

All. A)



REGIONE CALABRIA  
*Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari*

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

**A cura di:**

- Gruppo di Lavoro interistituzionale nominato dall'Osservatorio Permanente sulla Sanità Penitenziaria
- Tavolo tecnico regionale per la Sanità penitenziaria (D.D.G. n. 4820 del 04/05/2022)

## SOMMARIO

<b>1. Premessa</b>	<b>pag. 3</b>
<b>2. Quadro normativo di riferimento</b>	<b>pag. 5</b>
<b>3. I modelli organizzativi indicati dal Piano Nazionale</b>	<b>pag. 6</b>
<b>4. I principi operativi in materia di prevenzione del rischio suicidario indicati dal Piano Nazionale</b>	<b>pag. 7</b>
<b>5. Obiettivi del Piano regionale</b>	<b>pag. 8</b>
<b>6. Report Regionale degli eventi autolesionistici, dei tentativi di suicidio e dei suicidi negli Istituti Penitenziari calabresi dal 2017 e al 1° semestre 2022</b>	<b>pag. 9</b>
<b>7. Linee di indirizzo per l'elaborazione dei Piani Locali di Prevenzione</b>	<b>pag. 11</b>
<b>8. Staff multidisciplinare</b>	<b>pag. 13</b>
<b>9. Valutazione del rischio</b>	<b>pag. 14</b>
<b>10. La valutazione e la prevenzione del rischio suicidario <i>in itinere</i></b>	<b>pag. 16</b>
<b>11. La gestione dei casi a rischio</b>	<b>pag. 20</b>
<b>12. La gestione dell'urgenza</b>	<b>pag. 21</b>
<b>13. Monitoraggio, valutazione, <i>debriefing</i></b>	<b>pag. 22</b>
<b>14. Formazione</b>	<b>pag. 25</b>

## 1. Premessa

Con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° aprile 2008 sono state disciplinate le modalità per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni e delle competenze della Sanità Penitenziaria.

Gli Allegati A e C del DPCM hanno definito, 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, è stata riservata un'attenzione specifica al tema della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario.

I detenuti e gli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, hanno diritto all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.), individuati nel Piano Sanitario Nazionale, nei Piani Sanitari Regionali e in quelli locali.

I L.E.A. sono garantiti dalla medicina di base, dall'assistenza medico-specialistica e psicologica, dall'assistenza alle dipendenze patologiche, dall'assistenza farmaceutica e dalla vigilanza sull'igiene dei luoghi di lavoro e sulla prevenzione.

E' concretamente dimostrato come l'impatto con il carcere rappresenti un momento traumatico della vita di un individuo nel quale la dimensione umana, fisica e affettiva, trova sovente un contesto percepito come ostile e comunque non rispondente ai bisogni individuali e dove alle eventuali forme di patologie pregresse, già presenti nel soggetto, possono aggiungersi altre forme di disagio determinate dalle condizioni di vita, dall'uniformità degli stimoli emozionali forniti dall'ambiente, nonché da stati patologici di dipendenza.

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; d'altra parte, però, l'impatto con la carcerazione ha un effetto ulteriore nei soggetti che hanno già manifestato in precedenza una problematica di disagio psichico e, quindi, aggrava tale situazione di disagio o in altri casi può far emergere difficoltà latenti che non si erano ancora manifestate in modo esplicito.

Il contesto detentivo costituisce di per sé un fattore stressante e frequentemente traumatico anche per i detenuti sani e rappresenta un elemento di rischio di base che sicuramente viene potenziato da una molteplicità di aspetti tra cui:

- un'organizzazione basata su un sistema di regole generali che, pur non prescindendo dalla valutazione dei bisogni individuali, per sua stessa natura si connota in maniera restrittiva;

- il sovraffollamento che determina l'amplificazione delle diversità e l'omologazione dei bisogni, rendendo difficoltosa la rilevazione del disagio;
- la carenza di personale (polizia penitenziaria, psicologi, educatori, personale medico e sanitario) a supporto dei detenuti;
- le scarse attività lavorative e occupazionali che non consentono a tutti i detenuti di intraprendere un proficuo percorso riabilitativo;
- la deprivazione affettiva e sessuale, dovuta alla difficoltà nel mantenere i rapporti con i propri congiunti.

Il disagio psichico manifestato all'interno del carcere rappresenta l'elemento caratterizzante di una parte significativa degli eventi critici occorsi nella realtà carceraria e ciò sembra indicare il disturbo psichiatrico come una delle più frequenti patologie in ambito penitenziario.

