

Piano Regionale per la prevenzione del  
rischio autolesivo e suicidario nei servizi  
residenziali minorili del Dipartimento della  
Giustizia Minorile e di Comunità

## **Indice**

- § 1 Premessa
- § 2 I comportamenti autolesivi e suicidari nel contesto penale minorile
- § 3 La struttura organizzativa :lo specifico livello regionale
- § 4 I Piani Locali di Prevenzione
  - § 4.1 Indicazioni operative per la definizione dei Piani operativi locali
  - § 4.2 Anamnesi e gestione del soggetto a rischio
- § 5 Collocazione nella stanza detentiva
- § 6 Peer supporter
- § 7 Azioni immediate a seguito dell'evento
- § 8 Debriefing post evento
- § 9 Monitoraggio
- § 10 Formazione integrata

## § 1 Premessa

Prevenire il rischio suicidario ed autolesivo dei minori che fanno ingresso nel circuito penale, così come quello degli adulti, è un obiettivo condiviso tanto dall'Amministrazione della Giustizia quanto dalle Amministrazioni della Salute, e da perseguire anche tramite la scelta di metodologie di lavoro con caratteristiche di innovatività ed integrazione delle reciproche competenze.

La prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei minorenni e dei giovani adulti sottoposti alla privazione della libertà personale, assume un particolare rilievo anche alla luce di quanto previsto dall'allegato A del DPCM 01.04.2008 circa *“l'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 specifici programmi mirati alla riduzione del rischio di suicidio”*.

Coerentemente con quanto sottolineato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (2007), vi è evidenza che **i comportamenti e le scelte autolesive e suicidarie sono prevalentemente eventi derivanti dalle comuni condizioni di vita e non necessariamente da condizioni di patologia, rispetto ai quali il Servizio Sanitario e l'Amministrazione della Giustizia Minorile e di Comunità, intervengono in egual misura, per le rispettive competenze.**

Tanto premesso, risulta evidente e necessario definire e/o ridefinire, laddove opportuno, tutte le azioni già in essere in modo che ogni IPM, CPA e Comunità Pubblica adotti specifiche prassi operative, integrate e interistituzionali, di valutazione e monitoraggio del rischio autolesivo e/o suicidario.

Il Piano dunque accentua l'esigenza, fin dal primo momento dell'ingresso del minore nel circuito penale, di un intervento supportivo multidisciplinare e interistituzionale al fine di ridurre la messa in atto di comportamenti autolesivi o chiaramente auto-soppressivi.

Nella specifica realtà della Regione Campania, anche sulla scorta della sperimentazione avviata presso l'IPM di Airola (BN) nel 2013<sup>1</sup> ed in riferimento a quanto evidenziato anche da alcune rilevazioni in altre realtà penali minorili<sup>2</sup>, si sono evidenziate alcune criticità specifiche. Tra queste, una maggiore incidenza di gesti autolesivi e suicidari tra i ragazzi in custodia cautelare e ciò è possibile che risulti associato alla maggiore o minore fisiologica capacità individuale di adattamento alle situazioni cronicamente stressanti, proprie di una lunga e prevedibile pena detentiva. Invece, i ragazzi ed i giovani adulti in attesa di giudizio, evidenziano una maggiore incidenza di fisiologiche risposte ansiose e/o depressive di tipo reattivo. Inoltre, si impone una riflessione sulla difficoltà di gestire l'impatto legato alla perdita della libertà, di apprendere rapidamente la cultura del contesto e confrontarsi con un universo sconosciuto di linguaggi, codici di comportamento e gerarchie. Infine, non va sorvolata, in aggiunta a quanto detto, la delicata problematicità della provenienza da altre culture.

In linea con quanto indicato dal Piano Nazionale, si ribadisce anche in sede Regionale che gli interventi di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario siano sempre più orientati al sostegno ed al supporto individualizzato, ai fini di una efficace presa in carico dell'adolescente sin dal primo contatto con il sistema penale minorile.

Ogni azione prevista dal Piano verrà espletata nel rispetto della normativa a tutela della privacy dell'individuo (D. lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e s.m.i.).

