

GIUNTA REGIONALE DELIBERAZIONE 3 ottobre 2011, n. 842

La prevenzione del suicidio in carcere: linee di indirizzo.

Visto il D.Lgs. 230/99, “Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell’art. 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419”, con il quale è stato avviato un graduale processo di trasferimento dell’assistenza sanitaria all’interno degli istituti penitenziari dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale;

Richiamata la L.R. n. 64/05, “Tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari ubicati in Toscana”, che stabilisce che la Regione Toscana, garantisce ai detenuti e agli internati nelle carceri toscane, i livelli essenziali di assistenza sanitaria concernenti le prestazioni preventive, diagnostico-terapeutiche e riabilitative, alla pari degli individui in stato di libertà;

Preso atto della Legge n. 244/2007 (Finanziaria 2008), che sancisce (ai commi 283 e 284 dell’articolo 2) il transito definitivo al Sistema Sanitario Nazionale di tutte le funzioni sanitarie svolte dal Ministero della Giustizia;

Preso atto del DPCM del 1° aprile 2008, nel quale sono riportate le “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”;

Visto il Piano sanitario regionale 2008/2010 che prevede al punto 5.6.2.7, fra gli obiettivi specifici, le azioni da intraprendere per “La salute in carcere”;

Dato atto che il Piano sanitario regionale resta in vigore, ai sensi dell’art. 142 bis della L.R. 24 febbraio n. 40 e del comma 1 dell’art. 104 della L.R. 29 dicembre 2010 n. 65, fino al 31 dicembre 2011;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 1153 del 14 dicembre 2009 che approva il protocollo d’intesa tra la Regione Toscana e il Ministero della Giustizia, siglato in data 27 gennaio 2010, con il quale sono stati definiti gli ambiti di collaborazione istituzionale e la cornice di riferimento degli interventi finalizzati al miglioramento della qualità della vita dei detenuti e internati presenti degli Istituti Penitenziari toscani;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 67 del 25 gennaio 2010 che approva, nell’allegato C, il protocollo d’intesa, tra la Regione Toscana, il Provveditorato Regionale dell’Amministrazione Penitenziaria (PRAP) ed il Centro di Giustizia Minorile della Toscana e Umbria, siglato in data 27 gennaio 2010, relativo alla definizione

delle forme di collaborazione tra ordinamento sanitario e ordinamento penitenziario;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 441 del 30 maggio 2011 che approva le linee di intervento prioritarie in materia di sanità penitenziaria per il biennio 2011-2012, prevedendo espressamente al punto 2 - lettera A dell’allegato 1, l’obiettivo specifico di “Prevenzione del rischio suicidario”;

Rilevata la necessità di garantire il raggiungimento di tale obiettivo, attraverso la puntuale definizione delle modalità di accoglienza multidisciplinare e professionale qualificata, in grado di individuare con tempestività i bisogni in ingresso dei detenuti, nonché gli stati di disagio emergenti tra gli stessi durante la detenzione;

Viste le linee di indirizzo sulla prevenzione del suicidio in carcere, di cui all’Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto, redatte dalla Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale in accordo con il Provveditorato Regionale dell’Amministrazione Penitenziaria e con la collaborazione di esperti delle Aziende USL della Toscana;

Ritenuto che l’attuazione delle predette linee di indirizzo sulla prevenzione del suicidio in carcere, sia funzionale al raggiungimento dell’obiettivo n. 2 - lettera A, previsto dalla delibera della Giunta regionale n. 441/2011;

Ritenuto di approvare le linee di indirizzo sulla prevenzione del suicidio in carcere, contenute nell’Allegato A, facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Ritenuto di attivare un monitoraggio puntuale, per la verifica dell’applicabilità delle linee di indirizzo sopra richiamate, su almeno due istituti penitenziari toscani da individuare con apposito successivo atto;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare le linee di indirizzo sulla prevenzione del suicidio in carcere, contenute nell’Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, poiché funzionale al raggiungimento dell’obiettivo n. 2 - lettera A, previsto dalla delibera della Giunta regionale n. 441/2011;

2. di attivare un monitoraggio puntuale, per la verifica dell’applicazione delle linee di indirizzo sopra richiamate;

3. di incaricare il competente Settore della Direzione

Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, di dare la massima diffusione al documento di cui al punto 1 e di porre in essere gli atti necessari per l'attivazione del monitoraggio di cui al punto 2;

4. di precisare che il presente atto non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

Il presente atto è pubblicato integralmente sul BURT, ai sensi dell'art. 5 comma 1 lettera f) della L.R. 23/2007,

e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 18 comma 2 della medesima LR 23/2007.

Segreteria della Giunta
Il Direttore Generale
Antonio Davide Barretta

SEGUE ALLEGATO

*Allegato A****La prevenzione del suicidio in carcere: linee di indirizzo*****INDICE****Introduzione****1. PREMESSA****2. IL SUICIDIO IN CARCERE****3. IL CARCERE****3.1. L'organizzazione del carcere e le sue criticità****3.2. Fattori situazionali penitenziari****3.3. Aspetti sociosanitari****4. LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN CARCERE****5. OBIETTIVO****6. LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE E PRESA IN CARICO****6.1 Screening/valutazione all'ingresso****6.2 Presa in carico dei soggetti a rischio e procedure di sorveglianza****6.3 Il monitoraggio e la gestione del rischio****7 LA FORMAZIONE****Legenda**

Introduzione

Il suicidio è un fenomeno grave che rappresenta un problema di salute pubblica. In ambito penitenziario si verifica con maggiore frequenza rispetto agli altri ambienti, pertanto è necessario che in carcere siano adottate misure idonee di prevenzione.

