

All. B)



REGIONE CALABRIA  
*Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari*

**PROTOCOLLO OPERATIVO REGIONALE PER LA PREVENZIONE DEL  
RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO NEI SERVIZI MINORILI RESIDENZIALI  
(I.P.M, C.P.A. E COMUNITA' MINISTERIALI) DELLA CALABRIA**

A cura di:

**Gruppo di Lavoro Giustizia minorile nominato dall'Osservatorio Permanente sulla Sanità Penitenziaria**

## SOMMARIO

### SOMMARIO

<b>1. Premessa</b>	<b>pag. 3</b>
<b>2. Quadro normativo di riferimento</b>	<b>pag. 5</b>
<b>3. Approfondimenti teorico-scientifici</b>	<b>pag. 6</b>
<b>4. Principi generali</b>	<b>pag. 6</b>
<b>5. Il lavoro congiunto</b>	<b>pag. 7</b>
<b>6. L'ideazione suicidaria</b>	<b>pag. 8</b>
<b>7. Piani Locali di Prevenzione</b>	<b>pag. 9</b>
<b>8. Gruppo Valutazione Multidisciplinare (G.V.M)</b>	<b>pag. 10</b>
<b>9. Elementi essenziali dei Piani Locali di Prevenzione</b>	<b>pag. 11</b>
<b>10. Anamnesi e gestione del soggetto a rischio</b>	<b>pag. 13</b>
<b>11. Azioni immediate a seguito dell'evento</b>	<b>pag. 15</b>
<b>12. Debriefing post evento</b>	<b>pag. 16</b>
<b>13. Monitoraggio e valutazione</b>	<b>pag. 17</b>
<b>14. Formazione</b>	<b>pag. 17</b>
<b>15. Conclusioni</b>	<b>pag. 18</b>

## **1. Premessa**

Le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità emanate nel 2007 relativamente alla "prevenzione del suicidio nelle carceri", rilevano i fattori individuali ed ambientali che favoriscono l'innalzamento dello stress favorendo l'aumento del rischio autolesivo e suicidario. Tra questi, la detenzione appare essere una condizione particolarmente stressogena tanto che il D.P.C.M. del 01/04/2008, che disciplina le modalità di trasferimento delle funzioni di sanità penitenziaria al SSN, attribuisce particolare rilievo all'adozione di procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà, ed esecuzione degli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo, nonché l'attivazione di programmi mirati alla riduzione del rischio suicidario (allegato A del DPCM 1/4/2008).

Nel suddetto allegato A, tra gli "Obiettivi di salute e livelli essenziali di assistenza", è specificatamente perseguita "la riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio attraverso l'individuazione dei fattori di rischio".

Il suicidio di minorenni e giovani adulti sottoposti a restrizione della libertà personale infatti, è considerato a livello internazionale uno dei maggiori problemi di salute pubblica.

Com'è noto, in età adolescenziale e giovanile la privazione della libertà, la separazione dalla famiglia e dal gruppo dei pari e l'isolamento, costituiscono importanti fattori di rischio suicidario.

L'Accordo sancito in Conferenza Unificata Stato Regioni: "Accordo, ai sensi dell'art 9 del D Lvo 28/08/1997 n. 281, sul documento proposto dal tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante "Linee d'indirizzo per l'assistenza sanitaria ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria" (Rep n. 82 – CU) del 26/11/2009", evidenzia l'importanza di attivare una presa in carico multidisciplinare ed integrata con i servizi sanitari sin dalla prima fase d'ingresso del minore nel circuito penale, al fine di garantire una valutazione complessiva finalizzata alla rilevazione dei suoi bisogni essenziali, come ripreso dall'Accordo approvato in Conferenza Unificata del 19/01/2012 "Accordo ai sensi della conferenza Unificata rep 5/CU "*Linee d'indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale*".

Alle Regioni e alla Giustizia Minorile viene successivamente demandato, dal documento del 2012, il compito di costituire un gruppo di lavoro tecnico scientifico istituzionale che, operando in un sistema integrato di interventi con il Sistema Sanitario Nazionale, elabori un programma operativo di

prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili definito in Calabria con Deliberazione n. 353 del 18/10/2013, che ha recepito il richiamato Accordo C.U. del 2012.

L'attuazione di tale Accordo è stato oggetto di monitoraggio, realizzato nell'ambito delle attività del Tavolo di Consultazione Permanente della Sanità Penitenziaria. Tale attività ha evidenziato come la sperimentazione non sia stata realizzata in maniera uniforme mettendo in luce una difformità dell'attuazione dell'accordo sia in relazione ai contenuti dei programmi che nell'articolazione degli stessi e nelle procedure operative. Da qui la necessità di ridefinire i protocolli operativi locali per la definizione ed attuazione, nei Servizi Minorili residenziali (IPM, CPA e Comunità), di specifiche prassi operative, integrate e interistituzionali, di valutazione e monitoraggio del rischio autolesivo e suicidario.