---

<sup>1</sup>Indirizzi operativi per la prevenzione dei gesti autolesivi e delle scelte suicidarie in carcere - gennaio 2013 a cura del Laboratorio Territoriale 'E.Amato' Regione Campania

<sup>2</sup><http://www.ristretti.it/areestudio/disagio/suicidio/manconi.htm>

## § 2 I comportamenti autolesivi e suicidari nel contesto penale minorile

I fenomeni autolesivi e suicidari presentano molteplici complessità e necessitano di analisi e interventi multidisciplinari e interistituzionali che considerino in maniera globale la persona sotto i vari aspetti intrapsichici e relazionali.

Appare necessario, preliminarmente, evidenziare che la prevenzione del rischio autolesivo e/o suicidario non opera seguendo logiche deterministiche, bensì prognostico-probabilistiche allo scopo di identificare i fattori di rischio, al fine di pervenire alla loro rimozione e attivando nell'individuo e nel contesto di appartenenza alcuni consequenziali fattori protettivi.

Attualmente, l'utenza penale minorile abbraccia l'arco della vita che va dai 14 ai 25 anni. Dal punto di vista epidemiologico va rilevato che, diversamente dalla popolazione detenuta adulta, quella minorile si caratterizza per una maggiore frequenza di agiti autolesivi.

I minorenni e giovani adulti, che fanno ingresso nel circuito penale, attraversano la peculiare e delicata fase adolescenziale che può essere caratterizzata, tra l'altro, da comportamenti oppositivi e provocatori ove la sfida del limite e la trasgressione rappresentano una fisiologica modalità di strutturazione della propria identità in divenire. L'adolescente, quindi, si trova a vivere una modalità di funzionamento psichico caratterizzato dalla oscillazione tra il bisogno di dipendenza infantile e quello, invece, di differenziazione ed autonomia che lo traghetterà, poi, nel mondo adulto.

È bene precisare che quando oggi si parla di adolescenza si fa riferimento ad una fascia di età molto più ampia di un tempo e ciò, come è noto, è determinato anche dai mutamenti socio-culturali in atto.

La privazione della libertà ma soprattutto l'esperienza detentiva, seppur *extrema ratio* nel nostro sistema, rappresenta per questi soggetti, un'esperienza forte e molto impegnativa dal punto di vista emotivo. La carcerazione, per ogni individuo ed ancor più per un minorenne o giovane adulto, si caratterizza come esperienza che coincide con la perdita della libertà individuale e della propria autonomia nonché con la frattura della propria continuità esistenziale, attraverso la sottrazione del soggetto al normale corso della propria vita e alla sua rete affettiva e relazionale.

L'impatto psicologico dell'arresto e della carcerazione, la paura dell'abbandono e della riprovazione da parte dei familiari e del contesto di appartenenza, lo stress quotidiano della vita ristretta, sono tutti elementi che inducono una particolare fragilità cui non sempre la fisiologica resilienza pone un argine. Ed è proprio nell'immediatezza dell'ingresso nel circuito restrittivo o in occasione di cambiamenti significativi delle condizioni detentive o, comunque, limitative della libertà, che si rileva un rischio maggiore di condotte autolesive e/o suicidarie. Infatti, anche misure meno afflittive come ad esempio il collocamento in comunità, in quanto limitative della libertà personale, possono essere considerate fattori di rischio predisponenti alla elicitazione di agiti autolesivi e suicidari.

Relativamente al complesso fenomeno dell'autolesionismo giovanile, è giusto rilevare che esso può assumere innumerevoli manifestazioni con fini talvolta unicamente esibitivi/manipolativi/provocatori, ma altrettanto spesso con l'obiettivo di scaricare, sul corpo e con il corpo, profonde angosce destrutturanti, non elaborabili altrimenti. Ovviamente, tali modalità, in situazioni estreme possono pervenire ad agiti autolesivi autodiretti come espressione di negazione del sé. In ogni caso, anche gli agiti interpretabili quali modalità esibitive e/o manipolative/provocatorie, vanno, comunque, letti all'interno di una cornice comunicativa di

disagio e/o di collasso della propria capacità autocontenitiva e, pertanto, in sintesi, di difficoltà ad intravedere e praticare altre modalità di relazione/comunicazione, maggiormente efficaci e funzionali.

