

Codice DB2000

D.D. 13 febbraio 2014, n. 96

Approvazione del programma operativo di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili

La Regione Piemonte, con D.G.R. n. 61-3571 del 19 marzo 2012, ha recepito l'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata nel corso della seduta del 19 gennaio 2012, recante le Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale.

Il documento era stato predisposto dal Tavolo di Consultazione Permanente sulla Sanità Penitenziaria, istituito presso la stessa Conferenza Unificata, con compiti di monitoraggio e di indirizzo, al fine di favorire l'attuazione della riforma, coerentemente ai principi del DPCM 1 aprile 2008.

L'Accordo prevede, una serie di azioni da realizzare all'interno dei territori regionali e la costituzione all'interno di ciascun Osservatorio sulla Sanità Penitenziaria di un gruppo tecnico-scientifico col compito di elaborare un programma operativo per quanto in argomento.

Sulla base di quanto sopra esposto, la Regione Piemonte, recepito l'Accordo, ha dato mandato al Gruppo Tecnico Tutela della Salute in ambito penitenziario, istituito con DGR n. 4-7657 del 3.12.2007 e s.m.i., di costituire al suo interno un gruppo di lavoro col compito di predisporre un programma di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili.

Il documento, una volta concluso, è stato recepito ed approvato dall'intero Gruppo Tecnico; successivamente è stato posto all'attenzione del Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali che si è pronunciato positivamente.

Il programma di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili, allegato al presente atto per farne parte integrante, viene riportato nel Programma Operativo 2013-2015 della Regione Piemonte, approvato con DGR n. 25-6992 del 30.12.2013, nell'Intervento 16.3 "Tutela della Salute in Carcere".

Si ritiene, pertanto, necessario, col presente provvedimento, procedere alla sua approvazione.

Tutto ciò premesso,

IL DIRETTORE

Vista la Legge regionale n. 23 del 28 luglio 2008

Vista la D.G.R. n. 61-3571 del 19 marzo 2012

Vista la D.G.R. n. 4-7657 del 03.12.2007

Vista la DGR n. 25-6992 del 30.12.2013

determina

- di approvare, per quanto indicato in premessa, il programma di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso al T.A.R. entro il termine di 60 gg.

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e art. 5 della L.R. n. 22/2011.

Il Direttore
Sergio Francesco Morgagni

Allegato

Programma operativo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale

Premessa

L'Accordo approvato dalla Conferenza unificata in data 19 gennaio 2012 in materia di riduzione del rischio di autolesionismo e di suicidio dei detenuti e degli internati in ambienti penitenziari si inserisce nell'ambito delle iniziative volte all'attuazione del D.P.C.M. 1 aprile 2008, allegato A , *Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale*, dove una particolare attenzione viene data al tema della presa in carico dei nuovi giunti ed alla prevenzione del suicidio delle persone private della libertà personale.

Con il presente documento si cerca quindi di sviluppare coerentemente quanto stabilito dall'Accordo, con la realizzazione da parte del Gruppo regionale sulla tutela della salute in ambito penitenziario di un programma condiviso di prevenzione del suicidio sulla base delle linee guida già esistenti e tenendo conto del documento in merito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2007 e del parere del Comitato Nazionale di Bioetica del 25 giugno 2010.

Legittimamente il programma, come stabilito dall'Accordo, deve prendere il via tenendo conto di quanto già prodotto in ambito locale, sia in termini di disposizioni normative che di pratiche in atto, al fine di dare coerenza ed efficacia ad interventi che facciano tesoro degli errori e “fallimenti”, ma anche delle buone prassi attuate.

Le variabili di contesto

Una particolare sottolineatura va espressa relativamente alle variabili cosiddette di contesto relativamente al rischio suicidario, nel senso che non può ritenersi sufficiente un'attività di screening rivolta a riconoscere i fattori endogeni rivelatori delle persone a rischio, ma una attenzione specifica deve essere rivolta appunto al legame tra le condizioni di vivibilità dell'ambiente detentivo e il disagio delle persone detenute. Affiancare il modello dei *profili* di rischio suicidario con quello delle *situazioni* di rischio suicidario vuol dire di fatto affrontare secondo una chiave di lettura “ecologica” il contesto detentivo ; significa quindi articolare un'attività di prevenzione soprattutto dove più frequente è l'incontro tra ambienti detentivi maggiormente degradati e persone detenute portatrici di minori risorse personali e sociali e quindi maggiormente fragili.

La mappatura e il monitoraggio delle aree definite “a rischio” vanno effettuati sulla base della presenza di indicatori situazionali che connotano di per sé come a rischio proprio l'ambiente detentivo.

Si parla di fattori quali:

- tasso di sovraffollamento nelle sezioni (disponibilità di spazio come da parametri della C.E.D.U.)
- tasso di povertà nelle sezioni;
- livello di presenza di etnie differenti;
- posizione giuridica;
- problematiche di tossicodipendenza o di tipo psichiatrico;
- tasso di presenza di opportunità trattamentali;

- frequenza di colloqui con operatori.

A tal proposito risulta particolarmente illuminante quanto si legge nel parere del Comitato nazionale per la Bioetica del 25 giugno 2010 su *“Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici?”*. Qui si richiama ad una dovuta cautela verso un approccio rivolto ad individuare i soggetti “a rischio”, vale a dire quello che la letteratura psicosociale chiama approccio “eccezionalista” (con il conseguente rischio di aumentare la stigmatizzazione individuale e di perdere di vista gli aspetti di interazione tra individuo ed ambiente), e si privilegia l’approccio “universalista”, che vede nel potenziamento delle opportunità ambientali l’ambito più favorevole alla promozione delle abilità dei soggetti, particolarmente dei più deboli. Il documento sottolinea che tale approccio di promozione alla salute, particolarmente utile in ambito penitenziario, ha il vantaggio di evitare il rischio di un eccessivo “specialismo” de-responsabilizzante del suicidio a favore di un approccio comunitario che consente di coinvolgere il personale tutto e i detenuti stessi nella creazione di un carcere più “sano”, o, almeno, meno “malato”.

Secondo l’approccio ecologico è fondamentale quindi considerare la posizione della persona detenuta nel proprio ambiente di vita ed il sistema di relazioni che ne scaturisce, e dovrà essere effettuata un’attività di monitoraggio costante delle sezioni maggiormente cariche di segnali di degrado (sia in senso fisico degli ambienti detentivi, che di clima relazionale e in generale di contesto, tenendo conto dei dati forniti dal monitoraggio regionale sugli eventi critici ed in base ad una serie di indicatori e sistema di rilevazione che verrà definito nell’ambito del gruppo di lavoro regionale). Ciò contribuirà ad attuare in modo mirato e con carattere di immediatezza sia interventi migliorativi degli spazi detentivi, sia azioni volte al miglioramento del clima sociale ed organizzativo di tali sezioni (ampliamento degli spazi di intervento degli operatori e dei volontari, attivazione di programmi dedicati per tali sezioni, apertura di sportelli di ascolto, azione formativa per gli operatori e per gli stessi detenuti). Pare infine auspicabile considerare l’importanza delle variabili cosiddette “di contesto” anche in relazione agli aspetti più specificamente strutturali e architettonici.

Meccanica delle condotte autoaggressive

Secondo i più recenti dati forniti dall’Amministrazione Penitenziaria¹, l’87,6 % dei casi di suicidio in carcere avviene per impiccamento, il 7% per inalazione di gas, il 2,7 % per ingestione e lo 0,3% per ferite da taglio. Va quindi aperta una riflessione approfondita in relazione alla meccanica degli eventi suicidari ed alla prevenzione degli stessi a partire da questo particolare punto di vista.

