



MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
DIREZIONE DELLA CASA RECLUSIONE

- Ufficio Segreteria -
12037 Saluzzo (CN)

N. 1626 Tit. Fasc. Lett.

Risposta alla lettera N. 46698

Del 27.11.2019 Allegati N. 5

Saluzzo Addì 25 gennaio 2020 20.....

AL PROVVEDITORATO REGIONALE A.P.
UFFICIO III DETENUTI E TRATTAMENTO
Settore Osservazione e Trattamento
TORINO

OGGETTO: Piani locali per la prevenzione delle condotte suicidarie e dei gesti autolesivi negli Istituti Penitenziari per adulti del Piemonte e della Liguria

Con riferimento alla nota a margine indicata pari oggetto di Codesto Ufficio si trasmette, debitamente sottoscritto da questa Direzione e l'A.S.L. CN1 in data 24.01 u.s., allegato piano locale per la prevenzione delle condotte suicidarie e dei gesti autolesivi.

Si porgono distinti saluti.

SI
TRASMETTE A MEZZO POSTA
ELETTRONICA

IL DIRETTORE
Dott.ssa Giuseppina PISCIONERI

PIANO LOCALE
tra
ASL CN1 – Servizio Tutela della Salute in Carcere
e
DIREZIONE CASA DI RECLUSIONE SALUZZO
per la prevenzione delle condotte suicidarie e dei gesti auto lesivi

VISTI la Legge 419/1998, il D.Lgs. 230/2000 e il D.P.C.M. del 01 aprile 2008, avente ad oggetto “Trasferimento del Servizio Sanitario Penitenziario al Servizio Sanitario Nazionale”, che stabilisce come: “ *i presidi sanitari presenti in ogni Istituto penitenziario e servizio minorile debbano adottare procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà e mettere in atto gli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo.*”

PRESO ATTO delle linee guida contenute nell’Accordo sottoscritto il 20 novembre 2008, in Conferenza Unificata Stato e Regioni, in attuazione dell’art. 7 D.P.C.M. 01/04/2008;

TENUTO CONTO delle direttive ministeriali di cui alla lettera circolare 0177644-2010 del 26 aprile 2010 “Nuovi interventi per ridurre il disagio derivante dalla condizione di privazione della libertà e per prevenire i fenomeni autoaggressivi”;

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

TENUTO CONTO della Circ. P.R.A.P. Piemonte e Valle d’Aosta del 11/09/2013 n. 33202/13, avente ad oggetto “Programma operativo per la riduzione del rischio auto lesivo e suicidario dei detenuti”;

VISTO l’Accordo approvato dalla Conferenza Unificata in data 22 gennaio 2015, recante oggetto “Linee guida in materia di modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali”, pubblicato nella G.U., serie generale, n. 64 del 18/03/2015;

VISTA la nota del D.A.P. del 14 gennaio 2017 avente ad oggetto “ Misure di prevenzione e interventi in materia di suicidi di persone detenute”;

VISTO quanto al DGR n. 30-8858 del 29 aprile 2019 “**Organizzazione a livello regionale delle attività per la prevenzione delle condotte suicidarie e dei gesti autolesivi negli istituti penitenziari per adulti del Piemonte: indicazioni per la definizione dei piani locali**”

CONSIDERATA la necessità di aggiornare il Piano Locale per la prevenzione delle condotte suicidarie e dei gesti auto lesivi redatto da questa Direzione e l’ASL CN1 (Protocollo sulle “ Grandi Sorveglianze “)

si conviene quanto segue:

PREMESSA

PREMESSA

La stipula del presente protocollo nasce da una riflessione e da un'attenta analisi del contesto, per individuare modalità operative condivise per la presa in carico delle persone ristrette e per l'individuazione di strategie e procedure necessarie per prevenire e gestire in maniera appropriata il rischio autolesivo e suicidario in carcere, secondo le direttive e le linee di indirizzo sopra citate.

