la prevenzione delle condotte suicide nel sistema penitenziario per adulti"* e il *"Piano regionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità"* rispettivamente Allegato 1 e Allegato 2, parti integranti e sostanziali del presente atto, come definiti dall'Osservatorio regionale permanente sulla sanità penitenziaria;

Propongono e la Giunta a voto unanime

**DELIBERA**

1. di recepire gli Accordi sanciti dalla Conferenza Unificata il 27 luglio 2017 (Rep. n. 81) e il 26 ottobre 2017 (Rep. n. 129) e approvare il *"Piano regionale per la prevenzione delle condotte suicide nel sistema penitenziario per adulti"* e il *"Piano regionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità"*, rispettivamente Allegato 1 e Allegato 2, parti integranti e sostanziali del presente atto;
2. di demandare al Direttore Generale pro-tempore della Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR le conseguenziali attività, con prioritario riferimento alla individuazione formale dei componenti dei Nuclei Regionali previsti in ciascuno dei predetti Piani regionali, come indicati dall'Osservatorio regionale permanente per la sanità penitenziaria, e alla programmazione e realizzazione, attraverso il Laboratorio Territoriale per la Sanità penitenziaria Eleonora Amato e con le risorse allo stesso già assegnate, della formazione prevista dagli stessi Piani e destinata ai referenti locali delle attività di che trattasi;
3. di demandare ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. sede di Istituti Penitenziari per adulti e/o minori (Avellino, Caserta, Benevento, Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord e Salerno) il compito di integrare i piani formativi aziendali al fine di realizzare, entro il corrente anno, i percorsi formativi locali previsti dai Piani regionali di cui al presente atto;
4. di precisare che i Direttori Generali delle AA.SS.LL. sede di Istituti Penitenziari per adulti e/o minori dovranno procedere alla formale approvazione con proprio atto deliberativo dei Piani attuativi locali, definiti in conformità ai Piani regionali allegati, solo successivamente alla loro formale validazione da parte dell'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria;
5. di precisare che all'attuazione della presente deliberazione si provvede senza oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;
6. di trasmettere il presente atto, per quanto di competenza e per opportuna conoscenza, al Presidente della Giunta Regionale, al Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale, alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR, ai Direttori Generali delle AA.SS.LL., al Coordinatore Responsabile del Laboratorio territoriale per la sanità penitenziaria *"Eleonora Amato"* ed all'Ufficio competente per la pubblicazione nella sezione trasparenza del sito istituzionale della Regione Campania.



## GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

DELIBERAZIONE n°	134	del	13/03/2018	DIR.GEN./DIR. STAFF (*)	UOD/STAFF DIR.GEN.
				DG 04	00

**OGGETTO :**

***Recepimento Accordi Conferenza Unificata 27 luglio 2017 (Rep. n. 81) e 26 ottobre 2017 (Rep. n. 129) - approvazione "Piano regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" e "Piano regionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità" - con allegati.***

QUADRO A	CODICE	COGNOME	MATRICOLA	FIRMA
PRESIDENTE - <input type="checkbox"/> ASSESSORE - <input type="checkbox"/>		<i>Presidente Vincenzo De Luca</i>		<i>13/03/2018</i>
DIRETTORE GENERALE / DIRIGENTE STAFF		<i>dott. Postiglione Antonio</i>		<i>13/03/2018</i>

VISTO DIRETTORE GENERALE ATTIVITA' ASSISTENZA GIUNTA	COGNOME	FIRMA
DATA ADOZIONE	<i>13/03/2018</i>	INVIATO PER L'ESECUZIONE IN DATA
		<i>14/03/2018</i>

**AI SEGUENTI UFFICI:**

- 40 . 1 : Gabinetto del Presidente**  
**50 . 4 : DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale**

**Dichiarazione di conformità della copia cartacea:**

Il presente documento, ai sensi del T.U. dpr 445/2000 e successive modificazioni è copia conforme cartacea dei dati custoditi in banca dati della Regione Campania.