E' questo l'obiettivo dell'accordo approvato nella Conferenza Unificata del 26/10/2017 relativo al *“Piano Nazionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità”*.

Nel predetto Piano Nazionale è previsto che ciascuna Regione predisponga un modello di protocollo operativo regionale per la prevenzione dei comportamenti autolesivi e/o suicidari nei servizi residenziali minorili.

L'obiettivo è orientato alla costruzione di un modello interistituzionale volto al sostegno e al supporto individualizzato al minore ed alla sua presa in carico da parte di un'équipe multiprofessionale in grado di rilevare i segnali di disagio, sofferenza e angoscia, spesso prodromici a manifestazioni autolesionistiche o comportamenti suicidari.

Momento centrale del Piano regionale è la fase di valutazione del rischio, il cui scopo è quello di pervenire tempestivamente ad una visione congiunta, multidisciplinare e interistituzionale.

A tal fine saranno ridefiniti i Piani Operativi Locali, in modo che si prendano in considerazione anche gli aspetti socio-familiari, culturali e di provenienza dei minori/giovani adulti, comprensivi di strumenti standardizzati al fine di ridurre al minimo l'elemento valutativo soggettivo.

Altro elemento determinante per la proficua attuazione del Piano sarà la formazione congiunta del personale al fine di fornire agli operatori strumenti utili sia all'intercettazione dei segnali critici che alla corretta interpretazione degli eventi, per un'adeguata gestione dell'intervento conseguente all'evento stesso.

Il Centro di Giustizia Minorile (CGM) per la Calabria, organo periferico del Dipartimento per la giustizia minorile e di Comunità (DGMC), coordina gli interventi sul territorio delle Corti d'Appello di Catanzaro e Reggio Calabria, assicura l'esecuzione delle misure penali, tutela i minori tra i 14 ed i 18 anni e/o giovani adulti dai 18 ai 25 anni per reati commessi da minorenni.

Nel territorio di competenza del CGM vi è un unico Istituto penitenziario minorile (IPM) maschile con una capienza di 23 minori/giovani adulti fino al 25° anno di età, il Centro di Prima Accoglienza annesso all'IPM, accoglie utenza di ambo i sessi di età tra i 14 e i 17 anni. Sul territorio Calabrese sono presenti anche due Comunità Ministeriali maschili di cui una a Catanzaro (capienza 10 minori e/o giovani adulti) e una a Reggio Calabria (capienza 6 minori e/o giovani adulti), che accolgono utenza sottoposta a misure cautelari o di comunità. Sono presenti sul territorio anche due Uffici di Servizio Sociale per Minorenni (USSM) di Catanzaro e Reggio Calabria, servizi non residenziali ma che prendono in carico tutti i minori e giovani adulti segnalati dall'Autorità Giudiziaria minorile in ogni fase e grado del giudizio che possono essere altresì accompagnati in strutture comunitarie private del territorio, in rapporto di convenzionamento con questo Centro.

## **2. Quadro normativo di riferimento**

La cornice normativa entro la quale vengono disegnati gli indirizzi del presente documento è rappresentata dalle seguenti fonti normative:

- D.P.R. 448/88 “Disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni”;
- D. Lgs. 272/89 “Norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del DPR 448/88”;
- Legge 26 luglio 1975 n. 354 “Norme sull’ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà” e successive modificazioni ed integrazioni;
- D.P.R. 30 giugno 2000 n. 230 “Regolamento recante norme sull’ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà”;
- D. Lgs 2 ottobre 2018, n.121 “Disciplina dell’esecuzione delle pene nei confronti dei condannati minorenni, in attuazione della delega di cui all’articolo 1, commi 81, 83 e 85, lett. p) della legge 23 giugno 2017, n.103”;
- Allegato A del DPCM 1° aprile 2008 “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria” che riserva, in particolare, una specifica attenzione alla tematica della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario;
- Accordo della Conferenza Unificata Stato-Regioni del 26 novembre 2009, ai sensi dell’art 9 del D Lvo 28/08/1997 n. 281, sul documento proposto dal tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante “Linee d’indirizzo per l’assistenza sanitaria ai minori sottoposti a provvedimento dell’Autorità Giudiziaria” (Rep n. 82 – CU) del 26/11/2009”;

- Decreto del Presidente della Giunta regionale n.91 del 19/06/2013 “Linee di indirizzo per la presa in carico integrata dei minori sottoposti ai provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria”;
- Accordo del 19/01/2012 ai sensi della conferenza Unificata rep 5/CU “*Linee d’indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale*” contenente nell’allegato A le “Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”;
- Deliberazione della Regione Calabria Dipartimento Tutela della Salute e Politiche sanitarie Osservatorio Regionale Permanente sulla sanità penitenziaria n.353 del 18.10.2013 “Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”;
- Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”, stipulate congiuntamente dal Ministero della Salute e dal Ministero della Giustizia, e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 10 Febbraio 2012;
- Piano Nazionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei Servizi Minorili del Dipartimento Giustizia Minorile e di Comunità” elaborato dalla Conferenza Unificata Stato/Regioni del 26 ottobre 2017.
- Convenzione internazionale sui diritti dell’infanzia approvata dall’Assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989.