Va altresì evidenziato che il suddetto fenomeno può essere influenzato da fattori correlati alle culture dei paesi di provenienza e dall'elevato stress vissuto durante l'esperienza migratoria. Appare pertanto evidente la necessità di una sempre più elevata e qualificata attenzione nei confronti del rischio autolesivo e suicidario nei servizi minorili, anche in considerazione del fatto che il fenomeno presenta un andamento in progressivo aumento, ed è di primaria importanza la conoscenza esatta ed il riconoscimento, da parte di tutti gli operatori che a vario titolo entrano in contatto con i minorenni e giovani/adulti in carico servizi minorili, dei fattori predisponenti al rischio e dei fattori scatenanti che portano dall'ideazione all'atto violento auto-diretto.

Parimenti fondamentale appare il rafforzamento dei fattori protettivi che possono contribuire anche ad un aumento della resilienza e dell'autostima.

Per dare sistematicità agli interventi in materia, quindi, è fondamentale l'adozione di procedure formali integrate ed interistituzionali che agevolino l'identificazione e la gestione delle situazioni a rischio, comunque di forte valenza comunicativa.

### § 3 La struttura organizzativa e lo specifico livello Regionale

A partire dal modello organizzativo del Piano nazionale di Prevenzione, con le sue articolazioni su livelli specifici di intervento (vedi Tab.1), in questa sede ci occupiamo di illustrare procedure ed azioni da porre in essere a *livello regionale*.

Tab.1

Tavola sinottica degli interventi					
LIVELLO	AZIONI	ELABORAZIONI DELLE LINEE DI INDIRIZZO	INDIVIDUAZIONE DEI REFERENTI OSSERVATORIO REGIONALE O LORO EVENTUALI ARTICOLAZIONI A SUPPORTO	FORMAZIONE DEL PERSONALE	ELABORAZIONE DEI PIANI LOCALI DI PREVENZIONE locali Istituto/ASL
LIVELLO NAZIONALE	Elabora ed aggiorna il Piano Nazionale per la Giustizia Minorile		Promuove la rete nazionale penitenziaria di prevenzione del rischio autolesivo; attiva il livello regionale per l'individuazione dei referenti.	Propone gli indirizzi generali per la formazione congiunta (DGMC e SSN) del personale	

<b>LIVELLO REGIONALE</b>	<b>Elabora le linee di indirizzo regionali tenendo conto del Piano Nazionale; predispose e/o aggiorna un modello di protocollo operativo regionale</b>	<b>Individua e nomina i referenti regionali per la prevenzione e chiede l'individuazione dei referenti locali.</b>	<b>Declina gli specifici indirizzi formativi sulla scorta delle indicazioni del livello nazionale</b>	<b>Valida, verifica e sottoscrive i protocolli operativi locali</b>
<b>LIVELLO LOCALE</b>		Individua i referenti locali della prevenzione della riduzione del rischio auto lesivo e/o suicidario, per ciascuna Amministrazione	Organizza e/o facilita la formazione congiunta, di tipo interistituzionale, del personale operante	Redige il Piano Locale di prevenzione, sempre in linea con i livelli regionale e nazionale

Il **Livello regionale** è costituito *dall'Osservatorio Permanente Regionale per la Sanità Penitenziaria (ex DPCM del 01/04/2008)*, come in ultimo definito ed operativo ex DGRC n. 716/2016.