In tale contesto il Servizio Sanitario Regionale, da un lato, e l'Amministrazione Penitenziaria, dall'altro, ciascuno per il proprio ambito di competenze ed in stretta sinergia fra loro, hanno l'obbligo di una pronta presa in carico del soggetto al fine di fronteggiare adeguatamente i rischi sopra indicati. La Conferenza Unificata Stato Regioni, 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*” che concretamente ha richiesto la definizione di specifici indirizzi operativi da sperimentare in ogni Regione, in almeno un Istituto penitenziario per adulti e uno per minori.

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 implementazioni successive, che 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, hanno evidenziato come nella maggior parte del territorio gli interventi avviati siano stati focalizzati sull'effettuazione di una rilevazione personalizzata - innanzitutto nei momenti successivi all'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 verifica, a livello nazionale, ha altresì evidenziato numerose criticità, prevalentemente connesse ad impostazioni teoriche talora non appropriate, incostanza nella implementazione delle attività, rigida separazione delle competenze ed assenza di idonei monitoraggi o difficoltà nella loro realizzazione.

Alla luce di quanto sopra, con successivo Accordo, la Conferenza Unificata ha individuato le caratteristiche principali delle linee di intervento, proprio al fine di realizzare attività continue ed uniformi negli Istituti di Pena sull'intero territorio nazionale e ha approvato il Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti, del 27 luglio 2017, recepito dalla Regione Calabria con DCA n. 33 del 20/02/2019.

## **2. Quadro normativo di riferimento**

La cornice normativa entro la quale viene disegnato il presente Piano regionale è rappresentata dalle seguenti fonti di riferimento:

- Legge n. 354 del 26 luglio 1975 (Ordinamento Penitenziario) così come novellata dai Decreti Legislativi n. 123 e 124 del 2018;
- D.P.R. n. 230 del 30/06/2000 “Regolamento di Esecuzione” della legge sull’Ordinamento Penitenziario;
- Lettera Circolare prot. n. 0181045 del 6 giugno 2007 del Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria;
- il D.P.C.M. del 1° aprile 2008 che ha sancito il passaggio delle competenze in materia di assistenza sanitaria a favore della popolazione detenuta dal Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale;
- la Delibera n. 317 del 09 giugno 2009 della Giunta Regionale della Regione Calabria relativa al *“Recepimento dell’accordo tra il Governo, le Regioni e le Provincie autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali concernente le definizioni delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza e i principi e i criteri di collaborazione tra l’ordinamento sanitario e l’ordinamento penitenziario e della giustizia minorile, in attuazione dell’articolo 7 del D.P.C.M. 01 aprile 2008”*;

- il Protocollo di Intesa del 09 luglio 2009 tra la Regione Calabria, il P.R.A.P. della Calabria ed il C.G.M. per le Regioni Calabria e Basilicata in merito al succitato accordo;
- Circolare del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria n. 0445330-2011 del 24.11.2011;
- l'Accordo in Conferenza unificata rep. 5/CU del 19 gennaio 2012 riguardante la prevenzione del suicidio in ambiente penitenziario, *“Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”*;
- Il “Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti” di cui all'Accordo della Conferenza Unificata del 27 luglio 2017;
- La Circolare del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria n. 3695/6141 dell'8 agosto 2022 avente ad oggetto: “Iniziative per un intervento continuo in materia di prevenzione delle condotte suicidarie delle persone detenute”.

### **3. I modelli organizzativi indicati dal Piano Nazionale**

Il modello organizzativo che supporta il Piano Nazionale prevede tre livelli di azione in cui sono rappresentate le istituzioni sanitarie e penitenziarie:

- Livello centrale: costituito dal Tavolo di Consultazione Permanente per la Sanità Penitenziaria;
- Livello regionale: Osservatori Regionali Permanenti di Sanità Penitenziaria, con il supporto di ulteriori articolazioni regionali eventualmente presenti;
- Livello locale: nasce dall'attività congiunta delle Direzioni di ciascun Istituto Penitenziario e delle competenti Aziende Sanitarie Provinciali (ASP).

Le linee generali nazionali, ispirate alle indicazioni specifiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, costituiscono riferimento essenziale prevedendo i contenuti fondamentali per un intervento efficiente ed efficace e per la formulazione degli accordi programmatici regionali che devono trovare adattamento concreto ed operativo a livello locale.

Le Aziende Sanitarie Provinciali, pertanto, in collaborazione con gli Istituti penitenziari dovranno approntare percorsi di prevenzione e percorsi diagnostico-terapeutici da avviare già nella fase dell'ingresso del soggetto privato della libertà personale o tradotto da altro Istituto.

