



**PROTOCOLLO D'INTESA LOCALE TRA
LA ASL SASSARI E
LA CASA CIRCONDARIALE DI SASSARI-BANCALI
PER LA PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE NELL'ISTITUTO
PENITENZIARIO "GIOVANNI BACCHIDDU" BANCALI-SASSARI**

INDICE

1. ELEMENTI ESSENZIALI DEL PIANO: LA RILEVAZIONE DEL RISCHIO
2. IL PRESIDIO DELLE SITUAZIONI POTENZIALMENTE STRESSANTI
3. DETENUTI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTO DI TRASFERIMENTO O IN FASE DI DIMISSIONE
4. LAVORO INTEGRATO E MULTIDISCIPLINARE
5. LA GESTIONE DEI CASI A RISCHIO
6. PROTOCOLLI OPERATIVI PER AFFRONTARE LE URGENZE
7. ALLOCAZIONE E SOSTEGNO
8. OGGETTI PERICOLOSI
9. ATTIVITÀ POST-FACTO- DOCUMENTAZIONE DI UN EVENTO INFAUSTO
10. DEBRIEFING
11. LA FORMAZIONE
12. TABELLA RIASSUNTIVA E FLOW CHART
13. RESPONSABILITÀ COLLETTIVA
14. DISPOSIZIONI FINALI

INTRODUZIONE

Con delibera della Giunta Regionale n° 14/25 del 29 aprile 2022 è stato approvato il piano regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie negli istituti Penitenziari della Sardegna.

Tale documento trasmesso dal Provveditorato Regionale della Sardegna con nota n. 0024217 del 25 agosto 2022 impegna questa Direzione e gli organismi locali del Servizio sanitario nazionale all'adozione di un Piano locale che sia coerente con le previsioni di quello regionale.

Il suicidio è un evento ad eziologia multideterminata, diagnosi multiassiale e trattamento multistrategico. Su questo filo logico, la Direzione della CC di Sassari e la ASL si prefiggono di attivare delle procedure che consentano l'individuazione dei fattori di rischio e di protezione, il monitoraggio delle situazioni potenzialmente critiche, la predisposizione di interventi integrati di prevenzione, supporto e trattamento, la valutazione condivisa degli esiti.

Dal punto di vista metodologico, si ripercorre il Piano Nazionale di Prevenzione delle condotte suicidarie con l'indicazione delle tre aree operative dove si ritrovano le componenti professionali, volontarie e detenute, privilegiando l'osservazione integrata da parte di tutti gli operatori *del "sistema penitenziario"* al fine di intercettare precocemente segnali di vulnerabilità predittivi di comportamenti a rischio, alla quale segue la condivisione delle osservazioni e la programmazione degli interventi in relazione alla specifica organizzazione dell'I.P. di Sassari.

Vengono superati i vecchi concetti di grande sorveglianza e sorveglianza a vista, sanitaria o custodiale, improntati ad una gestione meccanica della persona, a tutto vantaggio di un approccio multiprofessionale delle situazioni a rischio.

Lo strumento cardine in grado di individuare precocemente e trattare stati di disagio psicologico con tempestività è il coordinamento funzionale delle diverse figure professionali mediante costanti interazioni e sinergie, nel rispetto delle competenze di ciascuna area operativa.

Si realizza in tal modo una *rete di sistema* che consente di:

- rilevare e comunicare efficacemente le condizioni di rischio,
- migliorare la conoscenza della persona
- costruire gli interventi più confacenti al caso specifico, conformemente allo Schema riassuntivo delle azioni, dei compiti e dei provvedimenti di cui alla DGR n° 14/25 del 29.04.2022, pp. 13-22.

Ad ognuna delle Aree della Sicurezza, del Trattamento e Sanitaria è assegnato uno o più dei seguenti compiti:

- Attenzione
- Decisione
- Sostegno

AREA DELL'ATTENZIONE E DEL SOSTEGNO TECNICO-CLINICO

Vi afferiscono tutte quelle figure clinico-professionali che operano quotidianamente e che possono cogliere sintomi e/o richieste di attenzione e di cura nel corso di visite, colloqui, distribuzione di terapie.

Tale ambito si compone di medici, infermieri, psicologi, altri specialisti che possono, in questi casi, dare corso ad un primo sostegno e alla segnalazione del caso.