La prevenzione del suicidio rappresenta un'attività diretta a tutelare la salute e la vita delle persone detenute, che richiede di considerare l'insieme complesso dei fattori di rischio e le interazioni derivanti dai profili sanitari e sociali della popolazione ristretta ed anche dalle problematiche situazionali dell'ambiente penitenziario.

Le presenti linee di indirizzo sono state elaborate dal gruppo di lavoro costituito presso la Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale della Regione Toscana, per affrontare il problema relativo al rischio di suicidio in carcere mediante un sistema di misure di prevenzione orientate ad individuare e trattare con tempestività gli stati disagio e di fragilità delle persone, favorire il contenimento e la diminuzione degli atti di autolesionismo e dei suicidi.

Partendo dall'evidenza che la condizione di detenzione, costituisce di per sé un fattore di maggior rischio relativo al suicidio, è ribadito il principio che la privazione della libertà personale non deve portare alla perdita di altri diritti, tra cui quello alla salute e che il trattamento penitenziario deve sempre assicurare il rispetto della dignità umana, senza discriminazioni di nazionalità, razza, sesso, condizioni economiche e sociali, opinioni politiche e religiose.

Nel percorso di formazione del presente documento è stata sviluppata una ricerca accurata di tutti gli elementi e le correlazioni tra i fattori rischio caratterizzanti l'ambiente penitenziario e lo stato di detenzione.

Quello che superficialmente può apparire un mero elenco di condizioni di disagio e di criticità, costituisce invece il frutto della condivisione istituzionale del sistema sanitario e di quello penitenziario sulle cause scatenanti gli atti di suicidio in carcere. Il riconoscimento reciproco delle ragioni e degli elementi motivazionali che favoriscono tali gesti rappresenta la base per affrontare il problema e si tratta di uno dei risultati della reale collaborazione di due mondi profondamente diversi che la Regione Toscana si è impegnata a coordinare nel percorso di dialogo ed integrazione finalizzato a garantire la salute dei cittadini detenuti, quale diritto fondamentale da tutelare alla pari delle persone in stato di libertà.

1. PREMESSA

La recente delibera della Giunta regionale toscana n. 441 del 30 maggio 2011, recependo tra gli obiettivi fondamentali la prevenzione del suicidio in carcere e il monitoraggio degli eventi sentinella del rischio clinico, segna in maniera inequivocabile l'importanza di un lavoro sinergico e sottolinea che occorre quindi definire procedure di accoglienza multidisciplinare e professionale qualificata, favorire una comunicazione strutturata tra le diverse professionalità sanitarie e penitenziarie, avviare uno studio delle metodologie usate nei tentativi di suicidio e nei suicidi, attraverso una valutazione qualitativa che coinvolga anche la ricerca universitaria.

Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) ha, da sempre, dedicato attenzione alle problematiche tese allo sviluppo di un insieme di strumenti organizzativi e procedurali volti, tanto ad alleviare le situazioni di disagio, con il miglioramento dell'accoglienza dei nuovi giunti dalla libertà, quanto a prevenire il compimento di atti autoaggressivi. Tali iniziative, come ben sottolinea la più recente lettera circolare n. 177644 del 24.04.2010, tendono in via generale alla umanizzazione della vita detentiva, alla rimozione delle cause profonde del disagio e non semplicemente a contrastarne i sintomi.

Se le disposizioni del DAP si rivolgono agli operatori penitenziari richiamandoli al rilancio e miglioramento della qualità nello sviluppo dei propri compiti istituzionali, è indubbio che un intervento coerente e che abbia una effettiva capacità di pervenire a risultati, non può che vedere congiuntamente presenti le due Amministrazioni, vale a dire le Istituzioni penitenziaria e sanitaria, chiamate ad assicurare i diritti dei reclusi e la definizione di linee di indirizzo, predisponendo e migliorando moduli procedurali che coinvolgano la polizia penitenziaria, gli operatori dell'area educativa, il personale sanitario, nella effettuazione di sempre più accurate scelte dell'ubicazione detentiva, i necessari approfondimenti della personalità dei reclusi e la più celere attivazione di eventuali percorsi terapeutici.

E' quindi necessario sviluppare una riflessione che porti alla comune individuazione delle migliori strategie e procedure per la gestione appropriata, a tutto campo, del rischio suicidario in carcere, tenendo presente che il suicidio non riguarda necessariamente solo i portatori di sofferenza psichica, condizione comunque largamente diffusa. La carcerazione - e comunque l'avvio di un procedimento penale - costituisce infatti di per sé un fattore stressante acuto, destinato talora, quando la persona non riesce ad adattarsi allo status di indagato e recluso, a diventare cronico.