Va innanzitutto analizzato lo stato dell’arte sulle procedure attuate e sugli accorgimenti scelti in caso di presenza attiva di rischio suicidario (utilizzo “cella anti-suicidio”, controllo con telecamera, controllo farmacologico, sistemazione in convivenza con altri detenuti ecc.), al fine di verificare punti di forza e di debolezza su questo versante. La riflessione dovrà anche riguardare le modalità di intervento ed i tempi dello stesso verificando quanto tempo occorra, in base alle procedure vigenti, all’operatore che si accorge del detenuto esanime, per soccorrerlo e quali strumenti possono essere nelle sue immediate disponibilità ai fini del soccorso (ad esempio oggetti utili a tagliare la corda ed il cappio in caso di impiccamento).

E’ chiaro che in caso di gesto auto-soppressivo tentato ma non riuscito, sia in presenza di una intenzione manifesta, che di un comportamento manipolatorio (che non va comunque mai sottovalutato, tenendo anche conto dei numerosi casi in cui un gesto più “espressivo” che realmente “propositivo” di suicidio, può portare comunque alla morte non voluta del detenuto), il fatto non va

¹ Cfr P.Buffa *Alcune riflessioni sulle condotte autoaggressive poste in essere negli istituti penali italiani*, in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, n. 3 2008.

mai sottovalutato ed alla persona detenuta non va mai fatto mancare sia sostegno sociale che terapeutico².

In caso poi di suicidio portato a compimento, il fatto va documentato nel dettaglio al fine anche di portare ulteriori elementi di riscontro positivo per una più efficace attività di prevenzione futura³. Sarà inoltre oltremodo utile un'attività di *debriefing* degli operatori coinvolti, sia appunto al fine di raccogliere elementi utili a migliorare gli interventi di prevenzione, che per una più attenta gestione degli inevitabili risvolti emotivi dell'evento prodotti sugli operatori stessi.

Ricognizione dell'esistente

1) Disposizioni normative

Con il documento del 2007 su *La prevenzione del suicidio nelle carceri*, l'O.M.S. segnala che tutti i detenuti rientrano nelle categorie dei soggetti a rischio di suicidio, ma è anche vero, come si legge nelle raccomandazioni del 2010 del Comitato Nazionale per la Bioetica su *Il suicidio in carcere: orientamenti bioetici*, che nel carcere entra dall'esterno anche il rischio suicidario preesistente. Lo stesso Comitato in tale documento chiede di elaborare un programma nazionale di prevenzione dei suicidi in carcere, indicando l'attuazione di un modello rivolto non tanto alla selezione dei soggetti a rischio suicidario ma all'intervento sulle situazioni a rischio suicidario. Si tratta di un'importante novità metodologica visto che l'orientamento prevalente fino a pochi anni fa era rivolto ad interventi articolati prevalentemente a partire dall'individuazione delle categorie a rischio. La popolazione penitenziaria è composta ormai quasi esclusivamente da individui portatori di condizioni di grave disagio sociale ed è sempre più frammentata, con un conseguente abbassamento della coesione sociale e culturale interna. Ciò ha comportato un aumento della solitudine e dell'individualismo, rendendo il sistema più vulnerabile al rischio dei suicidi e portando tale gesto ad essere ritenuto più tollerabile dalla subcultura carceraria, diversamente dal passato. Si sono ridotti inoltre gli orizzonti di "speranza" delle persone detenute in carcere, in ragione anche di un forte inasprimento normativo che ha ridotto ulteriormente i margini di possibilità di accesso ai benefici premiali ed alle misure alternative.

L'Amministrazione penitenziaria ha affrontato il problema dei suicidi e della loro prevenzione in numerose circolari e se un primo punto di svolta può essere fissato con la circolare del 30 dicembre 1987 che istituisce il Servizio Nuovi Giunti (*Tutela della vita e dell'incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati. Istituzione e organizzazione del Servizio Nuovi Giunti*), è con la circolare del 6 giugno 2007 (*I detenuti provenienti dalla libertà: regole di accoglienza*) – che crea il servizio di accoglienza – che prende forma l'attuale politica di prevenzione dei suicidi in ambito penitenziario.

Tale documento prende atto di significative modifiche legislative quali l'allora ormai prossimo passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale e la necessità di un maggiore raccordo tra carcere e territorio anche in relazione al tema appunto della prevenzione dei suicidi. Rimane salda la

² Una valutazione psicologica approfondita del detenuto dovrebbe essere condotta immediatamente dopo l'evento, non appena le circostanze cliniche lo consentano. Tale valutazione deve essere effettuata in un'area riservata, senza possibilità di interruzione del colloquio, dove sia il detenuto che il professionista potranno trovarsi fisicamente a loro agio. La valutazione dovrebbe chiarire i fattori che hanno precipitato l'atto autolesivo, il grado di intenzionalità dell'atto, le problematiche (sia acute che croniche) che il detenuto sta affrontando, la presenza o meno di un disturbo psichiatrico, la probabilità di una ripetizione dell'atto a breve termine (per es. in caso di una forte ideazione suicidaria che il detenuto fa difficoltà a respingere), il tipo di aiuto necessario e quello che il detenuto è in grado di accordare, in OMS *La prevenzione del suicidio nelle carceri* 2007, p. 20.

³ Il documento dell'OMS fa riferimento alla necessità di 1) ricostruire gli eventi che hanno portato al suicidio; 2) identificare i fattori che hanno portato alla morte del detenuto non precedentemente rilevati o presi in debita considerazione; 3) valutare l'adeguatezza del sistema di risposta all'emergenza; 4) delineare nuove regole che possano migliorare l'impegno futuro nella prevenzione dei suicidi.

convinzione che l'inizio della detenzione sia particolarmente delicato come situazione a rischio e viene per questo istituito uno staff multidisciplinare che prenda in carico i detenuti nuovi giunti, i quali devono essere accolti, durante i primi giorni di detenzione, in apposite sezioni, sulla falsariga delle vecchie sezioni nuovi giunti. Molteplici sono le funzioni del servizio di accoglienza che si struttura secondo un approccio multi-professionale, essendo coinvolte praticamente tutte le figure professionali interne ed esterne all'Amministrazione penitenziaria, e fra queste i volontari, ed è posta una grande attenzione ai bisogni dei detenuti all'ingresso. L'idea di una forte correlazione tra il numero elevato di suicidi in carcere e il problema del sovraffollamento, porta l'Amministrazione ad intervenire sull'argomento dopo due anni, con la circolare del 6 luglio 2009 (*Avvento della stagione estiva e conseguenti difficoltà derivanti dalla condizione di generale sovraffollamento del sistema penitenziario. Tutela della salute e della vita delle persone detenute ed internate*), che prende anche atto delle difficoltà del passaggio della sanità penitenziaria al SSN. Ai Provveditori viene poi chiesto di verificare l'effettiva istituzione dei servizi di accoglienza e di estendere le procedure di attenzione a tutti i detenuti che nel corso della detenzione abbiano manifestato forme di disagio che facciano presagire volontà suicidaria e si insiste inoltre sulla necessità di concordare con le ASL interventi integrati, anche formalizzati con apposite convenzioni. Si chiede poi di verificare che le Direzioni abbiano disciplinato le varie forme di sorveglianza, precisando che tali misure non si possono ridurre ad una semplice intensificazione dei controlli, ma che gli interventi vanno inquadrati nella cornice più complessiva degli interventi di sostegno. L'Amministrazione penitenziaria ritorna poi sull'argomento con la nota del 25 gennaio 2010 (che istituisce le unità di ascolto della polizia penitenziaria e che rimanda a percorsi formativi specifici per il personale preposto) e con la circolare del 26 aprile 2010 relativa a *Nuovi interventi per ridurre il disagio derivante dalla condizione di privazione della libertà e per prevenire i fenomeni auto aggressivi* (dove si sottolinea la necessità di potenziare i contatti con la famiglia e di fornire al detenuto fin dall'ingresso tutte le informazioni utili sulla vita interna e sulle possibili opportunità).

