

# PIANO REGIONALE PER LA PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI DELL'UMBRIA

(Documento allegato alla Deliberazione della Giunta regionale n. 1447 del 10/12/2018 quale parte integrante e sostanziale)

## PREMESSA

La Conferenza Unificata, con Accordo ai sensi dell'articolo 9 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n.281, ha adottato il "Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" (Rep. N.81 / CU del 27/07/2017).

Tale Piano si declina in primo luogo sulla base di altri documenti essenziali, come il DPCM del 01/04/2008 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale 30 maggio 2008, n. 126) che disciplina "le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria" e che nell'Allegato A, in particolare, riserva un'attenzione specifica al tema della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario.

Quindi del documento recante "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" (Repertorio Atti n.: 5/CU del 19/01/2012; Allegato A) di cui all'Accordo in Conferenza Unificata del 19 gennaio 2012 che, concretamente, ha richiesto la definizione di specifici indirizzi operativi da sperimentare in ogni Regione e PP.AA., in almeno un Istituto Penitenziario per adulti e uno per minorenni.

A seguito dei monitoraggi circa l'applicazione, negli II.PP. delle diverse Regioni, delle indicazioni e disposizioni contenute in tali documenti, si sono evidenziate numerose criticità, che hanno condotto ad un aggiornamento degli indirizzi precedentemente definiti, confluito nel suddetto "Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti", finalizzato a realizzare in tutti gli Istituti Penitenziari attività che, con continuità ed uniformità, posseggano le seguenti essenziali caratteristiche:

- *piena condivisione del complesso degli interventi da parte delle Amministrazioni Sanitarie e della Giustizia, coerente con l'evidenza che i comportamenti e le scelte autolesive e suicidarie sono prevalentemente da inquadrare come eventi derivanti dalle comuni condizioni di vita e non necessariamente da condizioni di patologia, rispetto ai quali le Amministrazioni Sanitarie concorrono in tutte le fasi degli interventi al fine della globale tutela della salute e non solo della cura;*
- *implementazione di definite e dedicate organizzazioni funzionali a livello centrale, regionale e locale, costantemente integrate nelle professionalità e negli obiettivi, rispetto alle quali non trova idonea applicazione alcuna separazione di competenze e responsabilità;*
- *regolare monitoraggio degli interventi (in particolare sul piano della valutazione di processo) e degli esiti, condiviso e aggregabile a livello regionale e centrale, con miglioramento della qualità dei dati, con preferenziale modalità di rilevazione basata su di un sistema informativo informatizzato concordato dalle due parti sanitaria e penitenziaria e dotato di un buon livello di specificità; il tutto per consentire tra l'altro un'appropriata definizione di caso e un'adeguata differenziazione tra gli eventi critici.*
- *definizione di caso opportunamente condivisa e idonea a soddisfare adeguatamente i criteri di riferimento dei diversi attori interessati all'analisi e alla gestione del fenomeno suicidio, con particolare riferimento alla separazione dei comportamenti e delle scelte autolesive da quelle suicidarie, in quanto prevalentemente si tratta di fenomeni diversi tra loro e non necessariamente collegati o collegabili;*

- *costante definizione e aggiornamento di protocolli operativi locali, tra il singolo Istituto Penitenziario e la competente Azienda Sanitaria;*
- *esclusione di ogni forma di iniziale, prevalente e/o non mediato coinvolgimento dei servizi sanitari specialistici psichiatrici nelle attività, al fine di prevenire il frequente rischio di erronea riconduzione – interpretativa e operativa - dei comportamenti e delle scelte autolesive e suicidarie nell’ambito di condizioni patologiche psichiatriche.*

È perciò necessario, sulla base di quanto riportato, garantire in primo luogo la coerenza tra le indicazioni del livello regionale che scaturiscono da questo Piano Regionale per la Prevenzione delle Condotte Suicidarie, applicativo del Piano Nazionale, e le concrete applicazioni del livello locale, al fine di consentire la redazione dei Piani locali e la loro revisione, laddove esistenti, in coerenza con le suddette indicazioni e l’individuazione delle aree (Area dell’attenzione e del sostegno tecnico-clinico, Area dell’attenzione e del sostegno tecnico, Area dell’attenzione atecnica, Area della decisione) dove si ritrovano le componenti professionali, volontarie e detenute.

Indicazioni che definiscono e dispongono una presa in carico unitaria, nel rispetto delle autonomie professionali e organizzative, quindi nell’ottica della corretta ed efficace comunicazione, integrazione delle prassi e dei saperi e reciproca collaborazione, nella stringente considerazione che la prevenzione del rischio suicidario in ambito carcerario è un obiettivo condiviso fra i Servizi dell’Amministrazione Penitenziaria e i Servizi Sanitari all’interno di ciascun Istituto Penitenziario che insiste nel territorio della Regione Umbria.

Ciò al fine di garantire la tutela della salute dei detenuti sia all’ingresso, che durante la reclusione che al momento della dimissione, facendo sì che l’attività sanitaria in carcere possa rendere lo stesso anche luogo di promozione della salute, intesa come benessere della persona e non solo come assenza di malattia, secondo le indicazioni dell’Organizzazione Mondiale della Sanità.