AREA DELL'ATTENZIONE E DEL SOSTEGNO TECNICO

In questo caso ci si riferisce specificamente alla figura del funzionario giuridico pedagogico che, seppur non dotato di competenza clinica, nell'ambito del suo ambito operativo può incontrare situazioni personali di fragilità e difficoltà, comunicarla e dare corso ad un primo sostegno.

AREA DELL'ATTENZIONE ATECNICA

È la parte numericamente più consistente della rete. Se tutte le altre figure citate possono venire in contatto con situazioni di rischio nel corso delle loro attività professionali (colloqui, visite, etc) quelle che compongono quest'area svolgono un presidio o comunque hanno una presenza costante nei settori detentivi e possono, quindi, agire un'attenzione diffusa e capillare.

Ci si riferisce al personale di polizia penitenziaria e agli stessi compagni di detenzione.

Un contributo importante è costituito dai volontari e dalla comunità esterna che possono intercettare casi di fragilità e interfacciarsi sia con i sanitari che con gli operatori penitenziari per segnalare le situazioni di vulnerabilità sociale.

Trattandosi di figure non dotate di competenze specifiche ad essi non potranno essere assegnati compiti tecnici e, nel caso di detenuti, il loro impegno non potrà in nessun modo, essere considerato sostitutivo dell'attività istituzionale.

È inoltre da ritenersi essenziale la possibilità di sviluppare nel personale, nei volontari e nei detenuti una sensibilità finalizzata a cogliere segnali indicativi di disagio esistenziale e/o di disturbo psicopatologico, ovvero situazioni o elementi considerati significativi che consentano di indirizzare l'intervento in maniera appropriata.

A tal proposito è opportuna la pianificazione di attività di sensibilizzazione e formative rivolte a tutti gli attori coinvolti all'interno dell'istituzione carceraria finalizzate ad ottemperare il DL 14/25.

AREA DELLA DECISIONE

È costituita dal Direttore dell'Istituto ma anche da chi, nel particolare momento della decisione, in assenza delle figure apicali, svolge le funzioni di governo quali, ad esempio, il Comandante di reparto, il Coordinatore del Reparto o gli addetti alla c.d. Sorveglianza Generale. A queste figure spettano le decisioni operative in ragione degli elementi di conoscenza che, nell'immediatezza dei fatti, la rete di attenzione gli sottopone.

È fondamentale pertanto, promuovere il modello di lavoro interdisciplinare tra le diverse aree di intervento, penitenziario e sanitario, al fine di intercettare e trattare in modo coordinato, celere, adeguato e continuo le criticità dei detenuti

1. ELEMENTI ESSENZIALI DEL PIANO LOCALE DI PREVENZIONE: LA RILEVAZIONE DEL RISCHIO.

La rilevazione del rischio

Dovrà essere preliminarmente valutato il contesto dell'istituto penitenziario avuto riguardo agli elementi specifici (fattori organizzativi, situazionali e aspetti sociosanitari).

A livello operativo la valutazione del rischio suicidario dovrà essere predisposta sia all'arrivo presso l'istituto, sia qualora cambino le condizioni della detenzione, utilizzando le scale previste negli allegati 2, 3 e 4 del presente documento. In modo da garantirne l'efficacia, inoltre, la rilevazione del rischio dovrà avvalersi di valutazioni regolari nel tempo, per l'intera durata della detenzione.

Il personale penitenziario e sanitario, al momento dell'ingresso, rileverà e riporterà, in documenti formali, costituiti da schede accessibili ad entrambe le parti, le informazioni inerenti le condizioni complessive del detenuto con l'obiettivo prioritario di intercettare eventuali manifestazioni di agiti autolesivi e/o suicidari. A tal fine dovrà essere compilato il **diario del rischio suicidario**, come da allegato 1 della DGR n° 14/25 del 29.04.2022, pp. 23-35.

Tale fase iniziale prevede la partecipazione di diversi uffici, matricola, medico di guardia, ufficio di sorveglianza esterna (Capoposto) e Funzionario del trattamento (FGP e FMC) che compileranno la parte di rispettiva competenza. Il documento sarà custodito nel fascicolo personale del detenuto presso gli uffici della Matricola e copia presso l'Area Trattamento.