In particolare, si è condivisa l'esigenza di semplificare le procedure in essere per rendere più chiare e snelle possibili le modalità di intervento condiviso degli operatori, partendo dalla considerazione che sia per interventi di intercettazione del rischio autolesivo e suicidario, sia in quelli successivi al verificarsi degli eventi, la velocità e la condivisione siano elementi di estrema importanza.

Art. 1

Attività di accoglienza nuovi giunti

I nuovi giunti dalla libertà o da altro istituto/ comunità, in via prioritaria, verranno allocati a vita in comune in attesa della visita medica di primo ingresso; → *Entro questo tempo sarà effettuato.*

Al momento dell'ingresso in Istituto di un nuovo giunto verrà utilizzata la Scheda SERVIZIO NUOVI GIUNTI – SCHEDA DI 1° INGRESSO, che si allega in copia, concernente le fasi dell'Accoglienza: Situazione Giuridica, parte riservata alla Matricola; Individuazione del Livello di Attenzione, parte riservata al Servizio Sanitario; Collocazione nei Reparti Detentivi, parte riservata all'Addetto alla Sorveglianza Generale; Colloquio di Primo Ingresso, parte riservata all'Area Educativa.

Espletate le procedure di immatricolazione il medico presente in istituto effettuerà la visita medica all'atto dell'ingresso per tutti i nuovi giunti.

Il medico, tenuto conto dei dati anamnestici raccolti e degli elementi emergenti nel corso della prima visita, attiverà, qualora venga riscontrato un medio o alto livello di attenzione, l'intervento dello specialista competente nell'arco delle 48\ore. In tal caso il medico, darà indicazioni al personale di Polizia Penitenziaria rispetto all'eventuale necessità di intensificare le attività di controllo e di accoglienza e sulle modalità di gestione paziente-detenuto. Contestualmente il medico per tramite della Scheda di Segnalazione, che si allega in copia, attiverà, in riferimento al riscontrato livello di attenzione, il Referente del Piano di Prevenzione del Rischio che provvederà a convocare lo Staff Multidisciplinare entro 72 ore dall'avvenuta segnalazione.

Art. 2

Presa in carico del detenuto nuovo giunto e rilevazione del rischio

Una volta ricevuta la segnalazione da parte del medico, lo specialista Psichiatra effettuerà una prima visita in base alla quale valuterà l'opportunità o la necessità di prendere in carico il detenuto; la relativa certificazione sarà inviata al Referente del Piano di Prevenzione del Rischio, al Responsabile Medico del Presidio ed alla Direzione con la relativa valutazione sul rischio autolesivo e suicidario e gli interventi da porre in essere nei confronti del soggetto. Il detenuto a rischio suicidario dovrà essere preferibilmente allocato in una camera detentiva con altro detenuto, a meno di apposita disposizione medica o giudiziaria a seconda del quadro anamnestico.

Qualora il Medico ne rilevasse la necessità, verrà attivato l'intervento di sostegno integrato, come di seguito descritto.

Nel caso di persona con riferite problematiche di dipendenza dall'uso di sostanze stupefacenti o alcoliche, verrà richiesta dai sanitari la visita da parte del Ser. T. operante in Istituto. Gli Psicologi del Ser.T. avranno cura di prendere in carico i casi loro segnalati dal Medico del Presidio e dell'Area Trattamentale fornendo puntuale riscontro in merito agli interventi posti in essere alla Direzione e al Referente del Piano di Prevenzione del Rischio.

Il Responsabile addetto alla Sorveglianza Generale, al termine dell'attività sanitaria, effettuerà un colloquio con il detenuto e, tenuto conto delle informazioni desunte dal fascicolo personale (titolo di reato, modalità dell'arresto ecc.), delle indicazioni fornite dal medico e dei dati anamnestici raccolti sui livelli di rischio, fornirà al ristretto una "Guida per il detenuto" in lingua madre e/o tutti i ragguagli necessari per inserirsi nel contesto in cui per il momento è detenuto, provvedendo alla sua allocazione, di concerto con il Comandante di Reparto.

Tutte le annotazioni in merito saranno riportate sulla scheda di primo ingresso dai vari operatori interessati (medico, psicologo, psichiatra, polizia penitenziaria, educatore, direttore).