## INQUADRAMENTO GENERALE

Nel nostro territorio si trovano quattro Istituti penitenziari (IP), tre dei quali sono stati costruiti negli ultimi 30 anni: l’Istituto carcerario “Nuovo complesso penitenziario di Perugia Capanne”, con sezioni maschili e una sezione femminile di media sicurezza, la Casa circondariale di Terni, di media e alta sicurezza, la Casa di Reclusione di Spoleto, di media e alta sicurezza. Infine la Casa di Reclusione a Custodia Attenuata di Orvieto, che risale invece al 1930 circa, di media sicurezza.

<b>SEDE ISTITUTO</b>	<b>TIPOLOGIA</b>	<b>ANNO APERTURA</b>	<b>CARATTERISTICHE PRINCIPALI</b>
ORVIETO	CASA DI RECLUSIONE	anni '30	media sicurezza
PERUGIA	NUOVO COMPLESSO PENITENZIARIO PERUGIA CAPANNE	2005	media sicurezza
SPOLETO	CASA DI RECLUSIONE	1982	media sicurezza / alta sicurezza
TERNI	CASA CIRCONDARIALE	1992	media sicurezza / alta sicurezza

TAB. 1: tipologia dei circuiti detentivi relativi agli istituti penitenziari dell’Umbria

Nel programmare l’organizzazione dell’assistenza sanitaria è importante considerare le tipologie detentive specifiche di ogni Istituto Penitenziario, non solo in riferimento ai vincoli che esse pongono, ma in relazione a come esse possono, a vari livelli, influire sui bisogni di salute della

popolazione ivi ristretta, non fosse altro che ai diversi livelli di sicurezza si associano alcune variabili fondamentali. Il riferimento va alla separazione dei circuiti detentivi, che conduce alla esclusione dei contatti tra detenuti appartenenti ai diversi livelli di sicurezza, ma anche alla limitazione di attività trattamentali intramurarie, quindi a diverse modalità di svolgimento della vita in carcere, ed alla età media inevitabilmente più elevata di soggetti condannati a pene più lunghe.

Un altro aspetto importante che tende ad influire sui bisogni di salute della popolazione ristretta è la situazione di sovraffollamento all'interno degli Istituti. Fino a tutto il 2012 in Umbria si riscontravano situazioni di sostanziale sovraffollamento soprattutto presso le case circondariali, con un ulteriore elemento di criticità nella presenza di una forte componente straniera.

Di seguito alcune tabelle e grafici con la serie storica dei ristretti in Umbria nell'ultimo giorno dell'anno.

ALLA DATA DEL	C.R. ORVIETO	C.C. PERUGIA MASCHILE	C.C. PERUGIA FEMMINILE	C.R. SPOLETO	C.C. TERNI	TOTALE UMBRIA
31.12.2000	100	182	39	378	291	990
31.12.2001	104	236	50	426	258	1074
31.12.2002	117	232	58	407	302	1116
31.12.2003	113	140	50	313	289	905
31.12.2004	133	150	61	307	336	987
31.12.2005	125	201	52	289	338	1005
31.12.2006	53	175	44	253	139	664
31.12.2007	74	179	31	253	235	772
31.12.2008	86	212	38	265	306	907
31.12.2009	98	385	75	552	313	1423
31.12.2010	128	438	86	675	346	1673
31.12.2011	138	475	72	642	354	1681
31.12.2012	126	444	69	635	356	1630
31.12.2013	115	382	58	573	380	1508
31.12.2014	83	289	42	500	490	1404
31.12.2015	48	260	33	463	435	1239
31.12.2016	63	291	46	477	441	1318
31.12.2017	96	310	55	466	443	1370

Tabella n.2: serie storica presenze detenuti negli Istituti Penitenziari dell'Umbria nell'ultimo giorno dell'anno. Distinzione per istituto. Periodo 31.12.2000-31.12.2017. FONTE DATI: DAP