### **3. Approfondimenti teorico-scientifici**

Nella redazione del presente documento si è tenuto conto degli approfondimenti tecnico-scientifici redatti dalla comunità scientifica Nazionale ed Internazionale tra cui il documento “Prevenzione del suicidio nelle carceri” redatto dall’OMS nel 2007 e il documento “Condotte suicidarie: un’analisi nel sistema degli istituti penali minorili” Osservatorio sulla devianza minorile Nisida (NA) 2010.

### **4. Principi generali**

Gli atti di autolesionismo compiuti in carcere si prestano ad interpretazioni diverse, e nella maggior parte dei casi, si manifestano con fini esibitivi/manipolativi/ provocatori, interpretabili spesso come espressione di profonde angosce destrutturanti non altrimenti elaborabili.

La riflessione parte dal presupposto che il suicidio, al pari di ogni altro comportamento umano, specie se eclatante, costituisce un atto comunicativo. Per comprendere la condotta suicidaria è necessario, pertanto, cercare di coglierne i significati (auto) attribuiti e, in chiave preventiva, il modo in cui gli adolescenti o i giovani adulti percepiscono l'ambiente carcerario e quali risorse ritengono di poter attivare per interagire al suo interno.

Affrontare il tema delle condotte suicidarie nel carcere minorile significa, preliminarmente, interrogarsi sul sistema dei fattori di rischio e di protezione propri dell'incontro tra il sistema detentivo e l'adolescente, ma anche e soprattutto di quei messaggi e/o segnali di disagio che non sempre le Istituzioni e gli operatori sono nelle condizioni di poter percepire.

La prevenzione del rischio suicidario, che deve essere oggetto di segnalazione da parte di tutti gli attori interessati, necessita l'attenzione sui seguenti elementi fondamentali:

- la presa in carico congiunta dei soggetti che esprimono un disagio;
- l'autolesionismo e il tentato suicidio;
- la valutazione tempestiva della percezione del rischio, e approccio olistico dello stesso;
- formazione congiunta e continua del personale per la prevenzione e gestione degli eventi autolesivi ed autosoppressivi;
- umanizzazione della pena attraverso attività lavorative e ludiche atte ad incentivare il miglioramento della situazione psicologica dell'utente;
- valutazione delle condizioni ambientali e relazionali dell'utente per evitare l'isolamento.

## **5. Il lavoro congiunto**

Premessa l'opportunità di un lavoro sinergico tra i diversi professionisti nella presa in carico della popolazione minorile presente nell'Istituto per Minori e/o nelle Comunità portatore di disagio, appare fondamentale che gli operatori sanitari e penitenziari siano in grado di intercettare, ognuno con i propri strumenti e competenze, l'elemento predittivo del suicidio dal punto di vista clinico e comportamentale che è "l'ideazione suicidaria", il quale sembra essere uno dei diversi passaggi per arrivare alla concretizzazione dell'atto suicidario.

Appare fondamentale, al fine di individuare tempestivamente la comparsa dell'ideazione di un pensiero suicidario, che gli operatori possano essere specificatamente formati e siano informati circa le motivazioni scientifiche sul suicidio. La prevenzione del suicidio, infatti, parte da una corretta informazione e formazione, nonché conoscenza del fenomeno e capacità degli operatori a lavorare in maniera congiunta per una visione completa e complessa del fenomeno ed un orientamento alla promozione del benessere dei minori e giovani presenti e degli operatori.

## **6. L'ideazione suicidaria**

L'adolescenza, periodo della vita a cui appartengono per buona parte i minori e giovani presenti negli Istituti minorili o collocati nelle Comunità, è una fase di profondi cambiamenti in cui i ragazzi si trovano in condizioni di particolari fragilità e vulnerabilità ad eventuali processi patologici. Nel processo di costruzione dell'identità, la stima di sé è estremamente precaria e si può assistere a momenti di esaltazione alternati a momenti di depressione.

