

**PIANO REGIONALE
PER LA PREVENZIONE
DELLE CONDOTTE SUICIDARIE E DEI GESTI
AUTOLESIVI IN CARCERE
E INDICAZIONI PER I PIANI LOCALI**

1 Sommario

2	Premessa.....	3
3	Inquadramento generale.....	4
3.1	Inquadramento epidemiologico.....	4
3.1.1	Analisi dei tentati suicidi	7
3.2	Architettura organizzativa del Piano di Prevenzione.....	10
3.3	Elaborazione dei Piani Regionali e Locali di Prevenzione– Considerazioni generali	11
4	Elementi essenziali dei Piani locali di prevenzione	12
4.1	Elaborazione dei Piani Locali di Prevenzione – Elementi essenziali.....	12
4.1.1	La declinazione operativa delle azioni.....	12
4.1.2	La rilevazione del rischio.....	12
4.1.3	Il presidio delle situazioni potenzialmente stressanti.....	13
4.1.4	Lavoro integrato e multidisciplinare.....	14
4.1.5	La gestione dei casi a rischio.....	15
4.1.6	Protocolli operativi per affrontare le urgenze	15
5	Monitoraggio, valutazione, debriefing	16
5.1	La valutazione dei Piani e delle attività	16
5.2	Il monitoraggio.....	16
5.3	Attività post – facto	16
5.4	Debriefing.....	16
5.4.1	Attività di supporto ai detenuti	16
6	Formazione	16

2 Premessa

Il DPCM del 01/04/2008 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale 30 maggio 2008, n. 126) disciplina le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria. I relativi allegati A e C dettagliano le azioni necessarie a realizzare, rispettivamente, la presa in carico sanitaria negli istituti penitenziari e il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari. Nell'Allegato A, in particolare, viene riservata un'attenzione specifica al tema della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario.

Prevenire il rischio di suicidi in ambito carcerario è un obiettivo condiviso tanto dall'Amministrazione della Giustizia quanto dall'Amministrazione della Salute, ed è caratterizzato dalla scelta di metodologie di lavoro con caratteristiche di innovatività, comune perseguimento degli obiettivi ed integrazione delle reciproche competenze.

La stessa normativa di riforma della sanità penitenziaria prevede espressamente 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.

La Conferenza Unificata nella seduta del 19 gennaio 2012 ha sancito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano 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*" (Repertorio Atti n.: 5/CU del 19/01/2012; Allegato A). L'accordo impegna le Regioni, l'amministrazione penitenziaria e la Giustizia minorile a costituire un gruppo di lavoro tecnico scientifico inter istituzionale composto da operatori sanitari e operatori penitenziari, con il compito di elaborare un programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili, tenendo conto delle indicazioni degli organismi europei e dell'OMS. Detto programma deve, in sintesi, prevedere l'adozione di iniziative di prevenzione, il loro monitoraggio e valutazione.

Il recente documento "*Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti*" n. 81/CU del 27 luglio 2017 evidenzia le seguenti strategie essenziali di intervento:

- piena condivisione del complesso degli interventi da parte delle amministrazioni sanitarie e della giustizia, coerente con l'evidenza che i comportamenti e le scelte autolesive e suicidarie sono prevalentemente da inquadrare come eventi derivanti dalle comuni condizioni di vita e non necessariamente da condizioni di patologia, rispetto ai quali le amministrazioni sanitarie concorrono in tutte le fasi degli interventi al fine della globale tutela della salute e non solo della cura;
- regolare monitoraggio degli interventi (in particolare sul piano della valutazione di processo) e degli esiti, condiviso e aggregabile, con miglioramento della qualità dei dati;
- definizione e aggiornamento di protocolli operativi locali, tra il singolo Istituto penitenziario e la competente Azienda sanitaria.

3 Inquadramento generale

3.1 Inquadramento epidemiologico

I suicidi conclamati nelle strutture detentive del Friuli Venezia Giulia (FVG) nel periodo 2010 – 2016 sono stati solo 3, rispettivamente nella Casa Circondariale (CC) di Udine nel 2010 e nel 2012 e nella CC di Trieste nel 2013 (Tabella 1). I tentativi di suicidio registrati nello stesso periodo sono stati in media 10, mentre gli atti di autolesionismo 72,3 (Tabella 1).

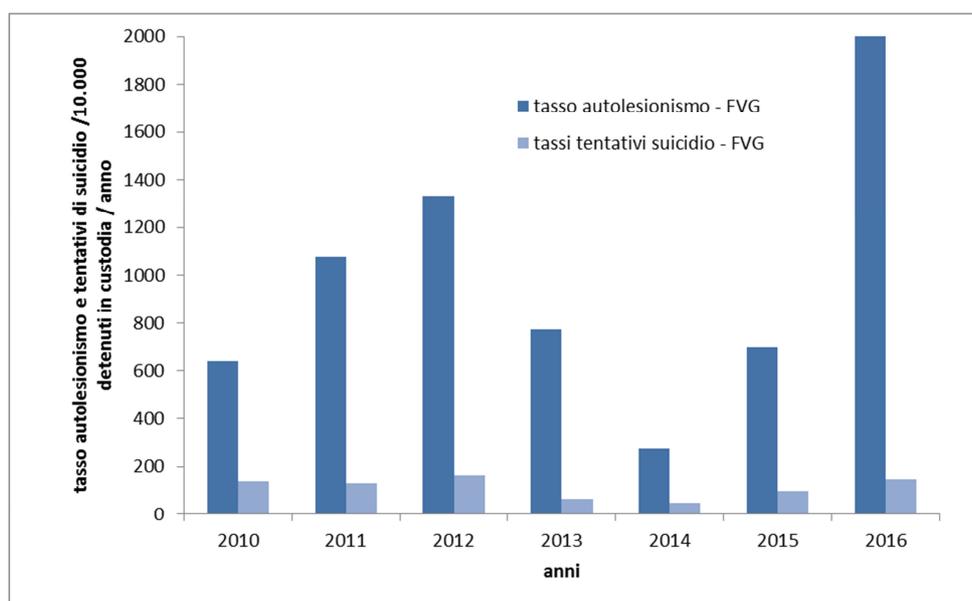
Tabella 1: Numeri e tassi su 10.000 detenuti per anno, atti di autolesionismo, tentato suicidio e suicidio in FVG, 2010 - 2016