#### **4. I principi operativi in materia di prevenzione del rischio suicidario indicati dal Piano Nazionale**

In ambito penitenziario si pone la necessità di adottare idonee misure di prevenzione poiché in tale ambito il suicidio si verifica con maggiore frequenza rispetto agli altri ambienti.

L'Italia detiene il primato europeo per quanto riguarda lo scarto tra suicidi nella popolazione carceraria e quella libera ed i detenuti affetti da disagio psichico rappresentano una percentuale significativa, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, della popolazione carceraria.

La condizione di disagio psichico può essere preesistente alla carcerazione o insorgere nel corso e/o come conseguenza della stessa, in quanto il carcere può determinare una patogenicità più subdola, incidendo in modo significativo sul senso di dignità personale dell'individuo e minando l'equilibrio psichico sia a breve che a lungo termine.

Su tali presupposti il Piano Nazionale indica i seguenti fattori quali elementi fondamentali da tenere in considerazione nella gestione del rischio suicidario:

1. inquadramento dei comportamenti e delle scelte autolesive e suicidarie prevalentemente come eventi derivanti dalle comuni condizioni di vita e non necessariamente da condizioni di patologia;
2. piena condivisione del complesso degli interventi da parte del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Amministrazione della Giustizia in tutte le fasi degli interventi, ciascuno per le rispettive competenze;
3. implementazione di definite e dedicate organizzazioni funzionali a livello regionale e locale, costantemente integrate nelle professionalità e negli obiettivi;
4. regolare monitoraggio degli interventi (in particolare sul piano della valutazione di processo) e degli esiti;
5. 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;
6. costante definizione e aggiornamento di protocolli operativi locali, tra il singolo Istituto Penitenziario e la competente Azienda Sanitaria;

## 5. Obiettivi del Piano regionale

Con il presente "Piano regionale" si conferma l'intento di affrontare il suicidio quale grave fenomeno di salute pubblica che in ambito penitenziario si sviluppa in modo maggiore rispetto ad altri contesti. Come ricorda l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), *“gli individui che subiscono il regime di detenzione presentano frequenti pensieri e comportamenti suicidari durante tutto il corso della loro vita”*. Risulta, quindi, necessario, in base alle indicazioni del Piano nazionale e dell'esperienza maturata a livello regionale e locale nella Calabria, adottare adeguate e significative misure di prevenzione, misure che devono essere omogenee in tutti gli istituti penitenziari presenti nella Regione, pur rispettando le singole specificità locali.

Prevenire il rischio di suicidi in ambito penitenziario, così come presso le strutture minorili, è un obiettivo condiviso tanto dal Servizio Sanitario quanto dall'Amministrazione della Giustizia ed è caratterizzato dalla scelta di metodologie di lavoro con caratteristiche di innovatività, comune perseguimento degli obiettivi ed integrazione delle reciproche competenze.

A tal fine, il presente documento di indirizzo verrà inviato alle rispettive articolazioni territoriali con richiesta di definire o integrare in modo congiunto, in ogni Istituto Penitenziario, un **Piano Locale di Prevenzione** che ne costituirà la declinazione operativa.

La stessa normativa di riforma della sanità penitenziaria prevede che i presidi sanitari presenti negli istituti penitenziari per adulti ed in quelli per minori 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.

Le finalità del “Piano Regionale” sono:

- favorire un'impostazione culturale globale basata sulla consapevolezza della necessità di un approccio universalistico, di sistema, superando l'approccio orientato esclusivamente al concetto di "categoria di rischio" a favore anche del concetto di "situazione a rischio";
- consolidare la piena condivisione degli interventi tra Sistema Sanitario Regionale e Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria;
- promuovere l'integrazione del lavoro di tutti gli operatori e la circolarità delle informazioni;
- ridurre il rischio di suicidio ed autolesionismo attraverso attività che abbiano il carattere dell'uniformità e della continuità;
- prediligere un modello di gestione che permetta di integrare il sistema di “controllo” con un

- approccio multidisciplinare che preveda la globale presa in carico del soggetto a rischio suicidario;
- migliorare il monitoraggio del piano regionale e dei piani locali;
  - promuovere la formazione del personale penitenziario e sanitario in materia di prevenzione del rischio suicidario.

