



REGIONE PUGLIA

## **PROTOCOLLO D'INTESA**

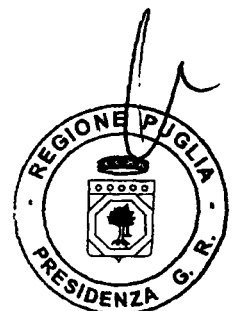
Tra

**REGIONE PUGLIA**

**PROVVEDITORATO DELL'AMMINISTRAZIONE  
PENITENZIARIA PER LA PUGLIA (PRAP)**

**CENTRO GIUSTIZIA MINORILE PER LA PUGLIA**

**“ LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE E PROFILASSI  
DEL RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO DEI DETENUTI,  
DEGLI INTERNATI E DEI MINORENNI SOTTOPOSTI A  
PROVVEDIMENTO PENALE “**



L'anno duemiladodici, addi 28 del mese di settembre, presso la Presidenza della Giunta regionale, Lungomare Nazario Sauro 33, Bari;

- la Regione Puglia, rappresentata dal Presidente on. Nichi VENDOLA;
- il Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria per la Puglia (PRAP), rappresentato dal Provveditore regionale dott. Giuseppe MARTONE;
- il Centro Giustizia Minorile per la Puglia, rappresentato dal Dirigente responsabile, dott.ssa Francesca PERRINI,

procedono alla sottoscrizione delle:

**LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE E PROFILASSI DEL RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO DEI DETENUTI, DEGLI INTERNATI E DEI MINORENNI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTO PENALE.**

**PREMESSA**

Il Protocollo di Intesa Regionale è finalizzato a definire le linee di indirizzo per l'individuazione di procedure omogenee e condivise nell'adozione di misure di prevenzione del rischio suicidario dei detenuti ristretti negli Istituti penitenziari della Puglia e dei minori in carico ai Servizi della Giustizia Minorile, da prevedere nei Protocolli territoriali tra le Direzioni degli Istituti/Servizi Minorili e le Aziende Sanitarie locali competenti, tenuto conto che ciascun istituto penitenziario e/o Servizio minorile si differenzia in ragione della tipologia dell'utenza e del contesto ambientale (n. presenze/sovraffollamento, tipologia strutturale, risorse di personale, risorse territoriali, ecc..).

Il sistema operativo delineato nei protocolli locali dovrà prevedere azioni specifiche in grado di intercettare e trattare con tempestività stati di disagio psicologico e di disturbo psichico o altri tipi di fragilità, attivando un coordinamento funzionale delle diverse figure professionali presenti, a prescindere dal loro rapporto di dipendenza istituzionale, con l'obiettivo di mettere in atto misure di contenimento del rischio suicidario e dei comportamenti autolesivi e dei suicidi da parte delle persone detenute ed internate e dei minori privati della libertà.

In coerenza con quanto prevede il punto D) dell'Accordo applicativo dell'art. 7 del



DPCM 1° aprile 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.

Per quanto riguarda la specificità del settore minorile si rende necessario prevedere una integrazione tra gli interventi sanitari, sociali ed educativi attraverso la predisposizione di un programma per la presa in carico multidisciplinare e per una valutazione complessiva del minore che consenta di evidenziare le sue caratteristiche e i suoi bisogni assistenziali.

Le specifiche procedure riguardano i seguenti punti:

### **1. Screening/valutazione all'ingresso**

Si deve realizzare in ogni istituto penitenziario/Struttura Minorile un piano di accoglienza qualificato, che preveda un coordinamento multidisciplinare e la creazione di un adeguato percorso interno per tutti i nuovi giunti, in particolare per i soggetti che risultano a rischio di suicidio.

Negli istituti dove il piano è già predisposto, si dovrà procedere all'individuazione delle criticità, in modo da individuare azioni correttive condivise per la risoluzione dei problemi.

Inoltre, si dovrà prevedere, per i soggetti a rischio, una linea di interazione tra l'area sanitaria e quella trattamentale, che consenta anche l'individuazione di percorsi di reinserimento individualizzati, compatibili con le decisioni dell'Autorità Giudiziaria e con il coinvolgimento di tutti i servizi territoriali socio sanitari per i residenti nel distretto di competenza della ASL nel cui territorio insiste l'Istituto.

