



*Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino*

**PIANO LOCALE DI
PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO**

PROTOCOLLO OPERATIVO TRA

ASL FROSINONE

E ISTITUTI PENITENZIARI DI

FROSINONE, CASSINO E PALIANO



**Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino**

PIANO LOCALE DI PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

Il Presente Protocollo è l'esito di un lavoro congiunto tra ASL Frosinone e Direzioni Penitenziarie di Frosinone, Cassino e Paliano che hanno messo in pratica quanto di seguito indicato. Non è pertanto un documento di mera programmazione, quanto di formalizzazione di accordi, procedure e azioni già messe a regime.

Il gruppo di lavoro è stato costituito dai Direttori degli Istituti interessati dal Responsabile UOSD Dipendenze e Psicopatologie nel circuito penitenziario Asl Frosinone e dal Responsabile UOSD Medicina Penitenziaria

INDICE

	Paragrafo	pag.
1.	Premessa	3
2.	Riferimenti normativi	3
3.	Inquadramento clinico	4
3.1	La prevenzione del suicidio	7
4.	Epidemiologia	7
4.1	Incidenza tentativi di suicidio	8
5.	L'attenzione alla fase di accoglienza	10
6.	Costituzione della rete e riunioni di staff intersistemico	12
7.	L'accoglienza	12
8.	La valutazione durante il periodo di detenzione	15
9.	Gestione e trattamento del rischio	16
10.	Gestione delle emergenze-urgenze	17
11.	Valutazione post facto e debriefing	18
12.	Formazione del personale e gestione dell'evento critico ex post	19
13.	Formazione e supervisione dei peer supporter e dei caregivers	20
14.	Documentazione degli eventi critici	22
15.	Monitoraggio del Piano locale di prevenzione	22
16.	Durata del Piano locale di prevenzione	23
1	Allegato-Scheda per Screening	
2	Allegato-Scheda di Accoglienza	
3	Allegato-Registro segnalazione rischio disturbo psichico, rischio auto lesivo e/o suicidario	



**Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino**

PIANO LOCALE DI PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

1. PREMESSA

Da anni l'Amministrazione Penitenziaria, i Servizi Sanitari e la popolazione civile hanno posto costante attenzione al drammatico fenomeno del suicidio all'interno degli Istituti di Pena e agli episodi di autolesionismo, entrambi monitorati come eventi critici.

Tali eventi richiamano la necessità di interventi sinergici e complessivi che possano innanzitutto dotarsi di una comprensione "comune" e che, di conseguenza, possano produrre azioni di prevenzione e tutela.

Le Amministrazioni centrali e regionali hanno provveduto ad emanare Linee Guida, Raccomandazioni e Protocolli al fine di accompagnare gli Enti preposti al livello locale nella realizzazione degli interventi appropriati dal punto di vista clinico e fattibili sotto il profilo organizzativo.

Analogamente la Comunità Scientifica nazionale ed internazionale produce conoscenza e spunti di riflessione utili per una migliore comprensione del fenomeno ed una corretta individuazione di efficaci strategie clinico-operative.

Si ritiene pertanto necessario assumere questi riferimenti, sia normativo-procedurali, sia clinico-scientifici, al fine di individuare le strategie e le azioni locali da realizzare, in sinergia, tra gli Istituti Penitenziari di Frosinone, Cassino e Paliano e l'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

L'attenzione sulla prevenzione di comportamenti anticonservativi è richiamato dalla normativa e dagli accordi interistituzionali sia nazionali che regionali.

- Decreto Leg.230/99: ribadisce il diritto alle prestazioni di prevenzione cura e riabilitazione previste nei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, anche con riferimento alla prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale;
- DPCM 1 aprile 2008: richiama alla necessità di adottare procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli eventi potenzialmente traumatici con la privazione della libertà e alla necessità di predisporre interventi di tutela della salute complementari agli interventi mirati al recupero sociale del reo. In questo ambito sono raccomandati accordi su Protocolli tra Amministrazione Penitenziaria e ASL - Dipartimenti di Salute Mentale;
- Accordo n. 5 Conferenza Unificata Stato – Regioni e P.A. del 19 gennaio 2012: approva il documento recante: "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale"; questo primo documento ha determinato la stipula di protocolli regionali;
- Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. U00026 del 23/01/2015; si richiama al citato Accordo in CU del 2012 e approva documento "Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio", sulla cui base è stata realizzata la sperimentazione presso CC. Civitavecchia e IPM Casal del Marmo;



**Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino**

PIANO LOCALE DI PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

- DIRETTIVA MINISTRO GIUSTIZIA del 02/05/2016 in tema di suicidi detenuti.
- Accordo n. 81 Conferenza Unificata Stato – Regioni e P.A. del 27 luglio 2017: approva il documento recante “*Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti*”, che alla luce delle sperimentazioni realizzate specifica la necessità di non ricondurre i comportamenti autolesivi e suicidari automaticamente nell’ambito di condizioni patologiche psichiatriche.
- Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. U00563 del 20 dicembre 2017: approva il documento “Assistenza per la tutela della salute mentale adulti in ambito penitenziario”, in cui è inserito lo schema per lo screening in accoglienza per la prima valutazione medica di presenza di rischio autolesivo e suicidario

3. INQUADRAMENTO CLINICO

Il suicidio assume ed ha sempre assunto valenze differenti nelle varie culture ed epoche storiche, con attribuzione di significati anche molto contrastanti tra loro quale, ad esempio, comportamento in antitesi alle norme religiose, comportamento mosso da problemi psichici, atto connesso ai livelli di integrazione sociale in termini di adesione o ribellione ai livelli di regolazione del sistema.

Le diverse letture del suicidio, di volta in volta, hanno messo in risalto le componenti sociali, individuali bio-psichiche, ovvero le valenze culturali, determinando di conseguenza la possibilità o l’interesse a trattare il suicidio come atto da poter prevenire e/o contrastare.

Da una delle revisioni di letteratura sulla Tipologia di detenuti morti per suicidio in carcere¹ emerge che le varie ricerche ed analisi effettuate rilevano differenti e non concordi fattori correlati all’evento critico (vedi fig. n.1)

¹A. Rivlin; F. Ferris, *A Typology of Male Prisoners Making Near- Lethal Suicide Attempts*, 2013 <https://www.researchgate.net/publication/236919753>



**Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino**

**PIANO LOCALE DI
PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO**

Fig. 1 – Studio comparativo di ricerche su tipologia di detenuti morti per suicidio o tentato suicidio