Infine abbiamo le Circolari del 24 novembre 2011 su *Modalità di esecuzione della pena. Un nuovo modello trattamentale che comprenda sicurezza, accoglienza e rieducazione*, e del 19.06.2012, relativa alla *Pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale n. 34 del 10.02.2012 Serie Generale dell'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata il 19 gennaio 2012 recante "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio auto lesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale"*. Entrambe si richiamano direttamente alle Linee di indirizzo, e danno indicazione sulla realizzazione, nell'ambito degli Osservatori regionali sulla sanità penitenziaria, di un programma operativo di prevenzione del rischio suicidario ed autolesivo in carcere. Anche in questi documenti il dato di novità è lo sguardo critico sui provvedimenti di vigilanza dei soggetti a rischio, evidenziando come l'attuazione della grande sorveglianza e della sorveglianza a vista non comporta di per sé alcun intervento sul disagio individuale ma anzi in certi casi presenta il rischio di trattare il disagio di chi è a rischio di suicidio con misure ulteriormente custodiali e di fatto non efficaci a ridurre le condizioni di disagio dei detenuti interessati.

Le due circolari precisano che il programma di prevenzione dovrà contenere specifiche modalità operative ed organizzative sugli interventi nei confronti del disagio, dovrà basarsi su una ricognizione della normativa esistente e delle pratiche già in atto a livello locale ed attuare una prima sperimentazione con un progetto pilota, definendo contemporaneamente le competenze e le responsabilità delle singole istituzioni, assicurando infine il monitoraggio e la valutazione delle esperienze e delle singole procedure attuate nonché la formazione congiunta del personale delle diverse amministrazioni coinvolte. In tali circolari è certamente molto forte la consapevolezza che i contenuti del programma di prevenzione dovranno essere delineate tenendo conto delle specificità dei singoli Istituti, delle particolari tipologie di utenza presenti e del contesto ambientale. Si ribadisce infine che il modello di prevenzione dovrà basarsi su elementi di novità quali: la nuova operatività dello staff, con particolare riguardo alla sinergia tra operatori penitenziari e sanitari; la stretta collaborazione con i servizi sociali e sanitari territoriali, nonché con le realtà di volontariato; l'estensione a tutta la popolazione detenuta delle iniziative di prevenzione, da articolare poi sull'intero arco della detenzione e non solo nella fase di accoglienza; la sostituzione della tradizionale attività di sorveglianza con quella di sostegno; l'affiancamento della

persona detenuta a rischio con compagni di detenzione umanamente e culturalmente capaci di instaurare un rapporto significativo di sostegno (*peer supporters*).

2) *Pratiche già in atto*

Alla luce anche delle indicazioni di cui sopra, nell'ambito del distretto regionale sono state attivate alcune esperienze significative presso alcuni istituti, quali la Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno" di Torino che fa da progetto pilota nonché la Casa di Reclusione "Rodolfo Morandi" di Saluzzo e la Casa Circondariale di Biella, nell'obiettivo condiviso di dare organicità e coerenza ad una serie di interventi sperimentali funzionali a definire un programma relativo a *Misure di prevenzione nei confronti di persone a rischio suicidario*.

Il programma parte da una più attenta regolamentazione dei provvedimenti di grande e massima sorveglianza (sorveglianza a vista) al fine di svuotare tali provvedimenti da automatismi, da logiche di mero adempimento e in chiave esclusivamente custodiale, quindi distanti anche culturalmente da un approccio più attento all'intercettazione del disagio e ad una corretta lettura dei bisogni delle persone detenute. Oltre ad una ridefinizione degli interventi dei vari operatori in una più ampia dimensione di rete, vengono approfonditi i criteri sulla rivalutazione delle misure di grande e massima sorveglianza non solo a partire da un'analisi sul piano organizzativo ma anche in base a più attenti criteri di osservazione dei comportamenti dei soggetti a rischio.

Nel programma del carcere di Torino, relativamente alla valutazione d'ingresso, viene svolto un approfondimento delle attività già definite con il Presidio Nuovi Giunti (sollecitando ad esempio il coinvolgimento del personale che traduce il detenuto in carcere nella raccolta di dati significativi e ancora segnalando massima attenzione nella valutazione del rischio in caso di omicidi intrafamiliari, reati su minori o atti particolarmente efferati) e viene rivolta particolare attenzione alla successiva valutazione in itinere a partire dall'intercettazione di comportamenti rivelatori. Nel progetto torinese trova infine spazio l'attività di supporto condotta dai pari (*peer supporter*) non in sostituzione dell'attività istituzionale ma come integrazione ad essa ed al fine di offrire continuità di attenzione nella quotidianità alle persone detenute a rischio.

Il progetto elaborato dalla Direzione della Casa Circondariale di Torino è stato poi analizzato dal Provveditorato regionale, che l'ha diffuso come buona prassi a tutti gli istituti penitenziari del distretto con la richiesta di raccogliere i vari spunti offerti da tale progetto e di contestualizzarli nei rispettivi Istituti al fine di attivare azioni di prevenzione o di migliorarle ove già presenti. Da queste sollecitazioni sono scaturite in particolare due esperienze:

- presso **la Casa di Reclusione di Saluzzo** è partito da tempo un percorso di riflessione congiunta tra Direzione del carcere ed ASL locale al fine di approfondire le modalità di intercettazione del disagio nonché i contenuti e le modalità di applicazione e di rivalutazione dei provvedimenti di grande e massima sorveglianza. Tali riflessioni hanno condotto alla stesura di un primo accordo di programma tra le due istituzioni diretto a definire modalità operative e organizzative comuni e le rispettive aree di coordinamento sul tema della gestione delle emergenze e dell'intercettazione dei fattori di rischio per la tutela della salute delle persone detenute.
- presso **la Casa Circondariale di Biella** nel 2012 è stata istituita una équipe multi professionale che integra personale dell'Amministrazione penitenziaria e dell'ASL di Biella, finalizzato alla prevenzione in generale del rischio auto lesivo e suicidario in carcere, all'elaborazione di linee guida d'intervento e centrato in particolare sull'analisi dei casi individuali di particolare complessità, al fine di raggiungere una maggiore condivisione delle informazioni ed una più efficace integrazione degli interventi. Tra gli obiettivi del progetto di Biella c'è anche l'articolazione di un percorso di formazione interprofessionale e l'elaborazione di un protocollo

per la realizzazione in casi limite e particolari di procedure di trattamento sanitario obbligatorio extraospedaliero.

Modalità operative ed organizzative di intervento.

Alcuni aspetti del programma di prevenzione dovranno essere articolati su un ambito di azione e di competenza regionale.

- Il primo di questi è quello relativo al monitoraggio ed all'elaborazione dei dati relativi agli eventi critici in ambito penitenziario. A partire dalla banca dati essenziale fornita dall'applicativo dell'Amministrazione Penitenziaria sugli eventi critici in ambito penitenziario, con l'informazione essenziale sugli eventi di auto ed etero-aggressività che si verificano presso i 13 Istituti penitenziari del Piemonte, occorre articolare un monitoraggio che consenta di acquisire utili elementi di comprensione di tali eventi attraverso una raccolta sistematica di dati non sempre ricavabili direttamente dall'applicativo (caratteristiche socio demografiche degli autori di eventi critici, circuito detentivo assegnato, provvedimenti adottati quali l'applicazione della grande sorveglianza o della sorveglianza a vista, la segnalazione ad esperti, alle aree sanitarie e trattamentali ecc., l'applicazione di sanzioni disciplinari, lo spostamento di sezione od il trasferimento di Istituto).
- L'attività di formazione dovrà essere a carattere interprofessionale e per questo concertata nei contenuti e sul piano organizzativo a livello regionale nell'ambito del Tavolo tecnico regionale per la tutela della salute in ambito penitenziario. I contenuti del programma di formazione ed aggiornamento, che dovrà assumere le caratteristiche di formazione permanente e/o ricorrente, verrà assunto come parte integrante del Piano annuale della formazione dell'Amministrazione penitenziaria regionale.
- La valutazione del programma di prevenzione. L'Osservatorio regionale effettuerà audit quadrimestrali di verifica presso gli Istituti in merito allo stato di attuazione degli interventi di prevenzione, alla diffusione e alla conoscenza delle procedure e per l'eventuale attivazione di misure correttive.