L'ideazione suicidaria, negli adolescenti, come per gli adulti, è considerata il primo fattore di rischio per il comportamento suicidario. Riconoscere la presenza di un pensiero suicidario, consente di prevenire la concretizzazione del comportamento autosoppressivo. Le migliori strategie di prevenzione si realizzano in contesti in cui i professionisti hanno gli strumenti idonei per intercettare l'ideazione suicidaria.

La scelta del suicidio per quanto si configuri come una decisione dell'individuo, avviene in un assetto psicologico in cui c'è restringimento di opzioni e alternative. Nel contesto detentivo il restringimento delle idee, il ritiro dalle persone e dal mondo relazionale, assumono una portata maggiore in termini di cristallizzazione del pensiero su un funzionamento dicotomico, in quanto la restrizione della libertà finisce col rendere il soggetto assolutamente dipendente dal contesto anche per l'appagamento di molte esigenze "fondamentali" sia per la vita individuale che relazionale.

L'Istituto Penale per Minori pur mantenendo la centralità del progetto educativo, mantiene elevati livelli di "sicurezza" e tende a riproporre al suo interno le caratteristiche tipiche di una istituzione totale fino a mettere in crisi l'identità.

I suggerimenti per la gestione della crisi suicidaria partono dal riconoscimento e dall'esplorazione del pensiero suicidario, contestuale e storico. L'esplorazione della storia del pensiero suicidario può essere, infatti, utile per mettere in luce i fattori di rischio specifici per quell'individuo e permettere il riconoscimento della vulnerabilità alla quale sarà possibile dare una risposta all'interno di uno specifico programma d'intervento individuale.

L'O.M.S. ha spesso posto l'attenzione al rischio autolesionistico nel circuito penale minorile e dei giovani adulti, ribadendo che per i più giovani sottoposti a provvedimenti di restrizione della libertà personale, già il solo allontanamento dalla famiglia e dagli amici rappresenta un fattore di incremento di rischio autolesionistico e suicidario.

Gli atti autolesionistici rappresentano messaggi non verbali di richiesta, evidenza o sfida e richiedono una certa ocularità. Alcune volte rinviano ad una certa teatralità frutto del bisogno di catturare l'attenzione per instaurare un rapporto, altre volte rappresentano un fenomeno drammatico in cui istinti inconsci e sentimenti distruttivi prendono il sopravvento all'interno di una situazione non ulteriormente tollerabile.

Mentre una persona che tenta il suicidio cerca di porre fine a tutte le sensazioni, chi si auto-ferisce cerca una soluzione per rimanere in vita e continuare ad andare avanti attraverso il sollievo temporaneo dal disagio psicologico.

La *mission* degli operatori del settore, di contenere ed alleviare emozioni dilaganti e struggenti per continuare a rimanere in vita, deve prevedere l'osservazione, la prevenzione e la cura nell'evidenziare il disagio e nell'attuare ogni strategia utile al sostegno, al contenimento e al superamento di quello stato emozionale.

## **7. Piani Locali di Prevenzione**

Il Piano Nazionale prevede un modello organizzativo articolato su tre livelli: nazionale, regionale, locale, ove gli operatori delle Amministrazioni della Giustizia Minorile e della Salute sono costantemente presenti e rappresentati.

Il presente documento regionale ha lo scopo di fornire indirizzi a livello locale al fine di consentire la redazione del Piano locale o l'aggiornamento di quello esistente, con la più ampia condivisione e concretezza tra le parti interessate.

In linea con il Piano nazionale, il Piano Locale dovrà prevedere il coinvolgimento di tutte le componenti professionali, volontarie e detenute raggruppate in quattro aree operative:

### ***Area direttiva***

Costituita da chi svolge le funzioni di governo della struttura e a cui spettano le decisioni operative da intraprendere in base agli elementi di conoscenza che la rete multidisciplinare e interistituzionale pone alla sua attenzione.

### ***Area dell'attenzione e del sostegno tecnico-clinico***

Costituita da figure clinico-professionali che operano a diretto contatto con i minori ospitati nelle Comunità ministeriali e con quelli ristretti presso l'IPM e che possono cogliere sintomi e/o richieste di attenzione e di cura: personale sanitario che attiverà, secondo le specifiche professionalità, un primo sostegno e procederà alla segnalazione del caso come rete multidisciplinare e interistituzionale.

### ***Area dell'attenzione e del sostegno tecnico-pedagogico***

Costituita dal personale dell'area pedagogica, deputata alle relazioni educative significative con i minorenni e giovani adulti, nonché alla rilevazione ed al primo sostegno di situazioni di fragilità, sofferenza e/o regressione comportamentale. Detto personale provvederà all'immediata segnalazione alla rete multidisciplinare e interistituzionale anche utilizzando propri strumenti di rilevazione.