Author	Country	Typology of prison suicide/attempted suicide	Primary study methods used
Danto (1973)	US	1. Disgraced serious offender 2. Persistent but isolated recidivist 3. "Manipulative" suicide attempter	Psychological autopsy, analysis of prison files
Hatty and Walker (1986)	Australia	1. Previously suicidal, violent offender, remanded in custody 2. Prisoner unfit to plead or facing indefinite prospect of a Governor's Pleasure sentence, transferred to unfamiliar surroundings on a disciplinary measure 3. Young offender with history of convictions for property offences, with no job and no family for support	Analysis of prison files
Dooley (1990)	UK	1. Prison situation 2. Outside pressures 3. Guilt for offence 4. Mental disorder	Analysis of prison files
Liebling (1992)	UK	1. The psychiatrically ill 2. The serious offender facing a life sentence 3. Unpredictable young offender sentenced or facing charges for acquisitive offences and showing similar characteristics to the general prison population	Interviews with suicide attempters broadly defined
Lester and Danto (1993)	US	Based on Durkheim: 1. Egoistic 2. Fatalistic	Literature review
Liebling (1995)	UK	1. Poor copers 2. Long-sentence prisoners 3. Psychiatrically ill	Interviews with suicide attempters broadly defined
The present study	England and Wales	1. Prisoner unable to cope 2. Psychotic prisoner 3. Instrumental motive 4. "Unexpected" attempt 5. Prisoner withdrawing from drugs	Interviews with prisoners making near-lethal suicide attempts

Analoghe differenze tra fattori scatenanti il suicidio, si ritrova nelle revisioni di letteratura effettuate su studi relativi a detenuti che avevano messo in atto gravi tentativi di suicidio e con i quali è stato possibile effettuare osservazioni ed interviste a posteriori (R. Marzano; K. Hawton, al. 2016).

Dai vari studi sono derivati alcuni modelli sui fattori correlati al rischio di tentato suicidio e/o suicidio. Tra essi si fa riferimento allo storico Thersold Model (*Blumenthal and Kupfer, 1988*) che propone i seguenti fattori di rischio e di protezione:

- Fattori di rischio predisponenti
 - Familiarità
 - Genetica
 - Biologici individuali
 - Tratti di personalità (es. impulsività)
 - Fattori ambientali
- Fattori di rischio
 - Vulnerabilità specifica
 - Rappresentazione sociale
 - Condizioni psichiatriche (depressione, ansia, uso di sostanza, disturbo post traumatico da stress)
 - Fattori ambientali
- Fattori protettivi



**Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino**

PIANO LOCALE DI PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

- Flessibilità cognitiva
- Positivo supporto sociale
- Visione speranzosa
- Trattamenti per disordini psichiatrici e di personalità
- Fattori ambientali
- Fattori precipitanti
 - Disponibilità di strumenti (e metodi) per il suicidio
 - Eventi di vita recenti percepiti come umilianti
 - Fattori ambientali

Una interessante rassegna²(L. Marzano, K. Hawton 2016) tenta una sintesi dei fattori correlati al suicidio in carcere. I fattori individuati non assumono valenza di determinanti, ma si ritrovano più frequentemente associati all'evento critico. Tali fattori sono raggruppati nelle seguenti 4 macroaree:

Isolamento	• Lohner & Konrad, 2006; Marzano et al., 2010; Rivlin et al., 2010
Storia individuale	• Pregressi atti di autolesionismo / tentativi di suicidio • Pregressi trattamenti psichiatrici (ambulatoriali / ospedalieri) • Familiarità per suicidio • Blaauw et al., 2001; Bonner, 2006
Carceralizzazione	• Risultati contrastanti • Negative esperienze delle carcerazioni (Bullismo, ostilità...) • Blaauw et al., 2001; Marzano, Hawton, et al., 2011
Fattori clinici e psicosociali	• Sintomi depressivi (maschi), depressione maggiore (femmine), psicosi, sintomi ansia, misuso farmaci • Comorbidità • Aggressività, impulsività, traumi infantili, mancanza di speranza, basso supporto sociale e autostima • Lohner & Konrad, 2006; Rivlin, Hawton, et al., 2013

Anche da tali rassegne emerge, quindi, la non sovrapponibilità tra disturbo mentale e comportamento autolesivo e suicidario, come ribadito da tutta l'attuale letteratura scientifica che inoltre rileva che "le evidenze scientifiche sono tali da consentire di affermare che il suicidio non è prevedibile con un grado di certezza tale da poter disporre di metodi scientificamente dimostrati per poterlo prevenire"³

2 L. Marzano, K. Hawton 2016

3 M. Biondi, A. Iannitelli, S. Ferracuti "Sull'imprevedibilità del suicidio" in Riv Psichiatr 2016; 51(5): 167-171, Il Pensiero Scientifico ed.



**Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino**

PIANO LOCALE DI PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

3.1 LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

Ferma restando la non prevedibilità con certezza dell'atto anticoservativo, ed in particolare del suicidio, ampia letteratura illustra l'opportunità di realizzare alcune azioni che possano ridurre tali comportamenti, in concomitanza con i periodi / eventi di maggior rischio, rappresentati da:

- a) Primo mese di detenzione (*Zlodre&Fazel, 2012*)
- b) 4-5 anno di detenzione(*Frottier P. et al., 2002, Borrill J., 2002; Liebling A., 2006*)
- c) Eventi stressanti, quali separazioni, lutti, esiti di udienze, trasferimenti, ecc.

Le maggiori evidenze sull'efficacia di azioni preventive del suicidio in carcere sono relative (WHO, 2007) a:

- Favorire la possibilità di parlare con qualcuno (peer or staff support) (*Marzano, Fazel, et al., 2011; Rivlin et al., 2011*)
- Promuovere attività mirate ad uno scopo e significative interazioni sociali(*Leese, 2006; Liebling 2004*)
- Realizzare interventi contrastanti comportamenti di sopraffazione e prevaricazione (*Ireland, 2002*)
- Migliorare le condizioni del regime detentivo, es: maggior tempo fuori dalle stanze di pernottamento, condivisione della stanza con altri
- Favorire formazione e supporto tramite i pari (*Hall, Gabor, 2004*)
- Favorire i legami familiari
- Formazione e supervisione per il personale
- Assistenza specialistica per disagio mentale
- Accessibilità alle cure
- Miglior supporto in concomitanza di eventi stressanti

4. EPIDEMIOLOGIA

Dai dati epidemiologici dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ⁴ emerge che nel mondo i casi di suicidio sono circa 800 mila l'anno pari a 10,7 ogni 100.000 abitanti; per ogni suicidio avvenuto corrispondono inoltre molti casi non quantificabili di tentativi di suicidio. Il suicidio è la seconda causa di morte tra i giovani nella fascia di età tra i 15 e i 29 anni a livello globale e si verifica in tutte le regioni del mondo ma il 79% dei suicidi avviene nei paesi a basso e medio reddito.

Il tasso di suicidi è maggiore nei Paesi della regione geografica europea (14,1: 100.000 abitanti) e nei Paesi del Sud Est Asiatico (12,9: 100.000); nei paesi del mediterraneo orientale si registra il tasso di suicidi più basso (3,6: 100.000).

⁴Global Health Observatory (GHO) del WHO – Report 2017 con riferimento a dati 2015

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/> ; http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/



**Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino**

PIANO LOCALE DI PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

In Italia l'ISTAT registra, per il 2016, un tasso di suicidio pari al 7,1 per 100.000 abitanti (11,9 tra gli uomini e 2,9 tra le donne) con un trend in diminuzione rispetto agli anni passati. Inoltre, per ogni suicidio, ci sono più di 20 tentativi di suicidio che hanno anche un effetto a catena che incide su famiglie, amici, colleghi, comunità e società.