Il documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2007 *La prevenzione del suicidio nelle carceri* prevede che nel programma di prevenzione siano inserite *procedure di screening sistematico dei detenuti sia all'ingresso che durante la detenzione per identificare gli individui con un rischio elevato*. Come si diceva sopra, con l'istituzione del servizio di accoglienza, nel giugno del 2007, l'Amministrazione penitenziaria struttura un nuovo modello organizzativo *al fine di attenuare gli effetti traumatici della privazione della libertà e di predisporre gli interventi a tutela dell'incolumità fisica e psichica conseguenti all'ingresso in Istituto*. Nell'ambito di questo modello organizzativo è certamente articolata un'attività di screening al fine di individuare detenuti con un significativo livello di rischio suicidario. Cogliendo quindi l'occasione della formulazione del presente programma di prevenzione, ad oltre cinque anni dall'istituzione del servizio di accoglienza, pare opportuno articolare un'attività di verifica di tale servizio e delle procedure previste per l'attuazione dello stesso servizio nella circolare del 6 giugno 2007 e nelle successive circolari del 6 luglio 2009 e del 26 aprile 2010 che precisano alcuni *aspetti* del servizio e degli interventi di prevenzione e a tutela della vita delle persone detenute.

In particolare si rende necessario attivare una verifica dei seguenti contenuti delle tre circolari suindicate in relazione al funzionamento del servizio di accoglienza:

- effettività del servizio accoglienza
- funzionalità delle sezioni/celle di accoglienza
- operatività dello staff di accoglienza

A tal fine il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e l'Assessorato Regionale alla Tutela della Salute e Sanità procederanno, entro sei mesi dall'attivazione del presente programma di prevenzione, ad una verifica congiunta sul funzionamento del predetto servizio nei 13 Istituti penitenziari del Piemonte, con riferimento anche alla collaborazione tra gli operatori delle due istituzioni.

Relativamente all'attività specifica di screening, si richiama quanto riferito nella circolare del 6 luglio 2009, dove a proposito dell'efficacia dell'azione dello Staff multidisciplinare, si segnalava che la presa in carico dei soggetti particolarmente problematici implicava un'attività di screening che evitasse un livellamento verso l'alto del giudizio sulla pericolosità dei detenuti considerati a rischio al fine appunto di non *appiattare* l'intervento multidisciplinare e di ridurne l'efficacia. La verifica del servizio di accoglienza dovrà quindi riguardare anche tali criteri e gli aspetti metodologici dell'attività di intercettazione del rischio suicidario.

Fermo restando che lo screening va attuato, come richiamato dall'OMS, nel contesto di una valutazione medico-psicologica condotta da professionisti, risulta comunque efficace l'utilizzo, da parte degli operatori penitenziari, e principalmente quelli dell'area sicurezza, con un adeguato addestramento, di una check list utile a valutare l'entità del rischio suicidario⁴ che può anche precorrere l'attività specialistica o comunque interventi ulteriori di approfondimento.

Essendo inoltre assolutamente carente l'attività di screening nella fase in itinere della detenzione, dovranno essere definite procedure che garantiscano la reiterazione e la verifica post accoglienza delle segnalazioni di rischio suicidario, ad intervalli regolari, prevedendo, come ribadisce l'OMS:

- controlli di routine al fine di rilevare crisi di pianto, estrema irrequietezza, improvvisi sbalzi di umore, di abitudini alimentari o del ciclo sonno-veglia, gesti di "spoliazione" come, ad esempio, dare via oggetti personali, perdita di interesse in attività e/o relazioni, ripetuti rifiuti di cure o, a contrario, richiesta di dosi maggiori di farmaci;
- colloqui con i detenuti nei periodi prossimi alle udienze in tribunale o ad altri periodi critici quali la morte di un familiare e/o il divorzio, per individuare sentimenti di disperazione o intenti suicidari;
- supervisione dei colloqui con i familiari o gli amici per rilevare eventuali conflitti o problemi emergenti durante la visita suggerendo ai familiari di comunicare al personale la percezione di un intento suicidario del congiunto;
- valutazione della compatibilità del regime dell'isolamento ogniqualvolta un detenuto vi sia assoggettato.

Alla luce poi degli elementi di conoscenza ricavati dallo screening iniziale e dall'attività di osservazione periodica, va definito, come sottolinea l'OMS, un processo di gestione con linee guida e procedure

⁴ L'OMS a tal proposito propone la seguente sequenza di domande:

-il detenuto è in stato di intossicazione da sostanze e/o ha un passato di abuso di sostanze –il detenuto esprime livelli insoliti di vergogna, colpa e preoccupazione per l'arresto e l'incarcerazione –il detenuto mostra disperazione o paura per il futuro, o segni di depressione come il pianto, l'appiattimento affettivo e l'assenza di comunicazione verbale – il detenuto ammette di avere al momento pensieri riguardanti il suicidio –il detenuto in passato è stato in trattamento per problemi psichiatrici –il detenuto soffre attualmente di un disturbo psichiatrico o si comporta in maniera insolita e bizzarra, per esempio se ha difficoltà di concentrazione, parla da solo o sente le voci –il detenuto ha già tentato il suicidio e/o afferma che il suicidio al momento è una soluzione possibile –il detenuto afferma di avere attualmente piani suicidari –il detenuto riferisce di avere poche risorse interne e/o esterne di supporto –l'agente che ha arrestato e/o tradotto il detenuto lo ritiene a rischio suicidario –dal registro emerge che il detenuto ha già avuto in passato un rischio suicidario

chiare al fine di garantire l'incolumità delle persone a rischio, che definiscano le varie responsabilità sulla sistemazione alloggiativa delle stesse, sugli interventi sanitari e trattamenti opportuni e sul livello di attenzione più specificamente custodiale.

Circa la sistemazione alloggiativa l'OMS sottolinea la necessità che i detenuti a rischio non vengano mai lasciati soli e siano sempre osservati in modo adeguato anche in caso di isolamento. In tale circostanza non dovrebbe comunque mai mancare il contatto umano costante e i colloqui individuali. Vengono poi distinti due livelli di osservazione, costante nel caso di una persona sin fase di attiva suicidalità, frequente in caso di sospetto rischio.

Va rimarcata soprattutto la necessità di assicurare un elevato indice di attenzione atto a fronteggiare le situazioni ad alto rischio suicidario.

Circa gli aspetti relativi alla disciplina dei **“regimi di sorveglianza intensificata”** (grande sorveglianza e sorveglianza a vista) per una corretta gestione sia dal punto di vista custodiale che sanitario delle situazioni di *pericolosità attiva e passiva*, richiamati anche dalla suindicata circolare del 2009, ma in chiave di lettura critica anche nelle più recenti circolari⁵, si rimanda in particolare alle indicazioni strategiche assunte congiuntamente dalla *Direzione della Casa di Reclusione di Saluzzo* e dal Presidio *ASLCN1 competente territorialmente e confluite in un primo accordo di programma proprio al fine di evitare che provvedimenti strettamente custodiali costituiscano uno strumento più disciplinare che di sostegno (All. 1)*

Il documento dell'OMS sottolinea inoltre che i segnali comportamentali indicatori di rischio suicidario non vanno solo adeguatamente intercettati, ma anche condivisi tra i vari operatori. Risultano quindi di assoluto rilievo gli aspetti di comunicazione nell'organizzazione al fine di garantire che siano messi a disposizione dei vari operatori, in un'ottica di corresponsabilità, informazioni utili a leggere elementi di disagio come rivelatori di rischio. Dovranno essere quindi particolarmente curate, nella formazione, al fine di strutturare una cultura condivisa, gli aspetti della comunicazione interprofessionale e nella definizione delle procedure organizzative, gli elementi attinenti più direttamente la condivisione delle informazioni.