FATTORI DI RISCHIO

- Dati anagrafici (età giovane o avanzata: minore di 45; maggiore di 65 anni);
- Presenza/assenza di componenti del nucleo familiare, specificandone il grado di parentela;
- Esperienza di detenzione (riportare se il detenuto è o meno alla prima esperienza di detenzione, specificando le eventuali precedenti esperienze; tipo e caratteristiche del reato; stato giuridico; fine pena; tipo di impatto con l'istituzione, nonché insoliti livelli di vergogna e/o preoccupazione per l'arresto);
- Dati salienti di natura giuridica (es. udienze, benefici, comunicazioni dei servizi relative al rapporto con i figli minori, ecc);
- Abitudini (alcool, droga e altro);
- Informazioni sanitarie (presenza di patologie psichiatriche, di dipendenza, o altre patologie);
- Fattori di rischio **ambientali**: ubicazione singola piuttosto che condivisa con altro

compagno;

- Fattori di rischio **comportamentali**: aggressività eterodiretta, autodiretta, ecc;
- Fattori di rischio **psicologici**: insoddisfazione della vita, paure e/o aspettative negative per il futuro, ecc;
- Fattori di rischio **situazionali**: rifiuto di partecipare ad attività, di usufruire di ore d'aria, tutto ciò che evidenzia una tendenza all'isolamento;
- Fattori di rischio **specifici**: pensieri suicidari, piani suicidari, ecc;
- Eventi vitali **stressanti** (rilevazione di quegli aspetti che possono rappresentare fonte di stress e che possono riferirsi, seppur in maniera differente, tanto alla vita precedente all'ingresso nella struttura quanto alla vita all'interno della struttura stessa);
- **Eventi critici** (comportamenti autolesivi, tentativi di suicidio, comportamenti di tipo dimostrativo ecc).

FATTORI PROTETTIVI

- Buon supporto sociale e familiare;
- Relazione sentimentale stabile;
- Buone capacità di adattamento all'ambiente, ecc.

L'amministrazione Penitenziaria e l'ASL si impegnano vicendevolmente a trasferire le informazioni suindicate al fine di gestire in modo appropriato il soggetto detenuto.

Tutte le informazioni acquisite diverranno patrimonio comune e dovranno essere riportate nel documento formale predisposto per ciascun detenuto e suddiviso in schede differenti a seconda degli interventi.

Il documento sarà inserito nella cartella personale del detenuto e copia sarà consegnata all'Area sanitaria.

Resta prioritario, come specificate dall'OMS, favorire la comunicazione tra il personale tutto, attraverso riunioni d'equipe, al fine di esaminare la situazione del detenuto che abbia dato segni di rischio e stabilire in maniera congiunta le specifiche azioni da intraprendere.

2. IL PRESIDIO DELLE SITUAZIONI POTENZIALMENTE STRESSANTI

Nel descrivere le aree operative da prendere in considerazione nell'elaborazione del piano di prevenzione, è stata introdotta la questione dell'attenzione quale fattore vincente, sia in termini tecnici che atecnici.

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.

Quanto segue è un dettaglio delle occasioni cui è necessario prestare particolare attenzione.

INGRESSO (scheda I - DGR n° 14/25 del 29.04.2022, p. 30)

Attivazione delle procedure specificamente descritte nella tabella “**Schema riassuntivo delle azioni, dei compiti e dei provvedimenti**” di cui alla DGR n° 14/25 del 29.04.2022, pp. 13-22. Il personale operante l’arresto gestisce i primi momenti della vicenda detentiva, ed è particolarmente importante che i suddetti operatori siano opportunamente preparati all’osservazione specifica delle reazioni emotive e che, al momento dell’ingresso, venga loro richiesto di riferire puntualmente se l’arrestato ha espresso disagio o volontà suicidarie.

COLLOQUI (SCHEDE L e N - DGR n° 14/25 del 29.04.2022, pp. 31, 33)

Lo svolgimento di un colloquio particolarmente teso o, viceversa, caratterizzato da lunghi momenti di silenzio o addirittura di sofferenza può meritare un successivo approfondimento.

Il personale di Polizia Penitenziaria addetto all’Ufficio colloquio segnalerà il caso, con la apposita scheda, per gli interventi di competenza.

