

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 dicembre 2020, n. 2133

Piano regionale della Puglia per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti (Accordo CU rep. Atti n.81 del 27.07.2017)

L'assessore sulla base dell'istruttoria espletata dal funzionario istruttore, confermata dalla Dirigente del Servizio Strategia e Governo dell'Assistenza alle persone in condizioni di fragilità - Assistenza Sociosanitaria e dal Dirigente della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue.

PREMESSO CHE:

- Con il D.P.C.M. del 1° aprile 2008 concernente "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" è stata data attuazione alla riforma della sanità penitenziaria. Gli allegati A e C del suddetto Decreto hanno definito le azioni volte a realizzare la presa in carico sanitaria delle persone detenute ed il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). Nell'allegato A, in particolare, è stata riservata un'attenzione specifica al tema della presa in carico dei nuovi giunti ed alla prevenzione del rischio suicidario.
- Il D.P.C.M. in parola ha, inoltre, istituito, presso la Conferenza Unificata, il Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria con l'obiettivo di garantire l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamentali nell'intero territorio nazionale.
- 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; recepito con DGR n. 1102 del 05/06/2012) 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. Le attività sono state oggetto di specifici monitoraggi che hanno 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.
- E' risultato, pertanto, necessario procedere ad un aggiornamento degli indirizzi precedentemente definiti, confluito nell'Accordo della Conferenza Unificata n. 81 del 27 luglio 2017 sul documento "Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" (recepito con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1631 del 17 ottobre 2017). Detto documento prevede un modello organizzativo articolato su tre livelli di azione (nazionale, regionale e locale) in cui sono costantemente rappresentate le istituzioni sanitarie e penitenziarie.
- Ciascun livello è chiamato ad attuare gli specifici interventi ed in particolare il livello regionale elabora le linee di Indirizzo regionali in un apposito Piano Regionale di prevenzione.

CONSIDERATO CHE:

- Giusta convocazione prot. AOO_183/00133372 del 03.10.2018, si è riunito l'Osservatorio Regionale Permanente sulla Sanità Penitenziaria che, nella riunione del 10.10.2018, ha costituito uno specifico Gruppo di lavoro al quale è stato attribuito il compito di elaborare la bozza di Piano regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema egli adulti contenente linee di indirizzo regionali utili a rendere operativi i Piani locali in modo omogeneo.
- I lavori del Gruppo sono stati avviati nel maggio del 2019 e dopo alcuni incontri, nella riunione del

30.11.2020 è stato licenziato il testo della bozza del “Piano Regionale della Puglia per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti”

- In data 14.12.2020, si è tenuta la riunione dell’Osservatorio Regionale Permanente sulla Sanità Penitenziaria finalizzata, tra l’altro, all’approvazione definitiva del testo del Piano sopracitato;
- Nel corso della riunione tutti i presenti hanno espresso il proprio assenso rispetto al testo del Piano che, pertanto, è stato licenziato.

Tanto premesso, l’Assessore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi della L.R. n. 7/97, art. 4, lett. K., propone alla Giunta :

- di fare propria la relazione del Presidente, che qui si intende integralmente riportata e trascritta.
- di approvare in via definitiva il “Piano Regionale della Puglia per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti” nel testo allegato al presente provvedimento e di questo facente parte integrante (Allegato A)

VERIFICA AI SENSI DEL D.LGS. N. 196/2003 E DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016 GARANZIE DI RISERVATEZZA

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all’Albo sul sito Istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D. Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del suddetto Regolamento UE.

“COPERTURA FINANZIARIA DI CUI AL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II ”

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio affidato è stato espletato nel rispetto della normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, dagli stessi predisposto, ai fini dell’adozione dell’atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Il funzionario
(Isabella Di Pinto)

Il Dirigente del Servizio Strategia e Governo dell’Assistenza alle Persone in condizioni di Fragilità – Assistenza Sociosanitaria
(Elena Memeo)

Il Dirigente della Sezione Strategia e Governo dell’Offerta
(Giovanni Campobasso)

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere, sulla proposta di delibera, osservazioni, ai sensi del combinato disposto degli artt. 18 e 20 del DPGR n.443/2015.

**IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO POLITICHE DELLA
SALUTE, BENESSERE SOCIALE E SPORT PER TUTTI**
(Vito Montanaro)

L'ASSESSORE
(Pietro Luigi Lopalco)

L A G I U N T A

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- Vista la sottoscrizione posta in calce al presente schema dal Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza alle persone in condizioni di fragilità - Assistenza sociosanitaria e confermata dal Dirigente della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge

D E L I B E R A

per le motivazioni espresse in premessa, che quivi si intendono integralmente riportate,

- di fare propria la relazione del Presidente, che qui si intende integralmente riportata e trascritta.
- di approvare in via definitiva il "Piano Regionale della Puglia per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" nel testo allegato al presente provvedimento e di questo facente parte integrante (Allegato A).
- di demandare, altresì, al Dirigente della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta, l'adozione dei successivi atti.
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta
Giovanni Campobasso

Il Presidente della Giunta
Michele Emiliano

PIANO REGIONALE DELLA PUGLIA

PER LA PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE NEL SISTEMA PENITENZIARIO PER ADULTI

**a cura del Gruppo di Lavoro interistituzionale
nominato dall'Osservatorio Regionale
Permanente sulla Sanità Penitenziaria**

Per l'A.P.: Dott. G. Martone, Dott. G. Dibari

Per l'UIEPE: Dott. P. Guastamacchia, Dott. L. Lobascio

Per la Regione Puglia: Prof. A. Bellomo, Dott. N. Buonvino, Dott. M. Giordano, L. Troiano, Dott.ssa E. Memeo, Dott.ssa I. Di Pinto.