Un ulteriore aspetto del programma di prevenzione dovrà tenere conto del delicato aspetto del trasferimento delle persone detenute. Il 59,5% delle persone che si sono suicidate in carcere del triennio 2008-2010 è stato trasferito dall'Istituto penitenziario prima dell'evento ed il 34,7% ha subito un trasferimento di sezione nello stesso Istituto⁶. Sarà cura quindi del PRAP di attivare procedure sempre più rigorose di controllo, ove ciò ancora non avvenga, su sfollamenti e richieste di trasferimento per motivi di opportunità, al fine di evitare un *atteggiamento diffuso di trasferire il rischio verso istituti o sezioni ritenuti, a torto o a ragione, più sicuri senza considerare più di tanto il fatto che questa decisione può coincidere con la*

⁵ *Oltre alle recenti circolari che hanno trattato il tema della prevenzione del rischio suicidario al momento dell'ingresso in carcere, in passato ne sono state emanate altre che, anche prendendo spunto dalle migliori prassi operative, hanno riguardato forme di più attenta vigilanza di soggetti a rischio. Sono così state disciplinate la “grande sorveglianza” e la “sorveglianza a vista” quali strumenti di intensificazione della vigilanza nei confronti di soggetti ritenuti “a rischio”. Sul punto occorrerà sin da subito accennare ad alcuni profili critici connessi a tali misure, la cui attuazione, occorre essere consapevoli, non comporta alcun intervento sul disagio individuale che alimenta il rischio di auto soppressione, ma può intervenire al più sulla “meccanica” dell'attuazione del gesto suicidario. E' evidente che vi sia sempre stata consapevolezza nell'Amministrazione della differenza fra “tale tipo di attenzione, prestata al detenuto” e “quella sorveglianza disposta per motivi di sicurezza connessi alla tipologia delinquenziale...”, cionondimeno resta la natura di vigilanza e, in qualche misura, restrizione ulteriore nei confronti di un soggetto. Inoltre la mancata selezione del personale da adibire a questa forma di particolarissima vigilanza –ovvero la non adeguata sensibilizzazione o comunicazione di istruzioni-, potrebbero comportare il rischio di trattare il disagio psichico di chi è a rischio di suicidio, con misure che si rivelerebbero ulteriormente custodiali e dunque privative dei residui spazi di libertà dell'individuo in Circolare 24 novembre 2011, Modalità di esecuzione della pena. Un nuovo modello tratta mentale che comprenda sicurezza, accoglienza e rieducazione Par. 2.2*

⁶ Secondo i dati forniti da P. Buffa in *Il suicidio in carcere: la categorizzazione del rischio come trappola concettuale ed operativa*, in corso di pubblicazione

ulteriore frattura di legami relazionali che, per quanto deboli, costituiscono pur sempre una rete di protezione. Analoga riflessione ed approfondimento verrà effettuato per quanto di competenza dalle diverse Direzioni di Istituto penitenziario e dalle Asl di riferimento.

Un rilievo va inoltre fatto sulla necessità di predisporre, con risorse finanziarie dedicate e tempi necessariamente più lunghi di elaborazione, anche in esito al feedback delle varie azioni formative attivate a livello regionale e locale, un piano per una campagna di sensibilizzazione/comunicazione sociale per la prevenzione dei suicidi in carcere.

FASE DI SPERIMENTAZIONE

Il programma di prevenzione sarà attivato inizialmente negli **Istituti penitenziari di Torino , Saluzzo e Biella** , a rafforzamento e sistematizzazione delle esperienze già avviate , e gradualmente implementato nel resto degli Istituti della Regione

In coerenza con quanto prevede il punto D dell'Accordo applicativo dell'art.7 del DPCM 1Aprile 2008, il coordinamento di tutte le azioni descritte sarà affidato ai Direttori degli Istituti che agiranno di intesa con il Responsabile di Presidio designato dall'Azienda USL.

All. 1 – Azioni strategiche: procedure scritte e metodologie di intervento

L'elaborazione di un programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere finisce con il convogliare le risorse disponibili nell'ambito dei rispettivi servizi (ASL e Amministrazione Penitenziaria) nella messa in atto degli interventi necessari ad attenuare il disagio detentivo per tutto il corso della carcerazione, secondo un metodo di lavoro integrato e interprofessionale che raccolga le linee guida contenute nel documento approvato in sede di Conferenza Unificata Stato/Regioni in data 19.01.2012.

L'obiettivo condiviso è stato quello di **formalizzare procedure scritte, il più possibile snelle e chiare, dirette ad intercettare i fattori di rischio e a definire le modalità di intervento sia in sede di prevenzione che di gestione delle emergenze,** declinando in primis i contenuti delle **misure penitenziarie tradizionali** di **“grande sorveglianza”** e **“massima sorveglianza”**.

Sotto il profilo dei contenuti, si è inteso privilegiare l'attenzione al “sostegno” in accordo tra tutte le componenti dello staff (penitenziario e medico) rispetto alla mera e meccanica vigilanza preordinata ad evitare l'attuazione del gesto auto lesivo o anticonservativo, chiarendo che:

- la cd. **“grande sorveglianza”** implica una maggiore attenzione custodiale rispetto a quella normalmente esperita, associata ad un'attività di ascolto e supporto;
- mentre la cd. **“massima sorveglianza o piantonamento a vista ”** comporta un controllo continuo ed ininterrotto a vista diretta o mediante telecamere del detenuto da parte del personale di Polizia Penitenziaria all'uopo preposto.

Una volta definiti i contenuti delle cd. misure di vigilanza/sostegno, si è convenuto sui seguenti punti che si pongono come **direttive** sia per l'Amministrazione Penitenziaria che per l'A.S.L., ovvero:

1. **allargamento della sfera di intercettazione del disagio a qualsiasi operatore penitenziario o sanitario** che entri in contatto con il detenuto in occasione dell'esercizio delle sue funzioni (dal personale di polizia penitenziaria, all'educatore, all'assistente volontario, al personale ASL in tutti i suoi ruoli) e tempestiva comunicazione al medico di guardia, come risorsa specialistica che più può in termini di diagnosi ed impostazione degli interventi più opportuni;
2. necessità che ogni provvedimento che dispone la *grande sorveglianza* o la *sorveglianza a vista per motivi sanitari* sia corredato da **certificazione sanitaria redatta dal medico di guardia del locale presidio sanitario;**
3. necessaria indicazione nella **certificazione sanitaria** dei seguenti elementi:
 - *i motivi del gesto auto lesivo e/o anticonservativo o del sintomo del disagio*, così come desunti dal colloquio con il detenuto che diventa imprescindibile per ogni valutazione;
 - *le condizioni del soggetto al momento della visita, la descrizione clinica ed ipotesi diagnostica e il tipo di intervento assicurato che dovrà essere riferito all'immediatezza;*
 - *tutte le misure cautelari* da adottare a cura del Personale di Polizia Penitenziaria addetto alla sorveglianza del detenuto e la precisazione se trattasi di *proposta di grande sorveglianza o sorveglianza a vista* (con relative indicazioni circa il mantenimento degli effetti lettereschi o la rimozione degli stessi qualora il rischio sia più elevato);

4. *necessità di omogeneizzare la modulistica per la certificazione sanitaria* che verrà adottata da tutti i medici di presidio all'atto della proposta di grande o massima sorveglianza sanitaria;
5. *titolarità in capo ad ogni Medico di guardia del processo decisionale che conduce alla proposta di grande e/o massima sorveglianza*, riservando la competenza della revoca della grande sorveglianza alla valutazione del medico di guardia, su valutazione congiunta dell'équipe del carcere, e quella della massima sorveglianza al consulente psichiatra, stante il maggiore rischio connesso alla misura;
6. *necessità che sia il Medico di guardia a valutare se richiedere o meno l'intervento dello specialista psichiatra o degli psicologi ASL*, anche congiuntamente con gli operatori penitenziari, , così da pervenire alla rivalutazione dei casi e all'eventuale revoca del provvedimento adottato, attraverso **una verifica in forma collegiale –con cadenza prefissata, da convenire a seconda del contesto organizzativo;**
7. *necessità che la richiesta di consulenza psichiatrica*, attivata eventualmente dal sanitario nel momento della redazione del certificato di grande e/o massima sorveglianza, sia corredata con notizie anagrafiche e anamnestiche nonché con un'adeguata descrizione della motivazione;
8. *necessità di monitorare costantemente i provvedimenti di grande o massima sorveglianza a cura del sanitario*, nelle more dell'intervento del consulente psichiatra o degli psicologi clinici o dello psicologo Ser.T. (nel caso di detenuti tossicodipendenti) *e di definire tempi brevi per la rivalutazione delle stesse misure, in un termine congruo da quantificare a decorrere dalla redazione del certificato sanitario contenente la proposta;*
9. *necessità di acquisire il contributo penitenziario, di competenza degli operatori dell'Area Educativa cui è demandato uno screening del caso*, anche attraverso l'attivazione degli interventi degli assistenti volontari finalizzato a garantire un primo contatto di sostegno in senso lato, comprensivo della possibilità di soddisfare i bisogni materiali dei soggetti indigenti.