Firma

\_\_\_\_\_

(\*)

DG= Direzione Generale

US= Ufficio Speciale

SM= Struttura di Missione

UDCP= Uffici di Diretta Collaborazione con il Presidente

**PIANO REGIONALE PER LA  
PREVENZIONE  
DELLE CONDOTTE SUICIDARIE NEL  
SISTEMA PENITENZIARIO PER ADULTI**

## **Indice**

### **Premessa**

### **Titolo I**

#### **Inquadramento generale**

- § 1. L'architettura organizzativa e lo specifico livello regionale
- § 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 operativi
- § 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, da perseguire anche tramite la scelta di metodologie di lavoro con caratteristiche di innovatività 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, ad iniziare dalla Conferenza Unificata, ad un aggiornamento degli indirizzi precedentemente definiti, configurabile come un vero e proprio *Piano nazionale di intervento*, finalizzato a realizzare progressivamente, 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 rispettive 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, che costituisce la *declinazione regionale* delle indicazioni date dal Piano Nazionale, è centrato esclusivamente sulla prevenzione delle condotte suicidarie in ambito penitenziario adulto, essendo stata condivisa anche in sede regionale, 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 e lo specifico livello regionale

A partire dal modello organizzativo del Piano Nazionale di Prevenzione, con le sue articolazioni su *livelli* specifici di intervento (v. Tab. 1), nel presente Piano sono definite le procedure ed azioni da porre in essere a livello regionale.

Tab. 1

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
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.	
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
LIVELLO LOCALE	-	Individua ed incarica i referenti locali per la prevenzione.	Facilita/assicura la formazione del 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.

**La pianificazione degli Interventi** prende avvio da un'organizzazione articolata per *livelli* (con la compresenza costante delle componenti sanitaria e penitenziaria).

### **Il livello regionale.**

*E' costituito dall'Osservatorio Permanente Regionale per la Sanità Penitenziaria (ex DPCM del 01/04/2008), come in ultimo definito ed operativo ex DGRC n. 716/2016.*

Nell'ambito del predetto Osservatorio, conformemente alle previsioni del Piano nazionale, è operativo uno specifico **Nucleo Regionale** che fornisce le linee di indirizzo per i piani locali di prevenzione attraverso i seguenti prioritari incarichi:

- seguire e verificare la redazione e l'aggiornamento periodico dei **Piani locali** (oggetto dei protocolli locali tra Istituti penitenziari ed Aziende Sanitarie Locali rispettivamente competenti), **validandoli prima della loro formale adozione con atto deliberativo da parte della singola ASL**;
- programmare la formazione degli operatori locali;
- pianificare le attività di audit clinico;
- raccogliere le prassi valutate più rispondenti agli obiettivi ed inviarle al livello centrale;
- svolgere o delegare azioni conoscitive e/o inchieste amministrative ritenute opportune o dovute.

Il Nucleo regionale è costituito da operatori individuati dalle Amministrazioni rappresentate in Osservatorio, come da verbali n. 03/2017, n. 1/2018 e n. 2/2018, con possibilità di ogni opportuna e/o successiva modifica e integrazione. La partecipazione al nucleo regionale non è di regola compatibile con la contestuale partecipazione ai corrispondenti nuclei previsti dal Piano per ciascuno degli ambiti locali (AASSLL e Istituti Penitenziari).

## **§ 2. Le azioni**

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 documento che si ispira, come richiesto dal Piano nazionale, alle indicazioni elaborate dall'O.M.S. e ad alcuni specifici studi condotti in Italia.

Le direttive fornite in questa sede, servono per sviluppare proprie procedure ed azioni, basate su di esse. La descrizione delle azioni segue un ordine logico – temporale progressivo.

### **§ 2.1. Costituzione della rete**

Viene attivata una **rete di referenti**, così come definito dal Piano Nazionale, nella quale **formalizzare i vari gruppi** che, ai livelli regionali e locali, si occupino dell'implementazione dei programmi.

E' a cura del livello regionale la trasmissione al Tavolo di Consultazione Permanente per la Sanità Penitenziaria degli 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**

L'attuazione del presente Piano Regionale dispone di formulare o, se necessario, adeguare gli atti e quanto precedentemente prodotto e redatto tra le rispettive parti, e fornisce ai livelli locali le istruzioni più utili, prendendo necessariamente in considerazione tutti i punti indicati nelle Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

*Si dispone inoltre che la revisione/redazione dei protocolli locali venga improntata alla massima condivisione e concretezza tra le parti interessate.*

Metodologicamente si promuove il modello di lavoro interdisciplinare e indica 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 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.

## **TITOLO II**

### **Gli elementi essenziali dei Piani di prevenzione locali.**

#### **§ 3. Elaborazione dei Piani operativi**

Gli elementi essenziali per l'elaborazione dei Piani operativi in parola, sono i seguenti:

##### **§ 3.1. La declinazione operativa delle azioni**

Il presente Piano Regionale **dà indicazioni specifiche e supervisiona affinché tutte le strutture penitenziarie di propria competenza si dotino di un Piano Locale.** Tale documento costituisce la declinazione operativa dei Piani e degli accordi adottati, in linea con le indicazioni dell'O.M.S.