SOMMARIO

PREMESSA	pag. 3
TITOLO I - Inquadramento generale	pag. 5
§ 1 Evoluzione della prevenzione del rischio autolesivo e suicidario	pag. 5
§ 2 L'architettura organizzativa del Piano nazionale e lo specifico livello regionale	pag. 6
§ 3 Le azioni regionali e locali	pag. 7
§ 3.1 Costituzione della rete	pag. 7
§ 3.2 Elaborazione dei Piani Regionali e Locali di Prevenzione - Considerazioni generali	pag. 8
TITOLO II - Gli elementi essenziali dei Piani di prevenzione locali	pag. 10
§ 1 Elaborazione dei Piani operativi: la declinazione operativa delle azioni	pag. 10
§ 1.1 La rilevazione del rischio.....	pag. 10
§ 1.2 Il presidio delle situazioni potenzialmente stressanti.....	pag. 12
§ 1.3 Lavoro integrato e multidisciplinare.....	pag. 15
§ 1.4 La gestione dei casi a rischio.....	pag. 15
§ 1.4 bis Uso di interviste e scale finalizzate	pag. 15
§ 1.5 Protocolli operativi per affrontare le urgenze	pag. 16
§ 1.6 Allocazione e sostegno	pag. 16
TITOLO III – Monitoraggio, valutazione, debriefing	pag. 17
§ 1 La Valutazione dei Piani e delle attività	pag. 17
§ 1.1 Il Monitoraggio.....	pag. 17
§ 1.2 Attività post - facto - Documentazione di un evento infausto	pag. 17
§ 1.3 Debriefing.....	pag. 17
§ 1.4 La Raccolta e la diffusione delle buone prassi.....	pag. 18
TITOLO IV – Formazione	pag. 19
§ 1 La Formazione degli operatori.....	pag. 19
Allegato 1 Scheda di segnalazione e diario del rischio suicidario	pag. 20
Allegato 2 Servizio accoglienza multidisciplinare nuovi giunti.....	pag. 23

PREMESSA

Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 1° aprile 2008 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 maggio 2008, n. 126) disciplina, tra gli altri aspetti, la presa in carico sanitaria negli istituti penitenziari e il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Nell'Allegato A di suddetto Decreto, in particolare, viene riservata un'attenzione specifica al tema della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario.

La prevenzione del rischio suicidario in ambito carcerario, è un obiettivo condiviso tanto dall'Amministrazione Penitenziaria, quanto dal Servizio Sanitario Regionale con scelte indirizzate verso metodologie di lavoro innovativo che favoriscano l'integrazione delle reciproche competenze per il raggiungimento di obiettivi condivisi.

Nella riforma della sanità penitenziaria è chiaramente declinato che i presidi sanitari presenti in ogni istituto penitenziario debbano adottare procedure di accoglienza che consentano di contrastare gli effetti traumatici che possono manifestarsi con la privazione della libertà, sviluppando tutti gli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo.

È indubbio che la popolazione carceraria rispetto a quella generale è soggetta ad una particolare vulnerabilità bio-psico-sociale. Questo impone un maggiore richiamo alla responsabilità ed un preciso dovere morale di assicurare un ambiente carcerario che rispetti la dignità delle persone in un percorso di reintegrazione sociale, ed offra gli strumenti necessari ad intercettare e prevenire il rischio suicidario o altri atti di autolesionismo.

Il fenomeno dei suicidi in carcere e la loro elevata incidenza è stato oggetto di osservazione fin dal XVII secolo, quando alcuni coroners, chiamati ad indagare nelle carceri britanniche per i casi di auto-soppressione, stabilirono chiari collegamenti tra alcuni specifici aspetti della prigionia e il suicidio.

Ma solo nell'ottocento inizia una riflessione sistematica sul suicidio ed un suo collegamento con la salute psico-fisica in carcere. In un suo scritto del 1820, il dottor L.R.V. Villermé, studiando le prigioni di Parigi, osservava che "la mortalità dei detenuti è notabilmente maggiore di quelli che vivono in stato di libertà, in ragione diretta del cattivo stato delle prigioni e della miseria, delle privazioni, dei patimenti sofferti dai detenuti prima del loro imprigionamento". Villermé pone i primi accenti sul collegamento tra le condizioni di vita in carcere e le differenze di trattamento da una prigione all'altra, precisando che a seconda del tipo di carcere "questi infelici hanno perduto per termine medio nel tempo del loro imprigionamento la probabilità di vivere 17, e perfino 30 anni di vita".

Nella metà dell'ottocento, troviamo studi che utilizzano i suicidi e le morti in carcere come indicatori per la valutazione dei differenti sistemi di trattamento, ad esempio si vide che l'isolamento dei detenuti favoriva 12 volte di più i suicidi rispetto alle così dette "prigioni in comune" (Baccaro, Morelli, 2009, 26 sgg.).

In Italia, con la pubblicazione del lavoro di Enrico Morselli, nel 1875, si ha un inquadramento più scientifico sulla morte volontaria in carcere, in contrasto con la teoria lombrosiana, che ipotizzava una relazione causale fra i fattori biologici/genetici e il comportamento deviante. Lo stesso Lombroso scriveva sul suicidio dei carcerati, collegando la spinta al suicidio alla struttura mentale del delinquente, privo di spirito di conservazione.

Il Lombroso indicava il suicidio in carcere come uno dei caratteri dell'uomo delinquente, quale espressione dell'insensibilità verso sé stesso oltre che verso gli altri; di conseguenza, il tentato suicidio diventava un elemento utile ad identificare il criminale.

Morselli invece, oltre che confermare il riconoscimento della maggiore frequenza dei suicidi fra i detenuti rispetto alla popolazione generale, osservava altre caratteristiche ambientali correlate: 1) nei sistemi che hanno come base il lavoro (colonie agricole penali), ci sono minori probabilità che si verifichino le condotte suicidali 2) le prigioni che ricorrono all'isolamento dei prigionieri hanno tassi più alti di suicidi e tentati suicidi 3) gli effetti negativi dell'isolamento si manifestano di più nei primi mesi 4) in tutti i regimi, il maggior numero di suicidi si verifica nei primi due anni di soggiorno in carcere 5) la fascia di età in cui il suicidio è più frequente è dai 21 ai 30 anni.