Anni	N. detenuti per anno	N. atti di autolesionismo	Tasso autolesionismo/ 10.000 detenuti	N. tentati suicidi	Tassi tentati suicidi/ 10.000 detenuti	N. suicidi	Tassi suicidio/ 10.000 detenuti
2010	874	56	658,8	12	137,3	1*	11,8
2011	854	92	1077,3	11	128,8	0	0
2012	862	115	1334,1	14	162,4	1*	11,6
2013	763	59	773,3	5	65,5	1**	13,1
2014	615	17	276,4	3	48,8	0	0
2015	617	43	696,9	6	97,2	0	0
2016	614	124	2019,5	9	146,6	0	0

* CC di Udine ** CC di Trieste

I tassi di autolesionismo sono molto maggiori rispetto a quelli di tentato suicidio in tutti gli anni considerati, con alcune differenze (Tabella 1). Sebbene gli atti di autolesionismo non presuppongano sempre una chiara volontà suicidaria, è da notare che mediamente i tassi di tentato suicidio tendono ad aumentare o diminuire in parallelo a quelli di autolesionismo (Figura 1).

Figura 1: Tassi di autolesionismo e tentato suicidio su 10.000 detenuti per anno in FVG, 2010 - 2016



L'analisi dell'andamento temporale rileva, inoltre, un incremento sia dei tassi di autolesionismo che di tentato suicidio, dal 2010 al 2016, in linea col dato italiano (Figure 2 e 3).

Figura 2: Tassi di autolesionismo su 10.000 detenuti per anno in Italia e in FVG, 2010 – 2016

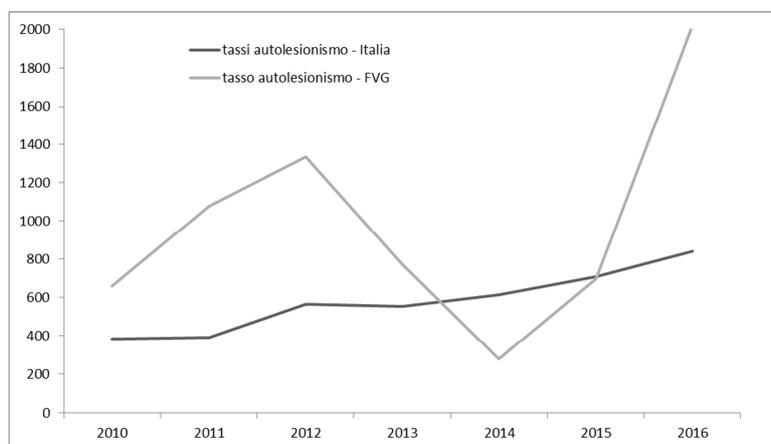
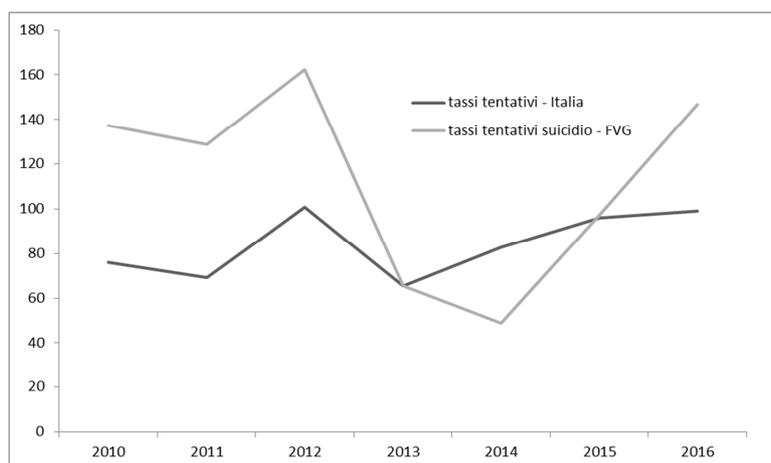


Figura 3: Tassi di tentato suicidio su 10.000 detenuti per anno in Italia e in FVG, 2010 – 2016



Le differenze, sia nei numeri che nei tassi di autolesionismo e tentato suicidio, sono rilevanti nell'ambito delle CC presenti in FVG (Tabella 2). Questi risultati risentono probabilmente delle importanti differenze tra le varie CC, in termini organizzativi, di popolazione detenuta, delle tipologie di reato, di turn-over ed altro. Il dato va comunque interpretato con cautela, visti i numeri bassi, soprattutto per quanto riguarda i tentati suicidi. In media nel periodo 2010-2016, i tassi di autolesionismo più alti sono stati registrati nella CC di Udine (1930,8/10.000 detenuti), mentre i più bassi nella CC di Trieste (277,4 /10.000 detenuti). Per quanto riguarda il tasso medio di tentato suicidio nei 7 anni considerati, il più alto è stato registrato nella CC di Pordenone (210,6 / 10.000 detenuti), mentre il più basso sempre nella CC di Trieste (33,6 / 10.000 detenuti). Da rilevare anche che un solo caso di tentato suicidio è stato registrato nella CC di Gorizia nei 7 anni considerati.