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

**Primo livello** – una valutazione medico-infermieristica all'ingresso in carcere (di tutti i detenuti, sia provenienti dalla libertà che da altri istituti come previsto dall'art 11 Legge 354/75 e dei soggetti minorenni che fanno ingresso anche in CPA), cui partecipino, ove possibile, anche infermieri con esperienza nella salute mentale pubblica che individuino l'esistenza di bisogni/problematiche sociali, psicologici, psichiatrici e formulino le relative richieste/proposte. L'intervento deve disporre di strumenti valutativi e di procedure che



possano consentire, al bisogno, anche con la collaborazione del personale dell'Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile, di cogliere gli elementi di rischio, desumibili dal contatto con il detenuto. A tale riguardo fondamentale è l'attento esame della cartella clinica del detenuto proveniente da altra sede penitenziaria e Servizio Minorile e l'integrazione della comunicazione tra le varie Asl coinvolte, anche in presenza di documentazione relativa a pregresse carcerazioni.

Il Servizio Nuovi Giunti, attivo in alcuni Istituti, ed il Servizio di accoglienza e sostegno (presente in tutti gli istituti) devono attuare un coordinamento continuativo con il Servizio Sanitario, favorendo la collaborazione tra il personale sanitario e lo staff multidisciplinare. Dovrà essere garantita una piena integrazione clinico funzionale tra l'organizzazione sanitaria dell'Azienda Sanitaria Locale e gli psicologi, nonché il personale della Giustizia Minorile che operano in istituto. L'obiettivo del *triage* attivato nel primo livello è quello di individuare precocemente interventi di tipo terapeutico, specialistico, di sostegno e di vigilanza/sorveglianza, premessa, preliminarmente, l'indispensabile identificazione del profilo di rischio suicidario su base generale.

L'intervento di primo livello assume la funzione di "osservazione/filtro" e mira ad accertare, con tempestività, stati di disagio psicologico, di malattia psichiatrica o di particolari patologie, per predisporre i primi interventi necessari.

**Secondo Livello** - Nel caso si siano evidenziate situazioni di rischio e/o di particolare disagio, laddove non sia necessario il ricorso a prestazioni da erogare in luogo esterno di cura, dovrà essere attivata, il prima possibile, e con le opportune modalità organizzative, la valutazione specialistica di cui il detenuto/minore necessita (psicologo, psichiatra, neuropsichiatra infantile, SERT,...), la presa in carico da parte del Dipartimento di salute mentale dei detenuti/minori affetti da patologie mentali, che preveda interventi specialistici più articolati, nonché l'attivazione del gruppo multidisciplinare (staff di accoglienza e sostegno) composto da figure professionali appartenenti al Servizio Sanitario e all'Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile. Ciò, con la possibilità di proseguire il programma di trattamento all'esterno in caso di provvedimenti alternativi alla detenzione.

Il gruppo multidisciplinare dovrà elaborare la presa in carico del soggetto e la stesura di un piano personalizzato di assistenza/cura che preveda la definizione degli interventi professionali specifici a breve, medio e lungo termine ed i tempi e modalità per le



riunioni periodiche (delle quali è redatto apposito verbale) per il monitoraggio della situazione del soggetto secondo protocollo operativo.

Nel caso in cui dovessero verificarsi situazioni di disagio o patologiche nel corso della detenzione, i cui segnali possono consistere in atti di autolesionismo, comportamenti aggressivi nei confronti dei compagni di detenzione o del personale, particolari condotte rilevate in sede disciplinare dal personale, a seguito della segnalazione da parte degli operatori penitenziari, il direttore segnalerà il caso, con i tempi e le modalità concordati nei protocolli locali, a seconda della gravità degli eventi, ai sanitari e, nei casi di emergenza, direttamente allo specialista psichiatra/neuropsichiatra infantile per le valutazioni più opportune riferite all'eventuale presa in carico del soggetto da parte dello specialista, nonché alle misure di vigilanza che temporaneamente vadano intraprese, e per quel che riguarda la necessità della presa in carico del caso da parte dello staff multidisciplinare di accoglienza e sostegno. Dell'esito delle valutazioni i sanitari notizieranno nel più breve tempo il direttore dell'Istituto per le ulteriori determinazioni riguardanti gli interventi degli operatori penitenziari.

Analogamente, qualora i sanitari rilevino situazioni di disagio che richiedano interventi da parte degli operatori penitenziari, provvederanno alla tempestiva segnalazione del caso alla direzione secondo i tempi e le modalità opportune stabilite con i Protocolli operativi locali.