Queste considerazioni inducono a ritenere che serva, prima di tutto, un diverso modo di accogliere chi viene recluso e la presenza di un gruppo multidisciplinare e professionalmente qualificato, in grado di individuare con competenza i bisogni in ingresso e in secondo luogo - ma

non meno importante – attuare le migliori modalità di osservazione e di intervento rispetto alle problematiche emergenti durante la carcerazione, con la definizione degli aspetti di esclusiva competenza di ciascuno dei due soggetti istituzionali, di quelli di comune intervento, delle procedure e modelli protocollari e comunicativi atti a raggiungere l’obiettivo che ci si prefigge.

2. IL SUICIDIO IN CARCERE

Il suicidio nelle carceri è al momento attuale un grave problema di salute e rappresenta la terza causa di morte.

Nel nostro paese, nel 2009, i suicidi “ufficiali” sono stati 2.986 (643 donne e 2.343 uomini), con un tasso di 4,9 su 100.000 persone.

L’Italia si colloca, fra i paesi europei con i minori livelli di suicidalità (media europea 10,3 su 100.000).

Il rischio di suicidio è più elevato per le persone in stato di detenzione, rispetto alla popolazione generale, con un rapporto 20 volte maggiore. Il tasso annuo di suicidi, registrato negli Istituti di Pena italiani, nel 2009 è pari infatti a 116,5 su 100.000 detenuti. ¹.

La carcerazione è un fattore specifico di vulnerabilità che induce ai gesti autoaggressivi, chiari, inequivocabili segnali del grave stato di disagio, di malessere in cui i detenuti si vengono a trovare e a vivere.

Possiamo parlare in tal senso di una specifica “vulnerabilità bio-psico-sociale” della popolazione detenuta rispetto a quella generale.

La maggior parte dei suicidi in carcere ha luogo nel primo periodo di detenzione, secondo i dati emersi da uno studio condotto negli anni 2003-2004 ²:

- 61% dei casi di suicidio riguarda reclusi da meno di un anno
- 51,6% dei suicidi si verifica nei primi sei mesi di reclusione
- 17,2% nella prima settimana di reclusione.

Il 62% dei decessi per suicidio in carcere riguarda inoltre utilizzatori problematici di sostanze.

¹ Fonte dati : EURES su dati ISTAT 2009

² Manconi L. et al. (2004), “Così si muore in galera – 2° Rapporto sui suicidi nelle carceri romane e italiane” in: www.abuondiritto.it

3. IL CARCERE

3.1. L'organizzazione del carcere e le sue criticità

L'attuale situazione del carcere costituisce di per sé un elemento di rischio da tenere in considerazione ai fini dell'elaborazione dei possibili interventi tesi alla prevenzione del suicidio. Alcuni di questi aspetti, possono essere così individuati:

- il sovraffollamento delle carceri, giunto a livelli mai osservati nel passato (nel 2011 si registra un incremento del 38% rispetto alla capienza regolamentare negli Istituti della Toscana)³;
- la carenza delle presenze del personale di polizia penitenziaria (-28,7% in media) e dell'area educativa (-34,3% degli educatori previsti) che provocano rispettivamente una contrazione dei posti di servizio e dei livelli di sicurezza degli Istituti, una minore presa in carico individualizzata dei detenuti da parte dell'area educativa e delle figure professionali che a detta area afferiscono³;
- il contenuto budget per le mercedi (diminuito negli ultimi quattro anni del 16% circa a fronte dell'aumento della popolazione detenuta di oltre il 37%) e la conseguente riduzione dell'attività lavorativa che viene svolta dai detenuti per periodi di tempo sempre più ridotti;
- la contrazione progressiva del budget assegnato all'Amministrazione penitenziaria per le opere di manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture, ridotto negli ultimi anni del 47%, con grave difficoltà di qualificare i livelli igienico-sanitari imposti dalle stesse normative nazionali per gli spazi di vita, validi anche in carcere³;
- il maggior turn-over negli Istituti Penitenziari con particolare riferimento alle Case Circondariali (CC) e/o sezione circondariali di Case Penali, dei grandi centri urbani della regione che accolgono persone sottoposte a misure detentive direttamente dalla libertà e detenuti con custodia cautelare breve;
- le procedure, che devono essere riviste, e se necessario modificate, con l'individuazione di presidi più adeguati, con minor fonte di rischio, e che di seguito si elencano:
 - i fornelli a gas concessi alle persone reclusi sono causa di molti decessi, anche preterintenzionali, in soggetti alla ricerca di effetti stupefacenti;
 - l'uso eccessivo di alcol, dove ancora consentito, costituisce anch'esso la causa di molti eventi critici;

³ Fonte PRAP – dati riportati da ANSA e diffusi dal Provveditore durante la cerimonia in occasione della festa della polizia penitenziaria il 9 giugno 2011 a Firenze.