Nell'ambito del predetto Osservatorio, conformemente alle previsioni del Piano nazionale, è operativo uno specifico **Nucleo Regionale** (per l'area minorile vi è un sotto-gruppo costituito da referenti specificamente individuati su indicazione delle AA.SS.LL. e del C.G.M) che fornisce le linee di indirizzo per i piani locali di prevenzione attraverso i seguenti prioritari incarichi:

- seguire e verificare la redazione e l'aggiornamento periodico dei Piani locali (oggetto dei protocolli locali tra Istituti penitenziari ed Aziende Sanitarie Locali rispettivamente competenti), **validandoli prima della loro formale adozione con atto deliberativo della ASL territorialmente competente;**
- programmare la formazione degli operatori locali;
- pianificare le attività di audit clinico;
- raccogliere le prassi valutate più rispondenti agli obiettivi ed inviarle al livello centrale;
- svolgere o delegare azioni conoscitive e/o inchieste amministrative ritenute opportune o dovute.

Il Nucleo regionale è costituito da operatori individuati dalle Amministrazioni rappresentate in Osservatorio, come da verbali n. 03/2017, n. 1/2018, n. 2/2018, n.3/2018, con possibilità di ogni opportuna e/o successiva modifica e integrazione. La partecipazione al nucleo regionale non è di regola compatibile con la contestuale partecipazione ai corrispondenti nuclei previsti dal Piano per ciascuno degli ambiti locali (AASSLL e Istituti Penitenziari).

#### **§ 4 I Piani Locali di Prevenzione**

Alla luce delle predette indicazioni di carattere generale, si dispone che nell'elaborazione e/o aggiornamento dei Piani Locali in materia di prevenzione del rischio autolesivo e/o suicidario, si attui il massimo coinvolgimento di tutti gli attori del sistema penitenziario e sanitario, compresa la componente detenuta, al fine di attivare una rete di attenzione e collaborazione multidisciplinare e interistituzionale il più possibile estesa e capillare; quanto asserito, al fine dell'effettiva prevenzione dei rischi attraverso la precoce rilevazione di eventuali segnali di allarme riguardo a possibili azioni autolesive e/o suicidarie.

Per i fini sopra evidenziati, si individuano le seguenti, imprescindibili, aree operative di intervento:

#### 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 detenuti e possono cogliere sintomi e/o richieste di attenzione e cura: personale sanitario che attiverà, secondo le specifiche professionalità, un primo sostegno e procederà alla segnalazione del caso alla 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 detenuti 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/interistituzionale.

#### Area dell'attenzione e del sostegno specialistico della sicurezza

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.

Ogni segnalazione dovrà pervenire alla Direzione dell'Istituto/Servizio che provvederà all'immediata convocazione dell'equipe multidisciplinare ed interistituzionale per l'analisi del caso e l'attivazione di un programma operativo. L'attivazione dell'equipe sarà immediatamente comunicata ai referenti locali per il rischio autolesivo e suicidario sia dell'area penitenziaria che sanitaria (ex D.G.R.C. n. 621/2012).

Naturalmente, i Piani locali redatti dai CPA, dalle Comunità e dal competente Servizio Sanitario dovranno tener conto della diversa natura del contesto di riferimento. Per i CPA sarà fondamentale tener conto dei tempi limitati di permanenza del soggetto, oltre che della particolare condizione dei minorenni al loro primo ingresso. Per le Comunità Ministeriali, laddove riattivate, la gestione del rischio, pur nel rispetto dei principi indicati nel Piano, dovrà prevedere specifiche modalità calibrate sulla condizione di minor restrizione a cui sono sottoposti i minori e giovani adulti ospitati.

#### **§ 4.1 Indicazioni operative per la definizione dei Piani operativi locali**

I Piani Locali devono avvalersi necessariamente di un adeguato modello per la gestione del caso a rischio, i cui elementi, essenziali ma non esclusivi, sono i seguenti:

- una valutazione iniziale;
- l'attivazione della presa in carico integrata;
- l'adozione di strumenti di rivalutazione in itinere dei soggetti a rischio autolesivo e/o suicidario;
- la formale ridefinizione in forma integrata dei programmi individualizzati;
- una chiara modalità di comunicazione e collaborazione della rete di attenzione e sostegno.