4.1 INCIDENZA TENTATI SUICIDI

In ambito penitenziario il tasso di suicidio è molto più elevato, sia al livello nazionale che internazionale, in relazione allo specifico impatto della condizione di restrizione delle libertà individuali. Dall'ultima rilevazione nazionale sugli "Eventi critici negli Istituti Penitenziari"⁵ emerge che nel 2022 i suicidi nelle carceri italiane sono stati 84, pari all'15,2% ogni 10.000 detenuti mediamente presenti e pari al 9,1% ogni 10.000 detenuti in custodia nell'anno di riferimento.

Negli Istituti Penitenziari provinciali si sono registrati i seguenti eventi critici:

Anno 2015

Istituto	Atti di autolesionismo	Tentati suicidi	Suicidi
CC. Frosinone	80	11	0
CC. Cassino	50	1	0
CR. Paliano	3	2	0

Anno 2016

Istituto	Atti di autolesionismo	Tentati suicidi	Suicidi
CC. Frosinone	70	6	1
CC. Cassino	54	7	0
CR. Paliano	5	2	0

Anno 2017

Istituto	Atti di autolesionismo	Tentati suicidi	Suicidi
CC. Frosinone	126	4	0
CC. Cassino	109	3	0
CR. Paliano	3	0	0

2018

Istituto	Atti di autolesionismo	Tentati suicidi	Suicidi
CC. Frosinone	161	0	0
CC. Cassino	109	13	0
CR. Paliano	6	3	0

2019

Istituto	Atti di autolesionismo	Tentati suicidi	Suicidi
CC. Frosinone	173	8	0
CC. Cassino	114	5	0
CR. Paliano	8	0	0

⁵https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?facetNode_1=0_2&contentId=SST788178&previosPage=mg_1_14



**Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino**

PIANO LOCALE DI PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

2020

Istituto	Atti di autolesionismo	Tentati suicidi	Suicidi	Sciopero della fame e della sete	Rifiuto del vitto della amministrazione	Suicidi
CC. Frosinone	65	5	0			
CC. Cassino	58	3	0			
CR. Paliano	11	1	0			

2021

Istituto	Atti di autolesionismo	Tentati suicidi	Suicidi	Sciopero della fame e della sete	Rifiuto del vitto della amministrazione	Astensione dalla somministrazione Della terapia farmacologica
CC. Frosinone	105	20	1	1	81	6
CC. Cassino	30	3	0	73	-	1
CR. Paliano	2	0	0	5	0	4

2022

Istituto	Atti di autolesionismo	Tentati suicidi	Suicidi	Sciopero della fame e della sete	Rifiuto del vitto della amministrazione	Astensione dalla somministrazione Della terapia farmacologica
CC. Frosinone	98	12	1	8	48	9
CC. Cassino	56	8	0	57	-	3
CR. Paliano	2	0	0	5	0	4

2023 (date di rilevazione effettuate nel secondo semestre del 2023)

Istituto	Atti di autolesionismo	Tentati suicidi	Suicidi	Sciopero della fame e della sete	Rifiuto del vitto della amministrazione	Astensione dalla somministrazione Della terapia farmacologica
CC. Frosinone	122	18	1	23	40	15
CC. Cassino	146	16	0	65	-	7
CR. Paliano	-	-	-	-	-	-



**Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino**

PIANO LOCALE DI PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

5. L'ATTENZIONE ALLA FASE DI ACCOGLIENZA

- Riferimenti all'istituzione del Servizio "Nuovi Giunti"
- «all'atto dell'ingresso nell'istituto i soggetti sono sottoposti a visita medica generale allo scopo di accertare eventuali malattie fisiche o psichiche» (art. 11 della Legge n. 354/75 e successive modifiche)
- «valutazione globale di massima sul livello di rischio» (...) e dare «specifiche indicazioni immediate per il personale responsabile dell'assegnazione del detenuto» (circolare D.A.P. n. 3233/5683 del 30.12.1987)
- «è chiara la consapevolezza, da parte dell'Amministrazione, della impossibilità, attraverso il colloquio con il nuovo giunto, di ottenere un esame completo di personalità ed una diagnosi che orientino a previsioni infallibili ed assolute sui rischi..... è comunque necessario realizzaretutti gli interventi possibili, e innanzitutto l'indagine dettagliataevitando di livellare sistematicamente e senza motivazione verso l'alto l'indicazione del grado di rischio» (circolare D.A.P. n. 3245/5695 del 16.05.1988)
- Si susseguono negli anni '90 altre Circolari esplicative
- “l'intervento operato dal servizio nuovi giunti non risulti fine a se stesso e non si limiti alla mera individuazione e classificazione, nell'apposita scheda, del rischio di autolesionismo o suicidario” ed a cui faccia seguito “una effettiva «presa in carico» dei detenuti classificati a rischio ed avviati all'interno delle sezioni, sia da parte del personale addetto alla vigilanza sia soprattutto degli operatori dell'area trattamentale e sanitaria e di quello del servizio specialistico di psichiatria per i soggetti che abbiano manifestato disagio psichico o più gravi forme di disagio ambientale (nota D.A.P. del 10.02.1998 e Circolare del 12.05.2000)
- all'atto del suo ingresso in istituto, per verificare se, ed eventualmente con quali cautele, possa affrontare adeguatamente lo stato di restrizione (DPR 230/2000)
- istituire o potenziare, laddove già esistente, il servizio di accoglienza per le persone detenute provenienti dalla libertà, attuando un raccordo tra quanto già disposto in passato con il servizio nuovi giunti (D.A.P. 6 giugno 2007, n. 0181045)
- Il concetto di accoglienza come evoluzione della semplice “Accettazione”:
- Circolare 6 giugno 2007 D.A.P.
- In questo intervallo di tempo (*periodo dell'accoglienza*), oltre a essere sottoposto a visite di controllo, al detenuto viene fornita l'opportunità di ricevere dettagliate INFORMAZIONI SUI SERVIZI (sanitari, trattamentali etc.) offerti dal carcere, nonché la possibilità di incontrare l'educatore (cui spetta il compito di informare il detenuto straniero della possibilità di accedere ad un mediatore culturale), e gli operatori di polizia penitenziaria (motivati e formati allo scopo), con l'ausilio del mediatore culturale, laddove presente (.)



**Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino**

PIANO LOCALE DI PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

- In sintesi, le finalità del servizio di accoglienza possono così riassumersi:
 - scelta dell'allocazione più confacente ai bisogni del detenuto nuovo giunto;
 - riduzione dell'impatto con la realtà carceraria e delle tensioni che possono verificarsi alla prima esperienza detentiva;
 - osservazione immediata, diretta e congiunta, della persona detenuta da parte di operatori delle diverse aree del carcere;
 - approfondimento diagnostico, promozione di richiesta di cura, attivazione di immediati interventi di sostegno, progettazione concordata di uno schema di massima a medio-lungo termine degli interventi di area sanitaria, sociale-educativa e formativa di cui il detenuto può usufruire.



*Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino*

PIANO LOCALE DI PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

II PARTE – IL PIANO LOCALE

6. COSTITUZIONE DELLA RETE E RIUNIONI DI STAFF INTERSISTEMICO

Come previsto dal Piano Nazionale, in ambito locale sono responsabili della realizzazione del Piano i Direttori degli Istituti Penitenziari di Frosinone, Cassino e Paliano, il Responsabile UOSD Dipendenze e Psicopatologie nel circuito penitenziario, il Responsabile UOSD Medicina Penitenziaria nonché i Dirigenti sanitari operanti negli istituti.