##### **§ 3.2. La rilevazione del rischio**

Si dà indicazione che la **valutazione del rischio all'ingresso** venga predisposta 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, di regola entro le 48 h.

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.

Lo strumento così concepito, strutturato e redatto, deve essere inteso come documento personalizzato ed individualizzato per ogni detenuto, la cui eventuale archiviazione deve essere codificata ed 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

Come afferma il Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale nella relazione al Parlamento 2017, è pressoché impossibile interpretare il gesto fatale di una persona, o affermare con sicurezza che poteva essere evitato, additando responsabilità altrui. *Non è mai lecito privare la persona dell'unicità e della proprietà della sua decisione estrema ed attribuire ad altri la responsabilità del suo gesto. Quindi nessuna strategia può escludere del tutto il verificarsi di questi eventi. Tuttavia è innegabile che le condizioni ambientali incidono, e se non si può affermare che di sicuro incidono in negativo divenendo la causa del gesto, certamente potrebbero agire in positivo divenendo possibilità di evitare il gesto. Quindi, soffermarsi sul tema dei suicidi non vuol dire indicare elementi che possano determinarlo, quanto elementi che avrebbero aiutato a ridurre il rischio.* Il Garante, inoltre, fa notare che in Italia il tasso di suicidi nella popolazione non detenuta risulta essere piuttosto basso se comparato con quello di altri Paesi europei, mentre si moltiplica<sup>1</sup> diverse volte (dodici) se analizzato all'interno delle strutture di reclusione.

A suo parere, quindi, nell'attuazione delle Direttive in materia occorre uno '**scatto**' complessivo con la necessaria precisione nel definire azioni da compiere con i relativi tempi e modalità.

*Le condizioni di vita, l'ambiente, la mancanza di libertà sono tutti fattori che incidono sulla fragilità di persone spesso vulnerabili in partenza. Occorre quindi prevedere linee di azioni organiche e definite che offrano un percorso non solo contenitivo, ma positivo di prevenzione.*

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.

<sup>1</sup>Indirizzi operativi per la prevenzione dei gesti autolesivi e delle scelte suicidarie in carcere - gennaio 2013 a cura del Laboratorio Territoriale 'E.Amato' Regione Campania

- **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**

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; senza tralasciare il verificarsi di risonanze in seguito ad eventi critici di carattere individuale (ad esempio tentativi di suicidio) o collettivo (ad esempio rissa, ecc.).

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 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 suicide 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 e sempre **con cadenza almeno annuale** 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, si concorda 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 indica come indispensabile una valutazione congiunta post-facto, innanzitutto con riferimento alla tenuta dei Piani di prevenzione locali per il miglioramento costante dei processi. I Piani suddetti in tali casi vanno valutati e verificati con una cadenza almeno semestrale.

##### **§ 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.

### **TITOLO IV Formazione**

Viene indicata la necessità di iniziare le attività formative con una fase preliminare e propedeutica di informazione circa l'approvazione, lo sviluppo e gli assunti essenziali del Piano Nazionale di Prevenzione, con particolare attenzione alla sua articolazione per *livelli* ivi compreso quanto concerne la loro composizione e competenze.

#### **§ 5. La Formazione degli operatori**

Il presente Piano, per poter esplicitare la propria funzione con riferimento a ciascuna delle sue parti, prevede 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.

Al fine suddetto, sarà prioritariamente realizzato – dal Laboratorio territoriale di sanità penitenziaria “Eleonora Amato”, di concerto con le parti interessate - un intervento informativo regionale di presentazione del Piano Nazionale (C.U. del 27/07/2017) e del Piano regionale, attraverso giornate seminariali destinate ad almeno un referente per ogni articolazione locale (ASL e Istituti Penitenziaria), preferenzialmente comprensivi dei referenti locali.

In termini generali ed indicativi l'intervento deve fornire gli elementi essenziali relativamente alle 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.
- Caratteristiche e contenuti essenziali dei programmi formativi locali.

Conseguenzialmente, ogni ASL sede di Istituto Penitenziario assicurerà - concordandolo con l'Amministrazione Penitenziaria del territorio di riferimento e prevedendone la diretta partecipazione - lo svolgimento di appropriati interventi formativi a "cascata", che consentano di fornire agli operatori coinvolti nelle attività le adeguate conoscenze per la realizzazione efficiente delle azioni comprese nel Piano. 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.

Le Aziende sanitarie dovranno integrare, laddove non già previsto, i suddetti interventi nel proprio Piano Formativo Aziendale.