## **6. Report Regionale degli eventi autolesionistici, dei tentativi di suicidio e dei suicidi negli Istituti Penitenziari calabresi dal 2017 e al 1° semestre 2022**

E' noto da tempo che il rischio che vengano commessi atti autolesionistici e/o autosoppressivi all'interno delle strutture detentive è maggiore rispetto a quello riscontrato nella popolazione generale e varie sono le situazioni che possono spingere il detenuto al compimento di questi atti e che, quindi, meritano particolare attenzione ai fini di un'efficace prevenzione.

E' necessario considerare, inoltre, che le persone che infrangono la legge sono portatrici di alcuni fattori di rischio che, "importati" in un ambiente complesso, possano favorire l'esordio di comportamenti autolesivi e autodistruttivi. In questo gruppo di popolazione, infatti, il tasso di suicidio continua a essere più elevato rispetto a quello della popolazione generale anche dopo la scarcerazione.

Il rischio è sensibilmente più elevato al momento dell'ingresso, specialmente per i soggetti alla prima esperienza detentiva, ma possono essere potenzialmente pericolose anche le fasi dell'attesa o dell'esito del processo (specialmente in caso di condanne lunghe). Rischi accertati sono anche il trasferimento da un carcere all'altro o semplicemente la comunicazione stessa del trasferimento, l'esito negativo di un ricorso o la revoca di una misura alternativa di detenzione, eventi familiari, eccetera.

Sono proposti nella tabella che segue i dati relativi agli eventi autolesionistici, ai tentativi di suicidio ed ai suicidi nell'ultimo quinquennio, forniti dal Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria per la Calabria.

<b>REGIONE CALABRIA</b>																		
<b>DATI POPOLAZIONE DETENUTA RELATIVI AD AUTOLESIONISMO - TENTATIVI SUICIDIO - SUICIDI</b>																		
<b>ISTITUTI</b>	<b>AUTOLESIONISMO</b>						<b>TENTATIVI SUICIDIO</b>						<b>SUICIDI</b>					
	2017	2018	2019	2020	2021	1° SEM. 2022	2017	2018	2019	2020	2021	1° SEM. 2022	2017	2018	2019	2020	2021	1° SEM. 2022
CASTROVILLARI	17	12	22	44	61	9	5	4	5	2	5	2	0	0	0	1	0	1
CATANZARO	38	44	63	131	67	34	7	19	19	19	15	8	0	0	0	0	2	0
COSENZA	36	10	22	47	16	5	1	3	7	2	3	0	0	0	0	1	0	0
CROTONE	5	13	1	5	10	11	2	3	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0
LAUREANA DI BORRELLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOCRI	2	2	0	3	4	31	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
PALMI	0	0	0	2	15	6	0	0	1	1	8	0	0	0	0	0	0	0
PAOLA	19	24	16	30	13	3	5	8	2	3	1	2	0	0	0	0	0	0
REGGIO C. ARGHILLA'	50	38	35	86	54	10	8	4	7	22	14	1	0	0	1	0	1	0
REGGIO C. G. PANZERA	4	14	19	32	9	7	4	9	10	5	4	3	0	0	0	0	0	0
ROSSANO	13	11	19	43	42	8	1	1	7	10	8	1	0	0	1	0	0	0
VIBO VALENTIA	17	17	15	24	37	38	9	2	6	6	12	5	0	0	0	0	0	1
<b>TOTALE</b>	<b>201</b>	<b>185</b>	<b>212</b>	<b>447</b>	<b>328</b>	<b>162</b>	<b>42</b>	<b>53</b>	<b>68</b>	<b>74</b>	<b>70</b>	<b>23</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
MEDIA DETENUTI PRESENTI	2580	2800	2900	2450	2680	2700	2580	2800	2900	2450	2680	2700	2580	2800	2900	2450	2680	2700

I dati statistici indicano un'elevata percentuale di eventi autolesionistici a fronte di limitati casi di tentativi di suicidio ed ancor meno di suicidi.

L'interpretazione dei dati suddetti consente di affermare che non tutti gli atti classificati come autolesionistici esitano in eventi più gravi, e ciò, sia perché nella gran parte dei casi si tratta di "atti dimostrativi" volti ad attirare l'attenzione su specifiche problematiche del soggetto e sia perché nell'ambito degli Istituti Penitenziari sono attive procedure condivise con i Presidi Sanitari che consentono la gestione di tali situazioni di disagio. Bisogna, infatti, precisare che dai dati in possesso del Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria risulta che tutti gli Istituti penitenziari hanno stipulato con le AA.SS.PP. di riferimento Protocolli finalizzati alla gestione ed alla prevenzione del rischio suicidario che, ove necessario, dovranno essere adeguati agli indirizzi emanati con il presente Piano.