Concorre alla realizzazione del Piano tutto il personale operante negli Istituti, afferente sia all'Amministrazione Penitenziaria, sia all'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone. È previsto il coinvolgimento anche del personale volontario che afferisce in Istituto, previa adeguata formazione. Le azioni del Piano prevedono inoltre la partecipazione attiva di detenuti, adeguatamente formati e sostenuti nella funzione di peer supporter.

Tutti i soggetti indicati svolgono funzioni di osservazione e di attenzione verso casi o situazioni che mostrano specifiche vulnerabilità e che potranno essere segnalate al fine di attivare interventi specifici.

La buona realizzazione del Piano prevede che siano strutturati momenti di incontro, di scambio informazioni e di progettazione congiunta a favore dei singoli soggetti detenuti ritenuti a rischio.

Gli incontri di staff multidisciplinare per i casi da “attenzionare” o in Misure di Sorveglianza sono previsti di massima con le seguenti cadenze:

- CC. Frosinone: cadenza quindicinale o al bisogno
- CC. Cassino: cadenza mensile o al bisogno
- CR Paliano: cadenza mensile o al bisogno

I responsabili della realizzazione del Piano effettuano, di norma, un incontro annuo di monitoraggio ed eventuale revisione del Piano stesso.

Alle riunioni è invitato il Garante dei Diritti dei Detenuti della Regione Lazio per gli Istituti di Frosinone e Cassino; per la Casa di Reclusione di Paliano, l'invito al Garante, verrà esteso quando necessario e/o possibile.

7. L'ACCOGLIENZA

La fase di accoglienza rappresenta un periodo di particolare importanza nella vita detentiva. Qualora il detenuto giunga dalla libertà, e ancor più se è alla prima carcerazione, l'ingresso in Istituto comporta un radicale cambiamento della quotidianità, delle relazioni, delle prospettive. Anche qualora l'ingresso sia a seguito di trasferimento, su istanza di parte o ancor più disposto direttamente dall'Amministrazione Penitenziaria, esso comporta una riorganizzazione delle relazioni e delle abitudini. In entrambi i casi, anche se con valenze differenti, l'ingresso costituisce quindi un evento di forte impatto, con risposte differenti in relazione a differenti caratteristiche individuali, quali la modalità di gestione dello stress, la resilienza, specifiche vulnerabilità, le competenze relazionali, cognitive ed affettive.



**Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino**

PIANO LOCALE DI PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

Spesso viene posto in secondo piano l’altro fattore che determina l’impatto dell’ingresso in Istituto Penitenziario dato dall’ambiente stesso, con le sue caratteristiche peculiari in termini di organizzazione, qualità delle relazioni, regole esplicite e soprattutto implicite.

È necessario poter agire su entrambi le componenti: conoscenza del detenuto per valutarne i fattori di rischio e protettivi e azione sull’ambiente al fine di contenerne gli elementi potenzialmente patogeni e promuovere tutti gli aspetti evolutivi.

Pertanto, la fase di accoglienza, comprende sia azioni sull’individuo, che azioni sul sistema.

a. La valutazione del rischio individuale in ingresso

La valutazione del rischio è effettuata sia al momento dell’ingresso, sia con periodici follow up in base alle segnalazioni che pervengono dalle osservazioni dei diversi operatori del sistema penitenziario e sanitario.

Da quanto emerso dalla letteratura scientifica, dalle indicazioni suggerite dal Piano Nazionale la valutazione del rischio comprende aspetti differenti dell’individuo, non riducibili al solo piano clinico psicopatologico.

Pertanto è importante non delegare alla esclusiva valutazione clinica la rilevazione di rischio autolesivo e/o suicidario.

Il primo contatto con l’Istituto avviene con Polizia Penitenziaria che registra dati relativi a:

- Dati anagrafici, con indicazione di età
- Tipologia carcerazione (prima carcerazione, ingresso dalla libertà, trasferimento, ecc)
- Precedenti eventi critici se già in possesso dell’Amministrazione Penitenziaria (tentativi di suicidio, autolesionismo, ecc.)
- Date di udienze

A tale proposito la modulistica sarà utilizzata da ciascuna Direzione Penitenziaria tenendo conto della peculiarità di ciascuno Istituto.

Successivamente il detenuto effettua la prima visita Medica (Assistenza sanitaria penitenziaria ASL FR), con funzioni di controllo delle condizioni generali di salute e di prima valutazione di specifici rischi, che determinano segnalazioni ai competenti servizi sanitari specialistici. Questa valutazione coincide con lo screening per la valutazione del rischio di disturbo da uso di sostanze, del rischio di disturbo mentale e del rischio di comportamenti suicidari ed auto o etero lesivi. Detto screening è unificato in relazione alle aree di sovrapposizione dei citati rischi, ma si differenzia nelle specifiche conclusioni cliniche. In particolare, per la valutazione del rischio suicidario, auto e/o etero lesivo il Medico di Medicina Generale (Medico Incaricato ovvero Guardia Medica) effettua la visita ed il colloquio clinico secondo quanto indicato dal DCA regionale (allegato 1), considerando quali elementi principali:

- Familiarità o pregressi comportamenti anticonservativi
- Uso di sostanze



**Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino**

PIANO LOCALE DI PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

- Disturbo psichico già diagnosticato e/o trattato
- Sintomatologia in atto
- Esito valutazione

Al termine della visita il Medico esprime il proprio parere in relazione al grado di rischio: Assente, Basso, Medio, Alto (Allegato 1) e richiede, qualora necessario, al personale di Polizia Penitenziaria, l'applicazione di Misure di Sorveglianza Intensificata.

Nella stessa giornata di ingresso, quando possibile, ovvero successivamente al primo turno di presenza in Istituto, l'Educatore effettua il primo colloquio con una duplice finalità: a) conoscenza di ulteriori elementi importanti per la valutazione complessiva del rischio suicidario, auto-eterolesivo; b) informazione al detenuto sull'organizzazione, attività dell'Istituto, al fine di renderlo edotto e partecipe del processo di espiazione della pena e riabilitativo.

Gli elementi valutati attraverso colloquio e analisi della documentazione disponibile, dall'Educatore sono:

- Presenza/assenza di componenti familiari e supporto familiare
- Scolarità e lavoro abituale
- Eventi vitali pregressi stressanti (lotti, separazioni, malattie, ecc)
- Qualità della vita di relazione (di coppia, di famiglia amicale)

A tale proposito la modulistica sarà utilizzata, da ciascuna Direzione Penitenziaria, tenendo conto della peculiarità di ciascuno Istituto.