Molte di queste osservazioni sono ancora valide, in particolare con riguardo agli effetti negativi dell'isolamento. Con Morselli ed altri nell'ottocento si fa strada, in opposizione del determinismo biologico del Lombroso una diversa considerazione delle ragioni del crimine e del suicidio dei criminali. Morselli stesso precisa che non tutti coloro che sono in carcere appartengono alla categoria dell'uomo delinquente come inteso da Lombroso, i detenuti, inoltre, si suicidano per rimorso o pentimento, per "liberarsi dall'infamia della pena", o anche per evitare la carcerazione o, fra i condannati alla forca, per evitare la pena di morte.

Nel novecento, i dati sui suicidi in ambiente penitenziario diventano oggetto di studi più sistematici, tra il 1960 ed il 1969 sono raccolti dati più affidabili sulla carcerazione, analizzando vari fattori, tra cui il suicidio e tentato suicidio dei detenuti. Lo studio evidenzia che quasi $\frac{1}{4}$ dei casi di suicidio riguardano detenuti che non svolgono alcuna attività lavorativa entro il carcere; inoltre il 64% dei suicidi, sia consumati che tentati, riguarda detenuti in attesa di primo giudizio. Quindi sin da quando si è posta l'attenzione sul rischio suicidario in ambiente carcerario, si è delineata l'importanza che il contesto carcerario, l'offerta di trattamento intramurario e le varie tipologie di detenuti, assumano valore preponderante sul fenomeno dei suicidi o tentati suicidi e sui gesti autolesivi in carcere.

Dal seicento ad oggi il fenomeno è ancora purtroppo attuale nel mondo carcerario, con il nuovo Piano Nazionale è possibile procedere ad un aggiornamento degli indirizzi precedentemente definiti, configurando un vero e proprio Piano nazionale di intervento, finalizzato a realizzare in tutti gli Istituti Penitenziari attività che posseggano le seguenti essenziali caratteristiche:

- 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.

Alla luce delle succitate indicazioni, obiettivo di questo documento è la stesura del piano Regionale per la prevenzione del rischio suicidario che definisca nuove ed aggiornate misure di prevenzione di suicidi nonché di gesti autolesionistici negli Istituti Penitenziari della Regione Puglia, favorendo la programmazione dei piani locali di prevenzione.

Tale documento deve riconoscere quale linea direttrice quanto espresso dal Comitato Nazionale di Bioetica che ritiene che la pena detentiva non possa sospendere il diritto alla libertà, senza implementare gli altri diritti fondamentali, come quello alla salute e alla risocializzazione, garantendo una pena che non mortifichi la dignità umana.

A chiosa di quanto su espresso si possono citare le conclusioni dell'OMS:

“Per concludere, anche se molte volte non ci è dato di prevedere con precisione se e quando un detenuto tenterà il suicidio o lo porterà a termine, gli agenti di custodia, gli operatori sanitari e il personale psichiatrico possono essere messi in grado di identificare detenuti in crisi suicidaria, stimare il loro rischio e trattare eventuali gesti suicidari. Anche se non tutti, molti suicidi in carcere possono essere prevenuti, e l'implementazione di programmi generali per la prevenzione del suicidio in tutto il mondo è uno degli strumenti che abbiamo per ridurre sistematicamente il loro numero”.

TITOLO I**INQUADRAMENTO GENERALE****§ 1. Evoluzione della prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in ambito penitenziario.**

Già dal 1987, l'Amministrazione Penitenziaria ha posto l'attenzione sul tema della tutela della vita e dell'incolumità fisica e psichica dei detenuti, istituendo negli Istituti Penitenziari il Servizio Nuovi Giunti. Detto Servizio, affidato agli esperti ex art. 80 O.P. e posto in affiancamento alla prima visita medica generale ed al colloquio di primo ingresso, è nato con la specifica finalità di intercettare e graduare in cinque livelli - attraverso la valutazione di fattori di rischio espressamente indicati - la fragilità del soggetto entrato in carcere, onde adottare specifiche cautele custodiali atte a prevenire il rischio autolesivo e/o suicidario (Circolare Direzione Generale per gli Istituti di Prevenzione e Pena n. 3233/5683 del 30.12.1987).

Più tardi, la stessa Amministrazione, nel sollecitare la piena operatività del Servizio in parola, ha rimarcato l'esigenza di non cedere a derive routinarie di classificazione del rischio, introducendo la necessità che i detenuti "intercettati" fossero "presi in carico" sinergicamente dal personale di Polizia Penitenziaria degli operatori dell'area trattamentale e sanitaria e del servizio specialistico di psichiatria, quando necessario. (Circolare DAP n. 3524/5974 del 12 maggio 2000).

Nel 2007 il Servizio Nuovi Giunti ha ceduto il testimone al Servizio di Accoglienza per detenuti nuovi giunti. *"Nel servizio operano, unitamente allo psicologo, altre figure professionali, in modo da costituire uno staff di accoglienza multidisciplinare che prenda in carico i detenuti nuovi giunti, anche al fine di predisporre azioni specifiche per prevenire atti di autolesionismo. Lo staff si compone del direttore che lo coordina, del medico incaricato o del medico SIAS, dell'infermiere, dello psicologo, dello psichiatra, del responsabile dell'area educativa (o di un suo delegato) e del comandante del reparto di polizia penitenziaria (o di un suo delegato). Viene integrato con la presenza di altri specialisti come: gli operatori del Ser.T., gli assistenti sociali e i mediatori culturali e/o sociosanitari, a seconda delle esigenze e dei problemi manifestati dal detenuto. Inoltre, ricorre alla collaborazione esterna di operatori del volontariato con specifiche qualifiche (...omissis). Lo staff multidisciplinare, la cui composizione numerica dipende dalla grandezza dell'istituto, si riunisce periodicamente per determinare le linee operative di lavoro e la definizione del protocollo operativo".*

Il DPCM del 01/04/2008 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale 30 maggio 2008, n. 126), citato in premessa, 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" e riserva un'attenzione specifica al tema della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario in generale. Questo aspetto viene posto tra gli obiettivi di salute da perseguire attraverso l'azione complementare e coordinata di tutti i soggetti e le istituzioni che a vario titolo concorrono alla tutela della salute della popolazione ristretta negli II.PP.

