

**PIANO REGIONALE PER LA  
PREVENZIONE  
DELLE CONDOTTE SUICIDARIE NEL  
SISTEMA PENITENZIARIO PER ADULTI**

## **Indice**

### **Premessa**

#### **Titolo I**

##### **Inquadramento generale**

- § 1. L'architettura organizzativa e lo specifico livello regionale
- § 2. Le azioni
- § 2.1. Costituzione della rete
- § 2.2. Elaborazione dei Piani Regionali e Locali di Prevenzione – Considerazioni generali

#### **Titolo II**

##### **Gli elementi essenziali dei Piani di Prevenzione**

- § 3. Elaborazione dei Piani operativi
- § 3.1. La declinazione operativa delle azioni
- § 3.2. La rilevazione del rischio
- § 3.3. Il presidio delle situazioni potenzialmente stressanti
- § 3.4. Lavoro integrato e multidisciplinare
- § 3.5. La gestione dei casi a rischio
- § 3.6. Protocolli operativi per affrontare le urgenze
- § 3.7. Allocazione e sostegno

#### **Titolo III**

##### **Monitoraggio, valutazione e debriefing**

- § 4. La valutazione dei Piani e delle attività
- § 4.1. Il monitoraggio
- § 4.2. L'attività post – facto
- § 4.3. Il debriefing
- § 4.4. La raccolta e la diffusione delle buone prassi

#### **Titolo IV**

##### **Formazione**

- § 5. La formazione degli operatori.

## 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 definiscono nel dettaglio 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, così come presso le strutture minorili, è un obiettivo condiviso tanto dalla Amministrazione della Giustizia quanto dalla Amministrazione della Salute, da perseguire anche tramite la scelta di metodologie di lavoro con caratteristiche di innovatività 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) che, concretamente, ha richiesto la definizione di specifici indirizzi operativi da sperimentare in ogni Regione e PP.AA., in almeno un Istituto Penitenziario per adulti e uno per minorenni.

È in questo contesto che si può sinteticamente individuare la ratio delle implementazioni, successivamente realizzate dalle Regioni e dalle PP.AA., dell'intera attività di sperimentazione collegata alle Linee di indirizzo suddette.

Le attività sono state oggetto di specifici monitoraggi - realizzati sia dalle singole Amministrazioni coinvolte nel processo che dal Tavolo di consultazione permanente per la sanità penitenziaria, istituito fin dal 2009 presso la Conferenza Unificata - che hanno evidenziato come nella maggior parte del territorio gli interventi avviati siano stati focalizzati sull'effettuazione di una rilevazione personalizzata, innanzitutto a ridosso dell'ingresso nell'istituzione, dei fattori di rischio e di protezione e sulla predisposizione di interventi integrati di prevenzione, supporto e trattamento, regolamentati da protocolli operativi riferiti ai diversi ambiti locali (Regione, Azienda Sanitaria, Amministrazione Penitenziaria regionale o singolo Istituto Penitenziario).

Tale monitoraggio ha altresì evidenziato numerose criticità, prevalentemente connesse a impostazioni teoriche talora non appropriate, incostanza nella implementazione delle attività, rigida separazione delle competenze ed assenza di idonei monitoraggi o difficoltà nella loro realizzazione.

Sulla base delle rilevazioni analitiche così rese disponibili, è risultato necessario e possibile procedere, ad iniziare dalla Conferenza Unificata, ad un aggiornamento degli indirizzi precedentemente definiti, configurabile come un vero e proprio *Piano nazionale di intervento*, finalizzato a realizzare progressivamente, in tutti gli Istituti Penitenziari, **attività che, con continuità ed uniformità, posseggano le seguenti essenziali caratteristiche:**

- piena condivisione del complesso degli interventi da parte del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Amministrazione 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 predette Amministrazioni concorrono in tutte le fasi degli interventi per le rispettive competenze;
- implementazione di definite e dedicate organizzazioni funzionali a livello centrale, regionale e locale, costantemente integrate nelle professionalità e negli obiettivi;
- regolare monitoraggio degli interventi (in particolare sul piano della valutazione di processo) e degli esiti, condiviso e aggregabile a livello regionale e centrale, con miglioramento della qualità dei dati, con preferenziale modalità di rilevazione basata su di un sistema informativo informatizzato concordato dalle due parti sanitaria e penitenziaria e dotato di un buon livello di

specificità; il tutto per consentire tra l'altro un'appropriata definizione di caso e un'adeguata differenziazione tra gli eventi critici.

