

**ALLEGATO B alla Dgr n. 2722 del 24 dicembre 2012**

pag. 1/9

Conferenza Unificata - Accordo del 19 gennaio 2012 su “Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”

**PROGRAMMA OPERATIVO DI PREVENZIONE
DEL RISCHIO AUTO LESIVO E SUICIDARIO IN CARCERE E NEI SERVIZI MINORILI**

Premesse

La Conferenza Unificata, nella seduta del 19 gennaio 2012, ha approvato l’Accordo sulle “Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”.

L’Accordo impegna l’Amministrazione penitenziaria e la Giustizia minorile, tramite le proprie articolazioni territoriali, e le Regioni e P.A., entro tre mesi, a costituire all’interno di ciascun Osservatorio Permanente sulla Sanità Penitenziaria, un gruppo di lavoro tecnico-scientifico, composto, senza oneri aggiuntivi, anche da operatori sanitari e da operatori penitenziari e minorili.

Tale gruppo di lavoro avrà il compito di elaborare, sulla base delle linee guida esistenti e tenendo conto delle indicazioni degli organismi europei e dell’OMS, un programma operativo di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili.

Detto programma deve prevedere:

- una ricognizione dell’esistente in ciascuna Regione ed Istituto/servizio penitenziario e/o minorile, in termini di disposizioni normative e pratiche già in atto;
- specifiche modalità operative ed organizzative di intervento nei confronti del disagio che, sulla base delle competenze e delle responsabilità attribuite dalla normativa vigente alle Amministrazioni coinvolte, individuino sia le aree di coordinamento sia le specifiche attività che ciascuna di esse dovrà mettere in atto;
- l’adozione, in tempo utile, di tutte le iniziative necessarie all’avvio, entro un anno, di una sperimentazione in almeno una struttura carceraria per adulti e una per minori presente sul territorio della Regione, fermo restando che il successo e l’efficacia dell’intervento sono legati all’effettiva messa in atto delle azioni specifiche individuate per ciascuna Amministrazione coinvolta;
- il monitoraggio e la valutazione, anche attraverso l’utilizzo di strumenti per la verifica dell’applicazione delle procedure stesse (es: audit, monitoraggio della diffusione e della conoscenza delle procedure, ecc.).

Il Segretario regionale per la Sanità, con Decreto n. 73 del 24 aprile 2012, ha costituito, d’intesa con il Provveditorato Regionale dell’Amministrazione Penitenziaria (PRAP) per il Triveneto e il Centro per la Giustizia Minorile (CGM) per il Triveneto, il Gruppo di lavoro tecnico-scientifico previsto dall’Accordo del 19 gennaio 2012 composto come segue:

- | | |
|----------------------|---|
| – Felice Bocchino | Provveditorato Amministrazione Penitenziaria |
| – Angela Venezia | Provveditorato Amministrazione Penitenziaria |
| – Paolo Attardo | Centro Giustizia Minorile |
| – Giuseppe Lapomarda | Centro Giustizia Minorile |
| – Maria Catalano | Centro Giustizia Minorile |
| – Giancarlo Cuccato | Dipartimento di Salute Mentale dell’Azienda ULSS 16 |

carcere pertanto è da 15 a 18 volte più frequente come evento per un carcerato che per un uomo libero.

Autolesionismo, Suicidi e Decessi nelle Carceri Venete – (Fonte: DAP – Sezione statistica)

ATTI AUTOLESIONISMO					
<i>ISTITUTI PENITENZIARI</i>	2008	2009	2010	2011	2012 (al 30/06/12)
CC Belluno	29	23	68	4	5
CC Padova	2	14	64	12	12
CR Padova	59	68	140	13	8
CC Rovigo	5	3	2	0	0
CC Treviso	10	3	5	2	6
CC Venezia	20	40	32	14	8
CRD Venezia	1	0	2	3	0
CC Verona	90	85	76	21	18
CC Vicenza	4	1	8	2	9
TOTALE VENETO	220	237	397	71	66
Tasso/10.000 detenuti	738,5	739,2	1219,7	225,0	103,6
TOTALE ITALIA	4928	5941	5703	5639	3617
Tasso/10.000 detenuti	847,8	917,9	839,0	842,9	271,8