Sono, inoltre, operativi gli Staff Multidisciplinari di accoglienza e sostegno composti da operatori penitenziari e sanitari, chiamati ad una gestione condivisa dei casi critici.

## 7. Linee di indirizzo per l'elaborazione dei Piani Locali di Prevenzione

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 adulti, 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.

Questo documento, quindi, ha lo scopo di fornire linee di indirizzo ai livelli locali al fine di consentire l'aggiornamento dei Piani Locali di prevenzione già esistenti. Tali indicazioni prendono in considerazione i punti indicati nelle Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, in cui sono contenuti gli elementi essenziali per le strategie preventive.

I Piani Locali di Prevenzione dovranno avere natura tecnico-operativa ed essere necessariamente improntati alla concretezza ed alla massima condivisione tra tutte le parti interessate e saranno correlati ai Progetti di Istituto.

Metodologicamente si promuove il modello di lavoro multidisciplinare e si indicano le tre aree operative che devono ricomprendere l'opera di tutte le componenti professionali, volontari e detenuti.

Ad ognuna di queste aree è assegnato uno o più compiti:

- ✓ Attenzione
- ✓ Decisione
- ✓ Sostegno

- **Area dell'attenzione e del sostegno tecnico – clinico:** vi afferiscono tutte le figure clinico-professionali che operano quotidianamente e che possono cogliere sintomi e/o richieste di attenzione e di cura nel corso di visite, colloqui, somministrazione di terapie. Tale ambito si compone di medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, appartenenti sia all'area sanitaria che a quella penitenziaria e che possono, in questi casi, dare corso ad un primo sostegno ed alla segnalazione del caso secondo le procedure vigenti in ogni singolo Istituto;
- **Area dell'attenzione e del sostegno tecnico:** in questo caso ci si riferisce specificatamente alla figura del funzionario giuridico pedagogico e del funzionario del servizio sociale che, seppur non dotati di competenza clinica, nell'ambito delle loro competenze possono rilevare situazioni

personali di fragilità e difficoltà, dare corso ad un primo sostegno ed alla segnalazione del caso secondo le procedure vigenti in ogni singolo Istituto;

- **Area dell'attenzione a-technica:** la parte più consistente della rete. 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, dal Cappellano, dai Ministri di culto 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.

Trattandosi di figure non dotate di competenze specifiche, ad esse 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 potenzialmente costitutivo di responsabilità. Nondimeno, è da ritenersi essenziale la necessità di sviluppare nel personale, nei volontari e nei detenuti una sensibilità finalizzata a cogliere segnali di disagio e generare soluzioni d'aiuto.

Come verrà di seguito esplicitato, altre figure possono essere coinvolte per evidenziare situazioni di rischio, in particolare i magistrati, gli avvocati e i familiari dei detenuti.

- **Area decisionale:** per la parte penitenziaria 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 del Reparto P.P. o gli Addetti alla c.d. Sorveglianza Generale) e per la parte sanitaria dal Responsabile Sanitario di Presidio o dal medico di turno. A queste figure spettano le rispettive decisioni operative di ordine penitenziario e sanitario, in ragione degli elementi di conoscenza che, nell'immediatezza dei fatti e nel corso della detenzione, la rete di attenzione sottopone loro.

In sintesi, è fondamentale promuovere il modello di lavoro multidisciplinare tra le diverse aree di intervento, penitenziario e sanitario, per intercettare e trattare in modo coordinato, celere, adeguato e continuo, le criticità dei detenuti.

## 8. Staff multidisciplinare

Ogni Piano Locale deve prevedere un modello di lavoro multidisciplinare tra le diverse aree di intervento, penitenziario e sanitario, chiarendo le specifiche competenze dei vari operatori.

L'incontro tra le diverse professionalità costituirà una indispensabile occasione per sviluppare il necessario e costante lavoro multidisciplinare.

I Direttori degli Istituti Penitenziari di concerto con il Dirigente dei servizi sanitari dell'Istituto, avranno cura di attivare uno **Staff multidisciplinare** composto dai rappresentanti del personale penitenziario (direttore dell'Istituto, Comandante di Reparto, Capo Area Trattamento, personale della polizia penitenziaria, funzionari giuridico pedagogici, esperti ex art. 80 O.P. , mediatori culturali, cappellano, volontari, ecc..) e sanitario (medici in servizio presso la struttura penitenziaria, psichiatra, psicologo, personale infermieristico, personale AA.SS.PP. del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ) qualificati e dotati di adeguati livelli di competenza e responsabilità.