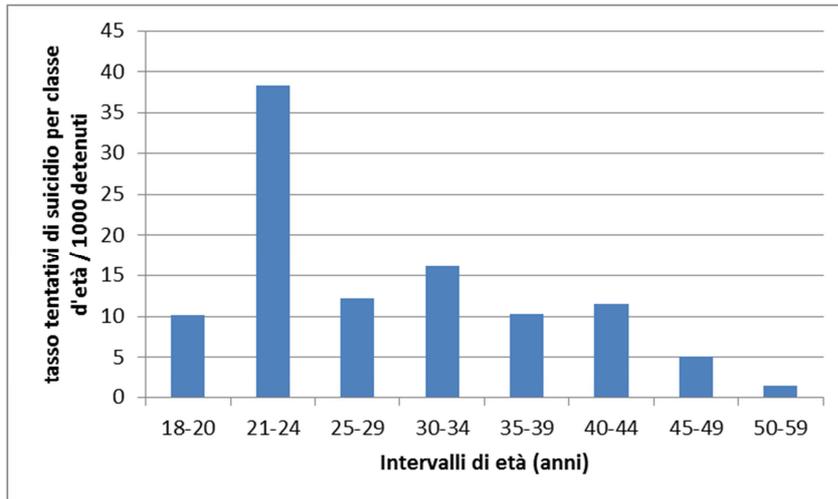
Tabella 2: Numeri e tassi su 10.000 detenuti per anno, atti di autolesionismo e tentato suicidio, nelle CC del FVG, 2010 - 2016

Anni	N. presenze per anno	N. atti di autolesionismo	Tasso autolesionismo/ 10.000 detenuti	N. tentati suicidi	Tassi tentati suicidi/ 10.000 detenuti
CC TRIESTE					
2010	240	1	41,7	1	41,7
2011	249	2	80,3	0	0
2012	235	0	0,0	1	42,6
2013	224	3	133,9	0	0
2014	178	2	112,4	0	0
2015	189	6	317,5	0	0
2016	199	25	1256,3	3	150,8
CC GORIZIA					
2010	39	4	1025,6	0	0
2011	35	1	285,7	1	285,7
2012	49	1	204,1	0	0
2013	22	2	909,1	0	0
2014	14	1	714,3	0	0
2015	37	1	270,3	0	0
2016	35	8	2285,7	0	0
CC TOLMEZZO					
2010	279	41	1469,5	7	231,0
2011	277	48	1732,9	6	215,1
2012	274	75	2737,2	11	398,6
2013	253	23	909,1	2	73,0
2014	191	4	209,4	1	52,4
2015	210	3	142,9	0	0
2016	191	0	0,0	0	0
CC UDINE					
2010	208	9	432,7	4	192,3
2011	215	33	1534,9	1	46,5
2012	223	34	1524,7	1	44,8
2013	189	25	1322,8	2	105,8
2014	167	6	359,3	1	59,9
2015	124	24	1935,5	4	322,6
2016	128	82	6406,3	4	312,5
CC PORDENONE					
2010	84	1	119,0	0	0
2011	78	8	1025,6	3	384,6
2012	81	5	617,3	1	123,5
2013	75	6	800,0	1	133,3
2014	65	4	615,4	1	153,8
2015	57	9	1578,9	2	350,9
2016	61	9	1475,4	2	327,9

3.1.1 Analisi dei tentati suicidi

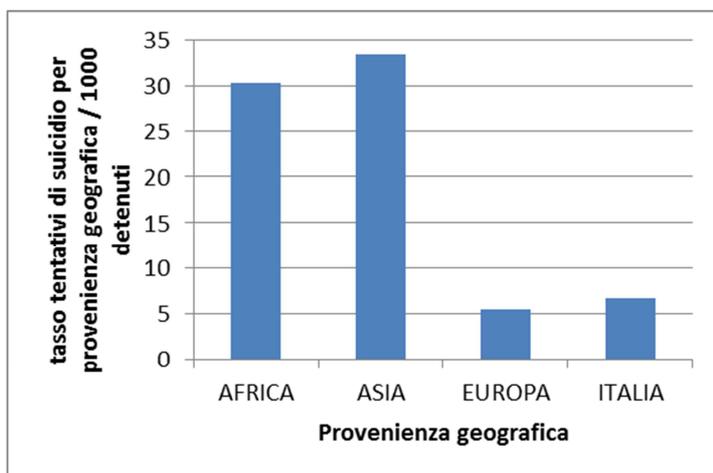
In questa sezione è stata svolta un'analisi più approfondita sui tentativi di suicidio. Il numero di suicidi conclamati è solo di 3 casi negli anni considerati (Tabella 1) e per tale motivo non sono stati inclusi nell'analisi. Tutti i tentativi di suicidio verificatosi tra il 2010 e il 2016 sono di sesso maschile. La fascia d'età maggiormente rappresentata è quella giovanile, in particolare tra i 21 e i 24 anni (Figura 4).

