

CONFERENZA UNIFICATA

ACCORDO 19 gennaio 2012

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanita' penitenziaria recante «Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale». (Rep. n. 5/CU). (12A01259)

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 19 gennaio 2012:

Visto l'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunita' montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attivita' di interesse comune;

Visto l'art. 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008), il quale prevede che, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli Istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunita' e degli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sono definite le modalita' ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanita' penitenziaria;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, emanato in attuazione del menzionato art. 2, comma 283, della legge 244 del 2007, recante «Modalita' 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 sanita' penitenziaria»;

Considerato che questa Conferenza, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del «Tavolo di consultazione permanente sulla sanita' penitenziaria», di cui all'Allegato A del predetto D.P.C.M. 1° aprile 2008, tra i cui compiti e' previsto anche l'espletamento dell'attivita' istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame di questa medesima Conferenza, attuativi del piu' volte citato D.P.C.M. 1° aprile 2008;

Considerato, inoltre, che al suddetto Tavolo e' demandato, in

particolare, il compito di predisporre indirizzi per favorire la realizzazione di programmi di interventi nelle realtà territoriali nei confronti dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale e quello di definire strumenti volti a favorire il coordinamento fra le Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della giustizia minorile;

Considerato che l'Allegato A al citato D.P.C.M. 1° aprile 2008 recante «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» riserva, in particolare, una specifica attenzione alla tematica della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario;

Vista la lettera pervenuta in data 13 dicembre 2010, e trasmessa in data 5 gennaio 2011 a tutti in componenti del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, con la quale il Ministero della giustizia - Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria ha proposto all'esame del Tavolo medesimo una prima bozza del documento indicato in oggetto;

Considerato che, nel corso della riunione del predetto Tavolo svoltasi in data 18 gennaio 2011, le Regioni e le Province autonome si sono impegnate ad elaborare una proposta migliorativa del succitato documento da sottoporre all'esame del Tavolo medesimo;

Vista la nota in data 13 maggio 2011, con la quale la Regione veneto ha inviato una nuova versione del documento in parola, approvata dal Gruppo tecnico interregionale per la sanità penitenziaria in data 11 maggio 2011;

Considerato che tale nuova versione è stata discussa nella riunione del Tavolo del 13 luglio 2011, nel corso della quale sono state concordate modifiche migliorative del testo;

Vista la nota in data 10 ottobre 2011, con la quale questa Segreteria ha trasmesso, come concordato nel corso di una nuova riunione del Tavolo svoltasi il 5 ottobre 2011, una nuova versione del documento che tiene conto degli approfondimenti condotti nel corso della riunione medesima;

Vista la nota in data 25 ottobre 2011, trasmessa in data 3 novembre 2011, con la quale il Ministero della salute ha inviato una proposta di modifica del documento di cui trattasi;

Rilevato che, nel corso della riunione del 9 novembre 2011, il Tavolo di consultazione permanente ha approvato la versione definitiva del documento in parola, Allegato sub A, parte integrante del presente atto, che è stata diramata alle Amministrazioni centrali interessate, alle Regioni e Province autonome ed alle Autonomie locali con lettera in data 10 novembre 2011;

Considerato che il punto iscritto all'odg della Conferenza Unificata del 21 dicembre 2011 non è stato esaminato;

Acquisito, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano e delle Autonomie locali;

Sancisce accordo

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sul documento recante «Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale», Allegato sub A, parte integrante del presente atto.

Roma, 19 gennaio 2012

Il Presidente: Gnudi

Il Segretario: Siniscalchi

Allegato A

LINEE DI INDIRIZZO PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO DEI DETENUTI, DEGLI INTERNATI E DEI MINORENNI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTO PENALE.

Premessa

La riforma della sanità penitenziaria, ormai da tempo avviata a seguito del D.P.C.M. 1.4.2008, sta comportando la mobilitazione delle risorse e la reingegnerizzazione dei meccanismi di collaborazione delle istituzioni coinvolte a tutti i livelli nella gestione dei soggetti, adulti e minorenni, sottoposti a provvedimenti limitativi della libertà.

L'Allegato A al D.P.C.M. 1.4.2008 contiene l'indicazione dei principi fondamentali della riforma ed in particolare riserva una specifica attenzione alla tematica della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario. Infatti, tra gli Obiettivi di salute è presente anche "la riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio".

Tale argomento è ulteriormente richiamato nel paragrafo relativo alla "Medicina generale e la valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi", in cui è espressamente indicato che i presidi sanitari presenti in ogni istituto penitenziario e servizio minorile debbano adottare procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà e mettere in atto gli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo.