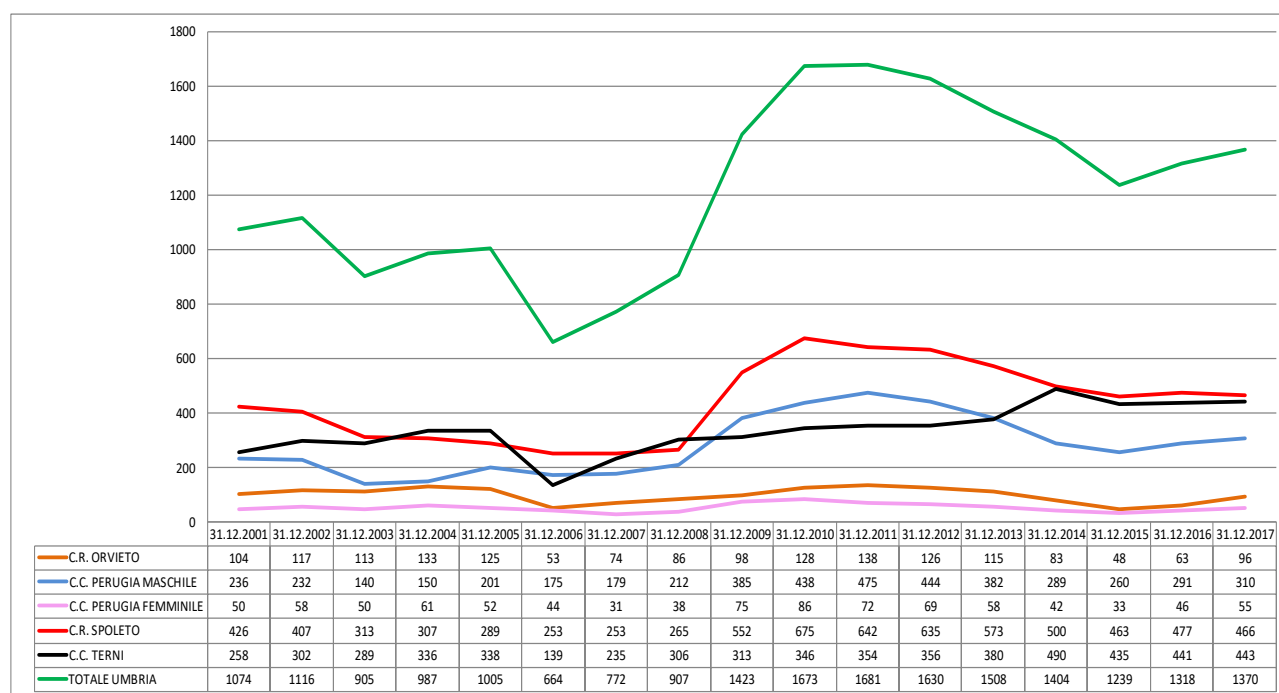


Grafico n.1: serie storica presenze detenuti negli Istituti Penitenziari dell'Umbria nell'ultimo giorno dell'anno. Distinzione per istituto. Periodo 31.12.2000-31.12.2017. FONTE DATI: DAP

L'Umbria è una regione ad alta incidenza penitenziaria, anche se il dato ha mostrato, dopo un periodo di graduale innalzamento, una notevole flessione. Si è difatti passati da un tasso di 185,1 detenuti ogni 100.000 abitanti al 31.12.2011 (tasso Italia 110,3), ad un tasso di 156,9 detenuti ogni 100.000 abitanti al 31.12.2014 (tasso Italia 88,2), fino ad un tasso di 139,03 detenuti ogni 100.000 abitanti al 31.12.2015 (tasso Italia 85,99), per poi risalire al 31.12.2017 ad un tasso di 154,12 detenuti ogni 100.000 (tasso Italia 95,22).

Per quanto riguarda il sistema sanitario regionale (SSR), esso garantisce alle persone detenute in regione, al pari dei cittadini liberi residenti in Umbria, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che includono l'assistenza primaria, l'assistenza specialistica, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza integrativa e protesica, l'intervento sulle dipendenze patologiche, l'intervento sulle patologie mentali, la vigilanza di igiene pubblica, la prevenzione delle malattie cronico-degenerative e gli screening attivati a scopo preventivo nella popolazione generale. Tali funzioni sono state definitivamente trasferite dal Ministero della Giustizia al SSN e Regionale con l'entrata in vigore del DPCM 1 aprile 2008 e, a livello regionale, vengono garantite dalle Aziende USL dove hanno sede gli IIPP.

Le Aziende USL in Umbria sono due, sono articolazioni territoriali del SSR, che, attraverso i Distretti socio sanitari (sei distretti per Azienda USL) ed i presidi ospedalieri di cui sono composte, provvedono alla programmazione e alla gestione delle attività definite dai LEA e delle relative prestazioni socio sanitarie. Alle Aziende USL si affiancano le Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni, quest'ultima dotata di posti letto ospedalieri dedicati ai detenuti; posti letto per detenuti sono presenti inoltre presso il Presidio ospedaliero di Spoleto.

Le indicazioni programmatiche ed organizzative regionali sono fondate innanzitutto sull'analisi delle caratteristiche degli istituti penitenziari presenti in Umbria e dei bisogni di salute rilevati nella popolazione detenuta. Garantire il diritto alla salute per le persone in stato di detenzione comporta infatti una analisi attenta dei fattori peculiari determinati dal contesto detentivo che incidono sullo stato di salute: è in questo contesto epistemologico, etico ed operativo che si inserisce la prevenzione del rischio suicidario in carcere.

## **ANALISI EPIDEMIOLOGICA**

E' noto da tempo che il rischio che vengano commessi atti autolesionistici e/o autosoppressivi all'interno delle strutture detentive è maggiore rispetto a quello riscontrato nella popolazione generale, e varie sono le situazioni che possono spingere il detenuto al compimento di questi atti e che quindi meritano particolare attenzione ai fini di un'efficace prevenzione. Il rischio è sensibilmente più elevato al momento dell'ingresso, specialmente per i soggetti alla prima esperienza detentiva, ma possono essere potenzialmente pericolose anche le fasi dell'attesa o dell'esito del processo (specialmente in caso di condanne lunghe). Rischi accertati sono anche il trasferimento da un carcere all'altro o semplicemente la comunicazione stessa del trasferimento, l'esito negativo di un ricorso o la revoca di una misura alternativa di detenzione, eventi familiari, eccetera.

Partendo da tali premesse, la Regione Umbria ha partecipato allo studio multicentrico condotto dall'Agenzia Sanitaria Regione Toscana, finanziato dal CCM del Ministero della Salute, dal titolo "La salute dei detenuti in Italia" (i cui dati sono stati presentati nel mese di aprile 2015).