Anche il momento degli interrogatori con i magistrati e i colloqui con gli avvocati e i familiari del detenuto possono evidenziare condizioni critiche e volontà suicidaria. Anche in questi casi il personale di polizia penitenziaria addetto al servizio segnalerà la criticità emersa in sede di colloquio.

CORRISPONDENZA (SCHEDE L - DGR n° 14/25 del 29.04.2022, p. 31)

La cessazione di corrispondenza verso l’esterno o il rifiuto di riceverne sono l’evidente segno di una rottura relazionale e, come tale, indice di una situazione stressante che merita approfondimento. Analogamente verificare litigi violenti o comportamenti difformi dal consueto, nel corso di telefonate di cui è consentito l’ascolto.

PROCESSI (SCHEDE M - DGR n° 14/25 del 29.04.2022, p. 32)

Gli uffici matricola sono in grado di registrare l’evolversi processuale, in particolare nel caso di reati gravi o nel caso di soggetti plurimi.

Occorre tener presente che i giorni che precedono le udienze, i giorni della condanna e quelli immediatamente successivi meritano attenzione e, se del caso, sostegno.

Il personale di scorta può essere in grado di riferire le reazioni del soggetto in ambito processuale e può riferirlo al momento del rientro in carcere.

NOTIFICHE (SCHEDE M - DGR n° 14/25 del 29.04.2022, p. 32)

La comunicazione della fissazione delle udienze, soprattutto nel caso di processi riguardanti fatti gravi, o la notifica di condanne o di provvedimenti che negano misure alternative, può costituire un momento stressante da tenere sotto controllo.

PATOLOGIE (SCHEDE O - DGR n° 14/25 del 29.04.2022, p. 34)

L’insorgenza o la presenza di patologie, in particolare se gravi, invalidanti o a prognosi infausta, nel corso della detenzione e la loro comunicazione al detenuto costituiscono una variabile stressogena

da monitorare adeguatamente così come la comunicazione di gravi lutti.

LA VITA IN SEZIONE (SCHEDA P - DGR n° 14/25 del 29.04.2022, p. 34)

La vita in sezione può evidenziare atteggiamenti e comportamenti significativi dal punto di vista del cedimento delle resistenze individuali allo stress.

In tutti questi casi è necessario che il personale operante nei diversi settori dell'istituto comunichi immediatamente gli eventi di cui sia venuto a conoscenza direttamente o indirettamente al Coordinatore della sorveglianza generale, al Presidio sanitario e all'area Trattamento. Comunque procederà senza ritardo a compilare la scheda corrispondente e a trasmetterla all'ufficio della sorveglianza generale per gli interventi di competenza di ciascuna area.

3. DETENUTI SOTTOPOSTI AL PROVVEDIMENTO DI TRASFERIMENTO O IN FASE DI DIMISSIONE

Una considerazione particolare merita la gestione dei detenuti a seguito dell'adozione dei provvedimenti di trasferimento che devono essere limitati ai soli casi strettamente necessari.

Il programma operativo previsto per i “**nuovi giunti**” deve essere esteso anche ai detenuti trasferiti. Infatti, anche se tali detenuti non possono essere tecnicamente definiti nuovi giunti, sono tuttavia sottoposti per il solo fatto del trasferimento, indipendentemente dai motivi, ad uno stress che può essere anche non indifferente.

Il detenuto trasferito si ritrova, infatti, in brevissimo tempo a vivere da un ambiente a lui noto ad uno sconosciuto dal punto di vista delle strutture, delle regole, delle persone con le quali interloquire, siano essi altri detenuti o il personale penitenziario. Tale nuovo status crea, a livello anche inconscio, un sentimento di disagio nei confronti del nuovo e, quindi, si potrebbe porre come fattore di rischio.

Tra le situazioni potenzialmente stressanti si può annoverare la **dimissione dall'istituto**.

Infatti, se l'ingresso in carcere dalla libertà è un evento traumatico, non lo è meno la riammissione in libertà specialmente per le persone che la riacquistano in seguito a lunghi periodi di carcerazione.