Ulteriore elemento di analisi, da effettuarsi al primo turno di presenza in Istituto, è effettuata dallo psicologo clinico (UOC Dipendenze e Psicopatologie nel circuito penitenziario – DSMPD della ASL FR) che, attraverso il colloquio, l'osservazione diretta e l'utilizzo del Questionario sul Benessere Generale (GHQ-12) valuta:

- Status psichico generale comprensivo di presenza/assenza psicopatologia in atto
- Familiarità per psicopatologia e/o rischio autolesivo e suicidario
- Progettualità
- Modalità di gestione dello stress e capacità di coping

Lo psicologo clinico conclude la valutazione (Allegato 2) con indicazioni di assenza/ presenza di condizioni per le quali si rende necessario approfondimento diagnostico, anche in urgenza, segnalandolo al Medico Incaricato ed ai colleghi della UOSD di appartenenza (Psichiatra e Medico delle Dipendenze) (Allegato n.3). Richiede, qualora necessario, al Personale di Polizia Penitenziaria, l'applicazione di Misure di Sorveglianza Intensificata, informandone anche il Medico Incaricato.

Le conclusioni, scaturite dalle valutazioni multiprofessionali, effettuate dai professionisti dell'Amministrazione Penitenziaria e della ASL di Frosinone, vengono riportate in un'unica scheda, nel rispetto dei diritti alla privacy dei dati sensibili, che contiene:

(da Piano Nazionale)



*Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino*

PIANO LOCALE DI PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

Dati anagrafici

Presenza/assenza di componenti del nucleo familiare specificandone il grado di parentela
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)

Date salienti (soprattutto delle Udienze, sapendo che l'avvicinarsi o il rinvio di tali date rappresenta fonte di grande stress per il detenuto ma anche ricorrenze significative per la persona)

Abitudini (uso di tabacco, alcolici, ecc.)

Informazioni sanitarie (presenza di patologie psichiatriche, di dipendenze, o altre patologie)

Fattori di rischio (Ambientali: alloggio singolo piuttosto che condiviso da più persone, ecc.; Comportamentali: aggressività eterodiretta, autodiretta, ecc.; Psicologici: insoddisfazione della vita, paure e/o aspettative negative per il futuro, ecc.; Situazionali: rifiuto di partecipare ad attività, di usufruire di ore d'aria, tutto ciò che evidenzia una tendenza all'isolamento; Specifici: pensieri suicidari, piani suicidari, ecc.)

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)

Eventi critici (comportamenti autolesivi, tentativi di suicidio, comportamenti di tipo dimostrativo, ecc.)

Fattori protettivi (supporto sociale, familiare, relazione sentimentale stabile, buone capacità di adattamento all'ambiente, ecc.)

8. LA VALUTAZIONE DURANTE IL PERIODO DI DETENZIONE

La valutazione del rischio suicidario, auto e/o etero-lesivo deve essere garantita durante tutta la permanenza detentiva, attraverso un periodico monitoraggio dei casi più vulnerabili, ovvero con segnalazione di eventi critici o potenzialmente scatenanti la messa in atto di comportamenti anticonservativi.

Gli eventi da porre sotto attenzione, che saranno pertanto monitorati dal personale di Polizia Penitenziaria e dagli Educatori sono:

- Colloqui con familiari, qualora gli stessi abbiano prodotto particolare tensione o preoccupazione; ovvero segnalazioni di allarme date dagli stessi familiari dopo i colloqui
- Corrispondenza, qualora cessino le comunicazioni di norma presenti ovvero per detenuti che non abbiano mai scambi epistolari con familiari
- Processi, dando rilievo alle reazioni del detenuto in relazione ad esito di udienze e alle scadenze processuali, che corrispondono a periodi di particolare vulnerabilità
- Relazioni tra detenuti, con particolari caratteristiche relative a comportamenti di isolamento sociale, di violenza subita, di aggressività



**Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino**

PIANO LOCALE DI PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

Gli eventi da porre sotto attenzione, che possono essere monitorati dal personale sanitario(medico, psichiatra, psicologo, assistente sociale) sono relativi a:

- insorgenza o refertazione di particolari patologie, soprattutto se con prognosi non favorevole
- insorgenza di sintomatologia non coerente con il quadro psichico di base

Ulteriori segnalazioni che necessitano di attenzione possono essere poste da avvocati, magistrati in concomitanza di colloqui o udienze, anche a seguito di informazione sulla approvazione del presente Piano locale.

Le eventuali annotazioni di presenza di rischio sono trascritte nella cartella clinica, fascicoli educatore, ecc. e sono segnalate, tramite comunicazioni, per discussione congiunta durante il primo staff interistituzionale programmato, anche per casi urgenti.

Con la segnalazione del rischio si avvia/riavvia un percorso analogo a quello già citato per la valutazione di ingresso.

I detenuti dimittendi, per i quali persiste il rischio anticonservativo, possono essere segnalati allo staff intersistemico che valuterà l'opportunità di una eventuale, successiva comunicazione, da parte dell'area salute mentale della Asl di Frosinone, ai servizi sanitari territoriali di appartenenza del dimettendo, per la presa in carico dello stesso garantendo la continuità terapeutica.

9. GESTIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Nei casi segnalati per presenza di rischio suicidario o autolesivo è predisposto un piano di trattamento, in cui si individuano le azioni di monitoraggio e le azioni di supporto.

Le Misure di Sorveglianza (Intensificata ed eccezionalmente a Vista) possono essere richieste dal personale sanitario, qualora le indicazioni di rischio provengano da un quadro di psicopatologia in atto, ovvero da altro personale, qualora il rischio suicidario o autolesivo, si manifesti con comportamenti o atteggiamenti sospetti comunque da verificare.

Nel caso di Misure di Sorveglianza Intensificata richieste dal personale sanitario, verrà effettuato controllo sanitario periodico, da parte dello specialista psichiatra e/o psicologo, con cadenza stabilita in funzione dello specifico quadro clinico e comunque quanto meno quindicinale, nel quale sarà valutata l'opportunità del mantenimento o meno della misura.

Il caso sarà comunque valutato nel primo staff multidisciplinare utile che verificherà, prima del passaggio alla vita comune, un eventuale periodo di monitoraggio.

Nel caso di Sorveglianza a Vista, la valutazione sanitaria avverrà almeno due volte al giorno, con valutazione del quadro clinico generale e circa l'opportunità di mantenimento o meno la misura; durante l'esecuzione della misura saranno applicate le indicazioni dell'art.73.7⁶ del DPR 230/2000.

Misure estremamente gravose quali la Sorveglianza a vista, specie se protratte nel tempo, sono ai limiti della garanzia della dignità umana e comunque possono alimentare il rischio che la situazione

⁶art.73.7 DPR 230/2000 La situazione di isolamento dei detenuti e degli internati deve essere oggetto di particolare attenzione, con adeguati controlli giornalieri nel luogo di isolamento, da parte sia di un medico, sia di un componente del gruppo di osservazione e trattamento, e con vigilanza continuativa ed adeguata da parte del personale del Corpo di Polizia Penitenziaria.



**Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino**

PIANO LOCALE DI PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

psicologica, psichica e generale del detenuto riceva ulteriore nocimento sotto altri profili ed elementi eziologici. Il loro protrarsi, peraltro, denota spesso situazioni di impossibilità per il soggetto di inserimento a vita comune e quindi può assumere particolare importanza la proposta all'autorità giudiziaria di altre misure, quali quella dell'accertamento dell'infermità psichica ai sensi dell'art.112⁷ DPR 230/2000 in altri istituti dotati di articolazione della salute mentale e/o il trasferimento nelle fattispecie previste dall'art. 111⁸ del DPR230/2000.