Lo studio effettuato aveva come obiettivo anche quello di valutare precocemente l'eventuale presenza di rischio suicidario, così da attivare modalità preventive per evitare la messa in atto del gesto. Pertanto, per quanto riguarda gli atti di tentato suicidio, la situazione è espressa (anche stavolta in termini comparativi con le altre regioni) come segue, evidenziando che per l'Umbria

l'80% di questi tentativi è rappresentato dalla modalità dell'“impiccagione”, seguita dal 20% di “avvelenamento”.

Modalità tentativo Autosoppressione	Toscana	Veneto	Lazio	Liguria	ASL Salerno	Umbria	Totale
	(N-26)	(N-18)	(N-48)	(N-37)	(N-7)	(N-6)	(N-142)
Impiccagione	78,9	64,7	77,4	71,9	25,0	80,0	72,2
Avvelenamento	5,3	17,6	12,9	12,5	0,0	20,0	12,0
Inalazione di gas	5,3	11,8	0,0	15,6	0,0	0,0	7,4
Taglio delle vene	0,0	0,0	6,5	0,0	75,0	0,0	4,6
Soffocamento	10,5	5,9	3,2	0,0	0,0	0,0	3,7
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Tabella n. 3: distribuzione (N e %) degli atti di tentato suicidio (auto soppressione) messi in atto nel corso del 2014. Analisi per regione partecipante FONTE DATI: “La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico”, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, aprile 2015, pag. 189.

Al di là del raffronto con altre regioni, per quanto riguarda l'Umbria, si nota uno scostamento significativo col dato di cui al monitoraggio effettuato dalla Regione Umbria sulla rete dei Servizi per la salute in Carcere (in applicazione dell'accordo in Conferenza Unificata del 22.01.2015) che riscontra 17 episodi di tentato suicidio nel 2014.

Appare invece interessante riportare il dato del monitoraggio della Regione Umbria sulla rete dei Servizi per la salute in Carcere con il grafico seguente (con annessa tabella), riguardante gli episodi di tentato suicidio registrati negli IIPP della regione Umbria in periodi precedenti.

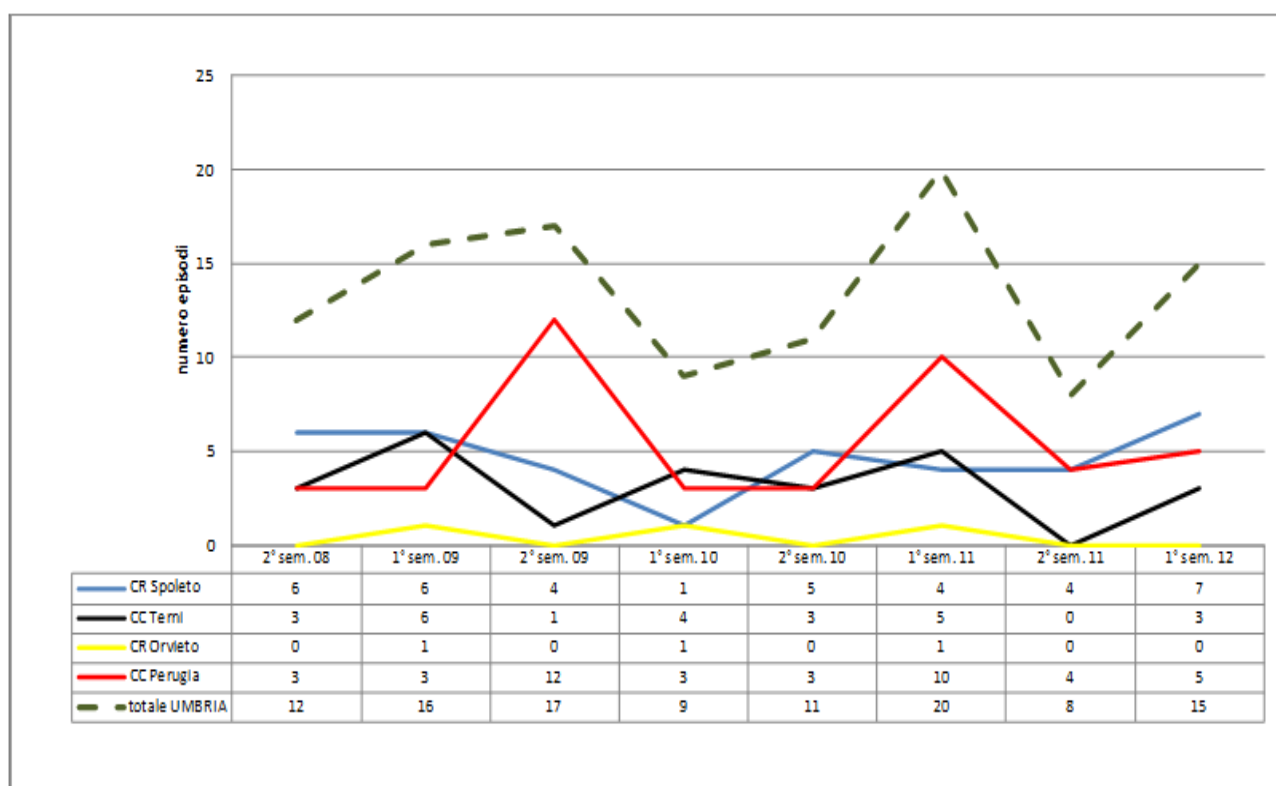


Grafico n.2: Episodi di tentato suicidio negli istituti penitenziari dell'Umbria. Andamento 2° semestre 2008 – 1° semestre 2012. FONTE DATI: PRAP UMBRIA – tratto dal Report “Carcere e Salute in Umbria”, Direzione Regionale Salute e Coesione Sociale, Aprile 2013, non pubblicato

Dai raffronti con i periodi precedenti (ma non troppo remoti nel tempo), emerge comunque un sostanziale miglioramento della situazione che appare essere realistico, un trend in diminuzione spiegabile anche in rapporto alle minori presenze in carcere e ad una azione più incisiva degli operatori.