TENTATI SUICIDI					
<i>ISTITUTI PENITENZIARI</i>	2008	2009	2010	2011	2012 (al 30/06/12)
CC Belluno	1	0	7	5	0
CC Padova	1	7	6	3	4
CR Padova	2	10	19	4	4
CC Rovigo	2	0	1	0	0
CC Treviso	2	3	0	2	2
CC Venezia	0	12	15	9	5
CRD Venezia	0	1	1	2	1
CC Verona	12	7	10	9	9
CC Vicenza	2	2	4	5	4
TOTALE VENETO	22	42	63	39	29
Tasso/10.000 detenuti	73,9	131,0	193,5	123,6	45,5
TOTALE ITALIA	683	944	1137	1003	637
Tasso/10.000 detenuti	117,5	145,9	167,3	149,9	47,9

SUICIDI					
<i>ISTITUTI PENITENZIARI</i>	2008	2009	2010	2011	2012 (al 30/06/12)
CC Belluno	0	0	1	0	0
CC Padova	0	1	0	0	0
CR Padova	0	0	3	2	0
CC Rovigo	0	0	0	0	0
CC Treviso	0	0	0	0	0
CC Venezia	0	1	1	1	0
CRD Venezia	0	0	0	0	0
CC Verona	1	1	1	0	0
CC Vicenza	0	1	0	0	0
TOTALE VENETO	1	4	6	3	0
Tasso/10.000 detenuti	3,4	12,5	18,4	9,5	0,0
TOTALE ITALIA	46	58	55	63	25
Tasso/10.000 detenuti	7,9	9,0	8,1	9,4	1,9

DECESSI PER CAUSE NATURALI					
<i>ISTITUTI PENITENZIARI</i>	2008	2009	2010	2011	2012 (al 30/06/12)
CC Belluno	0	0	0	0	0
CC Padova	0	1	1	1	0
CR Padova	0	0	1	1	0
CC Rovigo	0	0	0	0	0
CC Treviso	0	0	0	0	0
CC Venezia	2	0	1	0	0
CRD Venezia	1	0	0	0	0
CC Verona	1	0	1	0	1
CC Vicenza	1	0	0	0	0
TOTALE VENETO	5	1	4	2	1
Tasso/10.000 detenuti	16,8	3,1	12,3	6,3	1,6
TOTALE ITALIA	96	100	108	102	51
Tasso/10.000 detenuti	16,5	15,5	15,9	15,2	3,8

Raccomandazioni dell'OMS

Programmi di Prevenzione - Vari studi dimostrano come l'avvio di programmi di prevenzione del suicidio nelle carceri si accompagni a riduzioni significative del numero dei suicidi e dei tentativi di suicidio, così pure un primo passo significativo verso la riduzione del numero di suicidi tra i detenuti è quello di creare un **“profilo”** in grado di identificare situazioni e/o gruppi ad alto rischio. Per esempio, la letteratura dimostra che i detenuti in attesa di giudizio si distinguono da quelli già condannati, avendo ciascun gruppo degli specifici fattori di rischio.

La creazione di un profilo suicidario deve essere seguita da azioni di monitoraggio e dalla programmazione di interventi.