Figura 4: tassi di tentato suicidio per classe d'età su 1.000 detenuti in FVG, anni 2010 – 2016



Per quanto riguarda la provenienza geografica, le persone provenienti dall'Africa e dall'Asia hanno tassi di tentato suicidio più alti rispetto agli europei e agli italiani (Figura 5).

Figura 5: tassi di tentato suicidio per provenienza geografica su 1.000 detenuti in FVG, anni 2010 – 2016



Nel periodo considerato, si è rilevato un tasso di tentato suicidio più alto nelle persone con un regime di detenzione "protetto"¹, rispetto a quello ordinario² (Tabella 3). Occorre però evidenziare che tale regime detentivo è presente solo nella CC di Pordenone ed i numeri assoluti sono bassi, per cui il dato va interpretato con cautela.

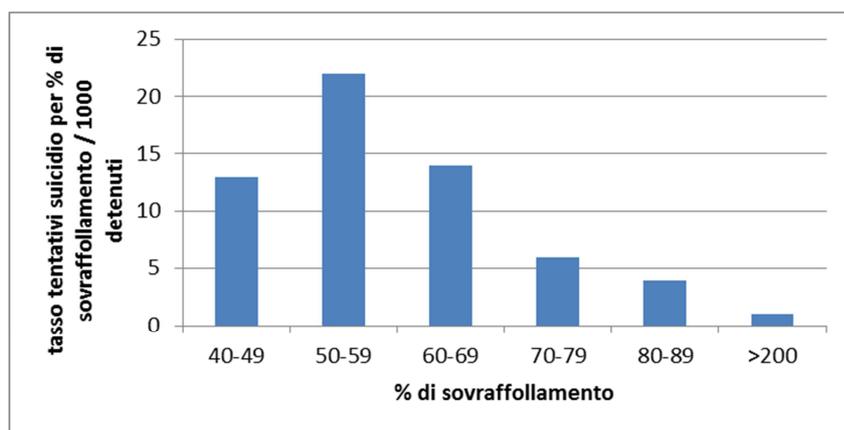
¹ Nella CC di Pordenone, le persone sono detenute nell'ambito del circuito "protetto" per reati di violenza sessuale e pedofilia. Esse necessitano di una tutela della loro incolumità poiché rifiutati dal resto della popolazione detenuta.

Tabella 3: Numeri e tassi di tentato suicidio su 1.000 detenuti per anno in FVG, 2010 – 2016

Regime detentivo	N. presenze per anno		N. tentati suicidi		Tassi tentati suicidi/ 10.000 presenze	
	ordinari	protetti	ordinari	protetti	ordinari	protetti
2010	824	50	12	0	14,6	0
2011	806	48	9	2	11,2	41,7
2012	806	56	13	1	16,1	17,9
2013	715	48	4	1	5,6	20,8
2014	573	42	2	1	3,5	23,8
2015	581	36	6	0	10,3	0
2016	574	40	9	0	15,7	0
Totale	4879	320	55	5	11,3	15,6

Il sovraffollamento, calcolato come percentuale di detenuti in più rispetto alla capienza regolamentare, è presente in tutte le CC del FVG, con punte oltre il 200% nella CC di Gorizia. Il grado di sovraffollamento non sembra però influire in maniera consistente sui tentativi di suicidio, in quanto i tassi maggiori si rilevano nel caso di percentuali tra il 40 ed il 69 %, mentre sono più bassi in quelli sopra il 70 % (Figura 6). Anche in questo caso occorre però interpretare i dati con cautela, per il basso numero assoluto dei casi.

Figura 6: : tassi di tentato suicidio per percentuale di sovraffollamento su 1.000 detenuti in FVG, anni 2010 – 2016



Infine, è stata svolta un'analisi retrospettiva dei precedenti tentativi di suicidio e di atti di autolesionismo nei suicidi conclamati e nell'ambito dei tentati suicidi, a partire dal più recente, in FVG tra il 2010 e il 2016. Tali dati si riferiscono ai 5 anni precedenti il suicidio o l'ultimo tentato suicidio registrato.

Per quanto riguarda i suicidi conclamati, due delle tre persone che si sono tolte la vita presentano un tentativo di suicidio precedente, mentre non si registrano atti di autolesionismo.

² Persone detenute per reati "comuni" (es. spaccio, omicidio, furti, truffe, reati contro il patrimonio). All'interno di questi circuiti, a seconda della condotta e della pericolosità riconosciuta ai singoli soggetti, vengono applicate diverse regole di ordine e sicurezza.

Per quanto riguarda i tentati suicidi, il 28% ha tentato il suicidio precedentemente, mentre ben il 45% ha commesso precedentemente atti di autolesionismo. Il numero di tentati suicidi e di atti di autolesionismo in queste persone è specificato nelle Figure 7 e 8.