#### Valutazione del rischio all'ingresso

Alla luce di quanto contemplato dall'Accordo della Conferenza Unificata del 19 gennaio 2012 e considerati gli esiti del monitoraggio effettuato dal sottogruppo tecnico minorile del Tavolo di Consultazione permanente sulla Sanità Penitenziaria, appare indispensabile che ogni IPM e CPA e Comunità Pubblica adottino una specifica valutazione individuale del rischio autolesivo e/o

suicidario, da espletarsi al massimo entro 24 ore dall'ingresso (dalla libertà, per trasferimento o altro) ed in itinere. Per i CPA il termine temporale dovrà essere necessariamente più breve in relazione alla permanenza del soggetto nel servizio. 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. La suddetta valutazione, ampiamente illustrata dall'OMS nel documento di prevenzione del suicidio nelle carceri (2007), deve intendersi come strumento integrato multidisciplinare e interistituzionale. I livelli di valutazione del rischio dovranno essere stabiliti anche sulla base di modelli condivisi dalla letteratura scientifica.

Oltre agli indicatori enunciati dall'OMS, vanno debitamente considerati i seguenti fattori di rischio:

- disagio psichico;
- stato di dipendenza da sostanze psicotrope;
- la condizione di minore straniero non accompagnato (abbandono forzato del paese di origine, essere vissuti in 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);
- la presenza nel funzionamento psicologico della tendenza a comportamenti antisociali, eterolesivi di tipo proattivo e premeditato.

Tale strumento va utilizzato all'interno della specifica équipe multidisciplinare e interistituzionale per definire gli opportuni interventi ed è parte integrante del fascicolo personale del detenuto.

#### Segnalazione allarme e/o evento critico

Il personale che opera all'interno della struttura ed il personale sanitario, rileveranno e riporteranno, 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 violenti autodiretti. Provvederanno, altresì, a segnalare gli eventi critici, sia in fase iniziale di ingresso che nel corso della permanenza nella struttura minorile. Tale segnalazione sarà finalizzata, in caso di necessità, all'attivazione dell'equipe multidisciplinare e interistituzionale.

Nei Piani di prevenzione locale sarà posta in evidenza, alla rete di attenzione e sostegno degli operatori sopra descritta, la necessità di vigilare i seguenti momenti/aspetti della vita istituzionale.

#### 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 con i familiari dei detenuti, 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.

### 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, consequenziale, agito autolesivo.

Il personale di scorta che accompagna il detenuto all'udienza, adeguatamente formato, riferirà all'educatore ed 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.

### 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 detenuti.

### 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 territoriale e, ove necessario, da parte dei Servizi Sanitari territorialmente competenti, sia del soggetto interessato che della famiglia.

## **§ 4.2 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 stanza;
- osservazione, interprofessionale, del soggetto;

- verifica dell'eventuale possesso o disponibilità di oggetti pericolosi;
- interventi sanitari;
- interventi educativi;
- interventi di supporto da parte di peer supporter.

E' indispensabile declinare, più ampiamente, alcuni dei suddetti aspetti.

In ogni caso di rilevazione del rischio autolesivo e/o suicidario, deve essere 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.

L'equipe interdisciplinare integrata, composta da personale educativo, sanitario e di sicurezza, predispone, nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le 48 ore (il termine temporale deve essere valutato in base alla permanenza del soggetto nel servizio), il piano di trattamento che riduca il rischio di agiti violenti autodiretti, lenendo il senso di sofferenza e disagio del soggetto.

E' 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.

L'equipe, pertanto, in ogni caso di rilevazione del rischio autolesivo e/o suicidario, nel definire il piano di trattamento specifico, deve porre particolare attenzione ai seguenti aspetti:

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

## **§ 5 Collocazione nella stanza detentiva**

In linea con i contenuti del Piano Nazionale, l'isolamento del detenuto a rischio autolesivo e/o suicidario e la sua ubicazione in cella 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 detenuti, 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 ritiene opportuno, la realizzazione di attività individualizzate, potrà contribuire ad attenuare condizioni di fragilità e sofferenza.

## **§ 6 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. Pertanto, appare indispensabile valutare, con la dovuta attenzione, i detenuti da allocare in stanza con chi manifesta segnali di allarme rispetto ad eventuali agiti autolesivi e/o suicidari. Sarà l'equipe interprofessionale ed interistituzionale a fornire alla Direzione ed 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.