Lo Staff potrà essere unico o di reparto e dovrà essere costituito, ove non ancora presente, presso tutte le sedi penitenziarie.

Lo staff multidisciplinare deve essere convocato nella sua composizione completa (definita nei singoli Piani Locali in base alle professionalità presenti) e, in casi di urgenza, laddove non sia possibile la presenza di tutti i componenti, può essere considerato valido anche in composizione ridotta la quale deve comunque prevedere almeno la presenza del Direttore dell'Istituto (o di un suo delegato), di un medico referente, dello psichiatra/psicologo, di un funzionario giuridico pedagogico, del Comandante della polizia penitenziaria o suo delegato.

Qualora all'esito delle procedure di ingresso risulti un livello di rischio medio-alto è comunque necessario attivare lo Staff multidisciplinare.

Si suggerisce la convocazione dello Staff almeno una volta al mese per il monitoraggio dei casi in carico.

Il coordinamento dell'attività dello Staff multidisciplinare sarà svolto dal "referente locale" per la prevenzione del rischio suicidario che ne curerà la convocazione. La richiesta di convocazione dovrà essere avanzata immediatamente da chiunque rilevi un elemento di potenziale rischio per la salute del detenuto.

La riunione dello Staff multidisciplinare dovrà svolgersi nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le 72 ore dalla segnalazione della situazione di rischio per il detenuto.

In attesa della riunione formale, dovranno essere adottate le azioni di cautela corrispondenti al livello di rischio stimato dal sanitario.

Lo Staff dovrà predisporre un **programma individualizzato** di presa in carico congiunta, nel quale saranno indicati ulteriori interventi integrati degli operatori secondo le necessità determinate dalle problematiche rilevate.

Per ciascuna riunione dello Staff dovrà essere redatto un verbale in apposito registro, così da consentire il tracciamento delle decisioni adottate e garantire che la procedura di attenzione sul caso abbia un preciso inizio e una motivata conclusione.

## **9. Valutazione del rischio**

La valutazione del rischio deve essere svolta sia all'ingresso presso l'Istituto, che ogni qualvolta cambino le condizioni della detenzione.

La valutazione all'ingresso deve essere svolta da personale medico nel più breve tempo possibile e comunque **non oltre le 24 ore** dall'ingresso ed 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.

Al fine di garantirne l'efficacia, il sistema di valutazione del rischio deve prevedere valutazioni regolari nel tempo per l'intera durata della detenzione.

Gli operatori dell'Amministrazione penitenziaria in collaborazione con gli operatori del SSN proseguono, successivamente alla valutazione iniziale, con una precisa osservazione ed un regolare follow up.

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

### ***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 (tabacco, alcolici, droghe 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***

- Buon supporto sociale, familiare, relazione sentimentale stabile, buone capacità di adattamento all'ambiente, ecc.

L'Amministrazione Penitenziaria e l'Amministrazione Sanitaria si impegnano vicendevolmente a condividere le informazioni su indicate al fine di gestire in modo appropriato il soggetto detenuto. Tali informazioni dovranno essere riportate in un documento formale predisposto per ciascun detenuto.

Tale strumento, una volta aperto all'ingresso, dovrà diventare un "diario personale" costantemente aggiornato e inserito nella cartella personale del detenuto.

## **10. La valutazione e la prevenzione del rischio suicidario in itinere**

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 o circostanze che aumentano lo stress, fatti simili ricorrono spesso nella biografia dei suicidi, nelle settimane e nei mesi precedenti l'evento.

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 situazioni alle quali è necessario prestare particolare attenzione per la tempestiva rilevazione dei segnali di rischio a livello locale.

### ***Ingresso***

Assume particolare importanza la formazione del personale penitenziario che prende in carico il detenuto e che gestisce i primi momenti della vita detentiva. E' importante che i suddetti operatori siano opportunamente preparati anche attraverso percorsi formativi integrati all'osservazione specifica delle reazioni emotive e che, al momento dell'ingresso, riferiscano adeguatamente se l'arrestato ha manifestato disagio o intenzioni suicidarie.

### ***Colloqui con l'area trattamentale***

La relazione con i funzionari giuridico pedagogici è indubbiamente un momento particolarmente significativo per cogliere elementi di disagio e di sofferenza che meritano di essere portati all'attenzione del Direttore dell'Istituto e dell'Area Sanitaria.