- l'uso, in dose non terapeutica, di psicofarmaci prescritti;
- gli spostamenti determinati da opportunità disciplinari, o di altra natura, che, laddove possibile, dovrebbero tenere conto maggiormente delle esigenze di salute;
- la concentrazione di soggetti di difficile gestione e ad alto rischio suicidario, nei Centri di Osservazione Psichiatrica regionali (CC Firenze Sollicciano e CC Livorno), provenienti dagli Istituti di tutto il territorio nazionale;
- le assegnazioni da parte della Autorità Giudiziaria al Centro di Osservazione Psichiatrica, ritenuto alla stregua di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), per persone che, tratte in arresto, presentino problemi psicopatologici acuti;
- le valutazioni peritali, che disegnano il futuro penitenziario di un soggetto indagato portatore di sofferenza psichica, che talvolta si discostano dalla realtà del disagio della persona reclusa, accertata nel corso della prolungata presa in carico psichiatrica che ha luogo in carcere;
- la frequenza del turn over tra gli operatori sanitari e la necessità di una loro adeguata formazione che favorisca la conoscenza del contesto organizzativo del carcere;
- la valutazione della incompatibilità alla detenzione quando ricorrono condizioni di salute che determinano persistenza di danno nei confronti della persona detenuta.⁴

3.2. Fattori situazionali penitenziari

Questi fattori, fortemente individuali, possono determinare l'incremento della spinta autolesiva, agendo su uno stato di vulnerabilità già condizionato dagli elementi descritti precedentemente. Se ne ricordano i principali:

- il trovarsi a tradire la propria parte, nel ruolo di collaboratori di giustizia o pentiti;
- il ritenersi vittima di un giudizio iniquo e/o offensivo;
- l'essere collocato in isolamento;
- l'asimmetria o il conflitto tra le esigenze della persona con la tempistica giudiziaria e le regole penitenziarie;
- le notizie traumatiche che arrivano dall'esterno, spesso dalla famiglia, senza che sia talora possibile predisporre un filtro adeguato;

⁴

Recenti decisioni della Magistratura stabiliscono che "anche le affezioni di natura psicopatologica, qualora siano alla base della malattia afferente alla sfera psicologica, ovvero ne aggravino la sintomatologia ed il decorso, sono idonee a giustificare l'applicazione del differimento della pena" e che "non conta se le esigenze cautelari sono eccezionali: il detenuto va ricoverato agli arresti in Ospedale nel caso in cui non ci sia un Carcere attrezzato per assisterlo nella sua malattia, purché la malattia sia grave, oppure attivare misure alternative alla detenzione in Istituto".

Trib. Sorv. Milano (3 febbraio 2010) e sentenza n. 8493 del 3 marzo 2011, sesta sezione penale della Cassazione.

- la mancanza di relazioni affettive e sessuali;
- la carenza di contatti con la famiglia o le persone affettivamente importanti per il detenuto, aggravata laddove il detenuto non ottiene i permessi.

3.3. Aspetti sociosanitari

Le innegabili carenze sociosanitarie dell'attualità richiedono un tempestivo intervento per superarne le criticità e spingono a favorire:

- un'integrazione con gli Uffici di Esecuzione Penale Esterna (Uepe) e i servizi di assistenza sociale territoriale per aumentare la capacità di risposta ai bisogni socio-familiari delle persone;
- la creazione di spazi dove sia possibile una sufficiente sorveglianza sanitaria infermieristica, adeguata anche nella distribuzione di farmaci;
- l'adeguamento del numero degli psicologi della salute mentale agli standard esterni. Gli psicologi non dovrebbero essere solo adibiti all'accoglienza e alla valutazione dei nuovi giunti ma anche occuparsi, secondo i criteri organizzativi che ciascun Dipartimento di Salute Mentale (DSM) si darà, della presa in cura di soggetti con rilevanti turbe psichiche e a rischio di comportamenti auto od eterolesivi.

4. LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN CARCERE

L'elaborazione del profilo suicidario deve basarsi su strumenti e criteri riconosciuti validi dalla comunità scientifica per la popolazione generale e di quelli attinenti la specificità dell'ambiente penitenziario.

Citiamo i principali studi che definiscono i fattori di rischio comuni a tutta la popolazione.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità in generale i fattori di rischio variano per continenti e Stati diversi, secondo variabili culturali, sociali ed economici. I disturbi psichici sono associati al 90% dei suicidi, in particolare depressione, schizofrenia, disturbi della personalità. Sono inoltre segnalati come fattori di rischio l'abuso di sostanze, l'alcolismo (tra il 5-10 % di chi è dipendente si toglie la vita), le malattie fisiche croniche e dolorose, il cancro e la positività al HIV in primis, i disturbi neurologici. Tra i fattori ambientali si riscontrano con significativa frequenza problemi di relazione e familiari, violenze subite, lutti, divorzi e separazioni, eventi traumatici subiti di recente, solitudine. Influiscono in modo rilevante anche condizioni economiche, tracolli finanziari, povertà, disoccupazione, emigrazione.