Figura 7: numero di tentati suicidi nei 5 anni precedenti all'ultimo tentativo di suicidio registrato in FVG, anni 2010 – 2016

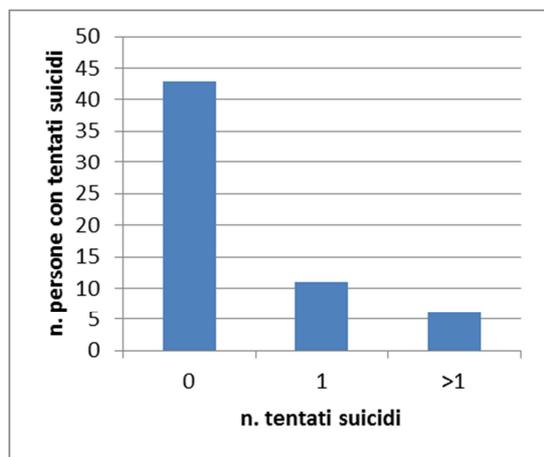
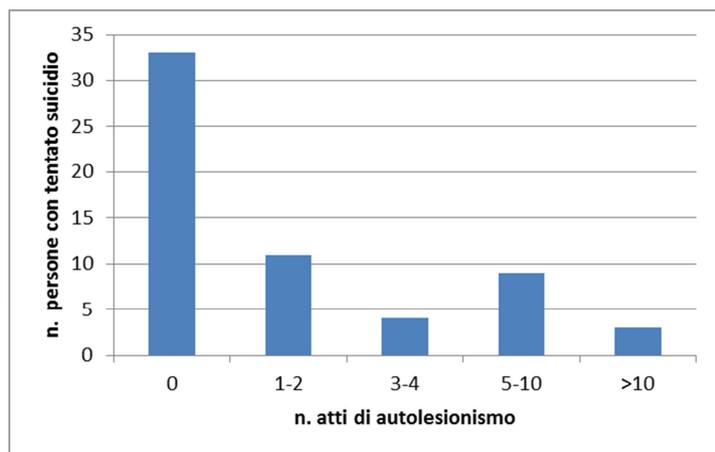


Figura 8: numero di atti di autolesionismo nei 5 anni precedenti all'ultimo tentativo di suicidio registrato in FVG, anni 2010 – 2016



3.2 Architettura organizzativa del Piano di Prevenzione

Architettura organizzativa del Piano di prevenzione

LIVELLO	AZIONI				
	ELABORAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO	INDIVIDUAZIONE DEI REFERENTI OSSERVATORIO REGIONALE O LORO EVENTUALI ARTICOLAZIONI A SUPPORTO	FORMAZIONE DEI REFERENTI OSSERVATORIO REGIONALE O LORO EVENTUALE ARTICOLAZIONE A SUPPORTO	ELABORAZIONE DEI PIANI LOCALI DI PREVENZIONE locali Istituto penitenziario/Aziende sanitarie	GESTIONE DEI DATI (RACCOLTA, ELABORAZIONE E DIFFUSIONE) INDIVIDUAZIONE DELLE PRASSI RITENUTE PIU' EFFICACI, VERIFICA, ANALISI ED AGGIORNAMENTO DEI PIANI DI PREVENZIONE MONITORAGGIO
LIVELLO REGIONALE	Elabora le linee di indirizzo regionali in un apposito Piano Regionale di prevenzione tenendo conto del Piano Nazionale	Costituisce il gruppo tecnico scientifico per la prevenzione del suicidio, con i nominativi individuati dalle Aziende.	Garantisce i processi formativi nel territorio di competenza.	Coordina, segue e verifica la redazione, l'aggiornamento e l'applicazione dei Piani operativi locali di prevenzione	Promuove la periodica verifica del piano regionale di prevenzione, nonché dei programmi locali e comunica periodicamente al livello nazionale lo stato dell'arte
LIVELLO LOCALE		Individua ed incarica i referenti locali per la prevenzione.	Promuove e facilita la formazione del personale.	Redige il Piano Locale di prevenzione, promuovendo il contributo con tutti gli organismi pubblici e privati locali che riterrà opportuno con riferimento alle azioni di prevenzione. Inserisce il Piano Locale nel Progetto di istituto in modo da dare concretezza alla sua operatività.	Procede alla periodica verifica della tenuta del piano di prevenzione locale e ne promuove l'aggiornamento in ragione del variare delle condizioni strutturali, comunicando gli esiti al livello regionale

3.3 Elaborazione dei Piani Locali di Prevenzione– Considerazioni generali

Questo documento ha lo scopo di fornire indicazioni utili ai livelli locali al fine di consentire la redazione dei Piani locali e la loro revisione, laddove esistenti. Tali indicazioni prendono in considerazione i punti indicati nelle Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità³, in cui sono contenuti gli elementi essenziali per le strategie preventive.

Lo spirito con il quale dovrà essere affrontata la redazione dei Piani locali dovrà essere improntato alla massima condivisione e concretezza tra le parti interessate.

Dal punto di vista metodologico, si ripercorre il "Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" con l'indicazione delle tre aree operative dove si ritrovano le componenti professionali, volontarie e detenute. Ad ognuna di queste aree è assegnato uno o più dei seguenti compiti:

- Attenzione
- Decisione
- Sostegno .

- Area dell'attenzione e del sostegno sanitario

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 che possono, in questi casi, dare corso ad un primo sostegno e alla segnalazione del caso.

- Area dell'attenzione e del sostegno da parte del personale penitenziario

In questo caso ci si riferisce a tutto il personale di ruolo che afferisce all'amministrazione penitenziaria in coerenza con le specifiche competenze tecniche professionali.