L'iter procedurale d'intervento si articola nelle seguenti fasi

1. **FASE PREVENTIVA DI INTERCETTAZIONE DEL DISAGIO.** L'operatore penitenziario segnala il disagio al medico a cui spetta certificare la necessità della misura che deve essere cautelare e non ulteriormente e indiscriminatamente privativa dei residui spazi di libertà.
Se l'attenzione deve essere posta nel modo più diffuso e nel corso del tempo, occorre dotare il personale che non ha competenze cliniche di griglie di osservazione che gli consentano di osservare l'atteggiamento e il comportamento delle persone che ogni giorno incrocia.
La formazione dovrebbe essere mirata ad insegnare l'utilizzo delle griglie e la capacità di cogliere le sfumature, e ad indirizzare coerentemente le informazioni e gli allarmi verso i recettori che ogni piano di prevenzione dovrebbe prevedere, per attivare le risorse specialistiche più utili in termini di diagnosi e impostazione degli interventi.
2. **FASE DI ADOZIONE DEL PROVVEDIMENTO DI SORVEGLIANZA/SOSTEGNO ALL'ATTO DEL VERIFICARSI DEL SEGNALE DI RISCHIO O DELL'EVENTO CRITICO.** Il Personale di Polizia Penitenziaria con funzioni di Responsabile della Sorveglianza generale su delega del Comandante di Reparto

disporrà in via immediata la misura cautelare e contestualmente effettuerà la comunicazione al Direttore per la ratifica e gli adempimenti amministrativi (trasmissione alla Sala Situazioni del D.A.P. e alle Autorità amministrative competenti delle relazioni di servizio descrittive dell'evento critico con allegata certificazione sanitaria).

3. **FASE DI GESTIONE DELLA MISURA** . Interventi degli operatori penitenziari (educatori e assistenti volontari) e sanitari durante l'attuazione della misura.
4. **FASE DI MONITORAGGIO**. Rivalutazione periodica della misura, con la condivisione dei contributi di tutti coloro che sono intervenuti nell'ambito delle rispettive competenze.
5. **FASE CONCLUSIVA**. Revoca del provvedimento di intensificazione della vigilanza.
6. **FASE DEL DEBRIEFING post facto** . Decompressione collettiva di tutti coloro che hanno lavorato sul caso , lettura a posteriori della dinamica per evidenziare eventuali criticità

In sostanza un possibile *programma operativo di prevenzione del rischio auto lesivo e suicidario* dovrebbe avvalersi di **procedure scritte che stabiliscano modalità per fornire supporto sociale e prescrizione di frequenti controlli visivi ed osservazione continua, senza sottovalutare il momento topico della gestione dell'evento critico (indicazioni su chi deve essere avvertito, cosa occorre compiere, cosa si deve evitare di fare sulla scena del fatto, quali atti vanno compilati).**

L'iter procedurale deve informarsi ad ***un approccio comunitario*** che sottolinei la necessità di un'attenzione ad ampio raggio da parte di tutti gli operatori che interagiscono con la popolazione detenuta , qualunque sia il ruolo di appartenenza e il grado di incidenza relazionale con i detenuti (dal Personale di Polizia addetto alla vigilanza, agli Educatori, ai Medici, agli Infermieri) . Le informazioni devono quindi essere convogliate sulle figure dotate di competenze tecniche dal punto di vista trattamentale (Educatori) o clinico (Medici ed Infermieri) e su quelle dotate di competenze decisionali e programmatiche (Direttore e Comandante- Medico Referente di Presidio e Psichiatra).

In applicazione del modello di individuazione delle aree di rischio, una possibile scelta strategica potrebbe essere quella di superare la logica della richiesta proveniente dal detenuto per adottare il sistema dell'aggancio d'ufficio tramite modalità di intervento coordinato.

In tal senso una scelta strategica potrebbe consistere nel predisporre interventi mirati nelle sezioni definite "ad alto rischio", sotto forma di *Sportelli d'ascolto*, con l'ausilio di assistenti volontari penitenziari o del volontariato sociale proprio al fine di intercettare più agevolmente le situazioni individuali di disagio meno note.

A fronte della logica dell'adempimento e della formalizzazione di procedure scritte, si è riflettuto sulla necessità espressa dall'OMS e dal Comitato Nazionale di Bioetica di **mantenere aperto il canale della comunicazione tra chi direttamente si occupa della custodia dei detenuti e questi ultimi**: in questo modo può passare l'espressione del disagio utile per iniziare la prevenzione.

L'OMS afferma che il "*personale di P.P. dovrebbe costruire con i detenuti rapporti tali da facilitare la loro espressione di condizioni di disagio o sentimenti di disperazione qualora insorgano*".

Il che incide sui modelli di custodia, atteso che il rapporto tra P.P. e detenuti è strutturalmente uno degli elementi portanti del clima carcerario.

Bisogna andare oltre alla logica dell'adempimento e rispetto delle procedure sino a giungere alla creazione di rapporti dotati di empatia tali da consentire l'espressione di disagi profondi e drammatici.

Schema di sintesi degli elementi chiave di un programma operativo di prevenzione del rischio auto lesivo e delle scelte suicidarie in carcere.

- A. Monitoraggio ed elaborazione dei dati relativi agli eventi critici in ambito penitenziario.**
- B. Formazione di tutti gli operatori dell'Amministrazione Penitenziaria e dell'A.S.L.** declinata secondo metodologia di carattere interprofessionale all'insegna delle linee guida dell'OMS e per questo concertata, nei contenuti e sul piano organizzativo, a livello regionale nell'ambito del Tavolo tecnico regionale per la tutela della salute in ambito penitenziario secondo un approccio comunitario che diffonda l'attenzione e concentri l'intervento specialistico.
- C. Screening all'ingresso e durante la detenzione dei fattori endogeni rivelatori dei rischi.**
- D. Analisi delle variabili di contesto sotto il profilo del legame tra le condizioni di vivibilità dell'ambiente detentivo e il disagio delle persone detenute.** Affiancare il modello dei *profili* di rischio suicidario con quello delle *situazioni* di rischio suicidario vuol dire di fatto affrontare secondo una chiave di lettura "ecologica" il contesto detentivo.
- E. Pianificazione degli interventi strategici secondo direttive generali:**
- a) definizione di un linguaggio comune tra ASL e Amministrazione Penitenziaria e dei contenuti delle misure cautelari di sorveglianza;
 - b) gestione delle emergenze;
 - c) gestione dell'intercettazione del disagio;
 - d) iter procedurale.
 - e) lettura a posteriori della dinamica dell'accaduto e utilizzo di adeguate strategie di "*debriefing*" da parte di figure professionali appropriate
- F. Contenuti degli interventi specificamente rivolti ai detenuti sia in fase di ingresso che durante la detenzione**

GLI INTERVENTI DI PREVENZIONE DEGLI AGITI AUTOLESIONISTICI E SUICIDARI ALL'INTERNO DEI SERVIZI RESIDENZIALI DELLA GIUSTIZIA MINORILE

PREMESSA

Il presente documento, alla luce delle linee guida di cui all'Accordo della Conferenza Unificata del 19.01.2012 che si inserisce nell'ambito delle iniziative di attuazione del DPCM 01.04.2008, intende rappresentare la modalità di gestione del disagio che vivono i minori e giovani adulti adolescenti, in attesa di convalida, presso il Centro di Prima Accoglienza, o detenuti all'istituto penale minorile di Torino. L'intento è quello di rappresentare uno specifico sull'argomento, di ciò che avviene nel settore minorile, illustrando le valutazioni effettuate dagli operatori e le prassi di intervento che sono state partecipate e definite e che costituiscono ad oggi, la risposta ai momenti di disagio della popolazione ospitata nei servizi residenziali della giustizia minorile.