### **Presa in carico dei soggetti a rischio e procedure di sorveglianza**

La presa in carico e la gestione dei soggetti che presentano un profilo di rischio suicidario si basa, indicativamente e previa valutazione dei singoli aspetti personologici e contestuali, sulle seguenti azioni:

- stabilire e mantenere un'alleanza terapeutica;
- indicare per ognuná dei soggetti/minori considerati a rischio le misure di sorveglianza ed i controlli, attuabili dal personale penitenziario, minorile 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 e, ove autorizzato dall'AGM, la possibilità per i minori di prosecuzione in ambito comunitario;



- sviluppare un piano di trattamento sanitario specifico;
- provvedere alla segnalazione per la presa in carico dei soggetti con disagio psichico da parte del servizio di salute mentale della ASL;
- 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 dei funzionari di servizio sociale (anche su segnalazione dei funzionari della professionalità giuridico -pedagogica) e degli operatori sanitari;
- 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 camera del paziente, così da evitare le difficoltà ed i ritardi nelle visite. La richiesta di interventi specialistici è attivata dai medici di medicina generale - per i minori anche dalla direzione dell'Istituto - 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 (medici di guardia, infermieri, assistenti sociali del Sert). Gli accessi di tale personale dovranno essere disciplinati da apposite procedure condivise tra la Direzione e l'Azienda Sanitaria Locale;
- spazi riabilitativi nei quali operino educatori sanitari e che accolgano persone portatrici di sofferenza psichica, a favore delle quali costruire un percorso di trattamento e reinserimento, 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;
- eventuali specifiche modalità di richiesta di provvedimenti di sorveglianza, da parte del medico, con la motivazione e le eventuali prescrizioni riguardo agli specifici fattori di rischio;

Le modalità di sorveglianza dovranno anche disciplinare:

- A) la presenza attiva della polizia penitenziaria nei reparti,
- B) la sorveglianza a vista e la grande sorveglianza (con l'individuazione specifica delle competenze di tutti gli operatori, ivi compresi quelli sanitari);

**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 e/o modifica di misura per i minori con eventuale collocamento in comunità.

Le procedure ed i protocolli operativi individuati devono essere condivisi tra tutti gli operatori sanitari e penitenziari coinvolti.

#### **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 definire procedure per attuare, in ambito penitenziario, le indicazioni che riguardano la Gestione del Rischio Clinico.

Dovrà essere stimolata in ogni Istituto, e prevista con specifici obiettivi nelle strutture complesse, la realizzazione di audit sulla Gestione del Rischio Clinico e 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 deve essere definita la procedura per la raccolta e messa a disposizione della documentazione sanitaria e amministrativa dell'evento, per la raccolta delle informazioni necessarie all'analisi del fatto, per l'ulteriore monitoraggio dei casi a rischio, per l'individuazione di diverse azioni preventive, l'analisi delle situazioni organizzative e di ogni altra condizione che può influire sul fenomeno.

## **LA FORMAZIONE**

Si ritiene necessario riservare al tema della gestione degli eventi critici interventi di formazione ed aggiornamento continuo da destinare al personale penitenziario e della Giustizia Minorile ed al personale sanitario. Il programma formativo deve essere elaborato in collaborazione con i competenti uffici della formazione del PRAP, della Giustizia Minorile e dell'ASL 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".

E' opportuna inoltre una formazione del personale sanitario e penitenziario sui temi della manipolazione suicidaria e sulla pericolosità intrinseca di tali atti, la cui evoluzione può sfuggire al controllo del soggetto stesso. Ciò assume particolare rilevanza per i soggetti minorenni, la cui tendenza manipolativa è un elemento tipico della loro età.

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.

L'Osservatorio Regionale, al fine di prevedere la stesura di report periodici annuali sullo stato degli interventi di prevenzione del rischio suicidario negli Istituti della regione Puglia, effettuerà monitoraggi semestrali presso gli Istituti penitenziari per verificare lo stato di attuazione delle presenti linee guida e dei Protocolli territoriali ed attivare





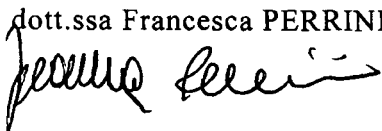
eventuali azioni correttive a garanzia dell'efficace attuazione delle misure di prevenzione dei suicidi in ambito penitenziario e minorile.

Parimenti, nel primo bimestre successivo per l'anno precedente, gli esiti delle verifiche saranno inoltrati al Tavolo Nazionale di consultazione permanente, costituito nell'ambito della Conferenza Unificata per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, per garantire la visione nazionale dell'andamento del fenomeno e delle misure di contrasto messe in atto.

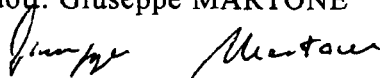
Letto, confermato e sottoscritto

Bari, 28 settembre 2012

La Direttrice del Centro regionale  
Giustizia Minorile  
dott.ssa Francesca PERRINI



Il Provveditore regionale  
Amministrazione Penitenziaria  
dott. Giuseppe MARTONE



Il Presidente della Regione Puglia  
dott. Nichi VENDOLA