Per la buona riuscita di un programma di prevenzione sono fondamentali come da indicazioni dell'OMS (WHO, 2007):

- la formazione del personale penitenziario, mediante corsi di aggiornamento con frequenza almeno annuale, rivolti in particolare al personale appartenente al Corpo della Polizia Penitenziaria che è presente nell'arco delle ventiquattro ore, e costituisce la prima linea di difesa nella prevenzione del suicidio;
- la presenza di un servizio accoglienza per i nuovi giunti, nel contesto di una valutazione medico psicologica condotta da professionisti secondo specifici protocolli, con una procedura di trasmissione delle informazioni acquisite a tutto il personale interessato, al fine di assicurare la valutazione del rischio e sollecitare, se necessario, un ulteriore intervento da parte di altri operatori, in particolare quelli del servizio psichiatrico;
- un'attività di osservazione protratta nel tempo da parte di tutto il personale coinvolto, con chiara definizione del ruolo dei diversi operatori e con particolare attenzione ai segnali di disagio psichico e/o volontà suicidaria, al comportamento tenuto durante i momenti di socialità per individuare problematiche di convivenza e relazione con i compagni di detenzione, a eventuali conflittualità emerse nei colloqui con i familiari, ecc.;
- una comunicazione efficace dei segnali comportamentali, che possono essere indicatori di rischio suicidario, tra le varie professionalità che a diverso titolo hanno contatti con il detenuto;
- la creazione di forme stabili e formalizzate di raccordo con i servizi psichiatrici del territorio, soprattutto in presenza di risorse di personale di supporto socio-psicologico non sufficienti rispetto ai bisogni espressi dalla popolazione detenuta.

Per quanto riguarda il "profilo", l'OMS individua come gruppi vulnerabili più a rischio di suicidio i giovani maschi, le persone con disturbi mentali, le persone socialmente isolate, i soggetti con problemi di abuso di sostanze psicoattive, le persone con assenza di supporto sociale o familiare, i soggetti con precedenti suicidari (WHO, IASP, 2007). In Italia, agli inizi degli anni duemila, vari studi consentono di tracciare un profilo di rischio rispetto a variabili situazionali e ambientali (Manconi, 2002; Manconi, Boraschi, 2006; Buffa, 2008):

- ci si toglie la vita con maggiore frequenza nel primo anno di detenzione e la gran parte si concentra nei primi giorni e nelle prime settimane.
- segnali antecedenti il suicidio ("suicidi annunciati")
- un numero inferiore di suicidi fra le persone definitive (si suicida di più chi è in attesa di rinvio a giudizio o di sentenza di primo grado o di appello)
- in carcere si uccidono per lo più giovani uomini, si evidenzia una più forte propensione al suicidio tra i 18 e i 34 anni.
- Il sovraffollamento degli istituti Penitenziari, il restringimento degli spazi e il deterioramento delle relazioni, insieme alla scarsità di opportunità, sono effettivamente correlabili non solo col suicidio, ma più in generale con l'autolesionismo.
- Nel documento del Comitato Nazionale per la Bioetica (2010) viene data molta importanza al modello stress-vulnerabilità nell'interpretazione del disordine psicologico del detenuto.

Nello stesso tempo si raccomanda una particolare cautela verso un approccio (prevalentemente) rivolto a individuare i soggetti "a rischio", quale forma privilegiata di prevenzione del suicidio

(approccio “eccezionalista”), mentre è preferibile un approccio “universalista”, che veda nel potenziamento delle opportunità ambientali l’ambito più favorevole alla promozione delle abilità dei soggetti, a partire da quelli più deboli.

Tra le esperienze descritte in letteratura e riferite alla realtà italiana devono essere menzionate quella della Regione Toscana (Centro regionale per la salute in carcere: “Linee di indirizzo sulla gestione dei casi a rischio suicidario in carcere”) e quella del CCM del Ministero della Salute (PROGRAMMA CCM 2001 – “Lo stato di salute dei detenuti degli istituti penitenziari di 6 regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio epidemiologico e di prevenzione dei tentativi suicidari.) che vede coinvolte 6 Regioni, tra cui il Veneto