*mauca creatare st info → staff
e decisione*

*elo de
dovrebbe
blatno
e →
decidere
lo staff*

La presa in carico del detenuto, quindi, coinvolgerà gli interventi di tutti gli operatori penitenziari, che dovranno integrare le specifiche professionalità in un'ottica di lavoro di équipe al fine di attuare un'osservazione integrata dei soggetti privati della libertà.

E', pertanto, istituito uno staff multidisciplinare, composto dalle figure coinvolte a vario titolo nella gestione del programma di prevenzione ed appartenenti a tutte le categorie operanti nell'istituto. Il Referente convocherà lo Staff Multidisciplinare con cadenza quindicinale al fine di verificare il corretto andamento delle varie attività, individuare e segnalare alla Direzione dell'Istituto e all'ASL CN1 esigenze e criticità che dovessero essere rilevate.

Qualora il Medico del Presidio segnali al Referente un livello di attenzione medio /alto in capo ad un ristretto lo staff multidisciplinare verrà convocato entro 72 ore

Art. 3

Presa in carico dei soggetti a rischio e intervento di sostegno integrato

Il monitoraggio delle situazioni di rischio suicidario non si limiterà solo al momento dell'ingresso, considerato che un simile rischio può prospettarsi anche molto tempo dopo l'arrivo in carcere. Nel corso del periodo detentivo rilevano particolari circostanze e situazioni che in alcuni casi possono profilarsi alla stregua di eventi stressogeni potenzialmente pericolosi circa la probabilità di insorgenza di comportamenti reattivi di tipo autolesivo o anticonservativo da parte del ristretto.

La segnalazione di rischio autolesivo e suicidario manifestatosi nel corso della detenzione potrà essere effettuata dal personale operante in Istituto e dovrà pervenire al Medico per una prima valutazione clinica e questi lo segnalerà al Referente con apposita certificazione che verrà inviata anche al Comandante di Reparto, per tramite della Scheda Segnalazione di Evento Critico/Presenza di Comportamento a Rischio in allegato. Il Referente provvederà a riunire lo Staff Multidisciplinare entro le 72 ore successive all'avvenuta segnalazione al fine di garantire interventi integrati il cui obiettivo è il coinvolgimento, nel rispetto delle singole competenze professionali di tutto il personale operante: l'infermiere, il medico di presidio, lo psicologo e/o lo psichiatra, l'educatore di riferimento e il personale di polizia penitenziaria.

Art. 4

Osservazione e monitoraggio del rischio suicidario

Lo Staff Multidisciplinare, composto dal personale operante di cui all'art 3, costituirà la rete di riferimento per un sistema di monitoraggio permanente.

Si riunirà almeno ogni 15 giorni ed avrà il compito di rivalutare costantemente i casi a rischio di suicidio, oltre all'efficacia e all'adeguatezza delle misure di sorveglianza sanitarie e penitenziarie, adottate per migliorare gli interventi di prevenzione.

Nel caso in cui intervengano problematiche sul versante socio-familiare, l'educatore provvederà a contattare l'U.E.P.E. di competenza per gli interventi specifici coinvolgendo la rete sociale (assistenti volontari o enti, associazioni, agenzie, servizi comunali...) per sensibilizzare e offrire la vicinanza e il supporto al contesto carcerario.

Delle riunioni del gruppo si terrà specifico verbale.

I momenti e le variabili da sottoporre a particolare attenzione possono essere di seguito sintetizzate:

- **udienze giudiziarie/condanne definitive;**
- **comunicazioni di eventi luttuosi o generatori di particolari tensioni;**
- **problematiche e/o conflitti familiari in occasione dei colloqui;**
- **isolamento dagli altri compagni e condotte di evitamento;**
- **cambiamenti della persona (fisici o nelle abitudini);**
- **cambiamenti di ambiente (trasferimento da altro Istituto, cambio cella/sezione);**
- **disperazione manifestata attraverso qualsiasi modalità espressiva;**
- **comunicazione di diagnosi grave;**

*Quanto
150
c'è no.*

*maia di concetti
staff tutti compreso
maia modello
spontaneo*

*Volere
Verbale*

Il modello che tempore
è quello delle comunicazioni
lineari.