- definizione di caso opportunamente condivisa e idonea a soddisfare adeguatamente i criteri di riferimento dei diversi attori interessati all'analisi e alla gestione del fenomeno suicidio, con particolare riferimento alla separazione dei comportamenti e delle scelte autolesive da quelle suicidarie, in quanto prevalentemente si tratta di fenomeni diversi tra loro e non necessariamente collegati o collegabili;
- costante definizione e aggiornamento di protocolli operativi locali, tra il singolo Istituto Penitenziario e la competente Azienda Sanitaria;
- esclusione di ogni forma di iniziale, prevalente e/o non mediato coinvolgimento dei servizi sanitari specialistici della salute mentale nelle attività, al fine di prevenire il frequente rischio di erronea riconduzione – interpretativa e operativa - dei comportamenti e delle scelte autolesive e suicidarie nell'ambito di condizioni patologiche psichiatriche.

Resta inteso che ogni azione prevista dal Piano viene espletata nel pieno rispetto delle normative che tutelano la privacy dell'individuo (Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196).

Il presente Piano, che costituisce la *declinazione regionale* delle indicazioni date dal Piano Nazionale, è centrato esclusivamente sulla prevenzione delle condotte suicidarie in ambito penitenziario adulto, essendo stata condivisa anche in sede regionale, la necessità di formulare un ulteriore autonomo documento relativo all'area della giustizia minorile, dal momento che sono ampiamente riconosciute le peculiarità che caratterizzano i comportamenti autolesivi dei minori, che richiedono quindi programmazioni mirate.

Diversamente, la previsione della specifica formazione del personale dell'area della giustizia minorile dovrà essere ricompresa nelle programmazioni di cui al paragrafo § 5 del presente documento.

**TITOLO I**  
**Inquadramento generale**

**§ 1. L'architettura organizzativa e lo specifico livello regionale**

A partire dal modello organizzativo del Piano Nazionale di Prevenzione, con le sue articolazioni su *livelli* specifici di intervento (v. Tab. 1), nel presente Piano sono definite le procedure ed azioni da porre in essere a livello regionale.

Tab. 1

<b>Tavola sinottica degli interventi</b>				
<b>LIVELLO</b>	<b>AZIONI</b>			
		<b>INDIVIDUAZIONE DEI REFERENTI OSSERVATORIO REGIONALE O LORO EVENTUALI ARTICOLAZIONI A SUPPORTO</b>	<b>FORMAZIONE DEI REFERENTI OSSERVATORIO REGIONALE O LORO EVENTUALE ARTICOLAZIONE A SUPPORTO</b>	<b>ELABORAZIONE DEI PIANI LOCALI DI PREVENZIONE locali Istituto/ASL</b>
<b>LIVELLO NAZIONALE</b>	Il Tavolo di Consultazione Permanente per la sanità penitenziaria (TCPSP) elabora ed aggiorna il Piano Nazionale, tenendo conto delle conoscenze nazionali ed internazionali sul fenomeno suicidario.	Promuove la rete nazionale penitenziaria di prevenzione del suicidio, chiede al livello regionale di individuare i referenti regionali e locali.	Il TCPSP formula le indicazioni utili da diffondere alle organizzazioni istituzionalmente deputate per la redazione di un Piano nazionale per la formazione.	
<b>LIVELLO REGIONALE</b>	Elabora le linee di indirizzo regionali in un apposito Piano Regionale di prevenzione tenendo conto del Piano Nazionale	Nomina i referenti regionali per la prevenzione, costituisce il nucleo regionale e chiede l'individuazione dei referenti locali.	Organizza e gestisce i processi formativi nel territorio di competenza.	Coordina, segue e verifica la redazione, l'aggiornamento e l'applicazione dei Piani operativi locali di prevenzione
<b>LIVELLO LOCALE</b>	-	Individua ed incarica i referenti locali per la prevenzione.	Facilita/assicura 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.