A seguito della riforma della sanità in ambito penitenziario, il D.A.P. nella Circolare concernente le "Modalità di esecuzione della pena. Un nuovo modello di trattamento che comprenda sicurezza, accoglienza e rieducazione", ha dedicato particolare attenzione alle modalità di intervento nei casi di rischio suicidario. Esse sono state individuante: a) nella nuova operatività delle attività rese in staff, con particolare riguardo alla sinergia tra operatori penitenziari e sanitari; b) nell'estensione a tutta la popolazione detenuta delle iniziative mirate alla prevenzione del suicidio; c) nella sostituzione della tradizionale attività di sorveglianza con le nuove attività di "sostegno", assicurate in accordo tra le componenti dello staff, per la prevenzione del suicidio; d) nella stretta collaborazione con altri Enti Sanitari e Sociali del territorio competenti in materia (Dipartimenti salute mentale, Province, Comuni, case famiglia, volontariato sociale (Circolare GDAP n. 44533 del 25 novembre 2011).

Successivamente 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; recepito con DGR n. 1102 del 05/06/2012) 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.

E' 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 un aggiornamento degli indirizzi precedentemente definiti contenuti nell'Accordo della Conferenza Unificata n. 81 del 27 luglio 2017 sul documento "Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" (recepto con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1631 del 17 ottobre 2017).

§ 2. L'architettura organizzativa del Piano nazionale e lo specifico livello regionale

Il Piano Nazionale di Prevenzione, prevede un modello organizzativo articolato su tre livelli di azione in cui sono costantemente rappresentate le istituzioni sanitarie e penitenziarie:

- **Livello centrale:** costituito dal Tavolo di Consultazione Permanente per la Sanità Penitenziaria.
- **Livello regionale:** costituito dall'Osservatorio Regionale Permanente per la Sanità Penitenziaria con il supporto di ulteriori eventuali Articolazioni regionali.
- **Livello locale:** nasce dall'attività congiunta delle Direzioni di ciascun Istituto Penitenziario e delle Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti.

Ciascun livello è chiamato ad attuare gli specifici interventi descritti nella seguente tabella.

Tabella

Tavola sinottica degli interventi					
LIVELLO	AZIONI				
	ELABORAZIONI DELLE LINEE DI INDIRIZZO	INDIVIDUAZIONE DEI REFERENTI OSSERVATORIO REGIONALE O LORO EVENTUALI ARTICOLAZIONI A SUPPORTO	FORMAZIONE DEI REFERENTI OSSERVATORIO REGIONALE O LORO EVENTUALE ARTICOLAZIONE A SUPPORTO	ELABORAZIONE DEI PIANI LOCALI DI PREVENZIONE locali istituto/asl	GESTIONE DEI DATI (RACCOLTA ELABORAZIONE E DIFFUSIONE) INDIVIDUAZIONE DELLE PRASSI RITENUTE PIU' EFFICACI VERIFICA
LIVELLO NAZIONALE	Il Tavolo di Consultazione Permanente per la sanità penitenziaria (TCPSP) elabora ed aggiorna il Piano Nazionale, tenendo conto delle conoscenze Nazionali ed Internazionali sul fenomeno suicidario.	Promuove la rete nazionale penitenziaria di prevenzione del suicidio, chiede al livello regionale di individuare i referenti regionali e locali.	Il TCPSP formula le indicazioni utili da diffondere alle organizzazioni istituzionalmente deputate per la redazione di un Piano nazionale per la formazione.		Riceve, elabora ed analizza i dati raccolti a livello regionale e/o locale, diffonde i risultati attraverso report periodici e incontri formativi. Monitora l'aggiornamento e la tenuta dei piani regionali e locali di prevenzione
LIVELLO REGIONALE	Elabora le linee di Indirizzo regionali in un apposito Piano Regionale di prevenzione tenendo conto del Piano Nazionale.	Nomina i referenti regionali per la prevenzione, costituisce il nucleo regionale e chiede l'individuazione dei referenti locali	Organizza e gestisce i processi formativi nel territorio di competenza	Coordina, segue e verifica la redazione, l'aggiornamento e l'applicazione dei Piani operativi locali di prevenzione	Promuove la periodica verifica del piano regionale di prevenzione nonché dei programmi locali e comunica periodicamente al livello nazionale lo stato dell'arte

LIVELLO LOCALE		Individua ed incarica i referenti locali per la prevenzione.	Facilita/assicura la formazione 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	Procede alla periodica verifica della tenuta del piano di prevenzione locale e ne promuove l'aggiornamento in ragione del variare delle condizioni strutturali, comunicando gli esiti al livello regionale.
----------------	--	--	---	---	---

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.

Il livello regionale è costituito dall'Osservatorio Regionale Permanente per la Sanità Penitenziaria, istituito in Puglia con la Deliberazione di Giunta n. 941 del 4 giugno 2009 ed integrato, nei componenti, con le successive DGR n. 2133/2015 e n. 1140/2018.

Nell'ambito del predetto Osservatorio, conformemente alle previsioni del Piano nazionale, opera uno specifico Nucleo Regionale rappresentativo delle istituzioni sanitarie e penitenziarie, dal Referente regionale per i trasferimenti dei detenuti bisognosi di cure (o suo delegato), dalla Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'assistenza alle persone in condizioni di Fragilità – Assistenza socio-sanitaria (o suo delegato) e dal Provveditore regionale per l'Amministrazione Penitenziaria (o suo delegato).

Il Nucleo regionale 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.

§ 3. Le azioni regionali e locali

L'elaborazione dei Piani Regionali e Locali di Prevenzione costituisce il nucleo centrale del Piano Nazionale di prevenzione. E' 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.

E' 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.

§ 3. 1. Costituzione della rete

Il Nucleo regionale, nella composizione precedentemente individuata, chiede l'individuazione dei referenti locali.

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).

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.