• **diagnosi psichiatriche in anamnesi.**

Nel caso di ristretti, genitori di minori, rileva la necessità di valutare quanto il diritto alla genitorialità venga tutelato e garantito; l'impossibilità per il ristretto di mantenere regolari contatti con i figli o addirittura essere impossibilitato ad avere notizie circa i medesimi costituisce di fatto un ulteriore elemento di destabilizzazione che in quanto tale potrebbe portare alla commissione di comportamenti autolesivi o anticonservativi. In questo caso compete all'educatore di riferimento segnalare la situazione all'Ufficio Esecuzione Penale Esterna UEPE.

Inoltre tra le situazioni potenzialmente stressanti rilevano le dimissioni; la situazione psicologica di un condannato ad un lungo fine pena, rimesso in libertà, potrebbe creare criticità in quanto nel soggetto, abituato alla ripetitività dei ritmi della quotidianità penitenziaria che oltre ad avere connotati di invasività forniscono di fatto rassicurazione, il timore della rimessione in libertà potrebbe far emergere senso di insicurezza, precarietà, preoccupazione per il futuro.

Anche in tale fase appare fondamentale l'apporto che deve derivare dall'intervento dell'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna UEPE, attivato dall'Educatore di riferimento del ristretto, al fine di attuare protocolli di segretariato socio - familiare rispondenti alle esigenze del dimettendo.

Il Direttore e il Referente qualora emergano le problematiche di cui sopra possono valutare di convocare il Funzionario incaricato dell'UEPE agli incontri dello Staff Multidisciplinare.

ok me:
ovvero?

Art. 5

Interventi di urgenza in caso di tentativi di suicidio e compimento di gesti autolesivi

Nel caso di un tentativo di suicidio così qualora si verifichi un comportamento auto lesivo, fattori quali la celerità degli interventi di soccorso, la competenza del personale, l'adeguatezza e l'efficienza degli strumenti e del materiale necessario sono essenziali per tentare di porre rimedio e prestare le prime cure di pronto soccorso. Ciò comporta la necessità di controllare periodicamente le dotazioni, verificare le competenze specifiche del personale, le procedure e la loro conoscenza da parte di tutti gli operatori.

A tal fine la ASL CN1 e la Direzione dell'Istituto si impegnano ad organizzare momenti di formazione anche congiunta sugli interventi di pronto soccorso.

Sia nel caso che si verifichi un tentativo di gesto anticonservativo sia che si tratti di un comportamento auto lesivo è necessario che dei fatti venga tempestivamente informato il Direttore, il Commissario, il Sanitario e il Referente Locale al fine di attivare le procedure di cui all'art 3.

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

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

Di quanto rilevato dallo specialista deve essere fornito in tempi brevi riscontro al Referente.

Analogha procedura è da intendersi necessaria qualora vengano posti in essere atti autolesionistici.

fatto? →
E b
STAFF

Y alibi
Specialista

Art. 6

Ricovero ospedaliero e Sorveglianza a vista

Successivamente ad un tentativo di suicidio o alla messa in atto di un gesto anticonservativo, il medico valuterà per quanto di competenza la gravità del quadro clinico informando il Referente per tramite della Scheda Segnalazione di Evento Critico/ Presenza di Comportamento a Rischio di cui all'Art 3.

Il detenuto, successivamente ad un tentativo di suicidio, dovrà preferibilmente continuare ad essere allocato a vita in comune e in una camera detentiva con altro compagno di detenzione decisione da prendere in funzione della valutazione dello psichiatra.

Il ricorso al c.d. provvedimento di Sorveglianza a vista dovrà essere considerato del tutto eccezionale e residuale ed espressamente prescritto con provvedimento motivato del Medico di turno. Qualora, però, si decida di adottare tale misura, che può prevedere l'allocatione del detenuto in cella singola separata

chi?
non
completare
della
staff?