**La pianificazione degli Interventi** prende avvio da un'organizzazione articolata per *livelli* (con la compresenza costante delle componenti sanitaria e penitenziaria).

### **Il livello regionale.**

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

Nell'ambito del predetto Osservatorio, conformemente alle previsioni del Piano nazionale, è operativo uno specifico **Nucleo Regionale** che fornisce le linee di indirizzo per i piani locali di prevenzione attraverso i seguenti prioritari incarichi:

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

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

## **§ 2. Le azioni**

L'elaborazione dei Piani Regionali e Locali di Prevenzione costituisce il nucleo centrale del Piano Nazionale di prevenzione. È forte la convinzione che il livello centrale non possa impartire direttive di dettaglio, in ragione della naturale diversità tra le varie realtà locali in termini di strutture, scelte operative, contesto, risorse e opportunità a disposizione. Nondimeno è sicuramente possibile indirizzare l'operato di tutte le realtà fornendo loro conoscenze, spunti di riflessione, indicazioni e direttive che aiutino l'elaborazione regionale e locale attraverso la declinazione delle prime con riferimento alle dovute differenziazioni già dette.

È questo il senso del presente documento che si ispira, come richiesto dal Piano nazionale, alle indicazioni elaborate dall'O.M.S. e ad alcuni specifici studi condotti in Italia.

Le direttive fornite in questa sede, servono per sviluppare proprie procedure ed azioni, basate su di esse. La descrizione delle azioni segue un ordine logico – temporale progressivo.

### **§ 2.1. Costituzione della rete**

Viene attivata una **rete di referenti**, così come definito dal Piano Nazionale, nella quale **formalizzare i vari gruppi** che, ai livelli regionali e locali, si occupino dell'implementazione dei programmi.

E' a cura del livello regionale la trasmissione al Tavolo di Consultazione Permanente per la Sanità Penitenziaria degli Atti da cui desumere la costituzione formale della rete, nonché i componenti che di essa fanno parte e le eventuali modifiche che nel corso del tempo verranno a determinarsi.

### **§ 2.2. Elaborazione dei Piani Regionali e Locali di Prevenzione– Considerazioni generali**

L'attuazione del presente Piano Regionale dispone di formulare o, se necessario, adeguare gli atti e quanto precedentemente prodotto e redatto tra le rispettive parti, e fornisce ai livelli locali le istruzioni più utili, prendendo necessariamente in considerazione tutti i punti indicati nelle Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

*Si dispone inoltre che la revisione/redazione dei protocolli locali venga improntata alla massima condivisione e concretezza tra le parti interessate.*

Metodologicamente si promuove il modello di lavoro interdisciplinare e indica le tre aree operative che devono ricomprendere l'opera di tutte le componenti professionali, volontarie e detenute. Ad ognuna di queste aree è assegnato uno o più compiti:

- Attenzione
- Decisione
- Sostegno
  
- Area dell'attenzione e del sostegno tecnico - clinico
  - o 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 tecnico
  - o In questo caso ci si riferisce specificatamente alla figura del funzionario giuridico pedagogico che, seppur non dotato di competenza clinica, nell'ambito delle sue incombenze può individuare situazioni personali di fragilità e difficoltà, comunicarla e dare corso ad un primo sostegno.
  