### ***Area dell'attenzione e del sostegno specialistico della sicurezza (solo IPM)***

Costituita dal personale di Polizia Penitenziaria che, in più costante e continuativo contatto con i giovani ristretti, può cogliere, talvolta più tempestivamente, eventuali segnali di sofferenza e di disagio che possono evolvere in comportamenti autolesivi e/o suicidari. I suddetti operatori, oltre ad un primo sostegno, secondo la specifica professionalità, avranno cura di segnalare alla rete multidisciplinare/interistituzionale quanto da loro osservato.

Sono inoltre da considerare risorse indispensabili all'efficacia della rete multidisciplinare:

- i volontari, i ministri di culto e gli operatori di enti ed associazioni esterne che a vario titolo entrano in contatto con i ragazzi, i quali possono intercettare casi di fragilità e segnalarli agli operatori sanitari e/o dell'area tecnica;

- i compagni alloggiati nella stessa stanza detentiva che, come evidenziato dall'OMS, possono raccogliere manifestazioni di sofferenza ed allertare il personale penitenziario e/o sanitario.

I livelli locali (IPM, CPA, CM e ASP) elaboreranno i propri Protocolli Operativi secondo le presenti linee di indirizzo, accertandone la sostenibilità e praticabilità, questa sarà oggetto di monitoraggio da parte della Regione e del Dipartimento della giustizia minorile.

Come già indicato, l'indirizzo che le realtà locali dovranno adottare sarà quello di coinvolgere tutti gli attori del sistema penitenziario e sanitario, compresa la componente detenuta, al fine di attivare una rete di attenzione più possibile estesa e capillare, che consenta di rilevare eventuali segnali di disagio e sofferenza emotiva, in correlazione con il rischio autolesivo e/o suicidario.

È fondamentale, quindi, riconoscere ed implementare il modello di lavoro **multidisciplinare**, già esistente, tra le diverse aree di intervento, penitenziario e sanitario, per intercettare e trattare in modo coordinato, celere, adeguato e continuo, le criticità dei minori e giovani adulti in carico.

### **8. Gruppo Valutazione Multidisciplinare (G.V.M)**

Nei servizi minorili residenziali (IPM, CPA e Comunità) viene istituito in modo formale il Gruppo di Valutazione Multidisciplinare (GVM).

Tale Gruppo multidisciplinare è composto dalle diverse figure professionali appartenenti al servizio sanitario (medici, neuro e psichiatri, psicologi, infermieri) e alla giustizia minorile (direttore, funzionari giuridico-pedagogici, assistenti sociali, polizia penitenziaria, volontari, mediatori culturali, ecc.).

Il coordinamento del GVM verrà svolto dal Direttore del Servizio Minorile (IPM, CPA o Comunità). Ogni segnalazione di rischio dovrà pervenire alla Direzione dell'Istituto che provvederà all'immediata convocazione del GVM. La segnalazione può essere avanzata immediatamente da chiunque evidenzia un elemento di potenziale rischio.

La riunione del GVM si terrà nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le 24 ore (il termine temporale dovrà essere valutato in base alla permanenza del soggetto nel servizio) dalla rilevazione della situazione di rischio segnalata. In attesa della riunione formale, dovranno essere previste tutte le azioni di cautela corrispondenti al livello di rischio stimato nello screening all'ingresso.

Nel GVM si definisce la gestione congiunta e coordinata del minore e gli immediati interventi di sostegno.

Per ciascuna riunione dovrà essere redatto apposito verbale come memoria delle valutazioni e decisioni assunte e costituirà, inoltre, un ulteriore strumento di comunicazione. Il registro dei verbali sarà custodito presso l'ufficio del Direttore e sarà firmato da tutti i presenti nonché allegato al diario clinico del minore.

## **9. Elementi essenziali dei Piani Locali di Prevenzione**

A livello locale, nel corso della detenzione, possono emergere avvenimenti, circostanze, percezioni che aumentano lo stress. Nella biografia dei suicidi, nelle settimane e nei mesi precedenti ricorrono molti di tali fattori. La quotidianità porta molti operatori penitenziari a presidiare luoghi ed accadimenti che possono essere, se non predittivi, quantomeno significativi rispetto ad eventi stressogeni potenzialmente pericolosi.

I Piani Operativi Locali saranno elaborati tenendo conto di alcuni elementi essenziali:

### ***a) Valutazione del rischio all'ingresso***

I Piani locali dovranno prevedere un adeguato modello gestionale del caso a rischio, mediante:

- Una valutazione iniziale;
  - Un'attivazione della presa in carico integrale;
  - Un uso di strumenti di rivalutazione *in itinere* dei soggetti a rischio autolesivo e/o suicidario e conseguente ridefinizione dei programmi individualizzati;
  - Una chiara modalità di comunicazione e collaborazione della rete di attenzione e sostegno.
- L'attività di valutazione iniziale, ampiamente articolata e puntualmente definita, oltre agli aspetti psicologici, deve tenere in debita considerazione gli aspetti socio-familiari, culturali ed etnici dei minorenni/giovani adulti, eventualmente, anche attraverso l'utilizzo di reattivi standardizzati, al fine di ridurre al minimo il fattore soggettivo di valutazione del rischio.