Per quanto riguarda gli specifici rischi connessi al contesto penale e penitenziario, particolare attenzione è posta a:

persone al primo arresto – è da porre attenzione verso quanti provengono dalle camere di sicurezza, accompagnati dalle Forze dell'Ordine che hanno operato l'arresto;

persone alla prima detenzione - l'incarcerazione è nella "Holmes/Rahe's Social Readjustment Rating Scale" al quarto posto nella classifica degli eventi più stressanti;

persone in attesa di giudizio - il dato è del 38,2% nel 2002 tra i suicidi⁵:

persone sottoposte ad isolamento – i provvedimenti di isolamento, disposti per esigenze giudiziarie, per sanzione disciplinare, o per esigenze di sicurezza, richiedono la visita medica quotidiana, per valutare la capacità di sopportarne il regime, e il colloquio da parte di un componente del gruppo di osservazione e trattamento e della Polizia Penitenziaria (comma 7 dell'art. 73 DPR 230/00). Per quanto concerne l'isolamento disposto per motivi sanitari, dovuti all'esigenza di salvaguardare la salute individuale e collettiva, precauzionale o in attesa di ricovero in struttura ospedaliera adeguata, esso va realizzato presso le stanze di degenza dell'area sanitaria (comma 1 dell'art. 73 DPR 230/00), con la garanzia dei necessari controlli e presenze continuative, ove possibile, degli operatori sanitari;

stili comportamentali - i suicidi sono più frequenti tra coloro che meno socializzano con gli altri detenuti, in assenza di ragioni esplicitate, o, al contrario, esprimono più frequentemente etero aggressività, sintomo di instabilità del controllo degli impulsi;

particolari avvenimenti - trasferimenti ad altro carcere, sopravvenuta condanna, disgrazie familiari rappresentano ulteriori fattori stressanti come anche la mancanza di sessualità ed affetti;

persone con lunghe condanne - detenuti condannati a pene lunghe o nella fase immediatamente successiva alla comunicazione dell'esito del processo;

persone affetta da gravi patologie fisiche ad esito infausto.⁶

⁵ Manconi L. et al. (2004), "Così si muore in galera – 2° Rapporto sui suicidi nelle carceri romane e italiane" in: www.abuondiritto.it

⁶ "La prevenzione del suicidio nelle Carceri" WHO 2007

5. OBIETTIVO

Il presente documento costituisce lo strumento condiviso tra la Regione Toscana ed il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP), contenente le linee d'indirizzo unificate del Ministero della Giustizia e del Sistema Sanitario e la cornice entro la quale dovranno essere stipulati appositi **Protocolli d'Intesa Territoriali** tra le Direzioni delle Aziende USL competenti territorialmente e le Direzioni degli Istituti penitenziari insistenti nel medesimo territorio,

L'obiettivo è coerente con quanto prevede l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome (Rep. n. 102/CU del 20 novembre 2008) e richiede il Tavolo di consultazione permanente per la sanità penitenziaria presso la Conferenza Unificata (Governo Italiano – Presidenza del Consiglio dei Ministri) composto dai Ministeri competenti e dalle rappresentanze delle Regioni e delle Autonomie Locali). Il fine ultimo è quello di applicare con maggiore forza i protocolli, perseguendo con una sinergia più efficace, gli obiettivi condivisi individuati dagli stessi.

I **Protocolli d'Intesa Territoriali**, sottoscritti tra le Direzioni delle Aziende USL e degli Istituti penitenziari dovranno:

- a) definire le modalità e la tempistica dei colloqui di primo ingresso da parte del sanitario, con riferimento alla Carta dei Servizi di ogni singola articolazione locale, nel rispetto del disposto dell'ordinamento penitenziario e sulla base del modello organizzativo di valutazione multidisciplinare da adottare nell'accoglienza (nuovi giunti dalla libertà e dai trasferimenti), nonché nella presa in carico e monitoraggio del trattamento dei soggetti a rischio;
- b) definire modalità efficaci di comunicazione tra l'area sanitaria e la Direzione dell'Istituto (e per essa l'area della sicurezza e l'area educativa) in ordine alla valutazione – sia all'ingresso in istituto sia durante la detenzione - di un eventuale rischio autolesionistico e agli interventi che il sanitario reputa necessari definendo, di conseguenza, congiuntamente alla Direzione dell'Istituto, le azioni e la presenza da parte degli operatori delle diverse aree secondo le specifiche competenze di ciascuno;
- c) individuare gli indicatori di rischio, cui possono riferirsi gli operatori sanitari e/o quelli penitenziari, e le procedure da seguire da parte degli operatori penitenziari per informare tempestivamente l'area sanitaria nell'eventualità di una emergente criticità;
- d) prevedere l'utilizzo di una modulistica uniforme per la valutazione dei nuovi giunti, la presa in carico, il monitoraggio e l'ascolto dei casi a rischio;