- Area dell'attenzione atecnica
  - o 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, ecc.) quelle che compongono quest'area svolgono un presidio, o comunque hanno una presenza, costante dei 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'ulteriore rete, sicuramente non di minore importanza, è rappresentata dai volontari penitenziari che possono intercettare casi di fragilità e interfacciarsi sia con i sanitari che con gli operatori penitenziari per segnalare le situazioni di vulnerabilità sociale. È necessario, sin da subito, sgombrare il campo da eventuali equivoci. Trattandosi di figure non dotate di competenze specifiche, ad essi non potranno essere assegnati compiti tecnici di natura clinica, e nel caso dei detenuti, il loro impegno non potrà in nessun modo essere considerato sostitutivo dell'attività istituzionale e ancor di più potenzialmente costitutivo di potenziali responsabilità. Nondimeno, è da ritenersi essenziale la possibilità di sviluppare nel personale, 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
  - o E' 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 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.

## TITOLO II

### Gli elementi essenziali dei Piani di prevenzione locali.

#### § 3. Elaborazione dei Piani operativi

Gli elementi essenziali per l'elaborazione dei Piani operativi in parola, sono i seguenti:

##### § 3.1. La declinazione operativa delle azioni

Il presente Piano Regionale **dà indicazioni specifiche e supervisiona affinché tutte le strutture penitenziarie di propria competenza si dotino di un Piano Locale.** Tale documento costituisce la declinazione operativa dei Piani e degli accordi adottati, in linea con le indicazioni dell'O.M.S.

##### § 3.2. La rilevazione del rischio

Si dà indicazione che la **valutazione del rischio all'ingresso** venga predisposta sia all'arrivo presso l'Istituto che ogni qualvolta cambino le condizioni della detenzione. Per essere efficace, inoltre, deve avvalersi di valutazioni regolari nel tempo, per l'intera durata della detenzione. Gli operatori dell'Amministrazione penitenziaria in collaborazione con gli operatori del SSR proseguono, successivamente alla valutazione iniziale, con una precisa osservazione ed un **regolare follow up.**

L'accertamento all'ingresso deve essere svolto da personale sanitario nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le prime ore dall'ingresso, di regola entro le 48 h.

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., che debbono essere strutturati all'interno di uno specifico strumento che consenta di approfondire la conoscenza del detenuto, valutando l'integrazione e l'implementazione di strumenti eventualmente già adottati a livello regionale e/o locale.

Lo strumento così concepito, strutturato e redatto, deve essere inteso come documento personalizzato ed individualizzato per ogni detenuto, la cui eventuale archiviazione deve essere codificata ed anonimizzata.

Tale strumento, una volta aperto all'ingresso, dovrà diventare un 'diario personale' costantemente aggiornato.

Resta prioritario pertanto, sempre come specificato dall'OMS, favorire e non tralasciare la comunicazione tra il personale tutto, coadiuvata dallo svolgimento di assidue riunioni d'equipe, al fine di parlare regolarmente del detenuto che abbia dato segni di rischio e stabilire in maniera congiunta le specifiche azioni da intraprendere.

Tutti gli aspetti sui quali si ritiene necessario porre una costante attenzione sono essenzialmente i seguenti:

- Dati anagrafici
- 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 di reato; stato giuridico; tipo di impatto con l'istituzione, nonché insoliti livelli di vergogna e/o preoccupazione per l'arresto)
- Date salienti (soprattutto delle Udienze, sapendo che l'avvicinarsi o il rinvio di tali date rappresenta fonte di grande stress per il detenuto ma anche ricorrenze significative per la persona)
- Abitudini (uso di tabacco, alcolici, ecc.)



- Informazioni sanitarie (presenza di patologie psichiatriche, di dipendenze, o altre patologie)
- Fattori di rischio (Ambientali: alloggio singolo piuttosto che condiviso da più persone, ecc.; Comportamentali: aggressività eterodiretta, autodiretta, ecc.; Psicologici: insoddisfazione della vita, paure e/o aspettative negative per il futuro, ecc.; Situazionali: rifiuto di partecipare ad attività, di usufruire di ore d'aria, tutto ciò che evidenzia una tendenza all'isolamento; 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 (supporto sociale, familiare, relazione sentimentale stabile, buone capacità di adattamento all'ambiente, ecc.)