Ricognizione dell’esistente

- Circolare del Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria (DAP) – Direzione generale dei detenuti e del trattamento – 6 giugno 2007 – Linee di indirizzo su “I detenuti provenienti dalla libertà: regole di accoglienza”
- Funzionamento, composizione e periodicità delle riunioni dello Staff di Accoglienza – PRAP per il Triveneto
- Progetto interistituzionale sperimentale su “Accoglimento del Nuovo Giunto: realizzazione di una Scheda detenuti nuovi giunti informatizzata al fine di prevenire rischi di autolesionismo/suicidio e favorire l’integrazione e la collaborazione tra sanitari, educatori e agenti di polizia penitenziaria - Casa circondariale, Istituto penale per Minorenni e Centro di prima accoglienza, Azienda ULSS 9 di Treviso in fase avanzata di definizione
- “Quale comunicazione per quale accoglienza?” Percorso di accompagnamento formativo per l’Istituto penale per Minorenni di Treviso nell’ambito del Progetto “Il Nuovo Giunto (detenuto minore/giovane adulto) in un percorso di presa in carico condiviso tra personale degli II.PP. e personale socio sanitario in corso di attuazione.
- Valutazione del rischio suicidario dei detenuti all’atto dell’ingresso presso la Casa circondariale di Rovigo: Scheda di valutazione delle condotte auto-etero aggressive – Casa circondariale di Rovigo, Dipartimento Salute Mentale dell’Az. ULSS 18.
- Progetto “Lo stato di salute dei detenuti degli II.PP. di 6 regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio epidemiologico e di prevenzione dei tentativi suicidari” in corso di finanziamento da Ministero della Salute – Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM).

Programma

Nell’affrontare il problema del suicidio in carcere non si può prescindere né dalle particolari caratteristiche patogene/stressanti del contesto carcerario (sovraffollamento, restringimento degli spazi,ecc.....) né dagli specifici livelli di salute psicofisica (deterioramento delle condizioni igieniche, deterioramento delle relazioni) delle persone detenute, più bassi di quelli della popolazione generale.

La prevenzione del suicidio nel contesto detentivo esige soprattutto la presenza di condizioni di vita accettabili, il riconoscimento nonché la necessità di farsi carico dei problemi di natura psichiatrica, il controllo sui fattori di rischio personali e ambientali accentuati da un contesto rigorosamente organizzato e fortemente personalizzante.

Dato che pochi studi identificano elementi in grado di distinguere i detenuti che commettono suicidio dal resto della popolazione carceraria (WHO, 2007) bisogna prestare attenzione a non utilizzare un approccio prevalentemente rivolto alla individuazione dei soggetti “a rischio”, quale forma privilegiata di prevenzione del suicidio, perché questo vorrebbe dire perdere di vista l’individuazione delle conseguenze derivanti dall’interazione fra individuo e ambiente e favorire la psichiatrizzazione del suicidio in carcere e del detenuto stesso.

Importanti sono i raccordi con i servizi del territorio, Azienda ULSS prima di tutto, ma in questo senso andrebbero valorizzate eventuali risorse del Volontariato e del Terzo Settore.

La comunicazione tra gli operatori e l’organizzazione di sistemi di comunicazione tra i vari operatori penitenziari sono elementi che influenzano positivamente la vita nel carcere.

Un ambiente ed un clima sociale positivo (riduzione della violenza all’interno delle carceri e controllo dei fenomeni di prevaricazione e bullismo) possono essere determinanti nel modificare lo stato di disagio delle persone detenute.

Un adeguato livello di informazioni fin dall’inizio per il detenuto sulle regole della vita in carcere e l’individuazione di operatori con cui il nuovo giunto possa instaurare un dialogo fin dall’inizio possono aiutare molto in una fase particolarmente critica.

Il Programma si articola nelle seguenti azioni:

1. Valutazione e monitoraggio dei nuovi ingressi con particolare attenzione ai detenuti stranieri¹ (a cura degli operatori sanitari e penitenziari):
 - Valutazione medica del nuovo giunto utilizzando la Scheda di “valutazione delle condotte auto-etero aggressive”.
 - Valutazione medico-psicologica del minore utilizzando la Scheda “detenuti nuovi giunti informatizzata al fine di prevenire rischi di autolesionismo/suicidio e favorire l’integrazione e la collaborazione tra sanitari, educatori e agenti di polizia penitenziaria”.
 - Rilevazione dello stato di salute dei detenuti, con particolare riferimento ai problemi di tipo psicologico e psichiatrico e all’uso/abuso di sostanze.
 - Monitoraggio dello stato di salute con cadenza periodica.
 - Osservazioni nel primo periodo del comportamento da parte degli agenti di polizia penitenziaria nel caso degli adulti, e degli educatori e agenti di polizia penitenziaria e dello psicologo nel caso dei minori.
2. Individuazione dei fattori di rischio (a cura di un gruppo di lavoro composto da operatori sanitari e operatori penitenziari):
 - Individuazione dei fattori detentivi-strutturali e sanitari in grado di favorire la scelta suicidaria o autolesiva da parte delle persone recluse
 - Individuazione e condivisione degli strumenti e delle azioni clinico-organizzative volte a prevenire azioni autolesive e suicidarie.
 - Individuazione dei fattori detentivi-strutturali e sanitari in grado di favorire la scelta suicidaria o autolesiva da parte delle persone recluse.

¹ Come previsto dalla Raccomandazione CM/Rec (2012) 12 del Comitato dei Ministri agli Stati Membri sui detenuti stranieri (adottata dal Comitato dei Ministri il 10 ottobre 2012 in occasione della 1152° riunione dei Delegati dei Ministri).

In particolare, andranno esaminati:

a) i fattori situazionali ed ambientali:

- ingresso,
- isolamento,
- sovraffollamento,
- ambiente conflittuale,
- comportamenti violenti

b) i fattori psicosociali:

- età,
- supporto sociale e familiare,
- malattia psichiatrica,
- abuso di sostanze,
- condizioni di stress,
- tratti personologici,
- vulnerabilità psicologica,
- malattie somatiche,
- sentimenti di disperazione,
- espressione di intenzionalità suicidaria.

3. Individuazione degli interventi di tipo ambientale relazionale: (a cura di un gruppo di lavoro composto da operatori sanitari e operatori penitenziari):

- Ridurre l'inattività
- Curare il clima sociale tra i detenuti
- Favorire le relazioni interpersonali ed i contatti con l'esterno
- Sperimentare "Centri di Ascolto", ad esempio con risorse interne ed esterne (volontari e Terzo Settore) o reti informali di ascolto e supporto
- Valutare la possibilità di sviluppare gruppi di auto mutuo aiuto.

4. Comunicazione efficace tra le varie professionalità (a cura dell'Unità operativa Sanità Penitenziaria e della Direzione dell'Istituto Penitenziario):

- Comunicazione e condivisione con il personale sanitario e penitenziario dei fattori di rischio individuati
- Comunicazione e condivisione con il personale sanitario e penitenziario degli interventi di tipo ambientale relazionale individuati
- Individuazione e condivisione degli strumenti e delle azioni finalizzate a migliorare la comunicazione tra personale sanitario e penitenziario e tra detenuti e personale
- Incontri multidisciplinari degli operatori sanitari e penitenziari, coinvolgendo quando necessario il personale esterno eventualmente coinvolto nella gestione dei detenuti
- Incontri (stile audit) con gli operatori sanitari e penitenziari dopo casi di suicidio o casi gravi di autolesionismo
- Funzionamento e condivisione, anche con il personale sanitario, dei risultati delle Commissioni previste dall'art. 27, comma 2 O.P., nonché dall'art. 41 comma 6 e dall'art. 42 comma 6, R.E..

5. Formazione ed aggiornamento congiunto del personale sanitario e penitenziario rivolta soprattutto a chi opera a diretto contatto con i detenuti (a cura della Regione e del PRAP/CGM):

- Realizzazione di percorsi formativi su:

- gli elementi base del dialogo,
- gli aspetti psicologici, sanitari, organizzativi e comunicativi all'interno dell'equipe
- il rapporto tra gli operatori sanitari e gli operatori penitenziari.