La situazione psicologica del condannato ad un lungo fine pena rimesso in libertà potrebbe creare criticità in quanto nel soggetto, abituato ai ritmi della vita penitenziaria che proprio per la sua invasività protegge entro certi limiti dagli eventi esterni, il timore della riammissione in libertà potrebbe far riemergere nel dimettendo sensi di insicurezza, di precarietà di preoccupazione per l'ignoto e per il futuro.

I detenuti con fine pena nei successivi 3-6 mesi dovrebbero poter fruire di un programma intensificato di sostegno psicologico propedeutico al reingresso nella società (gruppi AMA auto mutuo aiuto)

L'Ufficio trattamento procederà alla segnalazione all'UEPE, al Presidio Sanitario e ad altri enti territoriali a seconda del caso.

4. LAVORO INTEGRATO E MULTIDISCIPLINARE

Nel caso in cui si è verificato un fatto rilevante dal punto di vista di rischio, è fondamentale procedere a convocare la riunione di staff multidisciplinare, composta dal Direttore o un suo delegato, il personale dell'area trattamentale e dell'area sanitaria, dal comandante di reparto e/o un suo delegato. L'obiettivo è individuare le cause e adottare le misure più idonee per porre rimedio e prevenire le acting-out (azioni suicidarie).

La presa in carico della persona dovrà essere congiunta e coordinata da parte del personale sanitario e penitenziario.

La richiesta di convocazione della riunione deve essere avanzata necessariamente ad horas da chiunque evidenzi un elemento di potenziale rischio per la salute del detenuto.

La richiesta va inoltrata tramite sistema calliope agli uffici competenti.

La riunione di staff multidisciplinare dovrà svolgersi nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le 72 ore dalla rilevazione della situazione di rischio per il detenuto. In ogni caso, in questo lasso di tempo, dovranno essere previste azioni volte all'approfondimento della situazione ed eventuali azioni di cautela corrispondenti al livello di rischio stimato dal sanitario.

5. LA GESTIONE DEI CASI A RISCHIO

L'individuazione del rischio deve comportare l'attivazione di un processo gestionale del caso, a livello locale, che tenga conto essenzialmente dei seguenti aspetti:

- Alloggiamento
- Monitoraggio/osservazione delle condizioni della persona
- Disponibilità di oggetti potenzialmente pericolosi
- Interventi sanitari
- Interventi di supporto istituzionali
- Interventi di supporto da parte di compagni di detenzione umanamente e culturalmente più idonei a instaurare un rapporto proficuo con la persona in difficoltà (peer-supporters).

6. PROTOCOLLI OPERATIVI PER AFFRONTARE LE URGENZE

La prevenzione delle condotte suicidarie necessita, altresì, di protocolli operativi per la gestione dell'urgenza.

L'O.M.S. evidenzia una serie di condizioni che devono essere adeguatamente presidiate, in particolare:

- Il personale regolarmente a contatto con i detenuti deve essere opportunamente addestrato su temi quali il “**primo soccorso**”, le tecniche di rianimazione cardiopolmonare ed altro, mediante attività formative regolari e nel rispetto della condivisione di programmazione, risorse ed attività.

- Il suddetto personale deve inoltre saper comunicare adeguatamente con gli operatori sanitari chiamati in via d'urgenza, in modo da poter prevedere quanto necessario già nel corso dell'avvicinamento al luogo dell'evento.
- Dovranno essere previste prove in bianco, realizzando esercitazioni per la verifica delle procedure che sono state definite per ogni situazione di emergenza.
- L'equipaggiamento per il salvataggio di emergenza sia non solo facilmente accessibile ma anche costantemente funzionale grazie a periodiche verifiche.
- Analogamente anche gli strumenti di comunicazione devono godere della stessa funzionalità. A tal proposito si deve ricordare la maggiore affidabilità delle radio rispetto ai telefoni interni che possono risultare occupati o non presidiati. La predisposizione di una rete di comunicazione interna certa, affidabile, ridotta all'essenziale e veloce è uno degli elementi di efficacia che occorre ricercare.
- Ad essa deve essere associata una via di comunicazione con l'esterno, quanto più possibile adeguata, che sappia trasmettere non solo la comunicazione dell'evento ma anche tutti gli elementi utili per una prima valutazione di gravità.