### § 3.3. Il presidio delle situazioni potenzialmente stressanti

Come afferma il Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale nella relazione al Parlamento 2017, è pressoché impossibile interpretare il gesto fatale di una persona, o affermare con sicurezza che poteva essere evitato, additando responsabilità altrui. *Non è mai lecito privare la persona dell'unicità e della proprietà della sua decisione estrema ed attribuire ad altri la responsabilità del suo gesto. Quindi nessuna strategia può escludere del tutto il verificarsi di questi eventi. Tuttavia è innegabile che le condizioni ambientali incidono, e se non si può affermare che di sicuro incidono in negativo divenendo la causa del gesto, certamente potrebbero agire in positivo divenendo possibilità di evitare il gesto. Quindi, soffermarsi sul tema dei suicidi non vuol dire indicare elementi che possano determinarlo, quanto elementi che avrebbero aiutato a ridurre il rischio.* Il Garante, inoltre, fa notare che in Italia il tasso di suicidi nella popolazione non detenuta risulta essere piuttosto basso se comparato con quello di altri Paesi europei, mentre si moltiplica<sup>1</sup> diverse volte (dodici) se analizzato all'interno delle strutture di reclusione.

A suo parere, quindi, nell'attuazione delle Direttive in materia occorre uno **'scatto' complessivo** con la necessaria precisione nel definire azioni da compiere con i relativi tempi e modalità.

*Le condizioni di vita, l'ambiente, la mancanza di libertà sono tutti fattori che incidono sulla fragilità di persone spesso vulnerabili in partenza. Occorre quindi prevedere linee di azioni organiche e definite che offrano un percorso non solo contenitivo, ma positivo di prevenzione.*

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 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 fatti. 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 **aree cui è necessario prestare particolare attenzione**, sempre sul piano delle **competenze relative al livello locale** di cui sopra.

- **Ingresso**  
Attivazione delle procedure descritte nel paragrafo precedente, con particolare riferimento all'accoglienza con la possibilità di prevedere spazi specificamente dedicati. Il personale operante l'arresto 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.

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

- **Colloqui**

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

- Analogamente creare la possibilità per i famigliari di esprimere preoccupazione a seguito del contatto con il parente detenuto può essere importante per verificare tali preoccupazioni. Tali comunicazioni devono poter essere fatte secondo procedure certe e con referenti esattamente individuati e non possono essere lasciate all'estemporaneità e al caso.

- **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
- Analogamente verificare la presenza di litigi violenti nel corso di telefonate di cui è consentito l'ascolto

- **Processi**

Gli Uffici Matricola sono in grado di registrare l'evolversi processuale, in particolare nel caso di reati gravi o nel caso di soggetti plurirecidenti. Occorre tener presente che i giorni che precedono le udienze e i giorni della condanna e quelli immediatamente successivi meritano attenzione e, se del 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.

- **Notifiche**

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, può costituire un momento stressante da tenere sotto controllo.

- **Colloqui 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.

- **Colloqui magistrati**

Il momento 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; senza tralasciare il verificarsi di risonanze in seguito ad eventi critici di carattere individuale (ad esempio tentativi di suicidio) o collettivo (ad esempio rissa, ecc.).

In tutti questi casi è necessario che il personale operante possa riferire a referenti certi le proprie impressioni in modo che si possano effettuare colloqui di approfondimento ed interventi integrati.

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 anche la **dimissione**.

L'Amministrazione penitenziaria ha previsto da tempo in diversi istituti la sezione destinata ai soggetti prossimi alla scarcerazione, al fine di porre un'attenzione particolare al reinserimento sociale degli stessi.

Queste articolazioni devono essere incrementate destinandovi i detenuti con fine pena nei successivi 3- 6 mesi, e sviluppando al loro interno un programma intensificato di sostegno propedeutico al reingresso nella società.

Infatti, se l'ingresso in carcere dalla libertà è un evento traumatico, non lo è meno la rimessione in libertà specialmente per le persone che la riacquistano dopo 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 rimessione in libertà potrebbe far riemergere nel dimettendo sensi di insicurezza, di precarietà, di preoccupazione per l'ignoto e per il futuro.