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

## **Indice**

§ 1	Premessa
§ 2	I comportamenti autolesivi e suicidari nel contesto penale minorile
§ 3	La struttura organizzativa :lo specifico livello regionale
§ 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	Collocazione nella stanza detentiva
§ 6	Peer supporter
§ 7	Azioni immediate a seguito dell'evento
§ 8	Debriefing post evento
§ 9	Monitoraggio
§ 10	Formazione integrata

## § 1 Premessa

Prevenire il rischio suicidario ed autolesivo dei minori che fanno ingresso nel circuito penale, così come quello degli adulti, è un obiettivo condiviso tanto dall'Amministrazione della Giustizia quanto dalle Amministrazioni della Salute, e da perseguire anche tramite la scelta di metodologie di lavoro con caratteristiche di innovatività ed integrazione delle reciproche competenze.

La prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei minorenni e dei 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”*.

Coerentemente con quanto sottolineato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (2007), vi è evidenza che **i comportamenti e le scelte autolesive e suicidarie sono prevalentemente 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, intervengono in egual misura, per le rispettive competenze.**

Tanto premesso, risulta evidente e necessario definire e/o ridefinire, laddove opportuno, tutte le azioni già in essere 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 dunque 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.

Nella specifica realtà della Regione Campania, anche sulla scorta della sperimentazione avviata presso l'IPM di Airola (BN) nel 2013<sup>1</sup> ed in riferimento a quanto evidenziato anche da alcune rilevazioni in altre realtà penali minorili<sup>2</sup>, si sono evidenziate alcune criticità specifiche. Tra queste, una maggiore incidenza di gesti autolesivi e suicidari tra i ragazzi in custodia cautelare e ciò è possibile che risulti associato alla maggiore o minore fisiologica capacità individuale di adattamento alle situazioni cronicamente stressanti, proprie di una lunga e prevedibile pena detentiva. Invece, i ragazzi ed i giovani adulti in attesa di giudizio, evidenziano una maggiore incidenza di fisiologiche risposte ansiose e/o depressive di tipo reattivo. Inoltre, si impone una riflessione sulla difficoltà di gestire l'impatto legato alla perdita della libertà, di apprendere rapidamente la cultura del contesto e confrontarsi con un universo sconosciuto di linguaggi, codici di comportamento e gerarchie. Infine, non va sorvolata, in aggiunta a quanto detto, la delicata problematicità della provenienza da altre culture.

In linea con quanto indicato dal Piano Nazionale, si ribadisce anche in sede Regionale che gli interventi di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario siano sempre più orientati al sostegno ed al supporto individualizzato, ai fini di una efficace presa in carico dell'adolescente sin dal primo contatto con il sistema penale minorile.

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

---

<sup>1</sup>Indirizzi operativi per la prevenzione dei gesti autolesivi e delle scelte suicidarie in carcere - gennaio 2013 a cura del Laboratorio Territoriale 'E.Amato' Regione Campania

<sup>2</sup><http://www.ristretti.it/areestudio/disagio/suicidio/manconi.htm>

## § 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. 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 traghetterà, 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 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 e lo specifico livello Regionale

A partire dal modello organizzativo del Piano nazionale di Prevenzione, con le sue articolazioni su livelli specifici di intervento (vedi Tab.1), in questa sede ci occupiamo di illustrare procedure ed azioni da porre in essere a *livello regionale*.

Tab.1

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
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	

<b>LIVELLO REGIONALE</b>	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 la prevenzione e chiede l'individuazione dei referenti locali.	Declina gli specifici indirizzi formativi sulla scorta delle indicazioni del livello nazionale	Valida, verifica e sottoscrive i protocolli operativi locali
<b>LIVELLO LOCALE</b>		Individua i referenti locali della prevenzione della riduzione del rischio auto lesivo 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

Il **Livello regionale** è costituito dall'*Osservatorio Permanente Regionale per la Sanità Penitenziaria (ex DPCM del 01/04/2008)*, come in ultimo definito ed operativo ex DGRC n. 716/2016.

Nell'ambito del predetto Osservatorio, conformemente alle previsioni del Piano nazionale, è operativo uno specifico **Nucleo Regionale** (per l'area minorile vi è un sotto-gruppo costituito da referenti specificamente individuati su indicazione delle AA.SS.LL. e del C.G.M) che fornisce le linee di indirizzo per i piani locali di prevenzione attraverso i seguenti prioritari incarichi:

- seguire e verificare la redazione e l'aggiornamento periodico dei Piani locali (oggetto dei protocolli locali tra Istituti penitenziari ed Aziende Sanitarie Locali rispettivamente competenti), **validandoli prima della loro formale adozione con atto deliberativo della ASL territorialmente competente;**
- programmare la formazione degli operatori locali;
- pianificare le attività di audit clinico;
- raccogliere le prassi valutate più rispondenti agli obiettivi ed inviarle al livello centrale;
- svolgere o delegare azioni conoscitive e/o inchieste amministrative ritenute opportune o dovute.