- e) definire, alla luce del passaggio della sanità penitenziaria alle Regioni, il significato e le iniziative della disposizione “grande (o grandissima) sorveglianza” stante che la circolare DAP n. 518189 del 9 maggio 1990 specifica che il provvedimento - di competenza della Direzione dell’Istituto – può riguardare:
- problematiche connesse alla sicurezza e alla tipologia delinquenziale, o alla particolare personalità del soggetto e pertanto di competenza squisitamente penitenziaria,
 - problematiche sanitarie, legate al rischio autolesionistico, che richiedono una prescrizione sanitaria affinché ciascun operatore possa svolgere il proprio compito peculiare con “piena cognizione delle problematiche connesse e delle conseguenti responsabilità che incombono sugli operatori stessi”;
- f) definire conseguentemente i criteri, le risorse umane e le procedure di esecuzione delle disposizioni di sorveglianza che è possibile realizzare nel singolo Istituto, con dettagliate precisazioni relative agli adempimenti che le varie forme di sorveglianza (penitenziaria e sanitaria) comportano;
- g) definire puntualmente le procedure per la presa in carico dei soggetti a rischio, sia per la parte sanitaria che per quella penitenziaria. Questo deve avvenire nelle varie fasi del decorso: accoglienza, presa in carico e trattamento congiunto. Occorre inoltre facilitare l’integrazione fra i due sistemi, quello sanitario e quello penitenziario, procedendo a un progressivo adeguamento agli standard territoriali esterni riguardo le modalità di intervento;
- h) prevedere, in applicazione dell’art. 16 del Protocollo d’intesa sottoscritto il 27 gennaio 2010⁷, provvedimenti per facilitare, sia a livello regionale che a livello locale, la partecipazione alle iniziative di formazione, informazione e confronto all’interno dei sistemi e fra i sistemi (benchmarking), così da affrontare in maniera integrata il trattamento di situazioni a rischio;
- i) individuare e realizzare, per ciascun istituto, le forme migliori di trattamento integrato. L’istituzione del Gruppo di Intervento Obbligatorio di Sostegno (di seguito IOS);
- j) definire e realizzare idonee situazioni logistiche che facilitino l’umanizzazione delle azioni previste, sia trattamentali che di ascolto;
- k) individuare e rimuovere le situazioni ambientali e la disponibilità di strumenti di possibile autolesionismo, sperimentando modalità diverse di gestione di oggetti o strumenti consentiti

⁷ Protocollo d’intesa tra Regione Toscana, Provveditorato regionale e Centro giustizia minorile della Toscana e Umbria relativo alla definizione delle forme di collaborazione tra ordinamento sanitario e ordinamento penitenziario - 27 gennaio 2010 (art. 16 Programmi di formazione congiunta)

dal Regolamento Penitenziario (per esempio sostituire i fornellini a gas con idonei sistemi di cottura fonti di minor rischio);

- l) individuare gli appositi percorsi di osservazione psichiatrica, nell'ambito delle strutture delle Aziende USL e/o per Area Vasta, avendo in debito conto le procedure e le strutture già esistenti in ambito regionale. E' essenziale che questi percorsi siano utilizzati prioritariamente per detenuti provenienti da Istituti della Toscana.

6. LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE E PRESA IN CARICO

Il **Protocollo di Intesa Territoriale** tra la Direzione dell'Istituto e dell'Azienda USL dovrà contenere specifiche procedure sui seguenti punti.

6.1 Screening/valutazione all'ingresso

Si deve realizzare in ogni presidio carcerario un piano di accoglienza qualificato, che preveda un assessment multiprofessionale e la creazione di un adeguato percorso interno per tutti i nuovi giunti, in particolare per i soggetti che risultano a rischio di suicidio.

Analogamente devono essere individuate azioni, condivise tra l'area sanitaria e quella trattamentale, che consentano, compatibilmente con le decisioni del Magistrato, l'accesso ai percorsi di uscita dal carcere per i residenti nel territorio dove insiste l'Istituto. L'obiettivo è quello di intervenire a favore delle persone detenute sofferenti ed avviarle, ove possibile, a percorsi di reinserimento, sotto il profilo sociale e sanitario, coinvolgendo le Istituzioni preposte.

L'accoglienza dei nuovi giunti si articolerà su due livelli e dovrà prevedere:

Primo livello - un triage medico-infermieristico all'arrivo, cui partecipino, ove possibile, anche infermieri con esperienza nella salute mentale pubblica, che individuino l'esistenza di bisogni sociali, psicologici, psichiatrici e formulino le relative richieste. Il triage deve disporre di strumenti valutativi e di liste procedurali che possano consentire, al bisogno, anche con la collaborazione del personale dell'Amministrazione Penitenziaria debitamente formato, di cogliere gli elementi di rischio, affioranti dall'incontro strutturato. Il Servizio Nuovi Giunti, attivo in alcuni Istituti, deve disporre di una interfaccia con il Servizio Sanitario, favorendo la collaborazione tra il personale sanitario e quello trattamentale. L'attività degli psicologi deve essere orientata verso una piena integrazione clinico-funzionale con l'organizzazione sanitaria dell'Azienda USL. L'obiettivo della valutazione attivata nel primo livello è quello di individuare precocemente interventi di tipo terapeutico, specialistico, logistico e di sorveglianza.

Secondo Livello - nel caso si siano evidenziate situazioni di rischio e/o di particolare disagio, laddove non sia necessario il ricovero ospedaliero, dovrà essere attivata il prima possibile, e con le debite modalità organizzative, la valutazione specialistica e l'attivazione di un gruppo multidisciplinare composto da figure professionali appartenenti al SSR e al Sistema Penitenziario. Il gruppo multidisciplinare dovrà elaborare la presa in carico del soggetto e la stesura di un piano personalizzato di assistenza/cura.

I professionisti dovranno disporre di strumenti di valutazione del rischio di suicidio e per l'identificazione dei fattori e delle problematiche psicopatologiche che richiedano attenzione.

A tale scopo si segnalano, per un'omogeneità di raccolta dei dati, strumenti validati quali:

- **MINI** (Mini International Neuropsychiatric Interview),
- **S.A.S.** (SUICIDE ASSESSMENT SCALE) di B. Stanley (1986),
- **Checklist di Arboleda-Florez** – 1989, per il controllo del rischio.