- Area dell'attenzione a-tecnica o non professionale

Le persone che compongono quest'area sono gli stessi compagni di detenzione che possono svolgere un presidio nei settori detentivi e quindi porre un'attenzione più diffusa e capillare. Un'ulteriore componente di quest'area è rappresentata dai volontari penitenziari o da ogni altro soggetto autorizzato a svolgere attività trattamentali in Istituto, 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 dei detenuti, il loro impegno non potrà, in nessun modo, essere considerato sostitutivo dell'attività istituzionale e ancor di più costitutivo di potenziali responsabilità. Nondimeno, è da ritenersi essenziale la possibilità di sviluppare nei volontari e nei detenuti una sensibilità finalizzata a cogliere segnali di disagio e generare soluzioni che limitino la possibilità che i loro portatori rimangano senza una rete di attenzione.

- Area della decisione

Le decisioni, in ragione degli elementi di conoscenza che la rete di attenzione sottopone, sono assicurate nell'ambito delle specifiche competenze e responsabilità istituzionali dopo valutazione congiunta .

I livelli locali (Istituto penitenziario/Azienda sanitaria) elaboreranno i propri Piani secondo gli accordi generali presenti e le soluzioni localmente praticabili. Come accennato, l'approccio che pare più opportuno fa riferimento alla necessità di coinvolgere tutti gli attori del sistema penitenziario e sanitario, compresa la componente detenuta, al fine di attivare una rete di attenzione più possibile estesa e capillare, che consenta di rilevare

³ World Health Organization, International Association for Suicide Prevention, La prevenzione del suicidio nelle carceri, 2007.

eventuali segnali di disagio e sofferenza emotiva, in correlazione con un rischio suicidario. Colte queste necessità, si tratterà di prevedere le modalità con le quali segnalarle a quelle componenti specialistiche che possono adeguatamente predisporre gli interventi più opportuni.

E' fondamentale, quindi, promuovere il modello di lavoro interdisciplinare tra le diverse aree di intervento, penitenziario e sanitario, per intercettare e trattare in modo coordinato, celere, adeguato e continuo, le criticità dei detenuti.

4 Elementi essenziali dei Piani locali di prevenzione

4.1 Elaborazione dei Piani Locali di Prevenzione – Elementi essenziali

Gli elementi essenziali da considerare ed a partire dai quali elaborare i suddetti Piani locali, sono i seguenti:

4.1.1 La declinazione operativa delle azioni

Il Piano regionale prevede che tutte le strutture penitenziarie di competenza si dotino di un Piano locale e che tale documento costituisca la declinazione operativa del Piano regionale e degli accordi adottati, in linea con le indicazioni dell'O.M.S..

4.1.2 La rilevazione del rischio

La valutazione del rischio all'ingresso è da predisporre sia all'arrivo presso l'Istituto, che ogni qualvolta cambino le condizioni della detenzione. Per essere efficace si deve avvalere di successive rivalutazioni per l'intera durata della detenzione, con particolare attenzione ai momenti in cui cambiano le condizioni di detenzione o personali (*vedi capitolo specifico sui fattori di rischio*).

La valutazione all'ingresso deve essere svolta da personale medico nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le 24 ore dall'ingresso. In assenza del medico, devono essere concordate, all'interno del Piano locale, modalità di gestione in sicurezza del detenuto appena giunto, in attesa della valutazione medica.

Il personale penitenziario e sanitario che gestisce i primi momenti della vicenda detentiva, al momento dell'ingresso, si interessa di rilevare e riportare le informazioni inerenti alle condizioni complessive del detenuto con l'obiettivo prioritario di intercettare eventuali manifestazioni di volontà suicidarie.

Quanto sopra, operativamente si traduce nella valutazione di una serie di fattori, a partire da quelli ampiamente analizzati e documentati dall'O.M.S., sui quali si ritiene necessario porre una costante attenzione attraverso imprescindibili incontri periodici e pianificati.

Le componenti sanitarie e penitenziarie effettuano la valutazione all'ingresso attraverso gli strumenti in dotazione ai livelli locali, assicurando la circolarità delle informazioni acquisite, nell'ambito delle rispettive competenze e responsabilità.

È opportuno che le rispettive valutazioni considerino i seguenti fattori di rischio e fattori protettivi:

- assenza di rete familiare, oppure grave conflittualità con i componenti del nucleo familiare;
- esperienza di detenzione (riportare se il detenuto è o meno alla prima esperienza di detenzione, specificando le eventuali precedenti esperienze; tipo di reato; stato giuridico; tipo di impatto con l'istituzione, nonché insoliti livelli di vergogna e/o preoccupazione per l'arresto);
- abitudini (tabacco, alcolici, ecc.);
- informazioni sanitarie (presenza di patologie psichiatriche, di dipendenze, di dolore cronico o altre patologie);
- 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.)

- familiarità per comportamenti suicidari;
- fattori protettivi (supporto sociale, familiare, relazione sentimentale stabile, buone capacità di adattamento all'ambiente, ecc.).

Resta prioritario, pertanto, sempre come specificato dall'OMS, favorire e non tralasciare la comunicazione tra il personale tutto, coadiuvata dallo svolgimento di riunioni d'equipe, al fine di condividere la problematica e individuare in maniera congiunta strategie di intervento per il detenuto.

4.1.3 Il presidio delle situazioni potenzialmente stressanti

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

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

Quanto segue è un dettaglio delle aree cui è necessario prestare particolare attenzione, sempre sul piano delle competenze relative al livello locale .

- Ingresso

Attivazione delle procedure specificamente descritte nel paragrafo precedente. Il personale penitenziario che prende in carico il detenuto gestisce i primi momenti della vicenda detentiva.