Oltre agli indicatori enunciati dall'OMS (fattori comuni, situazionali e psicosociali) sono stati individuati i seguenti fattori di rischio:

- disagio psichico;

- stato di abuso o dipendenza patologica (ex D.P.C.M. 12.01.2017);
- condizione di minore straniero non accompagnato (abbandono forzato del paese di origine);
- situazioni di conflitto armato/guerra, ecc.
- eventi critici familiari (abbandoni, separazioni, lutti);
- violenze subite (maltrattamenti e abusi intesi sia in termini di trascuratezza, incuria, ipercura e abusi psicologici e/o sessuali);
- presenza nel funzionamento psicologico della tendenza a comportamenti antisociali, eterolesivi di tipo proattivo e premeditato.

Tale strumento sarà utilizzato all'interno del Gruppo Valutazione Multidisciplinare per definire gli opportuni interventi e sarà parte integrante del fascicolo personale del detenuto.

***b) Segnalazione allarme e/o evento critico***

Come già più volte espresso, il personale che opera all'interno della struttura ed il personale sanitario, rileveranno, attraverso adeguate procedure contemplate dal protocollo locale, le eventuali condizioni di fragilità e sofferenza, identificabili come fattori di rischio e i segnali di allarme di possibili agiti critici, sia in fase iniziale di ingresso che nel corso della permanenza nella struttura minorile. Tale segnalazione sarà finalizzata all'attivazione dell'equipe multidisciplinare e interistituzionale.

***c) Colloqui e corrispondenza***

L'assenza di colloqui visivi e telefonici, nonché contatti epistolari, con la famiglia o figure di riferimento significative, può essere considerato un fattore di rischio e pertanto va tenuto in debita attenzione. Sarà necessario monitorare anche l'impatto del colloquio con il familiare sul minore e giovane adulto, al fine di rilevare eventuali criticità familiari. Grande importanza assume, pertanto, l'instaurazione di un buon livello di comunicazione degli operatori dell'Area tecnica (funzionari dell'area giuridico pedagogica) con i familiari dei minori e giovani sottoposti a provvedimenti di restrizione della libertà personale, ai quali vanno dedicati momenti specifici di ascolto.

Per i minorenni e i giovani adulti, per i quali non è possibile effettuare i colloqui a causa della lontananza della famiglia, sarà indispensabile garantire diverse e soddisfacenti forme di comunicazione quali ad esempio le video-chiamate.

#### ***d) Processi e notifiche***

Gli interventi educativi e sanitari non possono prescindere dall'iter processuale che sta vivendo il minore/giovane adulto e che rende indispensabile un costante scambio di comunicazioni tra l'Ufficio matricola, l'Area tecnica e l'Area Sanitaria.

Particolare attenzione da parte del personale dell'area educativa, sanitaria e di sicurezza sarà posta al momento della notifica degli atti giudiziari a forte valenza emotiva che, inevitabilmente, determinano una condizione di stress con possibile, conseguenziale, agito autolesivo.

Il personale di scorta che accompagna il giunto all'udienza, adeguatamente formato, riferirà al funzionario giuridico pedagogico e allo psicologo di riferimento, se non presenti all'udienza, le eventuali reazioni e comportamenti disfunzionali che possono costituire un segnale di allarme, offrendo nel contempo un primo intervento di sostegno e di supporto.

#### ***e) Dinamiche di gruppo***

Tutte le aree operative (educativa, sanitaria e di sicurezza) dovranno porre attenzione alle dinamiche di gruppo segnalando eventuali situazioni di allarme al fine di attivare interventi integrati e interprofessionali sia sul singolo che sul gruppo stesso.

Si segnala, al riguardo, che una condizione di rischio potrebbe essere identificata nelle dinamiche di espulsione/prevaricazione/isolamento da parte di altri minori e giovani presenti nel gruppo, anche con funzione di leadership.

#### ***f) Dimissioni***

Il momento della remissione in libertà del giovane o comunque della modifica della misura è particolarmente delicato. Appare evidente che un adeguato programma di reinserimento sociale, in vista dell'uscita, debba contemplare un potenziamento della collaborazione con l'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni, la presa in carico da parte del Servizio Sociale per i Minorenni, la presa in carico da parte del Servizio sociale territorialmente competente, sia del soggetto interessato che della famiglia.

### **10. Anamnesi e gestione del soggetto a rischio**

Alla rilevazione della presenza di un rischio autolesivo e/o suicidario deve corrispondere necessariamente un programma di gestione, oltre che trattamentale, del caso.