6.2 Presa in carico dei soggetti a rischio e procedure di sorveglianza

Deve essere favorita la presa in carico dei bisogni psicopatologici, che si esprimono nella carcerazione, da parte della struttura aziendale responsabile del territorio in cui il carcere insiste.

La presa in carico e la gestione da parte della salute mentale dei soggetti che presentano un profilo di rischio suicidario si basa, indicativamente e previa valutazione dei singoli aspetti personologici e contestuali, sui seguenti passi:

- stabilire e mantenere un'alleanza terapeutica;
- indicare per ognuna delle persone considerate a rischio le misure di sorveglianza ed i controlli, attuabili dal personale penitenziario e sanitario, più adeguate alle condizioni di rischio della persona;
- individuare il luogo più adatto alla cura all'interno del carcere di assegnazione, o di altro Istituto penitenziario della regione che presenti condizioni compatibili con l'obiettivo della garanzia della salute del detenuto;
- sviluppare un piano di trattamento sanitario specifico;
- promuovere l'aderenza al piano di trattamento sanitario verificando la effettiva collaborazione del paziente alle prescrizioni farmacologiche e terapeutiche. Devono

essere facilitate le forme di somministrazione diretta, e controllata, della terapia da parte del personale sanitario;

- tenere contatti con i familiari, quando possibile e opportuno, da parte degli operatori dell'area educativa e sanitaria;
- rivalutare costantemente il rischio di suicidio e l'efficacia ed adeguatezza delle misure di sorveglianza, sanitarie e penitenziarie, adottate nei confronti del paziente;
- monitorare le condizioni psicopatologiche e la risposta alla terapia allo scopo di individuare in tempo utile le situazioni di emergenza/urgenza così da intervenire prontamente ed evitando i ritardi connessi al mancato o parziale riconoscimento dell'urgenza del problema.

I Protocolli di Intesa Territoriale dovranno inoltre prevedere:

- interventi psichiatrici e psicologici ambulatoriali, collocati il più possibile vicino alla cella del paziente, così da evitare le difficoltà ed i ritardi nelle visite. La richiesta di interventi specialistici è attivata dai medici di medicina generale (medico incaricato e medici di integrazione dell'attività sanitaria), professionisti che rappresentano un importante fattore di intercettazione e prima valutazione e screening del disagio delle persone detenute e del bisogno di intervento. Non è peraltro escluso un accesso diretto agli specialisti, per situazioni di emergenza che fossero considerate tali dal personale del Servizio Sanitario Regionale (SSR) (medici di guardia, infermieri, educatori, assistenti sociali del SSR). Gli accessi di tale personale dovranno essere disciplinati da apposite procedure condivise tra la Direzione e l'Azienda USL;
- spazi riabilitativi nei quali operino educatori sanitari e che accolgano persone portatrici di sofferenza psichica, a favore delle quali costruire un percorso di uscita attraverso la frequenza di attività e l'assegnazione di forme di lavoro tutelate, durante il soggiorno in carcere. Creazione all'interno del carcere di programmi riabilitativi, anche lavorativi, mirati e progetti di sostegno lavorativo per i soggetti da reinserire in loco;
- interventi di segretariato sociale nella fase di accoglienza e comunque di presa in carico sociale delle questioni previdenziali e di tutela che riguardano la popolazione reclusa, a cura del volontariato e del terzo settore;
- le modalità di richiesta di provvedimenti di sorveglianza, attivata dal medico, contenente la motivazione e le eventuali prescrizioni riguardo agli specifici fattori di rischio;
- programmi individuali di sorveglianza sanitari e/o penitenziari attuabili nei confronti delle persone a rischio. A tale riguardo è necessario definire una nuova e più adeguata terminologia da utilizzare nella stesura di istruzioni operative o protocolli di sorveglianza

personalizzati, mirati sugli aspetti specifici che possono contraddistinguere i rischi della singola persona.

Si descrivono le modalità di sorveglianza cui si deve far riferimento:

- A) la presenza attiva della polizia penitenziaria nei reparti, secondo le indicazioni e le circolari dell'Amministrazione Penitenziaria, e con istruzioni finalizzate ai controlli associate ad un programma di visite del medico internista e dello specialista, e di controlli da parte di altro personale delle professioni sanitarie ove presenti;
- B) la **sorveglianza continuativa h. 24 a vista** su specifica disposizione della Magistratura o dell'Istituto (per motivi disciplinari) sarà praticata 24 ore su 24 ore dalla polizia penitenziaria. Ad essa, secondo le valutazioni specialistiche psichiatriche, dovrà essere associato un adeguato protocollo di controlli sanitari come descritto in precedenza. Se tale sorveglianza è richiesta dal sanitario, laddove possibile in base all'organizzazione dell'Istituto, potrà essere valutata la collocazione (o il ricovero) in stanze di degenza in locali dell'area sanitaria dove sia possibile effettuare la diretta sorveglianza da parte del personale Azienda USL.
- C) Laddove non sia possibile procedere alla adeguata sorveglianza e presa in carico sanitaria è necessario programmare e ricorrere alle strutture di ricovero esterno (SPDC).