IL FENOMENO

Secondo il Comitato Nazionale di bio etica la popolazione detenuta si caratterizza per una maggior vulnerabilità bio-psico-sociale, si tratta infatti di persone meno integrate in termini sociali, culturali ed economici.

Gli agiti autolesionistici compiuti dagli adolescenti all'interno di contesti coattivi si prestano a interpretazioni diverse: in alcuni casi sembra prevalere il contenuto manipolatorio, in altri l'aspetto di imitazione e contagio, in altri ancora l'aspetto legato alla comunicazione di un disagio. Sempre, la violenza auto diretta dice qualcosa a chi si predispone all'ascolto.

Può essere un bisogno di sfidare l'adulto, di metterlo alla prova, di ottenere vantaggi da una condizione di allarme che si genera nel contesto.

Può essere il bisogno di aderire ad una certa cultura di gruppo, di costruirsi un'identità "adeguata" al contesto.

Può essere l'espressione *controllabile* di una spinta interna *ingovernabile*, che serve a "tenere a bada" stati emozionali di eccessiva intensità.

Possono essere più fattori insieme. In generale, si rileva l'interazione di fattori contestuali, spesso prevalenti, con quelli soggettivi e di fragilità emotiva.

I DATI relativi ai Servizi torinesi

Nell'IPM, e in maniera molto minore nel CPA, sono frequenti episodi di autolesionismo piuttosto che veri e propri tentativi anticonservativi.

Da una rilevazione effettuata in IPM nel periodo 1 gennaio - 23 ottobre 2012 emerge che sono stati attuati 26 interventi sanitari conseguenti a gesti autolesionistici di lieve e media gravità (soprattutto tagli o ingestione di sostanze tossiche).

In ogni caso, il livello di attenzione non deve mai essere allentato in quanto il rischio che le conseguenze di un gesto superino le intenzioni di chi lo mette in atto è comunque elevato.

L'OPERATIVITA'

Al fine di fornire risposte efficaci e coerenti in situazioni “critiche”, il sistema penale minorile in stretta connessione con la ASL TO1, ha individuato una modalità operativa fondata sulla multi-professionalità e sull’integrazione delle diverse competenze istituzionali con l’obiettivo di:

- intercettare il disagio psicologico, il disturbo psichico o altri tipi di fragilità attivando un coordinamento delle diverse figure professionali presenti
- cogliere i segnali di allarme e gli elementi predittivi a partire dalla storia personale e dalla lettura condivisa di comportamenti osservabili nella quotidianità
- costruire percorsi protettivi che tengano in considerazione, in maniera bilanciata, sia i fattori di rischio individuali che quelli ambientali e relazionali.
- migliorare le interazioni e le sinergie tra le varie figure al fine di mettere in atto, pur nel rispetto delle specifiche competenze, misure di prevenzione e contenimento dell’agito autolesivo e suicidario e di arrivare ad una reale diminuzione degli *eventi critici* caratterizzati da tali comportamenti
- agire un adeguato livello di attenzione a tutto il periodo della limitazione della libertà e della carcerazione e, in modo particolare, durante i momenti che possono essere vissuti dai ragazzi come ulteriormente destabilizzanti come: applicazione misure cautelari restrittive, trasferimenti, udienze, eventi dolorosi legati alle figure di riferimento.

Appare fondamentale realizzare un vero e proprio coinvolgimento “ambientale” per contrastare il fenomeno dell’autolesionismo e del suicidio senza cadere nella trappola delle “competenze”. L’attribuzione solo ad alcune figure professionali della capacità di ascoltare e cogliere segnali di disagio/sofferenza, oltre a stigmatizzare in senso sanitario certi comportamenti “a rischio”, potrebbe risultare puntiforme e discontinua, quindi, inefficace. Al contrario, tutte le figure che operano all’interno di un Servizio minorile residenziale (CPA e IPM), vanno messe in grado di raccogliere e comunicare agli altri professionisti, le informazioni utili a concertare, quando serve, il necessario intervento multidisciplinare.

Con questa finalità, è stato costituito un gruppo di lavoro interservizi ed interprofessionale su detto tema, in collaborazione con l’ASL TO1 – competente sui servizi residenziali minorili. Il gruppo ha l’obiettivo di individuare ulteriori strategie di intervento finalizzate a dare risposte puntuali ed efficaci ai momenti di crisi.

In un primo momento si è occupato della revisione e aggiornamento di uno strumento di registrazione e monitoraggio degli eventi critici già in uso al “Ferrante Aporti”. Si tratta di una scheda (allegato) compilata a cura del personale che rileva l’evento e tesa a circostanziare gli accadimenti e registrare le azioni intraprese nell’immediatezza e successivamente, anche dagli altri professionisti intervenuti.

E’ attiva dal mese di febbraio 2013 la sperimentazione dello strumento da parte del personale dell’IPM e dell’ASL TO1. Sono previsti momenti di monitoraggio e verifica nell’arco del 2013.

Inoltre, è allo studio la predisposizione di una scheda di rilevazione, da compilarsi all’ingresso del minore nei Servizi Minorili residenziali, in grado di cogliere i possibili fattori di rischio connessi ai tentativi anticonservativi o autolesionistici.

Questo lavoro di studio e di ricognizione del fenomeno, in prospettiva, potrebbe estendersi anche all’area penale esterna con l’obiettivo di effettuare un monitoraggio del fenomeno anche nelle strutture residenziali gestite dal terzo settore, dove i giovani vengono collocati in misura penale.

Un ulteriore passaggio interistituzionale, sarà rappresentato dalla co-costruzione di un percorso formativo congiunto Giustizia/Sanità finalizzato a sensibilizzare gli operatori sui fattori di rischio e fornire strumenti per una corretta lettura, decodifica e rilevazione del fenomeno.

LE PROCEDURE

Il problema di come affrontare il disagio dei minori e giovani adulti sottoposti a provvedimenti di limitazione della libertà personale, è già stato oggetto di specifici gruppi di lavoro che hanno delineato prassi operative da mettere in atto, qualora si verificano momenti critici, in particolare gesti di autolesionismo e tentativi anticonservativi.

Le procedure operative in essere nei servizi residenziali finalizzata anche alla prevenzione, analisi e gestione degli eventi critici, sono declinate nel “Protocollo operativo” tra il sistema dei Servizi Minorili della Giustizia e l’ASL TO1, e negli specifici “Accordi operativi tra CPA, IPM ed ASL TO1”, già sperimentati dalla fine del 2011 e sottoscritti nell’aprile del 2012 e nei quali tali precisati aspetti assumono una rilevanza particolare.