### ***Colloqui con il volontariato***

Pur con le precisazioni già esposte, con riferimento e a maggior ragione in relazione alle caratteristiche dei volontari e alla natura della relazione intercorrente con la popolazione detenuta, anche in questo caso l'ordinaria attività può essere occasione per rilevare elementi di sofferenza e di fragilità meritevoli di valutazione specialistica che devono essere segnalati alla Direzione dell'Istituto per il tramite degli operatori penitenziari.

### ***Colloqui con familiari o con terze persone ammesse***

E' opportuno prevedere a livello locale canali di comunicazione a disposizione dei familiari o di terze persone ammesse ai colloqui per esprimere preoccupazioni colte a seguito del contatto con il parente detenuto.

Lo svolgimento di un colloquio può risultare particolarmente teso ed essere caratterizzato da lunghi momenti di silenzio che sono espressione di sofferenza per cui meritevoli di successivo approfondimento. Analogamente, è necessario creare la possibilità per i familiari di esprimere preoccupazione a seguito del contatto con il detenuto. Tali comunicazioni devono poter essere fatte secondo procedure certe e con referenti esattamente individuati e non possono essere lasciate all'estemporaneità e al caso.

### ***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. 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 intenzionalità suicidarie che meritano attenzione. Per questo motivo, come nei casi sopra descritti, i magistrati devono essere messi nelle condizioni di comunicare le loro impressioni e i loro timori al personale penitenziario.

### ***Corrispondenza***

La cessazione di corrispondenza verso l'esterno o il rifiuto di riceverne sono manifestazione di una rottura relazionale, e quindi, meritano approfondimento in quanto indice di una situazione stressante. Analogamente, un ulteriore fattore da attenzionare sono litigi violenti nel corso di telefonate di cui è consentito l'ascolto.

### ***Attività Giudiziarie - Notifiche***

Gli Uffici Matricola sono in grado di registrare l'evolversi processuale di ciascun detenuto. I giorni che precedono le udienze, i giorni della condanna e quelli immediatamente successivi meritano maggiore attenzione e un eventuale sostegno. Il personale di scorta - per e dalle aule di giustizia - adeguatamente formato, dovrà riferire le reazioni del soggetto in ambito processuale, comunicandolo al momento del rientro in carcere.

Anche la comunicazione o la notifica di condanne o di provvedimenti che negano misure alternative – soprattutto in persone che si presumono essere particolarmente fragili - può costituire un momento stressante da attenzionare.

Laddove possibile si dovrà evitare di effettuare tali comunicazioni in momenti in cui la persona non possa essere monitorata e comunque, se non incombono urgenze giudiziarie, escludendo momenti in cui il detenuto può trovarsi in maggior stato di solitudine, quali ad esempio le ore preserali e serali e le giornate prefestive e festive.

### ***Patologia***

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.

Il personale operante nelle sezioni a qualsiasi titolo dovrà prestare attenzione per rilevare segnali significativi: crisi di pianto, insonnia, pigrizia, estrema irrequietezza; improvvisi sbalzi di umore, di abitudini alimentari o alterazioni del sonno; gesti di spoliatura come ad esempio dar via oggetti

personali, uso improprio degli effetti personali e/o delle forniture in loro dotazione, perdita di interesse in attività e/o relazioni; ripetuti rifiuti di cure o richieste di dosi maggiori di farmaci, modifiche nelle dinamiche relazionali all'interno del gruppo dei pari o con gli operatori che a vario titolo entrano in contatto con il ristretto.

In tutti questi casi, il personale operante nelle sezioni riferirà immediatamente al Direttore dell'Istituto e al personale sanitario le criticità rilevate in modo che si possano effettuare valutazioni ed interventi immediati e convocare, nel più breve tempo possibile, lo *staff* multidisciplinare che attiverà il programma di attenzione necessario.

### ***Detenuti sottoposti a provvedimento di trasferimento o in fase di dimissione***

Una considerazione particolare merita la gestione dei detenuti a seguito dell'adozione dei provvedimenti di **trasferimento**.

Infatti, anche se tali detenuti non possono essere tecnicamente definiti come “nuovi giunti”, sono tuttavia sottoposti - per il solo fatto del trasferimento e indipendentemente dai motivi - ad uno stress che può essere anche significativo. Il detenuto trasferito si ritrova, in brevissimo tempo, a passare da un ambiente di vita a lui noto ad un altro sconosciuto, sia dal punto di vista delle strutture, che delle regole e delle persone con le quali interloquire, siano essi altri detenuti o personale penitenziario. Tale nuovo status può creare, a livello psicologico, un sentimento di disagio nei confronti del nuovo e, quindi, porsi come fattore di rischio. Pertanto le attività previste per i “nuovi giunti” devono essere estese anche ai detenuti trasferiti.