Protocolli operativi specifici, individualizzati sui singoli casi, saranno attivati nei casi di astensione dall'alimentazione e/o dalle bevande, nei quali siano previsti controlli medici quotidiani e specialistici psichiatrici secondo necessità.

Saranno previsti inoltre interventi a garanzia della continuità assistenziale e specialistica tra interno ed esterno, con particolare riferimento a DSM e Servizi Tossico-alcol-dipendenze (SerT), anche in previsione del ritorno in libertà della persona individuata a rischio.

Le procedure ed i protocolli operativi individuati devono essere condivisi tra parte sanitaria e parte penitenziaria (area sicurezza e area educativa), per rispondere alle esigenze di sorveglianza sanitaria e/o penitenziaria.

6.3 Il monitoraggio e la gestione del rischio

Il problema del rischio suicidio e degli eventi sentinella, che possono preludere al suicidio, deve essere adeguatamente monitorato con strumenti epidemiologici, che verranno definiti con atti successivi, ed opportunamente contestualizzato, mirando soprattutto ad un confronto tra le rilevazioni sanitarie e quelle penitenziarie per giungere ad un sistema di rilevazione unico e condiviso. Le Aziende Sanitarie dovranno sviluppare procedure per implementare nelle strutture

sanitarie, definite per gli Istituti Penitenziari, le indicazioni degli atti regionali che riguardano la Gestione del Rischio Clinico (GRC) con specifico riguardo alle seguenti delibere della Giunta regionale:

- n. 101/09 che istituisce il sistema SIMES di monitoraggio degli eventi sentinella,
- n. 1287/04 per individuare facilitatori GRC o Clinical Risk Manager per le strutture complesse.

Dovrà essere stimolata in ogni Istituto, e prevista con specifici obiettivi nelle strutture complesse, la realizzazione di audit sulla Gestione del Rischio Clinico e Rassegne M&M su eventi sentinella, incluso il tentato suicidio, o sui dati degli eventi critici raccolti. Gli audit potranno prevedere una valutazione congiunta con la Direzione del carcere che favorirà la partecipazione attiva del personale delle varie aree interessate.

In caso di suicidio devono essere disponibili procedure definite per la raccolta e messa a disposizione di tutti della documentazione sanitaria e amministrativa dell'evento, che prevedano la raccolta delle informazioni necessarie all'analisi del fatto, per garantire il monitoraggio dei casi a rischio, l'individuazione di azioni preventive, l'analisi delle situazioni organizzative e di ogni altra condizione che può influire sul fenomeno.

In coerenza con quanto prevede il punto D) dell'Accordo applicativo dell'art. 7 del DPCM 1° aprile 2008 (rep. 102 della Conferenza Unificata del 20-11-2008), il Protocollo sottoscritto dovrà prevedere che il coordinamento di tutte le azioni descritte, sia affidato al Direttore dell'Istituto che agirà d'intesa con il Responsabile di Presidio designato dall'Azienda USL.

7. LA FORMAZIONE

Si ritiene necessario riservare a questi temi uno specifico progetto di formazione del personale penitenziario e del personale sanitario. Il programma formativo deve essere elaborato in collaborazione con i competenti uffici della formazione del PRAP ed implementato in tutte le sedi di Istituto.

Deve essere riservata una specifica formazione, ed un'attenzione decisiva, sulla comunicazione in tre specifici ambiti:

- comunicazione delle osservazioni pertinenti raccolte al momento dell'arresto, durante la traduzione e nelle fasi processuali;
- comunicazione tra le professionalità che lavorano in Istituto;
- comunicazione con la persona detenuta individuata "a rischio".

In particolare devono essere implementate forme di comunicazione strutturata tra il personale penitenziario ed il personale infermieristico, medico e psicologico che lavora nell'istituto, sia al fine di valutare congiuntamente gli elementi di rilievo colti nell'interazione con il paziente, riconoscere e prestare attenzione ai segnali comunicativi indicatori di rischio, sia per la definizione congiunta di procedure di intervento in relazione ai casi specifici che possono presentarsi.

Devono essere inoltre individuate ed implementate modalità strutturate di trasmissione dell'informazione al cambio di turno, per garantire che le informazioni rilevanti non vadano perdute.

E' opportuna inoltre una formazione del personale sanitario e carcerario sui temi della manipolazione suicidaria e sulla pericolosità intrinseca di tali atti (tentati suicidi ma anche atti autolesivi meno determinati) la cui evoluzione può sfuggire al controllo del soggetto stesso.

In caso di tentativo di suicidio il personale sanitario e di polizia penitenziaria, per quanto di propria competenza e nel rispetto dei rispettivi ruoli istituzionali, deve essere istruito a delimitare l'area ed a prestare il primo soccorso.

Il piano formativo deve comprendere le procedure di pronto soccorso e devono essere disponibili in ogni presidio e facilmente raggiungibili, i mezzi salvavita per l'emergenza.

Legenda

CC	Casa Circondariale
DAP	Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
GRC	Gestione Rischio Clinico
PRAP	Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria
SerT	Servizi Tossico-alcol-dipendenze
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
SSR	Servizio Sanitario Regionale
UEPE	Uffici Esecuzione Penale Esterna
USL	Unità Sanitaria Locale