È importante che i suddetti operatori siano opportunamente preparati all'osservazione specifica delle reazioni emotive e che, al momento dell'ingresso, riferiscano adeguatamente se l'arrestato ha espresso disagio o volontà suicidarie.

- Colloqui con i familiari

È opportuno prevedere a livello locale forme di comunicazione messe a disposizione dei familiari dei detenuti per esprimere preoccupazioni colte a seguito del contatto con il parente detenuto.

- Corrispondenza

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.

- Processi e notifiche

Gli Uffici Matricola sono in grado di registrare l'evolversi processuale. Occorre tenere presente che i giorni che precedono le udienze e i giorni della condanna e quelli immediatamente successivi meritano attenzione e, in caso, sostegno. Il personale di scorta per e dalle aule di giustizia adeguatamente formato, può essere in grado di riferire le reazioni del soggetto in ambito processuale e può riferirlo al momento del rientro in carcere.

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, in alcune persone che si presumono essere particolarmente fragili, possono costituire un momento stressante da tenere sotto controllo. Sul punto è opportuna l'individuazione di procedure a livello locale.

- Colloqui con avvocati

Analogamente al caso dei familiari, anche ai legali deve essere data la possibilità di riferire al personale eventuali dubbi sulla tenuta emotivo – psicologica dei propri assistiti riscontrata nel corso dei colloqui che intercorrono con essi. Sul punto è, altresì, opportuno prevedere specifiche forme di comunicazione a livello locale.

- Colloqui magistrati

Il momento dei colloqui e degli interrogatori può evidenziare condizioni critiche e volontà suicidarie che meritano attenzione. Per questo motivo, come nei casi su descritti, i magistrati devono essere messi nelle condizioni di comunicare le loro impressioni e i loro timori al personale penitenziario.

- Patologie

L'insorgenza o la presenza di patologie, in particolare se gravi, invalidanti o a prognosi infausta, nel corso della detenzione, costituisce una variabile stressogena da monitorare adeguatamente.

- La vita in sezione

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

Anche con riferimento alle situazioni di cui sopra le componenti sanitarie e penitenziarie assicurano la circolarità delle informazioni acquisite, nei limiti delle rispettive competenze e responsabilità.

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. 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 può creare un sentimento di disagio nei confronti del nuovo e, quindi, si può configurare come un possibile fattore di rischio.

Tra le situazioni potenzialmente stressanti si può annoverare la dimissione. In alcuni casi l'approssimarsi della re-immissione in libertà, specialmente in seguito a lunghi periodi di carcerazione può costituire fattore di rischio.

La situazione psicologica del condannato ad un lungo fine pena rimesso in libertà potrebbe creare criticità. I ritmi della vita penitenziaria, a cui il soggetto è abituato, proprio per la loro invasività, possono proteggere, entro certi limiti, dagli eventi esterni. Il timore della re-immissione in libertà potrebbe, invece, far riemergere nel dimettendo sensi di insicurezza, di precarietà e di preoccupazione per l'ignoto e per il futuro.

In tale fase appare rilevante anche l'apporto fornito dagli Uffici di Esecuzione Penale Esterna - UEPE – e dai servizi sociali e sanitari territoriali per attivare una rete di attenzione e supporto relazionale rispondente ai bisogni del soggetto per accompagnarlo al reinserimento nella società.

4.1.4 Lavoro integrato e multidisciplinare

In caso siano evidenziati rilevanti aspetti di rischio, è fondamentale procedere attraverso riunioni di equipe multidisciplinare composte da personale di area penitenziaria e sanitaria, da replicarsi con scadenze prefissate ed il cui obiettivo è di individuare le cause dei suddetti aspetti e le misure più idonee per porvi rimedio e prevenire pericolosi acting-out. Va, in tal senso, potenziata la presa in carico congiunta e coordinata del paziente detenuto da parte del personale sanitario e penitenziario, con massimo utilizzo del momento di incontro degli operatori all'interno di uno staff multidisciplinare.

La segnalazione di rilevanti aspetti di rischio deve essere inoltrata *ad horas* da chiunque evidenzi un elemento di potenziale rischio per la salute del detenuto. La convocazione della riunione di equipe multidisciplinare sarà effettuata con le forme e le modalità previste nei Piani locali, comunque tale riunione dovrà svolgersi nel più breve tempo possibile 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 che opera in ambito penitenziario.

Nell'ambito della presa in carico del detenuto, per le persone che presentano barriere linguistiche, esperite tutte le ordinarie pratiche di comunicazione, è opportuno il ricorso alla figura del mediatore culturale, come rilevato dai dati sulla provenienza geografica dei tentati suicidi.

4.1.5 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: il suicidio in ambiente penitenziario avviene quando il soggetto può approfittare di periodi più o meno lunghi di solitudine, nei quali può preparare quanto necessario e porre in essere il suo gesto. Sulla base di questa considerazione la scelta dell'alloggiamento costituisce uno degli elementi essenziali dell'azione preventiva.

Fatti salvi le diverse tipologie di istituti penitenziari, le eventuali specifiche disposizioni dell'Autorità giudiziaria, nonché i casi in cui la complessità psichica e relazionale sconsigli l'allocazione insieme ad altri detenuti, si ritiene debba essere privilegiata l'allocazione in stanza multipla, onde il detenuto non rimanga da solo. Altresì, previo nulla osta dell'Autorità giudiziaria ove occorra, è opportuno valutare la possibilità di ricorso all'ausilio di detenuti in funzione di *peer – supporters*, previamente formati.