Le fasi del programma di gestione devono prevedere:

- collocazione del soggetto nella camera di pernottamento;
- osservazione interprofessionale del soggetto;
- verifica dell'eventuale possesso o disponibilità di oggetti pericolosi;
- interventi sanitari;
- interventi educativi;
- intervento di supporto da parte di peer supporter.

In ogni caso di rilevazione del rischio autolesivo e/o suicidario, sarà immediatamente attivata la procedura gestionale integrata prevista nel piano locale di prevenzione, con le indicazioni relative ai primi interventi di allocazione, sostegno e controllo e all'individuazione delle figure professionali a tal fine preposte.

Il Gruppo di Valutazione Multidisciplinare, predisporrà, nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le 24 ore (il termine temporale dovrà essere valutato in base alla permanenza del soggetto nel servizio) il piano di trattamento specifico che riduca il rischio di agiti violenti autodiretti, lenendo il senso di sofferenza e disagio del soggetto.

Appare necessario sottolineare che attraverso il monitoraggio effettuato sulla base delle sperimentazioni realizzate, sono stati individuati una serie di elementi protettivi che contribuiscono ad arginare i fattori stressogeni e, quindi, a ridurre il rischio autolesivo.

Il Gruppo Valutazione Multidisciplinare in ogni caso di rilevazione del rischio autolesivo e suicidario, nel definire il piano di trattamento specifico, dovrà porre particolare attenzione ai seguenti aspetti:

- presenza di relazioni significative con gli operatori che hanno in carico il minore/giovane adulto in assenza di validi legami familiari;
- qualità dell'integrazione nel gruppo di pari;
- partecipazione alle attività trattamentali, sia individuali che di gruppo;
- accesso al servizio di mediazione culturale e, ove possibile, di etnopsichiatria per i minori e giovani stranieri;
- rapida attivazione dei servizi di salute mentale, ove necessario, al fine di ridurre i tempi di ruminazione sulla motivazione autolesiva e/o intenzionalità anticonservativa;
- accompagnamento al culto, laddove emerge un sentimento religioso;
- collegamento e integrazione con la rete sanitaria territoriale ed ospedaliera per rispondere tempestivamente alle esigenze di presa in carico dei soggetti portatori di problematiche psichiche e/o di dipendenza associate a rischio autolesivo e suicidario;
- consulenza e sostegno alle dinamiche familiari;
- controllo ambientale sotteso, talvolta, al gesto autolesivo.

Quanto fin qui evidenziato sarà declinato negli specifici Protocolli Operativi Locali, con eventuali integrazioni, al fine di meglio contestualizzare gli interventi.

### ***Collocazione nella camera di pernottamento***

L'isolamento del nuovo giunto a rischio autolesivo e/o suicidario e la sua ubicazione in camera di pernottamento singola, con sorveglianza a vista, deve rappresentare una condizione straordinaria, salvo i casi in cui, come indicato anche dall'OMS, il soggetto non sia isolato per motivi giudiziari, sanitari o di tutela.

L'ubicazione in camere detentive ordinarie, in compagnia di altri giunti, consente alla persona a rischio di trarre benefici dalla presenza e sostegno dei compagni. Allo stesso tempo, la partecipazione ad attività in comune o, ove questo non si ritenesse opportuno, la realizzazione di attività individualizzate, potrà contribuire ad attenuare condizioni di fragilità e sofferenza.

### ***Peer supporter***

L'esperienza ha dimostrato che spesso i compagni di stanza sono coloro che per primi intervengono allertando il personale di sorveglianza ed evitando che gli agiti autolesivi possano esitare in veri e propri tentati suicidi.

Appare indispensabile valutare i giunti da allocare in stanza con chi manifesta segnali di allarme rispetto ad eventuali agiti autolesivi e/o suicidari. Sarà il gruppo di valutazione multidisciplinare a fornire alla Direzione e al Comandante le informazioni e le valutazioni utili ad individuare le persone idonee ad essere alloggiate nella stanza con il giovane a rischio.

I compagni, pertanto, rappresentano un'importante risorsa per la rete di attenzione e di supporto.

Ad essi è auspicabile che sia riservata, su base volontaria, la possibilità di partecipare a incontri formativi per lo sviluppo delle capacità di ascolto e collaborazione nei confronti dei soggetti a rischio.

## **11. Azioni immediate a seguito dell'evento**

Per fronteggiare l'evento critico è indispensabile che i Piani Operativi Locali prevedano una attenta codifica delle modalità di comunicazione dell'evento, sia all'interno della struttura che all'esterno, al fine di ridurre al minimo i tempi per un primo intervento. In caso di tentato suicidio o di importanti agiti autolesivi, così come espressamente previsto dall'OMS, dovranno essere disponibili e funzionanti le attrezzature per l'intervento di salvataggio/cura di emergenza.