## INDICAZIONI APPLICATIVE PER I PIANI LOCALI

### INTERVENTI DI PRIMO LIVELLO

#### 1. ACCOGLIENZA

1. L'approccio al detenuto all'ingresso (proveniente da libertà o da differente misura coercitiva della libertà personale, o trasferito da altro Istituto Penitenziario) è di carattere multidisciplinare ed è mirato alla individuazione tempestiva dei bisogni sociali e di salute (generale, psicologica e psichiatrica) del detenuto stesso ed a coinvolgere in una progettualità condivisa tutti gli operatori.
2. L'accoglienza viene effettuata all'atto dell'ingresso dalla Polizia Penitenziaria e dal medico di assistenza primaria. Successivamente, ed entro le 24 ore, il detenuto incontra il Direttore dell'istituto o un suo delegato. Strumenti dell'accoglienza sono il colloquio e la somministrazione di una scheda di rilevazione (c.d. *check list*), composta da una sezione di natura prettamente clinica ed una sezione volta a rilevare elementi storici personali, elementi situazionali e giudiziari. È opportuno che le rispettive valutazioni considerino i seguenti fattori di rischio e fattori protettivi:
  - a. assenza di rete familiare, oppure grave conflittualità con i componenti del nucleo familiare;
  - b. esperienza di detenzione (riportare se il detenuto è o meno alla prima esperienza di detenzione, specificando le eventuali precedenti esperienze; tipo di reato; stato giuridico; tipo di impatto con l'istituzione, nonché insoliti livelli di vergogna e/o preoccupazione per l'arresto);
  - c. abitudini (tabacco, alcolici, ecc.);
  - d. informazioni sanitarie (uso di droghe o dipendenze, presenza di patologie psichiatriche, dolore cronico o altre patologie);
  - e. eventi vitali stressanti (rilevazione di quegli aspetti che possono rappresentare fonte di stress e che possono riferirsi, seppur in maniera differente, tanto alla vita precedente all'ingresso nella struttura quanto alla vita all'interno della struttura stessa);
  - f. eventi critici (comportamenti autolesivi, tentativi di suicidio, comportamenti di tipo dimostrativo, ecc.), familiarità per comportamenti suicidari;
  - g. fattori protettivi (supporto sociale, familiare, relazione sentimentale stabile, buone capacità di adattamento all'ambiente, ecc.).
3. Nella fase dell'accoglienza viene definita una prima diagnosi ed una prima analisi della situazione di colui che viene accolto, e vengono individuati nei suoi confronti i primi interventi di tipo terapeutico, specialistico, custodiale.
4. Nel caso si ipotizzi la presenza di un disturbo da uso di sostanze psicoattive si procede, con il consenso dell'interessato, all'esecuzione degli opportuni test tossicologici e si coinvolgono gli operatori dei servizi per le dipendenze.
5. Il medico di assistenza primaria in questa fase, oltre a predisporre quanto sia necessario per tutelare la salute complessiva del detenuto, si adopera per comunicare agli operatori penitenziari che intervengono al momento dell'ingresso del detenuto eventuali criticità in ordine allo stato di salute fisico e psichico del detenuto, con particolare attenzione ad un eventuale rischio suicidario, soprattutto se accompagnato da notizia di precedenti tentativi suicidari, in base a quanto risulta da anamnesi e/o diario clinico.

6. Nell'immediatezza, sarà valutata caso per caso l'ipotesi di ubicazione del detenuto in camera singola o in camera multipla, al fine di ridurre il rischio autosoppressivo.
7. I dati sanitari, sociali e giuridici raccolti nella fase dell'accoglienza e le informazioni circa gli interventi attivati in conseguenza degli stessi vengono sintetizzati in una scheda di primo ingresso, che verrà gestita dai funzionari giuridico-pedagogici.
8. La scheda di primo ingresso deve fungere da primo mezzo di reciproca comunicazione e condivisione tra gli operatori delle diverse aree interessati a cura, gestione, trattamento del detenuto. La stessa deve indicare i diversi livelli di attenzione e sostegno (tecnico – clinico; tecnico; atecnico) nei confronti del rischio suicidario riferibile al detenuto.
9. I funzionari giuridico-pedagogici avranno cura di sottoporre ai componenti dello staff multidisciplinare la scheda di primo ingresso al primo incontro utile, ai fini della valutazione e dell'eventuale ratifica dei provvedimenti d'urgenza presi a tutela del detenuto. Copia della scheda compilata sarà inserita nella cartella personale del detenuto e nel diario clinico. Essa sarà aggiornata secondo le indicazioni dello staff multidisciplinare.
10. Il delegato della Direzione Generale che accoglie il detenuto deve chiedere notizie alle FF.OO. che hanno effettuato l'arresto delle modalità di arresto e degli elementi ritenuti utili alla prevenzione del rischio suicidario.