7. ALLOCAZIONE E SOSTEGNO

Sulla specifica materia dell'isolamento della persona detenuta, le linee di indirizzo dell'O.M.S. affermano che esiste una forte associazione tra scelte suicidarie e collocazione del detenuto in isolamento. **Va quindi contrastata la tendenza ad isolare le persone a rischio.** Appare opportuno "...evitare ogni forma di isolamento del soggetto a rischio, individuando, per quanto possibile, compagni di detenzione umanamente e culturalmente più idonei a instaurare un rapporto proficuo con la persona in difficoltà...".

I detenuti particolarmente sensibili e in grado di offrire supporto ai soggetti più fragili possono essere uno strumento utile per prevenire l'acting-out.

Nell'ambito degli spazi di scambio interdisciplinare e delle scelte individuate in maniera multiprofessionale ed integrata, i provvedimenti di sorveglianza speciale per fronteggiare gli eventi critici devono essere adottati unicamente in casi eccezionali e sempre privilegiando soluzioni in linea con quanto sopra indicato. In casi estremi, valutati i rischi ed i valori in campo, per il tempo strettamente necessario, e previa disponibilità di idonea camera, il ristretto potrà essere allocato da solo in camera di pernottamento, anche priva di suppellettili, con prescrizione del sanitario e su parere conforme del GOT, anche in forma ridotta (sorveglianza generale, medico e area trattamentale).

8. OGGETTI PERICOLOSI

L'attenzione agli oggetti a disposizione delle persone a rischio rappresenta un importante fattore di

protezione. In particolare, in casi di alto rischio, la limitazione dell'uso di taluni oggetti può riguardare bombolette di gas, lamette, cinture, lacci di scarpe, sacchetti di plastica, coperte lenzuola e oggetti contundenti.

Lo staff multidisciplinare impartirà le opportune disposizioni in merito all'uso dei potenziali oggetti pericolosi al fine di evitare rischi concreti. A tutela dell'incolumità del soggetto, lo staff prevede di visionare un prestampato che contiene tutte le dotazioni pericolose eventualmente da rimuovere per il tempo strettamente necessario.

9. ATTIVITA' POST-FACTO – DOCUMENTAZIONE DI UN EVENTO INFAUSTO

All'esito di un evento infausto o che ha rischiato di esserlo, occorre un approfondimento mirato a raggiungere finalità diverse.

Nei casi di suicidio la prima cosa da farsi è documentare adeguatamente l'evento a tutela degli eventuali interessi sia dell'Autorità Giudiziaria che di quella Amministrativa, al di là del fatto che alla prima doverosa comunicazione al Pubblico Ministero possono seguire autonome decisioni di quest'ultimo, alle quali la struttura penitenziaria non può che dare corso. Di tali eventi e relativa valutazione dovrà comunque essere data tempestiva comunicazione al livello regionale (Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria) anche per un miglioramento costante dei processi.

10. DEBRIEFING

L'impatto di un suicidio sul personale coinvolto 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.

11. LA FORMAZIONE

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

12. TABELLA RIASSUNTIVA E FLOW CHART

Al fine di agevolare e facilitare l'attuazione delle misure previste nel Piano di Prevenzione, si rimanda alla Tabella "Schema riassuntivo delle azioni, dei compiti e dei provvedimenti", comprensiva delle Flow Chart "Schema riassuntivo delle azioni utilizzabili" e "Interventi nelle situazioni eccezionali", di cui alla DGR n° 14/25 del 29.04.2022, pp. 13-22.

13. RESPONSABILITÀ COLLETTIVA

La prevenzione, oggetto del presente protocollo, riguarda tutte le figure professionali operanti a qualsiasi titolo nell'I.P.

Ognuno, in qualsiasi circostanza lavorativa, è nella condizione di verificare lo stato d'animo della persona detenuta.

Pertanto, in capo ad ognuno vi è l'onere della comunicazione finalizzata alla prevenzione di condotte auto lesive.

14. DISPOSIZIONI FINALI

Il presente Piano potrà essere modificato per sopraggiunte indicazioni normative o regolamentari di livello nazionale e/o regionale e sulla base di evidenze scientifiche che ne rendano necessario il suo aggiornamento.

Sassari,

Il Direttore della Casa Circondariale di
Sassari-Bancali

Dr. _____

Il Direttore Generale
dell'ASL Sassari

Dr. _____