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

### **§ 3.4. 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 richiesta di convocazione della riunione di cui sopra, deve essere avanzata necessariamente ad horas da chiunque evidenzi un elemento di potenziale rischio per la salute del detenuto. La richiesta va inoltrata ai referenti individuati nel Protocollo locale.

La riunione di équipe 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 le azioni di cautela corrispondenti al livello di rischio stimato dal sanitario.

Vanno **definiti modelli di riferimento per la valutazione del rischio**, che abbiano alla base solide evidenze scientifiche.

### **§ 3.5. 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:

- attivazione della procedura gestionale
- alloggiamento
- controllo della persona
- disponibilità di oggetti pericolosi
- interventi sanitari
- interventi di supporto istituzionali
- interventi di supporto da parte di peer supporter
- chiusura procedura

I suddetti elementi, presi validamente in considerazione nelle indicazioni fornite a Livello Regionale, saranno declinati a livello locale.

### § 3.6. Protocolli operativi per affrontare le urgenze

Il tentativo di porre in essere un suicidio necessita di **protocolli operativi per la gestione dell'urgenza** che la gravità del gesto e le sue conseguenze potenziali impongono. In tal senso occorre essere ben consapevoli del fatto che il tempo di reazione all'evento e la qualità dei primi soccorsi possono essere essenziali per fare la differenza tra la vita e la morte.

L'O.M.S. sul tema 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 cardio-polmonare 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.
  - L'adeguatezza degli interventi dovrà anche essere periodicamente testata attraverso **prove in "bianco"**, realizzando esercitazioni per la verifica delle procedure che sono state definite per ogni situazione di emergenza, in termini di efficienza ed efficacia delle azioni previste.
- L'O.M.S. raccomanda che **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 presidiate. 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.

### § 3.7. Allocazione e sostegno

Sulla specifica materia dell'isolamento della persona detenuta, le linee di indirizzo della Organizzazione Mondiale della Sanità 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**, ricorrendo **all'ausilio di detenuti in funzione di peer - supporters** (compagni o ascoltatori) addestrati, tramite attività di gruppo organizzate in sinergia tra Amministrazioni Sanitaria e Penitenziaria, ad **offrire vicinanza e supporto sociale** quali elementi importanti ai fini della prevenzione del rischio suicidario. Ne consegue che, 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, siano adottati unicamente in casi eccezionali, e sempre privilegiando soluzioni in linea con quanto testé indicato.

### **TITOLO III** **Monitoraggio, valutazione, debriefing**

#### **§ 4. La Valutazione dei Piani e delle attività**

La complessità del fenomeno e degli sforzi per implementare un effettivo Piano di prevenzione richiama la necessità di dotarsi, tra l'altro, di un **programma di valutazione e monitoraggio continuo e strutturato** che schematicamente può essere declinato assicurando almeno le seguenti attività:

- Monitoraggio dei Piani elaborati ed implementati
- Valutazione dei casi di suicidio in relazione ai Piani di prevenzione adottati
- Attività di debriefing in favore del Personale coinvolto
- Raccolta e diffusione delle buone prassi

#### **§ 4.1. Il Monitoraggio**

Come già accennato, 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, regionale e nazionale**, in grado di raccogliere i dati che si ritengono necessari.

Modalità generali e linee procedurali di indirizzo saranno elaborate a livello centrale e diffuse ai livelli successivi per i dovuti adempimenti e viceversa, in un'ottica di regolare scambio. A tal fine, il Tavolo di Consultazione Permanente si occuperà di verificare il recepimento e l'attuazione degli Indirizzi Operativi da parte delle Regioni attraverso richiesta di specifici report annuali; il livello Regionale, a sua volta, si impegnerà a procedere con le dovute verifiche nei confronti del Livello Locale di competenza, il quale a sua volta dovrà necessariamente e sempre **con cadenza almeno annuale** provvedere all'attuazione regolare dei propri compiti.