Ai fini della eventuale rimodulazione dei Piani di prevenzione regionale e locale e per il monitoraggio del fenomeno suicidario, a decorrere dal 1° aprile 2021, si procederà alla raccolta dei dati relativi a:

- N. detenuti presenti (suddivisi per appartenenza ad Alta sicurezza, Media Sicurezza, Precauzionali, Custodia Attenuata, età, sesso, nazionalità, posizione giuridica;
- N. di nuovi giunti;
- N. di detenuti trasferiti da altri Istituti;
- N. di detenuti a rischio autolesivo/suicidario attenzionati dallo Staff;
- N. di gesti autolesivi, suicidi e tentati suicidi.

I dati confluiranno al Nucleo regionale per la prevenzione del rischio suicidario

I referenti regionali e locali si riuniscono almeno una volta all'anno.

§ 3.2. 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

Vi afferiscono tutte quelle figure clinico - professionali che operano quotidianamente negli Istituti 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

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.

La partecipazione allo staff multidisciplinare dell'UEPE potrà essere garantita dal funzionario di servizio sociale che svolge il ruolo di "antenna operativa", il cui contributo è assicurato per i soggetti in osservazione e successivamente su segnalazione in merito ad elementi che richiedono l'intervento all'UEPE.

Area dell'attenzione a-technica

E 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. Una 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

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 cd. 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.

§ 1. Elaborazione dei Piani operativi: la declinazione operativa delle azioni

Il presente Piano Regionale fornisce 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.

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

§ 1.1. La rilevazione del rischio

La valutazione del rischio deve essere svolta sia all'arrivo in 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 SSN proseguono, successivamente alla valutazione iniziale, con una precisa osservazione ed un regolare follow up.

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.

Questo protocollo deve essere l'occasione per favorire un nuovo approccio metodologico ed una nuova valutazione del concetto di rischio suicidario o autolesivo cercando di superare i vecchi concetti di "grande sorveglianza" e "sorveglianza a vista", sanitaria o custodiale, improntati ad una gestione formale della persona.

La sorveglianza oltre ad essere improntata ad un controllo di sicurezza per il detenuto, dovrà essere principalmente volta all'analisi della motivazione ed ai bisogni che hanno spinto la persona a compiere gesti autolesionistici o addirittura autosoppressivi, valutando tutte le motivazioni comprese quelle strumentali o dimostrative.

Per raggiungere un tale obiettivo è necessario abbandonare i vecchi schemi che sigillano ed isolano le varie competenze degli operatori all'interno del mondo penitenziario, favorendo un approccio multiprofessionale della situazione a rischio attraverso un'osservazione integrata e partecipata del soggetto da parte degli operatori, che si basi principalmente sull'ascolto, volto alla conoscenza e al sostegno, attraverso un'equilibrata relazione interpersonale, ma che prevedeva fondamentalmente un'azione condivisa e che amalgami le varie competenze di tutti gli operatori coinvolti.

La nuova visione deve prevedere anche il coinvolgimento della popolazione detenuta già inserita e socializzata all'interno dell'Istituto; si dovranno responsabilizzare alcuni detenuti disposti, previa un'adeguata formazione, a collaborare nell'inclusione dei Nuovi Giunti agevolandone l'accoglienza e supportando i propri compagni di detenzione (peer supporter), svolgendo, inoltre, una funzione di sentinella per eventi critici o segnali che ne presuppongano il verificarsi.

Ferme restando le specifiche responsabilità del personale dell'Amministrazione Penitenziaria e del personale dipendente dall'ASL di riferimento, l'obiettivo del protocollo locale dev'essere quello di affinare lo scambio delle informazioni acquisite, al fine di migliorare la conoscenza della persona e consentire allo staff multidisciplinare di costruire gli interventi più adeguati al caso specifico, predisponendo un piano di intervento condiviso riguardo al

detenuto attenzionato, di cui è opportuno vi sia traccia documentale.

L'attività si concretizza attraverso gli interventi dello staff multidisciplinare (che potrà essere unico o di reparto e che dovrà essere costituito, ove non ancora presente, presso tutte le sedi penitenziarie), composto da rappresentanti del Personale Penitenziario (Polizia Penitenziaria, Funzionario Giuridico Pedagogico, Psicologi, Volontari, ecc...) e Sanitario (Medici, Personale infermieristico, Personale del Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento Dipendenze ecc...), da riunire a cadenza periodica e in caso di segnalazioni specifiche, secondo la valutazione del referente e che prevederanno la presenza di un referente locale per il coordinamento degli eventi critici.

Il referente locale, individuato nella figura del Direttore dell'Istituto Penitenziario o di un suo delegato, avrà il ruolo di presiedere e coordinare gli incontri di staff e svolgere tutte le funzioni operative ad essi collegate:

- la convocazione degli incontri di staff,
- la condivisione delle comunicazioni,
- la valutazione delle segnalazioni pervenutegli,
- la nomina di un componente dell'Area Trattamentale per la compilazione e l'aggiornamento della "Scheda di Segnalazione e diario del rischio suicidario" (all. n. 1) e l'archiviazione dello stesso presso la cartella personale sita in Matricola allorquando siano terminate le esigenze di particolare attenzione,
- il monitoraggio e la verifica del corretto svolgersi del procedimento avviato e delle azioni ad esso correlate.

Le riunioni periodiche dello staff multidisciplinare dovranno avere cadenza almeno quindicinale, prevedendo anche la possibilità di incontri immediati nei casi bisognosi di interventi urgenti. Tali incontri, con nota motivata ad horas da parte di qualsiasi operatore, anche non appartenente allo staff, dovranno essere richiesti al referente e realizzati nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 48 attivando, a richiesta del Direttore d'Istituto, lo staff anche in composizione ristretta per i casi indifferibili. In ogni caso in questo lasso di tempo dovranno essere previste le azioni di intervento possibili, corrispondenti ai livelli di rischio stimato dal sanitario.