Nello specifico dell’IPM “Ferrante Aporti”, è sempre parso essenziale nell’intervento sugli eventi critici, che tutti gli operatori conoscano *quali azioni vanno intraprese nell’immediatezza, chi deve essere coinvolto, cosa va fatto in un momento successivo*, nella consapevolezza che:

- *L’evento critico non può e non deve essere affrontato da un solo settore di professionisti, per evitare interventi inadeguati, comunicazioni non corrette ed incomplete.*
- *Al verificarsi dell’evento, si riunisce un gruppo denominato “di continuità” – équipe interprofessionale - che definisce incontri di valutazione e verifica periodici e ravvicinati al fine di aggiornare tutti circa lo stato della situazione, l’esito degli interventi e predisporre eventuali ulteriori. Il gruppo di continuità ha il compito di definire l’applicazione e la durata della grande sorveglianza custodiale.*
- *Durante la disposizione di grande sorveglianza custodiale, il personale di polizia penitenziaria compila, quando ritenuto necessario dall’équipe, la scheda denominata “di attenzione”, tesa a rilevare i comportamenti dei giovani nei vari momenti della giornata e della notte. Detta scheda viene messa a disposizione di tutti gli operatori del gruppo di continuità per le valutazioni e le proposte d’intervento.*

Appare opportuno inoltre sottolineare come risulti fondamentale nella gestione dei minori ristretti, l’attività di prevenzione dell’autolesionismo e dei tentativi di suicidio, pur considerando l’imprevedibilità e la scarsa consapevolezza della conseguenza delle proprie azioni che caratterizza l’età adolescenziale.

Una efficace attività di prevenzione consente, di raccogliere fin dal momento dell’accoglienza dei minori nelle strutture residenziali una serie di elementi conoscitivi anche in senso predittivo.

Importante caratterizzare quello dell’accoglienza come momento di ascolto “trasversale” che coinvolge tutte le figure professionali ed implica la realizzazione di un programma trattamentale individuale di presa in carico multidisciplinare.

Nello specifico del Centro di Prima Accoglienza “Uberto Radaelli”, servizio presso il quale vengono ospitati i minorenni in stato di arresto, fermo o accompagnamento a disposizione della Procura Minorili ed in attesa dell’udienza di convalida, gli elementi distintivi dell’intervento degli operatori sono la tempestività e l’approccio multidisciplinare; questi interventi sono finalizzati a cogliere, nella brevità dei tempi di permanenza nella struttura (media di circa 48 ore) e in un momento particolarmente delicato, quale quello dell’arresto e della limitazione della libertà personale, possibili fattori di rischio.

Il personale di Polizia Penitenziaria specializzato e formato agisce un’accoglienza volta a rispondere alle immediate esigenze rappresentate dai minori, a cui segue un intervento integrato d’équipe: educatore, mediatore culturale, psicologo e assistente sociale.

Il Centro di Prima Accoglienza, configurandosi come un servizio di pronto intervento, richiede tempestività anche nello screening di valutazione di competenza dell’équipe sanitaria dell’ASL TO1: è per tale ragione che la visita medica di primo ingresso deve essere realizzata nel più breve tempo possibile (entro le prime 12 ore), così come l’attivazione dell’intervento dello psicologo.

I componenti dell’équipe agiscono interventi di ascolto e di sostegno concreto ed emotivo accompagnando il minore durante la sua permanenza nella struttura e delineando un primo quadro di

osservazione per l'Autorità Giudiziaria, che tiene conto altresì dei pregressi elementi di conoscenza sul caso.

Il regime di grande sorveglianza è attivato dal medico referente del presidio dell'ASL TO1 e comporta un impegno di costante attività di controllo, che viene svolta dal personale di Polizia Penitenziaria ed annotata su apposito registro, per ordine della Direzione del Servizio; a tale attività si associano gli interventi di sostegno a cura delle professionalità tecniche sanitarie dell'equipe: medico e infermiere, psicologo, educatore, mediatore culturale.

:

OGGETTO: Minore/G.A.

GRUPPO

Il sottoscritto _____ con
incarico _____ segnala quanto segue:

GESTO DI AUTOLESIONISMO:

- COLPI**
- COSTRIZIONI**
- INGESTIONE DI SOSTANZE E/O PICCOLI OGGETTI**
- INALAZIONE DI SOSTANZE**
- MORSI**
- RIFIUTO DI ALIMENTI**
- SCARIFICAZIONI** provocarsi una o più cicatrici permanenti su una parte del corpo

attraverso:

- TAGLI A BASSA LETALITA'** (si tagliano in modo leggero, si fanno delle scritte sulla pelle con lamette o qualsiasi oggetto contundente)
- TATUAGGI**
- BRUCIATURE** sul corpo attraverso l'uso di oggetti incandescenti

- INSERIMENTO** di corpi estranei

ALTRO _____

TENTATIVO DI SUICIDIO:

- ASFISSIA**
- AVVELENAMENTO**
- FOLGORAZIONE**
- IMPICCAMENTO**
- PRECIPITAZIONE**
- TAGLI AD ALTA LETALITA'** si tagliano in modo grossolano di solito un taglio profondo in prossimità di vene o arterie

ALTRO _____

➤ **Data:** _____ **Gio** **ho:** **in.** **Mart.** **Mer** **Gi** **v.** **en.**

Sab. Dom. **Ora:** _____

➤ **Luogo:** Cell. Stanza att. **Dato** **on** rilevato Altro

➤ **Strumento
utilizzato:** _____

➤ **Circostanz** Platea **in** **hte** **Di n** **costo** **Segnalato d** **compagno**
Osservato dall'operatore **Riferito dall'operatore** **Gesto messo in atto in momento diverso dalla**
rilevazione

Altro _____

➤ **Motivi dichiarati dal detenuto:**

- Tensione relativa alle dinamiche di gruppo
 - Tensione relativa a notifiche dell'autorità giudiziaria
 - Tensione relativa ad udienze
 - Tensione relativa a contatti con familiari
 - Tensione a seguito di colloquio con operatore
 - Conflitti con gli adulti dell'Istituto
 - Fase depressiva
 - Sindrome di astinenza
 - Non sa motivare
 - Altro
- _____

➤ **Operatori avvisati:**

➤ **Note di**

approfondimento: _____

Il

relazionante _____

➤ **Intervento posto in essere nell'immediatezza del fatto o della sua rilevazione da:**

Sicurezza	Entr o3h	Entr o6h	Entro 24h	Tecnica	Entr o3h	Entr o6h	Entro 24h
Primo soccorso				Primo soccorso			
Messa in sicurezza				Messa in sicurezza			
Colloquio				Colloquio educativo			
Intervento congiunto con _____				Intervento congiunto con _____			
Ativazione altre aree				Ativazione altre aree			
Intervento di supporto gruppo/cella				Intervento di supporto gruppo/cella			
Chiamata 118				Intervento di operatore/insegnante			
Altro				Altro			

_____				_____			
Il relazionante				Il relazionante			
_____				_____			
Sanitario	Entr o3h	Entr o6h	Entro 24h	Sanitario	Entr o3h	Entr o6h	Entro 24h
Primo soccorso				S.U.P.			
Messa in sicurezza				Visita medica			
Colloquio psicologico				Sutura			
Intervento congiunto con _____				Intervento guardia medica			
Attivazione altre aree				Trasporto in P.S.			
Intervento di supporto gruppo/cella				Intervento 118			
Chiamata 118				Visita infermieristica/medicazione			
Intervento specialistico (specificare tra: _____				Altro _____			
Psichiatria / Ser.T/ N.P.I.)				Il relazionante			

➤ **Valutazione dell'evento da parte del personale intervenuto:**

- Coincidente con motivi dichiarati dal detenuto
 Altro

➤ Vedasi relazione allegata (laddove non si verifichi il solo gesto auto lesivo)

I relazionanti _____

V.to

_____ II
Direttore

➤ **Interventi posti in essere successivamente (a cura dell'educatore):**

AREA TECNICHE: Intervento educativo individuale

- Intervento educativo sul gruppo
 Colloquio congiunto con lo psicologo
 Intervento con altri operatori/confronto in equipe

SICUREZZA: Eseguita la Grande sorveglianza disposta dal Direttore con nota
N. _____

Eseguita la Sorveglianza a vista disposta dal Direttore con nota
N. _____

Maggior attenzione da parte degli agenti

Intervento di supporto informale

SANITARIO: Colloquio psicologico/neuropsichiatrico/psichiatrico/ Ser.T.

Isolamento sanitario

Terapia medica

➤ **Ricadute significative all'interno del gruppo :**

Torino, li _____

Il relazionante