→ verbo che superato

dal contesto detentivo ordinario, questi verrà allocato nella camera detentiva dove è possibile prevedere una costante osservazione della Polizia Penitenziaria. Da tale camera dovranno essere rimosse, qualora il personale medico lo disponga con apposita certificazione, le suppellettili idonee ad offendere, ed assicurandosi circa l'integrità ed il corretto funzionamento dei servizi igienici e del riscaldamento.

In un'ottica di assicurare la più idonea assistenza possibile al detenuto, nonché di una condivisione collegiale delle decisioni e, conseguentemente delle responsabilità rispetto alla tutela della salute psico-fisica della persona, tutti gli operatori penitenziari e sanitari saranno coinvolti, a diverso titolo per tramite della Scheda Segnalazione di Evento Critico/ Presenza di Comportamento a Rischio succitata.

Me f... decisioni... non vengono... insieme

Il medico presente in Istituto effettuerà visite di controllo a cadenza giornaliera e sarà attento a cogliere ogni segnale di malessere manifestato dalla persona che verrà comunicato con apposita certificazione (e per vie brevi) agli uffici preposti alla sorveglianza. *e allo staff? sono molto parte di inform. de servizio o abbando*

Il personale di Polizia Penitenziaria preposto alla vigilanza e ai controlli del soggetto, perquisirà accuratamente il detenuto prima dell'ingresso nella camera detentiva e ad ogni movimentazione. La camera detentiva verrà perquisita quotidianamente e tutte le volte in cui lo si ritenga necessario per ragioni di sicurezza e/o di tutela dell'integrità personale del detenuto. Verrà assicurata la fruizione della doccia almeno una volta al giorno all'interno della sezione nonché della permanenza all'aria per almeno 4 ore giornaliere come previsto dalle regole penitenziarie. Come già sostenuto, per il detenuto a rischio suicidario si dovranno favorire ogni forma di socializzazione possibile. *→ no lo si mette il alle...*

Art. 7

Debriefing successivi agli eventi suicidari

In caso di suicidio, tentato o consumato, dovrà essere stimolato il confronto interprofessionale per una migliore conoscenza degli episodi suicidari. La Direzione, qualora vi sia la disponibilità di risorse economiche, potrà coinvolgere a tal fine figure professionali in grado di potenziare le attività di rilettura partecipata dell'evento.

Art. 8

La formazione

La formazione del personale, in particolare quello di Polizia Penitenziaria e dell'Area Trattamento è essenziale per la prevenzione del suicidio, essendo questi maggiormente a contatto con i detenuti.

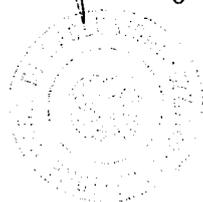
La Direzione dell'Istituto Penitenziario e il Servizio Tutela della Salute in Carcere della ASL CN1 si impegnano, a tal fine, ad organizzare, con le risorse a disposizione, moduli formativi per il personale penitenziario con l'obiettivo di affinare le capacità di identificazione del rischio suicidario.

L'attività formativa avrà come specifici contenuti: l'illustrazione degli elementi che rendono il soggiorno in carcere una situazione di rischio, lo studio dei fattori predisponenti, le strategie di riconoscimento di eventuali segnali di allerta, lo studio di casi, l'addestramento sulle tecniche di primo soccorso e di rianimazione cardio-polmonare, con esercitazioni concrete per assicurare una risposta pronta ed adeguata nei casi reali.

Saluzzo, li 24 GEN. 2020

Per la ASL CN1
Il Responsabile del Presidio
Dott. Igor MITU
REGIONE PIEMONTE - A.S.L. CN 1
S.S.D. MEDICINA PENITENZIARIA
PRESIDIO DI SALUZZO
Il Referente Medico di Presidio
Dr. Igor MITU

Per la Direzione
della C. R. di Saluzzo
Dott.ssa Giuseppina PISCIONERI
Giuseppina Piscioneri



1) Componenti dello Stato:
risorse.