Elemento fondamentale del lavoro d'equipe è affinare strumenti comunicativi efficienti ed efficaci per cui appare ormai imprescindibile, laddove non già in atto, utilizzare una "Scheda di Primo ingresso" (all.n.2), così da unificarne l'adozione su tutto il territorio regionale, auspicabilmente condivisa telematicamente, da compilare entro le 48 ore dall'arrivo del Nuovo Giunto da parte dell'Ufficio Matricola, dal Referente Medico presente in Istituto, dal Responsabile della sorveglianza generale e da un operatore dell'Area Educativa.

Laddove vengano a rilevarsi situazioni degne di particolare attenzione (medio ed alto rischio suicidario), il sanitario attiverà gli interventi urgenti ritenuti prioritari ed il referente locale del piano prevenzione convocherà lo staff multidisciplinare e avrà cura di aprire la "Scheda di Segnalazione e diario del rischio suicidario" in cui verranno riportati i provvedimenti adottati e la rivalutazione di quelli in corso, rispetto al singolo caso.

L'utilizzo di tale strumento andrà a concludersi al momento della cessazione dell'intervento di particolare presa in carico, per decisione dello staff multidisciplinare, e la "Scheda di Segnalazione e diario del rischio suicidario" verrà gestita dall'Area Trattamentale fino a risoluzione delle situazioni di criticità o trasferimento o dimissione del ristretto.

E' importante ribadire che lo Staff Multidisciplinare dovrà avere un ruolo cardine nella gestione di tutti gli eventi critici che coinvolgano la popolazione penitenziaria e che esso venga percepito dagli operatori come fondamentale opportunità di confronto dove ogni componente debba confrontarsi con gli altri operatori ognuno per le proprie competenze, al fine di favorire azioni uniche e condivise.

INGRESSO IN ISTITUTO

La valutazione del rischio all'ingresso è atto implicito all'arrivo presso un Istituto Penitenziario.

Nei casi in cui venga rilevato, ne deve derivare l'attivazione di un processo gestionale, a livello locale, che tenga conto essenzialmente dei seguenti aspetti:

- attivazione della procedura gestionale

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

Assegnazione

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

Immatricolazione

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

Visita medica

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

Il medico che effettua la visita, in base al rischio individuato, definisce il livello di attenzione provvedendo a richiedere (secondo le indicazioni contenute nello schema sintetico di seguito specificato) l'intervento degli specialisti di cui si renda utile la consulenza, con particolare riguardo agli Psicologi e agli Psichiatri, assicurando gli interventi sanitari ritenuti necessari.

Questi ultimi provvederanno alla presa in carico del paziente garantendo le prescrizioni urgenti del caso.

Collocazione

Collocazione secondo il livello di attenzione

- *livello di attenzione basso:*

ubicazione in sezione detentiva ordinaria

- *livello di attenzione medio:*

ubicazione in stanza con altro compagno possibilmente formato come peersupporter

- *livello di attenzione alto:*

da valutare secondo il caso specifico e secondo gli accorgimenti da adottare a protezione del soggetto per il tempo ritenuto strettamente necessario.

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

Nei casi di rilevazione del rischio medio/alto il referente locale del Piano di prevenzione del rischio, attivato dal medico, provvederà alla convocazione dello staff multidisciplinare nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 48 attivando, a richiesta del Direttore d'Istituto, lo staff anche in composizione ristretta per i casi indifferibili.

Nelle more verranno previste le azioni di cautela corrispondenti al livello di rischio stimato.

§ 1.2. 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 vuoi dire indicare elementi che possano determinarlo, quanto elementi che avrebbero aiutato a ridurne 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 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 più generali.

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 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.

E' importante che i suddetti operatori siano opportunamente preparati, anche attraverso percorsi formativi integrati, all'osservazione specifica delle reazioni emotive e che, al momento dell'ingresso, riferiscano adeguatamente se il ristretto ha espresso disagio o volontà suicide.

- **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 famigliari 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 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**

Durante il percorso detentivo si verificano situazioni che possono determinare un aumento dei livelli di stress che rendono necessari una costante vigilanza e il monitoraggio delle risposte emotive e comportamentali delle persone detenute.

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.).

Il personale operante nell'Istituto a qualsiasi titolo dovrà prestare attenzione per rilevare segnali significativi: crisi di pianto, insonnia, pigrizia, estrema irrequietezza o passeggiare avanti e indietro; improvvisi sbalzi di umore, di abitudini alimentari o alterazioni del sonno; gesti di spoliatura come ad esempio dar via oggetti personali; perdita di interesse in attività e/o relazioni; ripetuti rifiuti di cure o richieste di dosi maggior di farmaci, modifiche nelle dinamiche relazionali all'interno del gruppo dei pari o con gli operatori che a vario titolo entrano in contatto con il ristretto.

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.

Accanto alle predette aree di attenzione, particolare riguardo, a fini preventivi, dev'essere riservato alla categoria dei detenuti c.d. silenti.

Tutte le situazioni precedentemente descritte devono poi essere maggiormente attenzionate durante i periodi dell'anno particolarmente esposti a stress emozionale come le festività natalizie o caratterizzati da condizioni climatiche avverse come durante la stagione estiva.

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.

Per i detenuti provenienti da altri Istituti con provvedimento/segnalazione di "rischio suicidario" che coinvolga un livello tecnico-clinico, tecnico e atecnico, il Medico valuterà l'esigenza/opportunità della convocazione dello Staff multidisciplinare per valutare la necessità di riconfermare o meno tale provvedimento/segnalazione.

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 ritorno nella comunità.

§1.3 Lavoro integrato e multidisciplinare

Qualora all'esito delle procedure di ingresso risultino un livello di rischio medio-alto è necessario attivare lo staff multidisciplinare (prevenzione rischio) In caso siano evidenziati rilevanti aspetti di rischio, è fondamentale procedere attraverso riunioni di équipe 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 équipe 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 tasso 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.

§ 1.4. 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.