Inoltre, sempre nell'Allegato A, nel paragrafo relativo alla "Prevenzione cura e riabilitazione nel campo della salute mentale", tra le azioni da compiere è espressamente indicata, tra le altre, la realizzazione di specifici programmi mirati alla riduzione dei rischi

di suicidio.

Fin dall'entrata in vigore della normativa e' stato individuato nell'Accordo lo strumento fondamentale per definire le forme di collaborazione tra Servizio Sanitario Nazionale e Ministero della Giustizia; tra le Regioni ed i Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria e i Centri per la Giustizia Minorile; tra le Aziende sanitarie locali e le Direzioni sia Penitenziarie sia dei Servizi Minorili (Istituti Penali per i Minorenni, Centri Prima Accoglienza e Comunita' Ministeriali), tenendo conto delle specifiche esigenze, risorse, nonche' della tipologia dell'utenza sottoposta a provvedimenti penali restrittivi e/o limitativi della liberta' personale.

Per quanto riguarda la specificita' del settore minorile e' proprio l'Accordo sulle "Linee di indirizzo per l'assistenza sanitaria ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorita' Giudiziaria" del 26 novembre 2009, che richiama ulteriormente la necessita' di integrazione tra gli interventi sanitari, sociali ed educativi e quindi di un programma per la presa in carico multidisciplinare a partire dalla prima fase di ingresso nel circuito penale, per una valutazione complessiva del minore che consenta di evidenziare le sue caratteristiche e i suoi bisogni "assistenziali".

Il Fenomeno

La condizione di reclusione e' una esperienza umana limite, che coincide da un lato con la perdita della liberta' individuale e della propria autonomia e dall'altra con la frattura della continuita' esistenziale attraverso la sottrazione dell'individuo dal corso della propria vita e dalla sua rete relazionale.

"L'impatto psicologico dell'arresto e dell'incarcerazione, la paura di essere abbandonati da familiari e amici, la crisi di astinenza dei tossicodipendenti, la consapevolezza di una condanna lunga, lo stress quotidiano della vita in carcere, sono tutti elementi in grado di superare la 'soglia di resistenza' di una persona"(1), e infatti e' proprio nell'immediatezza dell'ingresso in istituto dalla liberta', o in occasione di cambiamenti significativi nelle proprie condizioni detentive, che si rileva un rischio maggiore di condotte autolesive o suicidarie.

(1) Comitato Nazionale per la Bioetica: "Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici" 25/6/2010

Alcuni dati sui suicidi in carcere, sia per gli adulti (fonte: Ministero della giustizia -Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria , Ufficio per la gestione del sistema informativo automatizzato, Sezione statistica) che per i minorenni (fonte: Ministero della giustizia -Dipartimento giustizia minorile, Ufficio I Capo Dipartimento, Servizio Statistico) riferiti agli ultimi anni consentono di inquadrare e comprendere l'entita' e la delicatezza del

fenomeno.

In particolare i dati relativi alla popolazione adulta evidenziano una percentuale suicidaria piu' alta rispetto alla societa' libera e un rischio maggiormente concentrato o nell'immediatezza dell'ingresso in istituto dalla liberta', o in occasione di cambiamenti significativi nelle proprie condizioni detentive, come ad esempio il trasferimento da un istituto all'altro.

Per quanto riguarda la popolazione minorile i dati relativi al suicidio evidenziano una piu' bassa incidenza del fenomeno, mentre sembrerebbero piu' significativi quelli classificati quali "tentativo di suicidio".

Occorre evidenziare che l'inserimento di un minore in un carcere o in un Centro di Prima Accoglienza deve prevedere non solo una gradualita' dell'impatto con la dimensione della privazione della liberta' ma anche l'indispensabilita' dell'approccio multidisciplinare. Anche nell'ambito del contesto penale minorile la fase di ingresso nel circuito del minore e' considerata il fulcro dell'intervento.

Una ulteriore particolare attenzione va posta negli interventi da mettere in atto presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e le Case di Cura e Custodia, che piu' di ogni altra struttura di limitazione della liberta' personale subiscono il rischio degli atti di autolesionismo grave, fino al suicidio.

Raccomandazioni della World Health Organization (WHO/OMS)

Il Department of Mental Health and Substance Abuse della Organizzazione Mondiale della Sanita' (OMS) ha redatto nel 2007 un documento che riassume le raccomandazioni sulla "Prevenzione del suicidio nelle carceri".

L'ottima qualita' del documento, elaborato da un panel di esperti di livello internazionale e la sua esaustivita' ne fanno un importante strumento di riferimento.

Il documento tratta la problematica elaborando i possibili profili suicidari contestualizzati al regime detentivo, individuando i fattori di rischio e delineando un programma di prevenzione del suicidio attraverso l'addestramento del personale, lo screening di ingresso, l'osservazione dopo l'ingresso, la gestione post-screening, le modalita' di comunicazione, il trattamento del tentativo di suicidio e la gestione dell'evento suicidio.

Nonostante debba essere rilevato come esistano delle differenze anche sostanziali tra regimi penitenziari dei diversi Paesi, di seguito vengono elencate le indicazioni strategiche desumibili:

- 1) Organizzare corsi di addestramento (e di aggiornamento) per il personale di Polizia Penitenziaria e per gli operatori sanitari che li aiuti a riconoscere i detenuti a rischio suicidario;
- 2) Curare la qualita' del clima sociale e porre particolare attenzione all'ambiente, considerando i suoi livelli di attivita', di sicurezza, di cultura, e il tipo di rapporto tra agenti e

detenuti;

3) Mettere in atto strategie tese a ridurre i comportamenti aggressivi ed altre forme di violenza, ed enfatizzare invece relazioni supportive tra i detenuti e il personale sanitario e penitenziario;

4) Implementare procedure di screening sistematico dei detenuti sia all'ingresso che durante la detenzione, per identificare gli individui con un rischio suicidario elevato;

5) Implementare procedure di screening precoce e relativa valutazione dei minori privati della liberta';

6) Favorire la comunicazione e le informazioni tra il personale sanitario e penitenziario sui soggetti a rischio;

7) Formalizzare procedure scritte che riportino i requisiti minimi per ospitare detenuti ad alto rischio, le modalita' per fornire supporto sociale, la prescrizione di frequenti controlli visivi e osservazione continua per i detenuti a rischio suicidario.

Le Azioni

Un intervento di sistema sul tema della prevenzione del rischio suicidario non puo' non tenere conto del fatto che ciascun istituto penitenziario e/o servizio minorile si differenzia dagli altri e si caratterizza per la tipologia dell'utenza presente (patologie, posizioni giuridiche, tempi di permanenza, etnia, genere, condizioni socio culturali, ecc.) e per il contesto ambientale (numero delle presenze e sovraffollamento, condizioni igieniche, risorse territoriali, risorse di personale, ecc).

In ogni caso sara' importante che il sistema sviluppi capacita' di intercettare e trattare con tempestivita' stati di disagio psicologico e di disturbo psichico o altri tipi di fragilita', attivando un coordinamento funzionale delle diverse figure professionali presenti, a prescindere dal loro rapporto di dipendenza istituzionale, capacita' quindi di migliorare le interazioni e le sinergie funzionali tra le stesse figure con l'obiettivo, pur nei rispetto delle rispettive competenze previste dalle norme vigenti, di mettere in atto misure di contenimento del rischio suicidario e di arrivare ad una reale diminuzione dei comportamenti autolesivi e dei suicidi da parte delle persone detenute ed internate e dei minori privati della liberta'.

L'Amministrazione penitenziaria e la Giustizia minorile, tramite le proprie articolazioni territoriali, e le Regioni e PP.AA. si impegnano, entro tre mesi dalla data del presente Accordo, a costituire in ogni Regione e PP.AA., all'interno di ciascun Osservatorio Permanente sulla Sanita' Penitenziaria, un gruppo di lavoro tecnico-scientifico, composto, senza oneri aggiuntivi, anche da operatori sanitari e da operatori penitenziari e minorili. Tale gruppo di lavoro avra' il compito di elaborare, sulla base delle linee guida esistenti e tenendo conto delle indicazioni degli organismi europei e dell'OMS, un programma operativo di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili.

Detto programma deve prevedere:

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

A prescindere quindi dal modello organizzativo adottato da ciascuna ASL e validato da ciascuna Regione, a garanzia di un auspicabile livello di omogeneità sul territorio nazionale, si ritiene necessario che siano ulteriormente assicurati percorsi di formazione congiunta degli operatori appartenenti alle diverse amministrazioni coinvolte, (incluso il personale di Polizia Penitenziaria), estesi eventualmente al terzo settore ed al volontariato qualora presenti.

Monitoraggio e verifica

L'applicazione del presente Accordo sarà oggetto di apposito monitoraggio da parte delle Regioni e delle Province autonome, del Ministero della Giustizia e del Ministero della Salute che procederanno a rilevare, con cadenza annuale, le azioni e le attività mirate alla realizzazione dei contenuti del presente Accordo, sia tramite relazioni scritte che attraverso audizioni dirette, in uno spirito di reciproca collaborazione tra tutte le istituzioni interessate, al fine di consentire una visione nazionale dell'andamento del fenomeno e delle misure di contrasto.

I dati elaborati sono messi a disposizione del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria.

Dalle attività previste dalle presenti linee di indirizzo non devono derivare maggiori oneri a carico della finanza pubblica.