## **2. INTERCETTAZIONE DEL DISAGIO**

1. Ai fini dell'attività di prevenzione del rischio suicidario, oltre che sull'ingresso in Istituto è opportuno che l'attenzione dei diversi operatori si focalizzi nei confronti di particolari avvenimenti o circostanze e delle reazioni ad essi sottese, che possono aumentare lo stress del detenuto, quali:
  - a. Colloqui con familiari
  - b. Corrispondenza
  - c. Processi e notifiche
  - d. Colloqui con avvocati
  - e. Colloqui con magistrati
  - f. Insorgenza di patologie
  - g. Vita in sezione
2. Tutti gli operatori penitenziari possono proporre in ogni momento, e nelle modalità concordate e/o di seguito indicate, provvedimenti di attenzione.
3. Tutti gli operatori che a qualsiasi titolo ed appartenenza, si trovano ad intervenire all'interno dell'Istituto e che rilevino elementi di particolare preoccupazione in ordine al rischio suicidario fra i soggetti detenuti con cui hanno contatti, sono tenuti a darne comunicazione alla Direzione attraverso l'Ufficio della Sorveglianza Generale sempre attivo, o secondo modalità ritenute più adatte in base all'organizzazione dell'Istituto. Per gli operatori esterni sarà predisposta una particolare scheda di segnalazione.
4. Le segnalazioni di elementi di particolare preoccupazione in ordine al rischio suicidario fra i soggetti detenuti possono provenire anche da parte di altri detenuti.
5. La segnalazione dovrà avviare nel più breve tempo possibile i primi interventi di tutela necessari, attivando momenti di confronto con gli operatori delle aree presenti nell'immediato, anche con modalità di comunicazione per le "vie brevi".
6. Gli operatori penitenziari chiederanno la convocazione dello staff multidisciplinare, ascolteranno il detenuto interessato nel più breve tempo possibile e predisporranno, nel primo incontro formale dello Staff, una strategia di intervento. In questa fase di intercettazione del disagio, in particolare, sono favorite tutte le comunicazioni formali ed informali fra gli operatori della Azienda USL e gli altri operatori penitenziari per affrontare la situazione soprattutto se assume carattere emergenziale.

### **3. GESTIONE DELLE EMERGENZE**

1. Le emergenze cliniche e psicopatologiche vengono gestite in generale dal medico di assistenza primaria.
2. Nel caso di richieste in emergenza concernenti tentativi di suicidio, o relative ad episodi di scompenso psichico di particolare gravità che possono comportare il rischio di comportamenti autosoppressivi, il dirigente medico, dopo attenta valutazione e in base alla gravità può contattare:
  - a. lo specialista che ha effettuato l'ultima visita per un consulto, anche telefonico;
  - b. il CSM (Centro Salute Mentale) territoriale.Nel secondo caso il dirigente medico deve informare il Responsabile Sanitario dell'Istituto dell'avvenuta segnalazione.
3. Se viene rilevata una condizione nella quale il tentativo di suicidio è inserito in un quadro la cui gravità clinico-psicopatologica non consente la gestione in Istituto, si dovrà procedere ad un invio d'urgenza presso i reparti di Pronto Soccorso degli ospedali della regione, tramite attivazione del Servizio sanitario di Urgenza ed Emergenza (118).
4. In queste situazioni specifiche, al Pronto Soccorso viene effettuata una valutazione specialistica urgente a cui può eventualmente seguire un ricovero temporaneo, nelle modalità normativamente consentite.

## **INTERVENTI DI SECONDO LIVELLO**

### **4. EQUIPE MULTIDISCIPLINARE**

1. I componenti dell'area sanitaria ed i componenti dell'amministrazione penitenziaria collaborano costantemente in riferimento alle specifiche tematiche del rischio suicidario e delle diverse condizioni cliniche e detentive ad esso riconducibili.
2. Ai fini di una sempre più rapida e adeguata presa in carico congiunta dei detenuti con rischio suicidario, tale collaborazione avviene anche in modalità strutturata, attraverso gruppi o equipe multidisciplinari, la cui composizione e le cui modalità operative tengono conto delle prassi di lavoro più efficaci riscontrate negli Istituti Penitenziari della regione, anche in riferimento alle tipologie detentive presenti ed alle forme e modalità previste nei Piani Locali per la Prevenzione delle Condotte Suicidarie.

### **5. PRESA IN CARICO DI DETENUTI A RISCHIO SUICIDARIO**

1. Lo specialista psichiatra svolgerà la propria attività clinico-diagnostica-terapeutica attraverso visite programmate e non programmate, anche in considerazione di quanto segnalato dai diversi soggetti operanti nell'Istituto Penitenziario, in riferimento a quanto previsto negli articoli precedenti.
2. Per situazioni di rischio suicidario riconducibile a grave disagio psichico e/o patologia mentale, anche segnalato e documentato in conseguenza delle attività valutative multidisciplinari svolte all'ingresso, lo specialista psichiatra può prevedere una presa in carico temporanea del paziente detenuto, anche tenendo conto delle modalità e delle procedure previste nell'Istituto per le consulenze psichiatriche.
3. In alcune situazioni di particolare gravità/cronicità la presa in carico, mancando altre alternative alla reclusione, può durare tutto il periodo della permanenza in Istituto.