§ 1.4 bis. Uso di interviste e scale finalizzate

Nell'ambito della valutazione iniziale e del monitoraggio successivo del detenuto saranno particolarmente utili due scale:

SAMI: SUICIDE ASSESSMENT MANUAL FOR IMNATES. A Cura di Patricia Zapf. Giunti Editore. Si tratta di una Scala dotata di 20 items che fornisce un quadro delle variabili rilevanti che dovrebbero essere prese in esame dal clinico nel determinare la presenza di rischio suicidario. Tale scala dovrebbe essere somministrata da psicologi addestrati sia nella fase di valutazione, sia in quella di monitoraggio di casi sospetti al fine di una presa in carico psicologico-psichiatrica.

JSAT: JAIL SCREENING ASSESSMENT TOOL: a cura di Tonia L. Nichols et al. Anch'essa acquistabile da Giunti Editore. Intervista semistrutturata standardizzata di prima valutazione del soggetto in ambito penitenziario che può essere somministrata all'ingresso nell'Istituzione Carceraria (Servizio Nuovi Giunti) ma anche successivamente. Il suo scopo è quello di valutare il livello attuale di funzionamento del soggetto (almeno nell'ultimo mese), predire il livello di adattamento psicologico all'interno dell'istituzione, identificare i bisogni psicologici reali e segnalare tutti coloro che necessitano di cure particolari o che sono a rischio di violenza, suicidio, vittimizzazione, etc

Entrambe le scale, che dovranno essere somministrate preferibilmente da psicologi adeguatamente formati, dovranno essere precedute da idonea formazione degli operatori e potrebbero essere utilizzate in momenti diversi: la JSAT dal Servizio Nuovi Giunti allo scopo di identificare un profilo psicologico generale del detenuto ed eventuali connotazioni patologiche; la SAMI dovrebbe essere utilizzata dai consulenti psicologi-psichiatri al fine di identificare più specificatamente il rischio suicidario.

§ 1.5 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 nel BLS/D mediante attività formative cicliche.

- 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 presidati. La predisposizione di una rete di comunicazione interna certa, affidabile, ridotta all'essenziale e veloce è uno degli elementi di efficacia che occorre ricercare. Ad essa deve essere associata una via di comunicazione con l'esterno, quanto più possibile adeguata, che sappia trasmettere non solo la comunicazione dell'evento ma anche tutti gli elementi utili per una prima valutazione di gravità.

§ 1.6. Allocazione e sostegno

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

TITOLO III

MONITORAGGIO, VALUTAZIONE, DEBRIEFING

§ 1. 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

§ 1.1. 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 con cadenza almeno annuale nei confronti del Livello Locale di competenza, il quale a sua volta dovrà necessariamente provvedere all'attuazione regolare dei propri compiti.

§ 1.2. 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.

§ 1.3. Debriefing

L'impatto di un evento suicidario (attuato e/o tentato) sul personale coinvolto ha un peso che non può essere trascurato. Per tale motivo le indicazioni generali segnalano la necessità di un'attività di rielaborazione e compensazione per il Personale interessato. Sino ad oggi nel sistema penitenziario italiano non è mai stato attuato o sperimentato. E' quindi necessario iniziare a porsi la questione della sua implementazione. In via generale il 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.

Il debriefing è un processo semi-strutturato attraverso il quale un facilitatore, a conclusione di un determinato even-to/attività (nel nostro caso eventi critici ad alto impatto emotivo) pone una serie di domande per aiutare i partecipanti a riflettere su quanto accaduto e su cosa si è appreso riguardo a comportamenti futuri. In questo contesto si potrebbe definire un metodo per capitalizzare le esperienze e per prendere decisioni circa eventuali azioni o comportamenti futuri. Il debriefing viene molto usato dagli operatori che lavorano in situazioni di emergenza: l'obiettivo è quello di ridurre il disturbo post traumatico da stress, attraverso l'analisi di fatti, pensieri, emozioni ed eventuali sintomi, al fine di proporre una prima rielaborazione e comprensione dell'avvenimento, in modo coerente e condiviso con gli altri membri del gruppo. In considerazione delle caratteristiche sopra esposte, il debriefing può essere utilizzato nell'ambito penitenziario, in cui sono presenti frequenti eventi critici ed in particolare il più drammatico: il suicidio. Tali eventi, che non possono e non devono essere trascurati, creano un forte impatto emotivo sia sul personale che sugli altri detenuti e generano dei vissuti di impotenza, di perdita di fiducia e di ansia. Sarà dunque opportuno prevedere tempestivi interventi di supporto psicologico, in primis nei confronti del compagno/i di camera, persona/e spesso maggiormente esposte agli effetti post- traumatici dell'evento infausto. E' dunque opportuno prevedere un'attività di debriefing dopo ogni evento critico di particolare rilevanza.

§ 1.4. 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 aspetti essenziali del Piano Nazionale di Prevenzione, con particolare attenzione alla sua articolazione per livelli ivi compreso quanto concerne la loro composizione e competenze.

§ 1. 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, le Amministrazioni coinvolte concorderanno la realizzazione di un incontro informativo regionale di presentazione del Piano Regionale di Prevenzione del rischio suicidario nel sistema degli adulti. L'iniziativa sarà rivolta agli operatori penitenziari tradizionalmente deputati all'osservazione del detenuto nonché a quei soggetti terzi che a vario titolo hanno contatto diretto con i ristretti.

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.

Inoltre, le ASL sede di Istituto Penitenziario e l'Amministrazione penitenziaria promuoveranno, in collaborazione ed in co-partecipazione delle risorse, almeno un corso di formazione per gli operatori locali che consenta di fornire agli operatori coinvolti nelle attività le adeguate conoscenze per la realizzazione efficiente delle azioni comprese nel Piano. Si auspica, altresì, che tutto il personale regolarmente a contatto con i detenuti sia formato anche nelle procedure di BLS.

ALLEGATO 1**SCHEDA DI SEGNALAZIONE E DIARIO DEL RISCHIO SUICIDARIO
(DA INSERIRE NEL FASCICOLO PERSONALE DEL DETENUTO)**

Al Referente del Protocollo locale

Data evento.