Tra le azioni di supporto rientrano:

- Piano, con specifica ri-modulazione, del trattamento intramurario educativo-riabilitativo
- Allocazione/ riallocazione in funzione delle caratteristiche dell'individuo e dei compagni di alloggio, evitando di norma il ricorso all'isolamento;
- Supporto alle istanze di trasferimento per motivi familiari o altro;
- Trattamento clinico sanitario/ qualora in presenza di specifica psicopatologia;
- Inserimento, qualora possibile, in un programma di peer supporter;

10. GESTIONE DELLE EMERGENZE – URGENZE

Al fine di permettere un intervento tempestivo nelle ipotesi di gesti autolesivi, in particolare tentativi di suicidio, la Direzione di concerto con la Direzione sanitaria, deve far in modo che tutti gli operatori penitenziari e sanitari siano adeguatamente preparati per intervenire tempestivamente, coinvolgendo, eventualmente per la formazione, anche enti come la Croce Rossa e la Protezione Civile; Il personale dovrà essere formato inoltre anche sulle corrette modalità di comunicazione necessarie per fronteggiare l' emergenza.

⁷ Art.112DPR 230/2000 *Accertamento delle infermità psichiche*. L'accertamento delle condizioni psichiche degli imputati, dei condannati e degli internati, ai fini dell'adozione dei provvedimenti previsti dagli articoli 148, 206, 212, secondo comma, del codice di procedura penale, dagli articoli 70, 71 e 72 del codice di procedura penale e dal comma 4 dell'articolo 111 del presente regolamento, è disposto, su segnalazione della direzione dell'istituto o di propria iniziativa, nei confronti degli imputati, dall'autorità giudiziaria che procede, e, nei confronti dei condannati e degli internati, dal magistrato di sorveglianza. L'accertamento è espletato nel medesimo istituto in cui il soggetto si trova o, in caso di insufficienza di quel servizio diagnostico, in altro istituto della medesima categoria.2. L'autorità giudiziaria che procede o il magistrato di sorveglianza possono, per particolari motivi, disporre che l'accertamento sia svolto presso un ospedale psichiatrico giudiziario, una casa di cura e custodia o in un istituto o sezione per infermi o minorati psichici, ovvero presso un ospedale civile. Il soggetto non può comunque permanere in osservazione per un periodo superiore a trenta giorni.

⁸Art. 111.DPR 230/2000 *Ospedali psichiatrici giudiziari, case di cura e custodia, istituti esezioni speciali per infermi e minorati fisici e psichici..*Gli imputati e i condannati, ai quali nel corso della misura detentiva sopravviene una infermità psichica che non comporti, rispettivamente, l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza o l'ordine di ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia, sono assegnati a un istituto o sezione speciale per infermi e minorati psichici.La direzione dell'ospedale psichiatrico giudiziario o della casa di cura e custodia informa mensilmente le autorità giudiziarie competenti sulle condizioni psichiche dei soggetti ricoverati ai sensi degli articoli 148, 206 e 212, secondo comma, del codice di procedura penale. I soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente per l'esecuzione della pena possono essere assegnati agli istituti o sezioni per soggetti affetti da infermità o minorazioni psichiche quando le loro condizioni siano incompatibili con la permanenza negli istituti ordinari. Gli stessi, quando le situazioni patologiche risultino superate o migliorate in modo significativo, sono nuovamente assegnati agli istituti ordinari, previo eventuale periodo di prova nei medesimi.



**Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino**

PIANO LOCALE DI PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

A tal fine, gli apparecchi radio dovranno essere sempre funzionanti e a disposizione del personale che ne è stato dotato. A cadenze periodiche (max semestrale) dovranno essere svolte delle simulate. Si deve assolutamente evitare che detenuti sottoposti a sorveglianze intensificate per rischi autolesivi o comunque definiti fragili possono pernottare in camere singole se non prescritto.

Situazioni emergenziali riguardano anche i trattamenti sanitari obbligatori il cui iter è ben disciplinato dall'art. 33 legge 833\1978.

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio deve essere distinto dall'Accertamento Sanitario Obbligatorio. Anche in tali situazioni è necessario ottenere l'Ordinanza del Sindaco.

Diversa la situazione di necessità che si ravvede nelle fattispecie di cui all'art.54 codice Penale e nell'art.41 punto 3 della legge 354/1975 (tentativi di suicidio o altri gravi gesti autolesivi ecc.)

11. VALUTAZIONE POST-FACTO EDEBRIEFING

All'esito di un evento infausto o che ha rischiato di esserlo, diventa necessario un tempestivo e serio approfondimento e un'attività di documentazione volta ad una valutazione congiunta post-facto, mediante il confronto collegiale multi-professionale, documentato nel verbale dello staff multidisciplinare.

Non va trascurato, infatti, il delicato problema degli effetti traumatici che la consumazione dell'evento critico può produrre sui detenuti e sugli operatori, in quanto l'impatto di un suicidio ha sempre un peso psicologico ed emotivo da gestire: ecco perché, è importante e necessaria una rielaborazione da parte del personale che ha assistito all'evento traumatico, adeguatamente e congiuntamente supportato, a livello sanitario e psicologico.

In queste situazioni è utile realizzare programmi di “debriefing”, termine con cui si indica un intervento finalizzato a fornire una prima risposta ad un evento fortemente traumatico, per condividere pensieri, esperienze ed emozioni suscite dall'evento stesso. L'obiettivo del debriefing è di ridurre lo stress e prevenire sequele psichiatriche come il disturbo da stress acuto o un disturbo post-traumatico da stress (PTSD). Le attività sono concordate e svolte congiuntamente tra l'area sanitaria e penitenziaria.

Così come riportato dal Piano Nazionale è necessario considerare:

- *Il carattere volontario della partecipazione susseguente ad un'offerta informata di intervento*
- *Diversità di questo intervento da qualunque altro tipo di approfondimento o valutazione dei fatti*
- *Carattere di ascolto non finalizzato ad altro che al sostegno dei partecipanti*
- *Informalità degli incontri con esclusione di attività formale o di verbalizzazione o di relazione finale*
- *Finalizzazione dell'intervento teso a prendere in esame gli stati d'animo e non la dinamica dei fatti;*
- *Conduzione al di fuori della struttura penitenziaria ed effettuata da personale idoneo in sede neutra*



**Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino**

PIANO LOCALE DI PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

Analogia modalità congiunta può essere utilizzata anche per quei detenuti che hanno vissuto direttamente e/o da vicino l'evento traumatico, ad es. del proprio compagno di stanza o di sezione.

12. FORMAZIONE DEL PERSONALE E GESTIONE DELL'EVENTO CRITICO EX POST

La Direzione della ASL di Frosinone e le Direzioni degli Istituti interessati organizzeranno periodicamente e, in maniera congiunta, eventi formativi rivolti al personale sanitario e penitenziario, per la gestione del rischio suicidario.

L'obiettivo della formazione è lo sviluppo nel personale della capacità di cogliere segnali di disagio, intercettare comportamenti che possano essere rilevatori di detto disagio e/o di tendenza depressiva e generare soluzioni integrate che favoriscano la creazione di una rete di attenzione e supporto relazionale ai soggetti a rischio.

E' opportuno che, con appositi incontri informativi e formativi, il presente protocollo venga, appunto, presentato a tutti gli operatori penitenziari anche appartenenti al volontariato (in particolare a quelli a più diretto contatto con la quotidianità detentiva), affinché le misure previste nel presente Protocollo siano poi concretamente attuate.

L'aumento della consapevolezza e l'acquisizione di elementi di conoscenza teorica ed operativa consentirà di ridurre alcune visioni stereotipate che limitano la sensibilità e la possibilità di adottare procedure più congrue ed efficaci, sia con riferimento al momento preventivo che a quello dell'intervento in situazioni di emergenza.

In termini generali ed indicativi, i piani formativi (locali e possibilmente del Superiore Provveditorato) dovranno prevedere le seguenti aree di approfondimento:

- Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie in ambito penitenziario;
- Elementi fenomenologici del suicidio e degli eventi autolesivi;
- Indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- Modello operativo generale;
- Diffusione del presente Protocollo
- Fattori ambientali, psicologici e comportamentali specifici predisponenti ai comportamenti suicidi;
- Benessere organizzativo e ricadute sugli operatori;
- Temi relativi a strategie di corretta comunicazione e relazione, lavoro in equipe, gestione dei conflitti, esercizio della leadership e gestione della responsabilità: il personale coinvolto (e non solo, ma anche i detenuti) in un evento traumatico, infatti, deve saper comunicare adeguatamente con gli operatori sanitari chiamati in via d'urgenza, in modo da potere prevedere quanto necessario, già durante l'avvicinamento al luogo dell'evento;
- Approfondimenti clinici ed esperenziali sugli aspetti relativi alla gestione dell'aggressività e le tecniche di *de-escalation*;



**Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino**

PIANO LOCALE DI PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

- Approfondimenti su aspetti clinico-terapeutici sull'utilizzo degli psicofarmaci in carcere, gestione delle emergenze e delle urgenze e riabilitazione;
- Aggiornamento sulla riforma dell'ordinamento penitenziario e della medicina penitenziaria, anche in relazione alla chiusura degli OPG e sulla normativa vigente in materia di trattamento dei disturbi mentali, quali ad es. il TSO (Trattamento sanitario obbligatorio), l'ASO (Accertamento sanitario obbligatorio).
- Gestione delle urgenze ed emergenze: in merito a tale ultima tematica, è necessario essere ben consapevoli che il tempo di reazione all'evento e la qualità dei primi soccorsi sono essenziali per fare la differenza tra la vita e la morte.

Non è un caso che la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità evidenzia che, soprattutto il personale regolarmente a contatto con i detenuti, deve essere opportunamente addestrato e formato anche al PRIMO SOCCORSO e alle fondamentali tecniche di rianimazione cardio-polmonare. All'interno del percorso formativo possono essere previsti specifici moduli BLS e BLSD, organizzati in forma congiunta nel rispetto della condivisione di programmazione, risorse ed attività.

L'adeguatezza degli interventi dovrà essere anche periodicamente testata, attraverso esercitazioni/simulate per la verifica delle procedure definite per ogni situazione di emergenza, in termini di tempestività, efficacia ed efficienza delle azioni previste e poste in essere.

Nella pianificazione delle attività formative, da mettere in campo a livello locale, deve essere privilegiata una formazione quanto più snella – e non per questo meno efficace ed efficiente nella realizzazione degli obiettivi. Fatte salve iniziative realizzate dalle Articolazioni superiori, i corsi da organizzare a livello locale dovranno avere almeno cadenza annuale.

A fronte delle carenze di Polizia Penitenziaria e del personale del Comparto Funzioni Centrali che, purtroppo, spesso non facilitano la continuità dell'esperienza formativa, ciascuna Direzione si impegna ad individuare moduli organizzativi idonei al conseguimento degli obiettivi prefissati, ad es. prolungamento dell'orario di lavoro ordinario per due o tre ore giornaliere. Analogi impegno sarà assicurato dalle componenti di medicina penitenziaria, sia con riferimento al personale discente, sia per il personale docente, tenendo conto delle risorse umane ed economiche delle due amministrazioni.

In ultimo, ma non certo per importanza, è auspicabile una verifica periodica dell'applicazione del presente Protocollo, in base alle esperienze vissute, anche per approfondire il confronto e la valutazione dei programmi.

13. FORMAZIONE E SUPERVISIONE DEI PEER SUPPORTER E DEI CAREGIVERS

Per perseguire l'obiettivo di realizzare cambiamenti di comportamenti e di atteggiamenti che incidono sul livello di salute e sul benessere personale nel contesto detentivo, l'attenzione della ricerca e delle prassi psicosociali ed educative è stata posta sulla sperimentazione di nuove metodologie, tra queste quella dell'intervento dei peer supporter è tra le più accreditate. Nello



*Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino*

PIANO LOCALE DI PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

specifico, la metodologia del peer support viene sperimentata e, in non pochi contesti attuata, ai fini della promozione del benessere ed in particolare della riduzione del rischio suicidario.

Si tratta di fornire un approccio concreto ad una problematica molto seria quale è quella dell'adattamento al contesto carcerario per i detenuti particolarmente fragili che presentino un vero disagio psichico. In particolare la prospettiva si è, da sempre focalizzata sulla prevenzione del rischio suicidario ed irischidi aggressività auto edeterodiretta.

Tale metodologia può essere definita, in ambito carcerario, come un processo caratterizzato da pratiche di aiuto e sostegno, di detenuto a detenuto, e da una comunicazione orizzontale, tra detenuto e detenuto, di messaggi, esperienze, conoscenze che agiscono nella dimensione della quotidianità. La dimensione di comunicazione orizzontale e di scambio di saperi tra pari pone il peer support certamente vicino alle metodologie del mutuo-autoaiuto, ma se ne discosta per quanto concerne il carattere terapeutico: il peer support ruota attorno alla vita quotidiana.

L'attività non semplice di peer supporter, espletata a titolo gratuito e che si rivolge a soggetti fragili o a rischio e con disagi psicofisici, presuppone anch'essa un'adeguata formazione ed addestramento. Con detti percorsi formativi si offre un'opportunità a detenuti di diventare coach nel sostenere nella quotidianità altri detenuti - in un ruolo, quindi, "alla pari" - in una fase esistenziale e/o clinica di particolare fragilità di quest'ultimi.

E' opportuno, quindi, che percorsi formativi debbano essere promossi dalla ASL e dall'Amministrazione Penitenziaria ed essere tenuti in primis dal personale sanitario, dal personale specialistico della salute mentale, del Ser.d, ma anche vedere coinvolti gli operatori del trattamento. I percorsi formativi, peraltro, dovranno consentire innanzitutto l'acquisizione, per il detenuto, di strumenti e competenze semplici ed orientate sui concetti base della relazione d'aiuto. La figura del peer supporter non deve essere, invero confusa con un ruolo vero e proprio di badante, né la creazione di tale figura trasforma i detenuti in operatori.