4. Poiché la situazione di presa in carico temporanea investe casi di particolare gravità, deve essere sempre garantito, da parte dello specialista, il coinvolgimento diretto del medico di assistenza primaria, in particolare per l'effettuazione di esami clinici strumentali, monitoraggio dell'assunzione della terapia farmacologica, monitoraggio su eventuali effetti avversi della stessa.
5. La Direzione Sanitaria dell'Istituto, in accordo con la direzione del CSM di competenza ove insiste l'Istituto Penitenziario stesso, previa valutazione condivisa della scheda di primo ingresso e della cartella clinica del detenuto, può avvalersi di un intervento di assistenza psicologica sulla persona a rischio suicidario, effettuato da parte dello psicologo della Azienda USL, sia al fine di un monitoraggio costante della condizione del soggetto, sia al fine di un sostegno psicologico e/o psicoterapeutico.

## **6. ASPETTI TRATTAMENTALI**

1. Sotto il profilo trattamentale sarà assicurato al detenuto che evidenzia problematiche sia cliniche che detentive riconducibili a rischio suicidario, un più intenso monitoraggio attraverso colloqui con gli operatori penitenziari e con gli operatori dell'area sanitaria, i quali si impegnano inoltre a concordare eventuali iniziative di tipo trattamentale in considerazione delle possibili conseguenze sullo stato psichico del detenuto. La frequenza del monitoraggio sarà stabilita caso per caso dalla equipe multidisciplinare operante nell'Istituto Penitenziario.
2. La comunicazione del disagio che il detenuto manifesta dovrà essere portata a conoscenza degli esperti ex art. 80 O.P., che hanno in carico il soggetto ai fini dell'osservazione scientifica di personalità ex art 13 O.P., coordinandosi gli stessi esperti in tal senso anche con gli operatori dell'area sanitaria.
3. Gli operatori dell'area sanitaria e gli operatori penitenziari si impegnano comunque reciprocamente a comunicare e a condividere tutti quegli elementi che possano rendere efficaci il piano di trattamento e la tutela della salute dei detenuti con particolari fragilità fisiche o psichiche, anche avvalendosi di quanto contenuto nella scheda di primo ingresso, debitamente integrata.
4. Fondamentale per la gestione delle situazioni critiche sarà l'intervento dell'area sicurezza, che interagirà costantemente con gli operatori delle diverse aree nella logica di un approccio volto alla gestione delle diverse problematiche che possono attenerne ad ogni singolo detenuto.
5. Ai fini della gestione delle situazioni critiche e del rischio ad esse connesso, i Piani Locali per la Prevenzione delle Condotte Suicidarie devono tenere conto dei seguenti aspetti:
  - a. Alloggiamento del detenuto (con considerazione congiunta delle diverse tipologie di Istituti Penitenziari, di eventuali specifiche disposizioni dell'Autorità Giudiziaria, della complessità psichica e relazionale del caso)
  - b. Monitoraggio – osservazione delle condizioni della persona
  - c. Disponibilità di oggetti potenzialmente pericolosi
  - d. Effettiva attivazione di interventi di supporto (istituzionali, sanitari, trattamentali, *peer to peer*)
  - e. Integrare, ove imposto dalla organizzazione dell'Istituto, le disposizioni del presente accordo con ulteriori disposizioni coerenti con i principi contenuti nello stesso

## **7. DIMISSIONI**

1. Ove si evidenzino elementi di disagio sociale e familiare nella situazione del detenuto in fase di dimissione, sia per fine pena che per concessione di misura alternativa, l'area trattamentale ed i funzionari giuridico pedagogici sono ordinariamente tenuti a provvedere,

almeno sei mesi prima della dimissione stessa, ad attivare sul territorio i servizi sociali e tutte le tutele di assistenza del dimettendo, anche giovandosi dell'apporto del UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna).

2. Laddove si evidenzino anche particolari elementi di disagio sanitario nella situazione del detenuto in fase di dimissione, sia per fine pena che per concessione di misura alternativa, il medico di assistenza primaria, avvertito entro i tre mesi precedenti alla dimissione stessa, predispone una lettera di dimissioni da consegnare al medico curante del detenuto con le indicazioni delle esigenze di cura in modo che queste possano essere ricomprese nel piano di sostegno al detenuto in dimissione. Laddove se ne ravveda la necessità, copia della lettera di dimissione può essere consegnata al coordinatore dell'area trattamentale.
3. Per quei detenuti che al momento della dimissione non possano contare su un valido sostegno da parte dei familiari e che abbiano particolari esigenze sanitarie, sarà cura dei sanitari, degli assistenti sociali e dei funzionari giuridico pedagogici, collaborare attraverso incontri concordati per definire il piano di azione di ciascun operatore, in modo da contribuire alla programmazione di una dimissione protetta con la definizione delle esigenze di cura e la ricerca - laddove necessario, in collaborazione con gli enti esterni - di adeguate strutture di accoglienza.
4. In caso di trasferimento presso altro Istituto, il programma operativo previsto per i "nuovi giunti" deve essere esteso anche ai detenuti trasferiti, che si possono considerare alla stregua dei detenuti "dimittendi". Infatti, anche se tali detenuti non possono essere tecnicamente definiti "nuovi giunti", sono tuttavia sottoposti, per il solo fatto del trasferimento, indipendentemente dai motivi, ad uno stress che potrebbe influire sulle loro condizioni psichiche. Il detenuto trasferito si ritrova, infatti, in brevissimo tempo a passare da un ambiente a lui noto ad uno sconosciuto dal punto di vista delle strutture, delle regole, delle persone con le quali interloquire, siano essi altri detenuti o altro personale penitenziario. Tale nuovo *status* crea, a livello anche inconscio, un sentimento di disagio nei confronti del nuovo e, quindi, si potrebbe porre come fattore di rischio.