#### **§ 4.2. Attività post – facto - Documentazione di un evento infausto**

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 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, si concorda che le parti coinvolte a livello regionale e locale predispongano un **protocollo congiunto di accertamento e documentazione dell'evento** che, fatto salvo quanto disposto dalla predetta Autorità Giudiziaria, dovrà essere seguito.

Il presente Piano indica come indispensabile una valutazione congiunta post-facto, innanzitutto con riferimento alla tenuta dei Piani di prevenzione locali per il miglioramento costante dei processi. I Piani suddetti in tali casi vanno valutati e verificati con una cadenza almeno semestrale.

#### **§ 4.3. 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**. Sino ad oggi nel sistema penitenziario italiano non è mai stato attuato o sperimentato. È quindi necessario iniziare a porsi la questione della sua implementazione. In via generale questo Piano Nazionale precisa che, fatto salvo quanto detto, in

particolare a livello dei Piani Regionali, si vorrà prevedere tale azione di supporto al Personale ed alle persone coinvolte. Pertanto si deve contraddistinguere per:

- Il carattere volontario della partecipazione susseguente ad una offerta informata di intervento;
- Diversità di questo intervento da qualunque altro tipo di approfondimento o valutazione dei fatti;
- Carattere di ascolto non finalizzato ad altro che al sostegno dei partecipanti;
- Informalità degli incontri con esclusione di attività formale o di verbalizzazione o di relazione finale;
- Finalizzazione dell'intervento teso a prendere in esame gli stati d'animo e non la dinamica dei fatti;
- Conduzione al di fuori della struttura penitenziaria ed effettuata da Personale idoneo in sede neutra.

#### **§ 4.4. La Raccolta e la diffusione delle buone prassi**

Si conferisce agli Osservatori Regionali Permanenti per la Sanità Penitenziaria il compito di raccogliere le prassi preventive ritenute più efficaci. Le stesse verranno inviate al Tavolo di consultazione permanente presso Conferenza Unificata per la loro analisi, sistematizzazione e periodica diffusione.

### **TITOLO IV Formazione**

Viene indicata la necessità di iniziare le attività formative con una fase preliminare e propedeutica di informazione circa l'approvazione, lo sviluppo e gli assunti essenziali del Piano Nazionale di Prevenzione, con particolare attenzione alla sua articolazione per *livelli* ivi compreso quanto concerne la loro composizione e competenze.

#### **§ 5. La Formazione degli operatori**

Il presente Piano, per poter esplicitare la propria funzione con riferimento a ciascuna delle sue parti, prevede un articolato e sistematico programma di informazione e formazione diretto a tutti gli operatori, in particolare a quelli a più diretto contatto con la quotidianità detentiva.

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

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

- Struttura del Piano Nazionale per la Prevenzione delle Condotte Suicidarie in Ambito Penitenziario.
- Elementi fenomenologici del suicidio e degli eventi autolesivi.
- Le indicazioni dell'O.M.S.
- Modello operativo generale.
- Laboratorio di progettazione.
- Fattori ambientali, psicologici e comportamentali specifici predisponenti ai comportamenti suicidari.

- Benessere organizzativo e ricadute sugli operatori.
- Temi inerenti strategie di comunicazione e relazione.
- Caratteristiche e contenuti essenziali dei programmi formativi locali.

Conseguenzialmente, ogni ASL sede di Istituto Penitenziario assicurerà - concordandolo con l'Amministrazione Penitenziaria del territorio di riferimento e prevedendone la diretta partecipazione - lo svolgimento di appropriati interventi formativi a "cascata", che consentano di fornire agli operatori coinvolti nelle attività le adeguate conoscenze per la realizzazione efficiente delle azioni comprese nel Piano. Tutto il personale regolarmente a contatto con i detenuti deve essere formato anche al primo soccorso ed alle fondamentali tecniche di rianimazione cardio-polmonare, nonché essere addestrato all'utilizzo degli equipaggiamenti d'emergenza collocati nell'Istituto.

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