Il Nucleo regionale è costituito da operatori individuati dalle Amministrazioni rappresentate in Osservatorio, come da verbali n. 03/2017, n. 1/2018, n. 2/2018, n.3/2018, con possibilità di ogni opportuna e/o successiva modifica e integrazione. La partecipazione al nucleo regionale non è di regola compatibile con la contestuale partecipazione ai corrispondenti nuclei previsti dal Piano per ciascuno degli ambiti locali (AASSLL e Istituti Penitenziari).

#### **§ 4 I Piani Locali di Prevenzione**

Alla luce delle predette indicazioni di carattere generale, si dispone che nell'elaborazione e/o aggiornamento dei Piani Locali in materia di prevenzione del rischio autolesivo e/o suicidario, si attui 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; quanto asserito, al fine dell'effettiva prevenzione dei rischi attraverso la precoce rilevazione di eventuali segnali di allarme riguardo a possibili azioni autolesive e/o suicidarie.

Per i fini sopra evidenziati, si individuano le seguenti, imprescindibili, aree operative di intervento:

#### 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 (ex D.G.R.C. n. 621/2012).

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, laddove riattivate, 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 devono avvalersi necessariamente di un adeguato modello per la gestione del caso a rischio, i cui elementi, essenziali ma non esclusivi, sono i seguenti:

- una valutazione iniziale;
- l'attivazione della presa in carico integrata;
- l'adozione di strumenti di rivalutazione in itinere dei soggetti a rischio autolesivo e/o suicidario;
- la formale ridefinizione in forma integrata 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 (2007), 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, vanno debitamente considerati i seguenti fattori di rischio:

- disagio psichico;
- stato di dipendenza da sostanze psicotrope;
- 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 va utilizzato all'interno della specifica équipe multidisciplinare e interistituzionale per definire gli opportuni interventi ed è 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, conseguenziale, 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.

E' indispensabile declinare, più ampiamente, alcuni dei suddetti aspetti.

In ogni caso di rilevazione del rischio autolesivo e/o suicidario, deve essere 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, predispone, nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le 48 ore (il termine temporale deve essere valutato in base alla permanenza del soggetto nel servizio), il piano di trattamento che riduca il rischio di agiti violenti autodiretti, lenendo il senso di sofferenza e disagio del soggetto.

E' 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/o suicidario, nel definire il piano di trattamento specifico, deve 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 del servizio 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 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.

## **§ 5 Collocazione nella stanza detentiva**

In linea con i contenuti del Piano Nazionale, 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 della 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, deve 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, provvedono alla rilevazione dei dati relativi al fenomeno autolesivo e suicidario.

I dati raccolti a livello locale vengono trasmessi, con cadenza semestrale e per via gerarchica, al livello centrale, ai fini di una definizione di una griglia omogenea di rilevazione e dell'individuazione di modalità uniformi di raccolta e analisi.

I Servizi Minorili aggiornano 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**

Al fine suddetto, sarà prioritariamente realizzato – dal Laboratorio territoriale di sanità penitenziaria “Eleonora Amato”, di concerto con le parti interessate - un intervento informativo regionale di presentazione del Piano Nazionale (C.U. del 27/07/2017) e del Piano regionale, attraverso giornate seminariali destinate ad almeno un referente per ogni articolazione locale (ASL e Istituti Penitenziaria), preferenzialmente comprensivi dei referenti locali (v.oltre).

In termini generali ed indicativi l'intervento deve fornire gli elementi essenziali relativamente alle 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.
- Caratteristiche e contenuti essenziali dei programmi formativi locali.

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.

Conseguenzialmente, ogni ASL sede di I.P.M. e/o C.P.A. assicurerà - concordandolo con l'Amministrazione Penitenziaria del territorio di riferimento e prevedendone la diretta partecipazione - lo svolgimento di appropriati interventi formativi a "cascata", che consentano di fornire agli operatori coinvolti nelle attività le adeguate conoscenze per la realizzazione efficiente delle azioni comprese nel Piano. **Quanto sopra, favorendo altresì la partecipazione degli operatori impegnati nelle Comunità del privato sociale destinate ad accogliere minori provenienti dall'area penale.**

Tutto il personale regolarmente a contatto con l'utenza penale minorile 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.

Le Aziende sanitarie dovranno integrare, laddove non già previsto, i suddetti interventi nel proprio Piano Formativo Aziendale.