## **8. MONITORAGGIO, VALUTAZIONE, DEBRIEFING**

1. Il monitoraggio dei Piani locali e la raccolta e diffusione delle buone pratiche verrà svolto a livello regionale, attraverso l'Osservatorio regionale permanente interistituzionale per la salute in carcere di cui alle DGR n.682/2008 e n. 137/2016 e loro successive modifiche ed integrazioni, ed il nucleo regionale tecnico scientifico per la prevenzione del rischio suicidario in carcere costituito con DGR..., che fornirà all'Osservatorio elementi di valutazione.
2. La Regione ed il Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria provvedono, ognuno per la propria parte, a nominare i Referenti Regionali per la prevenzione delle condotte suicidarie, a costituire il Nucleo Regionale tecnico scientifico per la prevenzione del rischio suicidario in carcere, a chiedere l'individuazione dei referenti per la prevenzione delle condotte suicidarie in tutti gli II.PP. situati nel territorio regionale.
3. I referenti regionali di cui al precedente comma hanno compiti di facilitazione nella raccolta dati, nel coordinamento e nella interazione con il Nucleo Regionale tecnico scientifico. Tali referenti regionali hanno il compito di coordinare e verificare la redazione, l'aggiornamento e l'applicazione dei Piani operativi locali di prevenzione, di verificare l'applicazione del Piano regionale nonché dei programmi locali, di comunicare periodicamente al livello nazionale lo stato dell'arte.
4. Ogni I.P. situato nel territorio regionale dovrà dotarsi di un proprio Piano Locale per la Prevenzione delle Condotte Suicidarie, o aggiornare il Piano esistente alla luce delle indicazioni contenute nel presente Piano Regionale.

5. Ciascun Piano Locale per la Prevenzione delle Condotte Suicidarie dovrà prevedere specifiche indicazioni circa:
  - a. valutazione dei casi di suicidio (attività post-facto);
  - b. attività di debriefing in favore del personale coinvolto;
  - c. attività di supporto ai detenuti coinvolti nell'evento
6. La Regione e il Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria, definiscono ed organizzano il monitoraggio degli interventi e degli esiti, anche al fine di consentire una appropriata valutazione degli stessi e migliorare le strategie di prevenzione in materia.
7. Spetta al Nucleo Regionale tecnico scientifico per la prevenzione del rischio suicidario in carcere il compito di verificare e monitorare le condizioni ambientali, anche sulla base delle proposte ed indicazioni che verranno condivise in sede tecnica con l'Osservatorio regionale permanente interistituzionale per la salute in carcere.
8. A seguito di un evento suicidario, oltre alla prima doverosa comunicazione al Pubblico Ministero da parte della struttura penitenziaria, fatto salvo quanto disposto dalla predetta Autorità Giudiziaria, l'Amministrazione Penitenziaria e l'Amministrazione Sanitaria Regionale, accertano congiuntamente con attività ispettiva eventuali responsabilità e effettuano, coerentemente con gli indirizzi nazionali, una valutazione post-facto, con riferimento sia alla tenuta dei Piani di prevenzione locali, sia ai comportamenti professionali dei vari attori.

## **9. FORMAZIONE**

1. La Regione e il Provveditorato programmano, organizzano e gestiscono i processi formativi sulla prevenzione delle condotte suicidarie negli Istituti Penitenziari, diretti a tutte le figure operanti all'interno dei suddetti Istituti nelle aree dell'attenzione e del sostegno, concordando con le Aziende Usl dell'Umbria e con le Direzioni degli istituti l'organizzazione e l'attuazione di progetti formativi locali sul tema.
2. Così come da indicazione del Piano Nazionale, le seguenti aree di approfondimento sono imprescindibili:
  - Struttura del piano nazionale e del piano regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie in ambito penitenziario.
  - Elementi fenomenologici del suicidio e degli eventi autolesivi.
  - Indicazioni dell'O.M.S.
  - Modello operativo generale.
  - Laboratorio di progettazione.
  - Fattori ambientali, psicologici e comportamentali specifici predisponenti ai comportamenti suicidari.
  - Benessere organizzativo e ricadute sugli operatori.
  - Temi inerenti strategie di comunicazione e relazione.
  - Elementi di primo soccorso e fondamentali tecniche di rianimazione cardio-polmonare
  - Addestramento all'utilizzo degli equipaggiamenti d'emergenza collocati nell'Istituto.

## **10. DISPOSIZIONI FINALI**

1. Il presente Piano ha la durata di 5 anni e potrà essere modificato per sopraggiunte indicazioni normative o regolamentari di livello nazionale e/o regionale e sulla base di evidenze scientifiche che ne rendano necessario il suo aggiornamento.