Nel caso in cui si debba scegliere l'allocazione singola si attiverà un monitoraggio più attento secondo modalità condivise e concordate in sede locale.

- Monitoraggio/osservazione delle condizioni della persona.
- Disponibilità di oggetti potenzialmente pericolosi: è necessario prestare attenzione agli oggetti in disponibilità delle persone a rischio. Per altro verso è necessario considerare che la privazione di alcuni beni può indurre ulteriori sentimenti di deprivazione nel destinatario già sofferente. Nei confronti di persone a rischio, in ogni caso, per il tempo strettamente necessario, è meglio evitare il possesso di oggetti che possano rappresentare un rischio per la persona, spiegando le motivazioni per cui tale privazione è messa in atto. Nel caso la persona divida la camera di pernottamento con dei compagni, è necessario sensibilizzare quest'ultimi. Di regola si effettuerà una valutazione congiunta tra personale sanitario e personale penitenziario in merito alla disponibilità di oggetti, anche se di uso comune.
- Interventi sanitari: rientrano nell'area del supporto clinico che significa una valutazione calibrata alla gravità del caso, l'impostazione e la variazione dell'eventuale terapia farmacologica oltre che ai colloqui di sostegno.
- Interventi di supporto istituzionali: si intendono tutti quegli interventi, attività finalizzati a generare un clima di attenzione ed accoglienza che possa essere percepito dall'interessato.
- Interventi di supporto da parte di *peer-supporters*: nel tentativo di creare una rete di attenzione e supporto relazionale si inserisce la possibilità di coinvolgere anche i compagni di detenzione. Ovviamente gli interventi dei pari non potranno mai sostituire quelli specialistici ed istituzionali, ma piuttosto integrarli.

4.1.6 Protocolli operativi per affrontare le urgenze

E' opportuno tenere conto delle procedure esistenti a livello locale in tema di emergenze-urgenze.

5 Monitoraggio, valutazione, debriefing

5.1 La valutazione dei Piani e delle attività

Il monitoraggio dei Piani locali e la raccolta e diffusione delle buone pratiche, compete al livello regionale. Questo verrà svolto nell'ambito dell'attività dell'Osservatorio regionale per la sanità penitenziaria e del gruppo tecnico scientifico per la prevenzione del rischio suicidario in carcere.

Al livello locale compete la:

- valutazione dei casi di suicidio (attività post-facto);
- attività di debriefing in favore del personale coinvolto;
- raccolta e diffusione delle buone prassi locali.

5.2 Il monitoraggio

La possibilità di migliorare la prevenzione passa anche dalla capacità di conoscere meglio il fenomeno. A tal fine diventa essenziale istituire un sistema di monitoraggio permanente a livello locale e regionale, in grado di raccogliere i dati che si ritengono necessari. È funzione del gruppo tecnico scientifico effettuare attività di monitoraggio del fenomeno in questione.

5.3 Attività post – facto

All'esito di un evento infausto o che ha rischiato di esserlo, occorre un serio approfondimento mirato a raggiungere finalità diverse. Nei casi di effettivo suicidio la prima cosa da farsi è documentare adeguatamente l'evento in funzione delle necessità dell'Autorità Giudiziaria e di quella Amministrativa.

Il presente Piano prevede una valutazione post facto operata sempre congiuntamente e in accordo a quanto già disciplinato dalle disposizioni emanate in materia dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, con riferimento alla tenuta dei Piani di prevenzione locali che verranno elaborati per il miglioramento costante dei processi.

5.4 Debriefing

L'impatto di un suicidio sul personale coinvolto ha un peso psicologico ed emotivo che non può essere trascurato. Per tale motivo le indicazioni generali segnalano la necessità di una attività di rielaborazione e sostegno per il personale interessato, concordata congiuntamente tra parte sanitaria e penitenziaria

5.4.1 Attività di supporto ai detenuti

L'attività di cui al punto precedente va prevista anche per i detenuti che direttamente sono stati coinvolti nell'episodio suicidario.

6 Formazione

Il presente Piano, per poter esplicare la propria funzione con riferimento a ciascuna delle sue parti, ha la necessità di essere accompagnato da un articolato e sistematico programma di informazione e formazione diretto a tutte le figure afferenti alle diverse aree dell'attenzione e del sostegno (vedi paragrafo 3.3) ed in particolare a quelli a più diretto contatto con la quotidianità detentiva. L'aumento della consapevolezza e l'acquisizione di elementi di conoscenza teorica ed operativa consentirà 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.

Le attività suddette saranno necessariamente concordate e svolte congiuntamente dalle Aziende sanitarie e dall'Amministrazione penitenziaria, nonché inserite nei programmi annuali di formazione del proprio personale, secondo le indicazioni fornite dal Piano nazionale per la prevenzione.

Ferme restando le aree di interesse formativo riportate nel suddetto Piano nazionale, un aspetto qualificante è la possibilità di istituire programmi di formazione rivolti sia ai volontari penitenziari, che ai potenziali *peer-supporters*. A tale scopo, in via sperimentale, a livello di una o più Aziende Sanitarie, potrà essere attuata la formazione di *peer-supporters* sulla base delle evidenze scientifiche e delle indicazioni internazionali, come il già citato documento dell'OMS.

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE