
DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

168

Deliberazione n. _____

OGGETTO: Presa atto Protocollo d'intesa "Linee di indirizzo per la prevenzione e la profilassi del rischio autolesivo e suicidiario dei detenuti e degli internati sottoposti a provvedimento penale" tra la Direzione Casa Circondariale di Crotone e l'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone

STRUTTURA PROPONENTE: Dipartimento C.T. Macro Area Amministrativa – Ufficio Affari Generali e legali.

Data di presentazione della proposta:

05 DIC. 2017

In data _____ nei locali della Sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, sita in Via Mario Nicoletta Centro Direzionale "Il Granaio", il Direttore Generale Dr Serio Arena adotta la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

Il Direttore del Dipartimento C.T. Area Amministrativa Dr. Francesco Saverio Loria su conforme proposta nonché sulla base della espressa dichiarazione di regolarità, di legittimità e di conformità dell'atto alla normativa vigente resa dal Direttore Ufficio Affari Generali Legali e Assicurativi.

PREMESSO

CHE la carcerazione è una esperienza umana limite che coincide da un lato con la perdita della libertà individuale e della propria autonomia e dall'altra con la frattura della continuità esistenziale attraverso la sottrazione dell'individuo dal corso della propria vita e della sua rete relazionale e che tutto ciò può indurre a gesti autoaggressivi ed autosoppressivi, chiari segnali del grave stato di disagio in cui i detenuti si trovano a vivere;

CHE il DPCM 14/02/ 2008 relativo alle " *Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti* " nell'allegato "A" ha previsto che venga data una specifica attenzione alla tematica della presa in

carico dei detenuti nuovi arrivati e della prevenzione del rischio suicidiario delle persone in stato di restrizione della libertà personale;

CHE il D.P.C.M.1/04/2008 ha sancito il passaggio delle competenze in materia di assistenza sanitaria a favore della popolazione detenuta dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale;

CHE tra le iniziative di attuazione del citato D.P.C.M.in data 19.01.2012 è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regione l'Accordo - *Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidiario dei detenuti,degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale*".

CHE con Delibera della Giunta Regionale della Calabria n.353 del 18.10.2013 sono state approvate le linee regionali di indirizzo *per la riduzione del rischio autolesivo e suicidiario dei detenuti,degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale*".

CHE l'obiettivo di mettere in atto misure di contenimento del rischio suicidiario e dei comportamenti autolesivi da parte delle persone detenute ha fatto nascere l'esigenza di attivare un coordinamento funzionale delle diverse figure professionali tramite la sottoscrizione di un protocollo d'intesa tra l'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone e la Direzione della Casa Circondariale di Crotone;

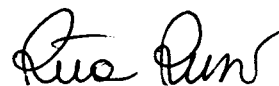
Vista tutta al normativa specifica in materia

PROPONE

Per quanto in premessa specificato e descritto, che qui si intende integralmente ripetuto e confermato:

DI prendere atto del Protocollo d'Intesa "Linee di indirizzo per la prevenzione e profilassi del rischio autolesivo e suicidiario dei detenuti e degli internati sottoposti a provvedimento penale" sottoscritto con la Casa Circondariale di Crotone che è parte integrante e sostanziale del presente atto;

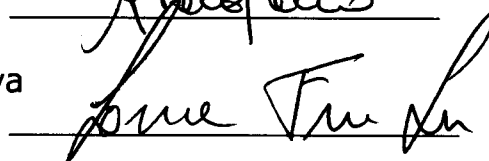
Il Responsabile del Procedimento
Dott.ssa Rita Russo



Il Direttore Ufficio Affari Generali Legali e Assicurativi
Dr.ssa Anna GIORDANO



Il Direttore Dipartimento Macro Area Amministrativa
Dr. Francesco Saverio LORIA



Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

IL DIRETTORE GENERALE

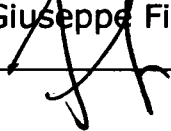
Vista la proposta di deliberazione che precede e che s' intende qui di seguito integralmente riportata e trascritta.

Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario. Ritenuto di condividerne il contenuto.

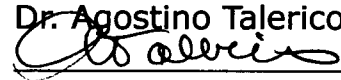
DELIBERA

di approvare la superiore proposta che qui s' intende integralmente riportata e trascritta per come sopra formulata dal Responsabile dell'Ufficio proponente.

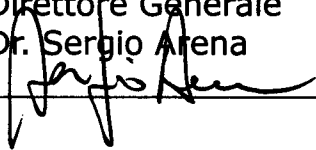
Il Direttore Amministrativo
Dott. Giuseppe Fico



Il Direttore Sanitario
Dr. Agostino Talerico



Il Direttore Generale
Dr. Sergio Arena



UFFICIO AFFARI GENERALI E LEGALI
SEGRETERIA GENERALE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

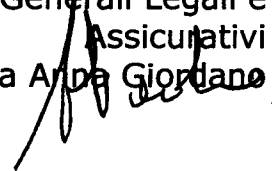
La presente Delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all' Albo Pretorio dell' Azienda in data 05 DIC. 2017 con protocollo della U.O. Segreteria Generale n° 122 ed ivi rimarrà per un periodo di dieci giorni.

Crotone lì 05 DIC. 2017

Il Responsabile del Procedimento



Il Direttore Ufficio
Affari Generali Legali e
Assicurativi
Dott.ssa Anna Giordano



Ref. 4032 del 28.11.2017



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



L'UFFICIALE ROGANTE
(Dr.ssa Anna GIORDANO)



MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
DIREZIONE CASA CIRCONDARIALE
CROTONE

PROTOCOLLO D'INTESA
"LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE E PROFILASSI DEL
RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO DEI DETENUTI E DEGLI
INTERNATI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTO PENALE"

TENUTO CONTO dei seguenti atti:

Deliberazione della Giunta Regionale Calabria n. 353 del 18 ottobre 2013;

Lettera Circolare GDAP n. 0198504 datata 5 giugno 2015;

Lettera Circolare GDAP n. 0215131 datata 17 giugno 2015;

Nota GDAP n. 46168 datata 14 agosto 2015;

Lettera Circolare GDAP n. 0425948 datata 21 dicembre 2015;

Lettera Circolare GDAP n. 04259481 datata 21 dicembre 2015;

Nota GDAP n. 0042087 datata 14 febbraio 2016;

Nota GDAP n. 161639 datata 11 maggio 2016

Nota GDAP n. 013148 datata 14 gennaio 2017;

Lettera Circolare GDAP n. 0079280 datata 6 marzo 2017;

PREMESSO CHE

- il rischio suicidario in carcere è 20 volte maggiore rispetto a quello che si paventa nell'ambiente extramurario e che la carcerazione è un fattore specifico di vulnerabilità che può indurre a gesti autoaggressivi ed autosoppressivi quali chiari e inequivocabili segnali del grave stato di disagio, di malessere in cui i detenuti si trovano a vivere attesa la limitazione della libertà e l'assoggettamento in vincoli;
- il suicidio in carcere occupa il primo posto nella lista degli eventi "sentinella" che devono far riflettere su organizzazione, strategie e percorsi di cura;
- l'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, competente per territorio, si occupa dell'Assistenza Sanitaria della popolazione detenuta presso la Casa Circondariale di Crotone;
- la Direzione della Casa Circondariale di Crotone garantisce alle persone ristrette nell'Istituto Penitenziario il diritto all'assistenza sanitaria, favorendo e consolidando il proprio rapporto di collaborazione con il Servizio Sanitario, dedicando particolare attenzione a quei soggetti portatori di stati patologici complessi, che richiedono la definizione di protocolli operativi;
- la maggior parte dei suicidi in carcere avviene nel primissimo periodo di permanenza (le prime 48-72 ore), nonché, nei casi di lunghe carcerazioni, durante l'esecuzione delle stesse e talvolta nel periodo immediatamente precedente la scarcerazione;
- esistono fattori spazio temporali che incidono sul rischio di suicidio quali l'uso di celle singole, l'isolamento, oppure gli orari in cui diminuisce la vigilanza del personale o vi è una ridotta attività nell'ambito dell'Istituto e che spiegano perché una percentuale elevata di suicidi viene tentata nelle ore notturne;
- risulta indispensabile garantire una presa in carico efficace dei soggetti ristretti soprattutto mediante un'azione sinergica di tutti gli operatori coinvolti (Direttore, Comandante, Funzionari Giuridico-Pedagogici, Medici, Infermieri, Personale Polizia Penitenziaria, Psicologi, Assistenti Sociali, Cappellano etc...), attesa la necessità di arginare i fenomeni di autolesionismo e, più in generale, di prevenire il disagio psichico in carcere;

- fondamentale è la tempestività degli interventi de quibus sin dall'ingresso in istituto allo scopo di accertare ogni eventuale situazione personale di fragilità fisica o psichica e qualsiasi tendenza e/o sintomo capace di evolversi in atti di auto e/o etero aggressività.

CONSIDERATO CHE

il sistema operativo delineato nel presente Protocollo prevede azioni specifiche in grado di intercettare e trattare con tempestività stati di disagio psicologico e di disturbo psichico o altri tipi di fragilità, attivando un coordinamento funzionale delle diverse figure professionali presenti, a prescindere dal loro rapporto di dipendenza istituzionale, con l'obiettivo di mettere in atto misure di contenimento del rischio suicidario e dei comportamenti autolesivi da parte delle persone detenute.

Le azioni contemplate devono essere messe in atto in un lavoro di rete, con momenti sia formali che informali di controllo e scambio di informazioni e conoscenze, atteso che tale organizzazione consente di implementare e amplificare le occasioni di ascolto e di intercettazione del disagio, oltre a rendere omogenei e tra loro congruenti gli interventi possibili, potenziandone l'idoneità e l'efficacia,

All'uopo, si evidenzia che il punto D) dell'Accordo applicativo dell'art. 7 del DPCM 1° aprile 2008 disciplina l'assetto organizzativo demandando il coordinamento di tutte le azioni al Direttore dell'Istituto Penitenziario che agisce d'intesa con il Responsabile dell'Area Sanitaria intramuraria.

La Casa Circondariale di Crotone, rappresentata dal Direttore Dirigente Penitenziario,
Dr.ssa Emilia Boccagna

e

L' Azienda Sanitaria Provinciale Crotone, rappresentata dal Direttore Generale Dr. Sergio
Arena

CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE:

ARTICOLO I Premesse

In conformità alla letteratura internazionale, ed in particolare secondo quanto indicato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, nonché in ossequio alle linee di indirizzo Dipartimentali e Regionali, si indicano i quattro atti essenziali del lavoro clinico:

1. **Costituzione dell'Unità Locale per la Prevenzione Suicidaria (U.L.P.S.):** composta da: Direttore, Dirigente Sanitario, Comandante, Capo Area Giuridico-Pedagogico che ne è anche referente, Specialista Psichiatra, Specialista Psicologo, Psicologo ex art. 80.
2. **Procedura di Accoglienza.**
3. **Presa in Carico.**
4. **Riunione Multidisciplinare di progettazione e Verifica.**

ARTICOLO II

**Procedura di accoglienza: Screening/Valutazione all'ingresso e nel corso della
detenzione**

Il personale medico è tenuto ad effettuare a tutti i nuovi giunti provenienti, sia dalla libertà che da altri istituti penitenziari - immediatamente e comunque ai sensi e con la tempistica di cui all'art. 23, I comma, II capoverso, R.E. D.P.R. 230/2000 - , una visita medica alla quale devono seguire, entro e non oltre le successive 36 ore, sia il colloquio dell'esperto psicologico, sia quello dello psichiatra che compileranno l'apposita scheda di I° Ingresso che sarà posta a disposizione degli altri operatori per favorire al massimo lo scambio delle informazioni e l'adozione delle misure necessarie, ognuno per quanto di competenza.

Pertanto, qualora dalle attività poste in essere nei confronti del nuovo giunto emergano fattori di rischio, per le vie brevi e comunque con l'inoltro per le vie interne dei moduli succitati, si procederà a segnalare agli altri operatori intramurari ogni possibile rischio autosoppressivo/autolesionistico che sia stato rilevato, in particolare, al fine di attivare il cd intervento di sostegno integrato.

Quanto sopra è precipuamente riportato in apposito Ordine di Servizio n. 68 del 04/08/2017 condiviso con il settore sanitario intramurario al fine di definire analiticamente gli aspetti operativi del presente accordo.

Nel caso di persona con riferite problematiche dipendenti dall'uso di sostanze, il sanitario richiederà l'intervento del SERT che avrà l'obbligo di prendere in carico i casi segnalati.

Il Funzionario Giuridico Pedagogico effettua il colloquio di primo ingresso al più presto e comunque entro le 36 ore (al massimo 48 ore nel caso che si susseguano giornate festive) successive all'ingresso del nuovo giunto provvedendo a compilare l'apposita scheda del modulo di primo ingresso.

Lo stesso attiverà ogni risorsa umana e materiale utile al soddisfacimento dei bisogni rilevati curando che avvenga la circolarità delle informazioni apprese. In particolare, attiverà l'intervento del Cappellano dei volontari e di ogni altro operatore in funzione dei bisogni rilevati e del perseguimento degli obiettivi del servizio di accoglienza.

Il processo di Screening/Valutazione del rischio autolesivo, con conseguente eventuale attivazione dello Staff Multidisciplinare, si applica a tutti i Nuovi Giunti al fine di verificare la sussistenza dei fattori di rischio o delle seguenti manifestazioni della sussistenza di un rischio, di seguito elencati a titolo esemplificativo ma non esaustivo:

- uso di sostanze stupefacenti in atto o pregresso dichiarato o rilevato dalla visita o all'analisi delle urine eseguito previo consenso della persona;
- livelli insoliti di vergogna, colpa, e preoccupazione per l'arresto e il conseguente stato detentivo;
- manifestazioni di disperazione e/o paura per il futuro, segni di depressione come il pianto, l'appiattimento affettivo, e l'assenza di comunicazione verbale;
- presenza di ideazione suicidaria, il detenuto ammette di avere al momento pensieri riguardanti il suicidio;
- il sopraggiungere di notizie negative relative alla famiglia, (separazione/abbandono del coniuge, malattie, decesso di un congiunto, etc...);
- eventi avversi personali, quali malattia, perdita del lavoro o altro evento percepito come traumatico dal soggetto, trasferimento ad altro carcere;
- sopravvenuta condanna definitiva di notevole entità, nuove ordinanze restrittive, rigetti di misure alternative o di altri benefici;
- fase immediatamente successiva alla comunicazione dell'esito del processo;
- problematiche psichiatriche in atto o in anamnesi;
- presenza di un disturbo psichiatrico e/o di un comportamento insolito e bizzarro, per esempio difficoltà di concentrazione, soliloquio, percezione di voci...;

- precedenti atti di autolesionismo, di eterolesionismo o di tentato suicidio, e/o dichiarazioni in merito ad ideazioni suicidarie;
- dichiarazioni relative alla scarsità/assenza di risorse interne e/o esterne di supporto;
- presenza di cicatrici;
- segnalazione da parte del personale che abbia arrestato e/o tradotto il ristretto del rischio di atti di autolesionismo, di eterolesionismo e/o di tentato suicidio.

Una lista di questo tipo è parte importante di un'azione di accoglienza ai fini della prevenzione del suicidio, per vari motivi:

- suggerisce al personale appartenente al corpo di Polizia Penitenziaria domande strutturate su alcune aree fondamentali che vanno indagate;
- quando c'è poco tempo per condurre una valutazione più approfondita, fornisce un promemoria per il personale impegnato;
- facilita la comunicazione tra il prefato personale e gli operatori sanitari e psichiatrici;
- rappresenta una documentazione legale che il detenuto è stato sottoposto a screening per valutare il rischio suicidario all'ingresso in istituzione e quando le condizioni siano cambiate.

L'approccio sia nei confronti del Nuovo Giunto (dalla libertà o per trasferimento) che del ristretto segnalato a rischio, è multidisciplinare ed è mirato ad individuare con tempestività i bisogni sociali e di salute generale, psicologica e/o psichiatrica, coinvolgendo, in una progettualità condivisa, tutto il team degli operatori penitenziari: area sanitaria, area trattamentale, area della sicurezza.

In tale fase vengono individuati precocemente interventi di tipo terapeutico, specialistico, logistico e di sorveglianza.

ARTICOLO III **Presa in carico**

Gestione post-screening

Dopo lo screening è necessaria un'adeguata osservazione e il follow-up.

Si stabilisce un processo di gestione, con linee guida articolate in maniera chiara e procedure che definiscano le varie responsabilità per l'allocazione, la supervisione continua e gli interventi psichiatrici per i detenuti ad alto rischio di suicidio.

Al fine di garantire la massima conoscenza di ogni aspetto afferente i ristretti che possa incidere negativamente sullo stato bio psichico, entrambe le Amministrazioni sottoscrittrici si impegnano a comunicare all'altra, con le modalità già in uso, ogni utile notizia in merito utilizzando relazioni psicologiche e sanitarie, relazione di funzionari giuridico- pedagogici, segnalazione del personale di polizia penitenziaria e degli altri operatori.

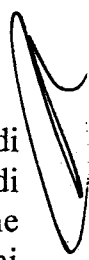
Osservazione

Un'adeguata osservazione dei detenuti con rischio suicidario è cruciale, in particolare durante i turni di notte, nelle ipotesi di rifiuto di partecipare ai momenti di vita comune, (ad es. il detenuto che non si reca all'aria aperta, al campo sportivo, etc..) e negli Istituti in cui il personale di polizia penitenziaria non sempre è assegnato ad un settore detentivo in maniera permanente.

Il livello di osservazione sarà adeguato al grado di rischio.

I detenuti in una fase attiva di "suicidalità" richiedono una supervisione costante.

I detenuti che destano nel personale un sospetto di suicidio, ma che non ammettono di pensarci al momento, possono non richiedere una supervisione costante, ma necessitano di un'osservazione più frequente (con intervalli di 5-15 minuti). Comunque, considerando che un tentativo di suicidio per impiccamento necessita solo di 3 minuti per provocare danni



cerebrali permanenti, e 5-7 minuti per essere letale, anche ad un intervallo di 10-15 minuti gli interventi potrebbero essere inefficaci per un detenuto ad alto rischio.

Ad ogni buon conto, la sorveglianza a vista deve intendersi quale misura temporanea e sussidiaria adottabile, al pari della allocazione in isolamento e/o in cella priva di suppellettili, soltanto eccezionalmente qualora non siano percorribili al momento altre soluzioni dovendosi piuttosto realizzare interventi integrati, appropriati al rischio rilevato e comunque nel rispetto delle linee guida dell'OMS che chiariscono che esiste una forte associazione tra suicidio e tipo di alloggio assegnato. Nello specifico, un detenuto posto in isolamento o sottoposto a particolari regimi di detenzione (specialmente in cella singola) ed incapace di adattarsi è ad altro rischio di suicidio.

Sorveglianza a vista, grandissima sorveglianza e grande sorveglianza.

La sorveglianza a vista è una disposizione che viene adottata esclusivamente nei confronti di persona intercettata come soggetto ad alto rischio suicida e che trae origine da provvedimento dell'area sanitaria o della Direzione dell'Istituto finalizzata alla tutela dell'incolumità personale.

Poiché tale misura risulta essere controindicata da qualsiasi indirizzo scientifico sull'argomento della prevenzione del suicidio, va applicata quale extrema ratio per un periodo limitatissimo di tempo, necessario all'adozione delle misure di supporto concordate e condivise dagli operatori dello Staff Multidisciplinare.

La grandissima sorveglianza e la grande sorveglianza sono disposizioni che possono riguardare indistintamente sia esigenze connesse alla sicurezza dell'Istituto, per il controllo dei detenuti con una spiccata pericolosità per i quali la valutazione è demandata esclusivamente all'Istituto Penitenziario non coinvolgendo la sfera sanitaria dell'individuo, sia esigenze connesse alla sfera individuale del ristretto che presenta una personalità fragile per il quale, la sottoposizione ad una di queste misure presuppone il necessario pronunciamento da parte del personale sanitario, anche specialistico.

In tale ottica, i colloqui individuali effettuati nei confronti dei detenuti a rischio rappresentano un'opportunità di auto-espressione e allo stesso tempo di osservazione clinica e gli stessi non saranno lasciati soli, atteso anche che si offrirà loro costantemente osservazione e compagnia anche individuando gli eventuali soggetti da formare, attraverso le opportune azioni da concordare tra le parti contraenti come "*peer supporter*".

L'Azienda Sanitaria si impegna, a tal proposito, a realizzare a costo zero per l'Amministrazione Penitenziaria, compatibilmente con le risorse umane e finanziarie disponibili, corsi di formazione per tali figure di supporto nonché per i "*care givers*".

Trattamento psichiatrico

Detenuti con disturbi psichiatrici che presentano un elevato rischio di suicidio saranno adeguatamente trattati farmacologicamente con psicofarmaci e con prescrizione di colloqui di sostegno psicoterapeutico.

Una volta che il detenuto è stato identificato come ad alto rischio di suicidio, saranno opportune ulteriori valutazioni e trattamenti da parte dello psichiatra che prenderà in carico il detenuto assieme al Medico e lo Psicologo.

Sempre lo Psichiatra rivaluterà la condizione psicopatologica per il rischio suicidario rapportandosi e collaborando con lo Psicologo e partecipando allo Staff Multidisciplinare.

Nelle situazioni di elevato rischio, nell'ipotesi di assenza e/o mancata reperibilità dello Psichiatra incaricato, sarà compito del personale sanitario in servizio coinvolgere il CSM competente territorialmente per la gestione dell'urgenza.

Gestione Psicologica

Lo Psicologo effettua le seguenti attività:

- prende in carico il detenuto;

- valuta e monitorizza il caso con frequenti colloqui anche attraverso la somministrazione di scale cliniche validate, se disponibili.

Questo strumento, dopo la valutazione del livello di rischio individua le possibili azioni da avviare quali la frequenza di un'azione di monitoraggio del pz e/o l'invio allo specialista Psichiatra;

- partecipa allo Staff Multidisciplinare;
- si rapporta e collabora con lo Specialista Psichiatra, con l'Area Giuridico-Pedagogica, con l'Area Sanitaria e con l'Area Sicurezza.

In caso di sciopero della fame

Il soggetto che dichiara di effettuare lo sciopero della fame e/o della sete, dopo le incombenze amministrative/sanitarie sia da parte del personale dell'Amministrazione Penitenziaria che da parte del personale sanitario, deve essere sostenuto da tutti gli operatori sanitari e A. P. che valuteranno le cause dell'astensione e gli interventi effettuabili, senza tralasciare ogni utile intervento di sostegno,

Nello specifico, deve essere osservata la procedura del Protocollo Operativo n.° 112 del 7 luglio 2016 che costituisce parte integrante del presente accordo e che si allega in copia.

In caso di tentativo di suicidio

Se avviene un tentativo di suicidio, il personale sarà addestrato a prestare pronto soccorso al detenuto nell'attesa dell'arrivo del personale medico interno e/o esterno.

L'addestramento del personale alle procedure di pronto soccorso costituisce un fattore di prevenzione/intervento fondamentale tant'è che l'Azienda Sanitaria Provinciale si fa carico di organizzare, compatibilmente con le risorse umane e finanziarie a disposizione, appositi corsi di formazione per il personale di questa Casa Circondariale.

La Direzione dell'Istituto Penitenziario si fa carico di formalizzare la procedura di primo soccorso da parte del personale di Polizia Penitenziaria con l'accortezza di centralizzare per evitare ritardi, canali efficienti di comunicazione con il personale medico e procedure di risposta d'emergenza.

Una valutazione psichiatrica e/o psicologica approfondita del detenuto sarà condotta immediatamente dopo l'evento, non appena le circostanze cliniche lo consentano.

Tale valutazione sarà effettuata in un'area riservata, senza possibilità di interruzione del colloquio, dove sia il detenuto che il professionista potranno trovarsi fisicamente a loro agio. La valutazione dovrebbe chiarire i fattori che hanno precipitato l'atto autolesivo, il grado di intenzionalità dell'atto, le problematiche (sia acute che croniche) che il detenuto sta affrontando, la presenza o meno di un disturbo psichiatrico, la probabilità di una ripetizione dell'atto a breve termine (per es., in caso di una forte ideazione suicidaria che il detenuto fa difficoltà a respingere), il tipo di aiuto necessario e quello che il detenuto è in grado di accordare.

Gli specialisti coinvolti, dotati di opportuna strumentazione testistica potranno meglio valutare il rischio suicidario.

ART. IV

Riunione Multidisciplinare di Progettazione e Verifica

Lo Staff Multidisciplinare, anche sulla base delle segnalazioni intervenute da parte di qualsiasi membro che lo compone, valuta, nel più breve tempo possibile, ogni caso particolare e adotta gli interventi adeguati.

Effettua anche le successive valutazioni con riunioni periodiche e si pronuncia sulla proroga o sulla revoca dei presidi di particolare sorveglianza.

Lo Staff provvede inoltre alla circolarità delle informazioni tra le diverse Aree operative all'interno dell'Istituto.

Individuato il detenuto a rischio, nella riunione multidisciplinare si stabilirà un programma sanitario e trattamentale individualizzato. Nell'ambito di tale programma saranno previste le tipologie di intervento nelle specifiche competenze di ogni Area coinvolta, così come compiutamente disciplinato da apposito Ordine di servizio, n°. 24 del Marzo 2017, emanato dalla Direzione dell'Istituto Penitenziario e che si allega.

Convocazione Staff Multidisciplinare

Lo Staff, se non ricorrono situazioni di emergenza, è convocato secondo le modalità ordinarie.

Nei casi di assoluta urgenza, quando si renda necessario intraprendere delle azioni immediate, lo Staff deve essere convocato urgentemente con gli Operatori al momento presenti in Istituto; dovranno, comunque, essere presenti almeno un Rappresentante dell'Area Sicurezza e il Medico di turno (Staff Minimo).

Lo Staff Multidisciplinare Completo si riunisce per la discussione di tutti i casi segnalati e prioritari, sotto la Direzione del Direttore dell'Istituto Penitenziario.

Alla fine dei lavori si redige un verbale firmato da tutti gli operatori presenti che si attiveranno ognuno per la parte di rispettiva competenza.

ART.V Isolamento

Prima di operare lo spostamento di un detenuto in stanza singola, si acquisirà il Nulla Osta Sanitario - ai sensi dell'art. 33 O.P. ; nulla osta che non si intenderà quale mera ratifica dell'orientamento proveniente dall'Area Sicurezza, ma costituirà frutto di una valutazione congiunta tra Area Sanitaria e Area Sicurezza. A tale scopo il Medico di turno consulterà sempre il Diario Clinico del detenuto per verificare se lo stesso si trova nelle condizioni di sopportare detto regime.

Il Sanitario presente in Istituto, se lo riterrà necessario, potrà chiedere la convocazione con carattere d'urgenza dello Staff Multidisciplinare e nel caso in cui non siano presenti tutti gli operatori previsti ordinariamente, si procederà con lo Staff Minimo ovvero Medico di Guardia e Responsabile della Sorveglianza Generale.

Come evidenziato, la condizione di isolamento costituisce extrema ratio, misura meramente temporanea, nonché, elemento di rischio aggiuntivo e pertanto i detenuti che si troveranno in questa condizione saranno oggetto di monitoraggio quotidiano da parte del Medico e dello Psicologo.

Lo Psichiatra effettuerà visite specialistiche ai soggetti posti in stato di "isolamento" e, soprattutto, a quelli riconosciuti affetti da patologia psichiatrica, con cadenza che lo stesso valuterà caso per caso, oltre che in base alle segnalazioni a lui eventualmente pervenute da parte degli altri Operatori.

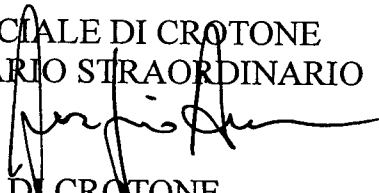
Il presente Protocollo sottoscritto a mano e digitalmente ai sensi dell'art. 15 II comma bis L. 241 del 1990 potrà essere aggiornato su richiesta delle parti firmatarie e, in assenza di proposte di revisioni e/o di intervenute modificazioni legislative, si riterrà tacitamente rinnovato ogni anno.

Addi, 28 / 11 / 2017

Approvato, letto e sottoscritto

Per L'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
IL DIRETTORE GENERALE COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dr. Sergio Arena



Per la CASA CIRCONDARIALE DI CROTONE
IL DIRETTORE PRO-TEMPORE Dr.ssa Emilia Boccagna