- autolesivo
 tentato suicidio

OVVERO

Data della rilevazione della situazione potenzialmente stressante

DATI DETENUTO

Matricola n° _____ Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____
Residente in _____ Via _____

Modalità dell'evento:

Valutazione del rischio suicidario:

- alta intenzionalità suicidaria e alta letalità del mezzo
 alta intenzionalità suicidaria e bassa letalità del mezzo
 bassa intenzionalità suicidaria e alta letalità del mezzo
 bassa intenzionalità suicidaria e bassa letalità del mezzo
 nessuna intenzionalità suicidaria e alta letalità del mezzo
 nessuna intenzionalità suicidaria e alta letalità del mezzo
 nessuna intenzionalità suicidaria manifestata

ANALISI

Cittadinanza:

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

Difficoltà linguistiche

- Si No

Giunto il _____

da: libertà assegnato da altro istituto: _____
 prima carcerazione
 precedenti carcerazioni (specificare l'ultima) _____
 precedenti provvedimenti disciplinari (in istituto ovvero in istituto di provenienza) _____
 Allocations attuale (Sezione): _____
 Camera di pernottamento singola (motivazione) _____
 Camera di pernottamento condivisa _____
 Situazione Familiare: celibe/nubile sposato/a convivente separato/a
 Rapporti con l'attuale famiglia
 Si No
 Lavoro: stabile saltuario disoccupato

 Scolarità:

Abitudini di vita (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.)

Precedenti vicende giuridiche e di detenzione:

Udienze programmate o rinviate:

Problemi di vita carceraria dichiarati dal ristretto
 quali:

Precedenti ideazioni suicidarie?
 Si No Non accertato

Precedenti tentativi di suicidio?
 Si No Non accertato

Precedenti atti di autolesionismo?

Si No Non accertato

Negli ultimi giorni/mesi si sono verificati eventi stressanti?

Si No Non accertato

Valutazione clinica in caso di evento autolesivo o di tentato suicidio:

Valutazione dello stato psichico e comportamentale:

Valutazione psichiatrica:

Convocazione di staff multidisciplinare entro nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 48 per i casi indifferibili.

ALLEGATO 2**SERVIZIO ACCOGLIENZA MULTIDISCIPLINARE NUOVI GIUNTI**

SCHEMA DI 1° INGRESSO

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO MATRICOLA

Riferita al ristretto _____

Nato a _____ il _____

Data ingresso ___/___/____

Proveniente da:

- Libertà
 Altro Istituto _____
 Arresti Domiciliari
 Altro _____

Posizione giuridica:

- Giudicabile
 Appellate
 Ricorrente
 Definitivo
 Internato

Fine pena il _____ reato _____

Prima carcerazione Sì NoIsolamento giudiziario Sì NoDifferimento colloqui con difensore Sì NoCensura corrispondenza Sì NoPrecedenti esperienze detentive Sì No

Note _____

In caso di necessità dare notizia a:

padre madre moglie convivente amico/a avvocato

Indirizzo _____

Telefono _____

Non intende dare avviso a nessuno

Li _____

L'addetto all'Ufficio Matricola

VISITA MEDICA DI PRIMO INGRESSO

Data ora.....

Diagnosi d'ingresso (se presente)

Il nuovo giunto è in:

buone stabili condizioni cliniche

necessita di invio presso il P.S. del locale Policlinico

Presenta:

preoccupazione somatica

umore depresso/instabile

irritabilità/nervosismo

agitazione psicomotoria

atteggiamento apatico, mutacico

sospettosità

ostilità

comportamento aggressivo

eterolesivo

autolesivo

evidenti alterazioni del contenuto/forma del pensiero

delirio

ideazione persecutoria

comportamento bizzarro

allucinazioni

trascuratezza della persona

mancanza di collaborazione

.....

Anamnesi positiva per patologie psichiatriche

Si No

quali

Riferisce abuso di droghe

Si No

quali

Riferisce abuso di farmaci

Si No

quali

Riferisce abuso di alcool

Si No

Attualità dell'assunzione

Individuazione del livello di attenzione:

Non necessità al momento di attenzione specifica

Basso livello di attenzione

Indicatori:

sfumata sintomatologia;

modalità chiaramente strumentali;

gesti autolesivi correlati a richieste concrete e non su base psicopatologica.

Medio livello di attenzione

Indicatori:

anamnesi positiva per disturbi psichici:

con o senza presa in carico da parte dei Servizi Territoriali:

sintomatologia psichiatrica minore;

messa in atto o minacce di gesti autolesivi

.....;

Circostanze personali e familiari problematiche (lutti, separazioni, sentenze recenti, gravi diagnosi cliniche) che possano determinare alterazioni del tono dell'umore;

prima carcerazione;

età.

Alto livello di attenzione

Indicatori:

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

precedenti tentativi di suicidio

.....

Richiesta visita psichiatrica: si no programmata urgente

Si consiglia, fino a nuove disposizioni:

Grande sorveglianza

Sorveglianza a vista

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

Lì _____

Firma del sanitario

COLLOQUIO COL FUNZIONARIO GIURIDICO PEDAGOGICO
(PARTE RISERVATA ALL'AREA EDUCATIVA)

Effettuato il ___/___/___ Alle ore _____

Cognome _____ Nome _____

Nazionalità _____

Nato a _____ il _____ Residenza _____

Domicilio _____

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

Rapporti con l'attuale famiglia

Sì No

Lavoro: stabile saltuario disoccupato

Scolarità:

Precedenti vicende giuridiche e di detenzione:

Difficoltà linguistiche

Sì No

Richiesta di notiziare le autorità consolari del proprio paese d'origine

Sì No

Lì _____

Il Funzionario Giuridico Pedagogico

COLLOCAZIONE NEI REPARTI DETENTIVI

L'addetto alla sorveglianza generale, valutate:

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

DISPONE

- Collocazione al padiglione/reparto _____
camera di pernottamento n. _____

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

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

- Altro _____

L'addetto alla Sorveglianza Generale

Eventuali osservazioni del Comandante di Reparto:

Li, _____

Il Comandante di Reparto



CAMPOBASSO
GIOVANNI
21.12.2020 15:06:21
UTC