Le Direzioni degli Istituti Penitenziari individueranno soggetti ristretti con specifiche caratteristiche volte a facilitare il buon esito dell'attività formativa e della successiva attività "sul campo". E' prevedibile che gli stessi detenuti partecipanti traggano un significativo beneficio dall'esperienza formativa e dalla concreta operatività proprio in termini di miglioramento personale.

Accanto alla formazione dei peer supporter risulta, alquanto utile, proprio in un'ottica di aiuto e di sostegno alle persone detenute che presentano problemi fisici e disagi psichici, la formazione dei caregivers.

Il Caregiver è una persona che assiste, nel mondo penitenziario, senza alcun compenso, un proprio compagno non ingrado di svolgere autonomamente gli atti necessari alla vita quotidiana, a causa dell'età, di una disabilità più o meno momentanea o di malattia. In carcere, il c.d. "piantone" è persona priva di preparazione specifica, pur dovendo supportare in termini relazionali ed assistenziali detenuti prevalentemente non autosufficienti. I corsi di formazione delle persone detenute che vanno a svolgere il compito di caregivers sono necessari perché forniscono elementi utili su come dare qualità assistenziale al proprio compagno, come aiutarlo nelle funzioni di vita quotidiana, come relazionarsi con lui, come operare in un'ottica di sicurezza e come affrontare



**Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino**

PIANO LOCALE DI PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

eventuali situazioni di primo soccorso; a tal riguardo è necessario avere nozioni, ad esempio, in merito all'igiene degli alimenti, all'igiene della persona, all'aiuto nel movimento e mobilizzazione in poche parole preparare il detenuto “vicino a chi ti sta vicino”.

14. DOCUMENTAZIONE DEGLI EVENTI CRITICI

Nel caso di eventi sentinella si attuerà un Audit; a tale scopo è opportuno predisporre una scheda congiunta di accertamento e documentazione dell'evento, per individuare le aree di criticità e la esistenza di margini di miglioramento delle situazioni in analoghe situazioni, da parte dei diversi attori. Gli eventi critici, autolesivi e suicidari sono documentati in apposito registro cartaceo e/o informatizzato con gli identificativi anagrafici dei detenuti valutati. Mentre l'esito delle rilevazioni sui singoli detenuti, con le relative schede compilate e contenute nel diario clinico, dovranno seguire il detenuto nel nuovo istituto penitenziario e nel caso vi sia stato un rischio di suicidio registrato nella sua storia detentiva, questo andrà segnalato al DSMdi residenza del paziente.

15. MONITORAGGIO DEL PIANO LOCALE DI PREVENZIONE

Perché il Protocollo possa essere uno strumento effettivo, è importante non solo il monitoraggio periodico dello stesso, ma monitorare anche i “*fattori di contesto*” in cui calare gli obiettivi del presente Protocollo che deve tener conto che, in un ambiente, non funzionale al benessere della personale detenuta, il rischio anticonservativo e auto/etero aggressivo tende inevitabilmente ad aumentare; diventa imprescindibile dunque una valutazione della incidenza dei fattori ambientali sul fenomeno in argomento; in tale ottica, obiettivo condiviso delle Direzioni degli Istituti Penitenziari e della Direzione Sanitaria, è un’attività sinergica di rilevazione di eventuali lacune e criticità e, conseguentemente, di pianificazione degli interventi necessari per migliorare sia la situazione relazionale all'interno della comunità penitenziaria, sia le condizioni generali di vivibilità e l'utile occupazione del tempo della detenzione.

Nell'ambito dei “*fattori di contesto*”, afferenti al sistema delle relazioni, le due Amministrazioni dovranno monitorare il radicamento di una positiva atmosfera di relazioni professionali, funzionale all'integrazione e al coordinamento degli interventi degli operatori sanitari e penitenziari.

Consapevoli della stretta correlazione tra il raggiungimento degli obiettivi ed il rafforzamento di adeguati livelli di benessere organizzativo del proprio personale penitenziario e sanitario, deve essere impegno delle due Amministrazioni approfondire le dinamiche ergonomiche per l'individuazione di eventuali aree di criticità e per l'assunzione di ogni utile iniziativa integrata che possa migliorare l'esistente.

Facendo riferimento alle disposizioni dipartimentali (lettera circolare DAP n. 177644 del 26 aprile 2020, n. 585 dell'11 settembre 2010, n. 86411 dell'11 maggio 2011), ciascuna Direzione penitenziaria, potrà curare il miglioramento delle relazioni tra i detenuti con i propri familiari e la



**Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino**

PIANO LOCALE DI PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

tutela della genitorialità in carcere, anche organizzando – congiuntamente alla Asl, iniziative tese ad accrescere l'autostima genitoriale.

Va da sé che l'impegno comune delle due Amministrazioni ad ottimizzare i fattori di contesto, secondo le rispettive attribuzioni e sulla base delle risorse umane e finanziarie disponibili, perseguitrà anche l'obiettivo di migliorare *"le condizioni generali di sicurezza e di vivibilità"*, nonché gli altri profili del trattamento penitenziario, cui sono sottesi i diritti fondamentali dei detenuti, per la concreta realizzazione dei bisogni primari della persona (diritti all'integrità fisica, alla salute mentale, alla tutela dei rapporti familiari e sociali, all'integrità morale e culturale).

In particolare, con riferimento al diritto alla salute, la ASL si impegna a migliorare i propri servizi di diagnosi, cura ed assistenza; identico impegno, con riferimento alla garanzia anche degli altri diritti, sarà assunto da ciascuna Direzione penitenziaria, nell'ambito del Progetto di Istituto in cui, funzionale al raggiungimento di un clima di benessere, può essere utile programmare lavori di ordinaria e straordinaria manutenzione del fabbricato e degli impianti, interventi logistici per l'assistenza ed il sostegno di detenuti con disabilità motoria e sviluppo di ogni possibile strategia che possa garantire una costruttiva occupazione del tempo quotidiano, da parte dei detenuti.

16. TENUTA DEL PIANO LOCALE DI PREVENZIONE

Attraverso l'azione di monitoraggio, nell'ambito di riunione, almeno con cadenza annuale, si valuterà la tenuta del Piano Locale che si riterrà automaticamente rinnovato per un ulteriore anno. Si terrà sempre conto, comunque, di eventuali ulteriori disposizioni nazionali e/o regionali, nonché di cambiamenti organizzativi e gestionali delle due Amministrazioni.



SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

ASL
FROSINONE



REGIONE
LAZIO

Casa Circondariale di Frosinone
Casa di Reclusione di Paliano
Casa Circondariale di Cassino

PIANO LOCALE DI
PREVENZIONE RISCHIO SUICIDARIO E/O AUTOLESIVO

Approvato e Sottoscritto:

- Commissario Straordinario Asl Frosinone Dr.ssa Sabrina Pulvirenti

PULVIRENTI SABRINA
2024.01.19 14:16:29

CN=PULVIRENTISABRINA
C=IT
2.5.4= PULVIRENTI
2.5.4.42=SABRINA

RSA/2048 bits

- Direttore Casa Circondariale Frosinone Dr.ssa Teresa Mazzocca

B. Mazzocca Nasolo



- Direttore Casa Circondariale Cassino Dr. Francesco Cocco

François Cocco



- Direttore Casa Reclusione Paliano Dr.ssa Anna Angelini

Anna Angelini