## **§ 7 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 pronto 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.

In tal senso, ogni Servizio residenziale minorile del Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità, sarà dotato della presenza di un defibrillatore con specifica formazione del personale per il corretto e tempestivo utilizzo.

## **§ 8 Debriefing post evento**

Nei Piani locali è necessario prevedere un Debriefing *post-evento*, allorquando si verifica un suicidio o un grave evento critico. L'equipe interprofessionale e interistituzionale, unitamente ai referenti della prevenzione del Servizio minorile e della ASL, deve avviare uno spazio di riflessione e rielaborazione finalizzato a: indentificare i fattori di rischio e gli elementi stressanti che possono aver portato all'agito; considerare 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, altresì, 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 detenuti.

## **§ 9 Monitoraggio**

I livelli locale, regionale e centrale, ciascuno nell'ambito di competenza, provvedono alla rilevazione dei dati relativi al fenomeno autolesivo e suicidario.

I dati raccolti a livello locale vengono trasmessi, con cadenza semestrale e per via gerarchica, al livello centrale, ai fini di una definizione di una griglia omogenea di rilevazione e dell'individuazione di modalità uniformi di raccolta e analisi.

I Servizi Minorili aggiornano costantemente la Banca dati del Sistema Minorile, riguardo agli eventi autolesivi ed ai tentativi di suicidio con conseguente miglioramento della conoscenza del caso, anche in termini di agevolazione degli interventi operativi necessari a livello locale.

## **§ 10 Formazione integrata**

Al fine suddetto, sarà prioritariamente realizzato – dal Laboratorio territoriale di sanità penitenziaria “Eleonora Amato”, di concerto con le parti interessate - un intervento informativo regionale di presentazione del Piano Nazionale (C.U. del 27/07/2017) e del Piano regionale, attraverso giornate seminariali destinate ad almeno un referente per ogni articolazione locale (ASL e Istituti Penitenziaria), preferenzialmente comprensivi dei referenti locali (v.oltre).

In termini generali ed indicativi l'intervento deve fornire gli elementi essenziali relativamente alle seguenti aree di approfondimento:

- Struttura del Piano Nazionale per la Prevenzione delle Condotte Suicidarie in Ambito Penitenziario.
- Elementi fenomenologici del suicidio e degli eventi autolesivi.
- Le indicazioni dell'O.M.S.
- Modello operativo generale.
- Laboratorio di progettazione.
- Fattori ambientali, psicologici e comportamentali specifici predisponenti ai comportamenti suicidari.
- Benessere organizzativo e ricadute sugli operatori.
- Temi inerenti strategie di comunicazione e relazione.
- Caratteristiche e contenuti essenziali dei programmi formativi locali.

Vista la specificità del contesto, la formazione del personale minorile dovrà prevedere anche le seguenti tematiche:

- Il comportamento autolesivo in adolescenza;
- Elementi di etnopsichiatria e di antropologia culturale;

- Autolesionismo e psicopatologia.

Conseguenzialmente, ogni ASL sede di I.P.M. e/o C.P.A. assicurerà - concordandolo con l'Amministrazione Penitenziaria del territorio di riferimento e prevedendone la diretta partecipazione - lo svolgimento di appropriati interventi formativi a "cascata", che consentano di fornire agli operatori coinvolti nelle attività le adeguate conoscenze per la realizzazione efficiente delle azioni comprese nel Piano. **Quanto sopra, favorendo altresì la partecipazione degli operatori impegnati nelle Comunità del privato sociale destinate ad accogliere minori provenienti dall'area penale.**

Tutto il personale regolarmente a contatto con l'utenza penale minorile deve essere formato anche al primo soccorso ed alle fondamentali tecniche di rianimazione cardio-polmonare, nonché essere addestrato all'utilizzo degli equipaggiamenti d'emergenza collocati nell'Istituto.

Le Aziende sanitarie dovranno integrare, laddove non già previsto, i suddetti interventi nel proprio Piano Formativo Aziendale.