## 12. Debriefing post evento

Nei piani locali è necessario prevedere un debriefing post-evento, allorquando si verifica un suicidio o un grave evento critico. Il gruppo di valutazione multidisciplinare, unitamente ai referenti della prevenzione del Servizio minorile e della Asp, dovrà avviare uno spazio di riflessione e rielaborazione finalizzato a:

- Identificare i fattori di rischio e gli elementi stressanti che possono aver portato all'agito;
- Conservare l'incidenza delle variabili e l'interazione degli interventi;
- Identificare i cambiamenti da attuare per migliorare la presa in carico e la prevenzione degli agiti autolesivi o suicidari.

Deve essere previsto uno spazio che consenta al personale coinvolto, nel pieno rispetto della riservatezza, di rielaborare emotivamente l'evento; affrontare il senso di impotenza; programmare e realizzare attività di sostegno in favore dei peer supporter ed anche degli altri minori.

L'impatto di un suicidio sul personale coinvolto e sulla popolazione minorile presente ha un peso che non può essere trascurato. Per tale motivo le indicazioni generali segnalano la necessità di una attività di rielaborazione e compensazione per il personale interessato e per i minori e giovani presenti, ovviamente su base volontaria e riservata.

Nei Piani Locali di Prevenzione dovranno, pertanto, essere previste azioni di sostegno che dovranno avere le caratteristiche di:

- ✓ diversità di questo intervento da qualunque altro tipo di approfondimento o valutazione dei fatti;
- ✓ carattere di ascolto finalizzato esclusivamente 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 in sede neutra e da personale idoneo.

### **13. Monitoraggio e valutazione**

La possibilità di migliorare la prevenzione passa anche dalla capacità di conoscere meglio il fenomeno. A tal fine diventa essenziale istituire un sistema di monitoraggio permanente a livello locale e regionale, in grado di raccogliere i dati che si ritengono necessari attraverso l'individuazione di indicatori capaci di segnalare criticità o punti di forza.

L'osservatorio Permanente sulla Sanità penitenziaria ha il compito di monitorare e/o richiedere aggiornamenti/modifiche in merito al Piano Locale per il quale verrà richiesta una reportistica annuale sintetica in merito all'attuazione degli indirizzi operativi delle linee regionali.

I servizi minorili avranno cura di aggiornare costantemente la Banca dati del sistema minorile, riguardo agli eventi autolesivi ed ai tentativi di suicidio.

### **14. Formazione**

Per quanto riguarda la formazione è importante la collaborazione tra l'Area Sanitaria e Penitenziaria che dovranno promuovere attività formative da inserire nei programmi annuali di formazione del proprio personale.

L'acquisizione di competenze specifiche oltre a garantire una qualità di prestazione adeguata al ruolo, offre al personale una maggiore ed efficace abilità operativa, nonché una protezione dell'equilibrio psico-fisico del personale stesso.

Inoltre, appare assolutamente indispensabile sviluppare nel personale, nei volontari e nei ristretti una sensibilità finalizzata a cogliere segnali di disagio e generare soluzioni che limitino la possibilità che i loro portatori rimangano senza una rete di attenzione.

I programmi formativi dovranno tenere conto, principalmente, delle seguenti aree tematiche inerenti l'adolescenza:

- Struttura del Piano per la Prevenzione delle condotte suicidarie in ambito minorile;
- Elementi fenomenologici del suicidio e degli eventi autolesivi in adolescenza;
- Approccio ecologico ai comportamenti suicidari;
- Benessere organizzativo e ricadute sugli operatori;
- Temi inerenti strategie di comunicazione e relazione.

Inoltre, la formazione del personale regolarmente a contatto con il gruppo minori e giovani presente nella struttura dovrà riguardare anche le procedure di primo intervento e soccorso e le fondamentali tecniche di rianimazione cardio-polmonare.

## **15. Conclusioni**

Il presente documento rappresenta una guida per riconoscere e rivedere quanto nell'esperienza pratica già noto, con una prospettiva orientata al miglioramento della qualità della vita in IPM, CPA e Comunità Ministeriali, all'ampliamento degli strumenti tecnici del lavoro socio-educativo, al potenziamento delle abilità degli operatori, all'uso dell'ascolto e della riflessione su tutto ciò che riguarda i ragazzi che per ragioni di giustizia vengono affidati ai Servizi Minorili.

I Piani Locali di Prevenzione, redatti in linea con i livelli regionale e nazionale, dovranno essere adottati da un apposito gruppo individuato da ciascuna Amministrazione coinvolta (ASP territoriale e IPM, CPA e Comunità) nel più breve tempo possibile.