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

L'Amministrazione penitenziaria ha emanato apposite direttive concernenti interventi specifici per i dimittendi in modo da favorire il loro reingresso nella società ed ha previsto la creazione di apposite sezioni per i dimittendi. (Cfr. in particolare la Circolare del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria n. 290895 dell'8.07.2010 “*Ulteriori iniziative per fronteggiare il sovraffollamento e la stagione estiva e garantire adeguate condizioni di vita per la popolazione detenuta. Sezione per i detenuti prossimi alla dimissione*”; e, da ultimo la nota della Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento, prot. GDAP.18/03/2022.0109195.U avente ad oggetto “Trattamento del dimittendo”.

Le suddette sezioni, dovranno essere incrementate, laddove le strutture lo consentano, destinandovi i detenuti con fine pena nei successivi 3- 6 mesi, sviluppando al loro interno un programma intensificato di sostegno psicologico, propedeutico al reingresso nella società.

Infatti, se l'ingresso in carcere dalla libertà è un evento traumatico, non lo è meno la re-immissione in libertà specialmente per le persone che la riacquistano in seguito a lunghi periodi di carcerazione. La situazione psicologica del condannato ad un lungo periodo di pena rimesso in libertà potrebbe creare criticità che derivano dalla perdita delle abitudini ai ritmi della vita penitenziaria che, proprio per la sua invasività, protegge paradossalmente 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 Ufficio Locali di Esecuzione Penale Esterna - ULEPE - e dai servizi sociali e sanitari territoriali per attivare una rete di attenzione e supporto relazionale rispondente ai bisogni del soggetto, per accompagnarlo nel reinserimento nella società.

## **11. La gestione dei casi a rischio**

L'individuazione del rischio deve avvenire attraverso 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 a porre in essere il suo gesto. Sulla base di questa considerazione la scelta dell'alloggiamento costituisce uno degli elementi essenziali dell'azione preventiva. Fatte salve 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, affinché il detenuto non rimanga da solo. Inoltre, previo nulla osta dell'Autorità giudiziaria ove occorra, è opportuno valutare la possibilità di ricorso all'ausilio di detenuti, previamente formati, in funzione di peer – supporters.

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 nella 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 e comportano una valutazione calibrata alla gravità del caso, l'impostazione e la variazione dell'eventuale terapia farmacologica, oltre che i colloqui di sostegno.
- Interventi di supporto istituzionali: si intendono tutti quegli interventi 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.

## **12. La gestione dell'urgenza**

Il tentativo di porre in essere un suicidio necessita di Protocolli Operativi per la gestione dell'urgenza, che dovranno essere adottati a livello locale, con la consapevolezza che il tempo di reazione all'evento e la qualità dei primi soccorsi possono essere essenziali per salvare la persona.

In ogni sede penitenziaria, pertanto, il Piano Locale per la prevenzione del rischio suicidario dovrà contemplare un chiaro e definito Protocollo Operativo per la gestione dell'Urgenza.

A tal proposito, l'O.M.S. evidenzia sul tema una serie di condizioni che devono essere adeguatamente presidiate, in particolare:

- il personale regolarmente a contatto con i detenuti deve essere addestrato al "primo soccorso", alle tecniche di rianimazione cardio-polmonare ed altro, mediante attività formative regolari che

dovranno essere periodicamente predisposte dall'area sanitaria e nel rispetto della condivisione di programmazione, risorse ed attività;

- la struttura penitenziaria deve 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. A tal fine dovranno essere individuati il soggetto deputato ad effettuare la chiamata in caso d'urgenza e, nel caso in cui non si dovesse trattare di personale sanitario, gli elementi fondamentali della comunicazione;
- l'adeguatezza delle procedure previste dovrà essere periodicamente testata - anche attraverso esercitazioni - per la verifica di ogni situazione di emergenza, in termini di efficienza ed efficacia delle azioni previste;
- l'equipaggiamento per il salvataggio di emergenza, comprensivo di forbici adeguate al taglio di funi, dovrà essere non solo facilmente accessibile (prevedere uno zaino di primo soccorso presso ogni postazione/agente più vicina), 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 (per es. mettere a disposizione una strumentazione idonea, del tipo cordless). Ad essa deve essere associata una linea telefonica ed un sistema di videochiamata per la comunicazione con i servizi sanitari esterni, quanto più possibile attivabile in tempi brevi per trasmettere non solo la comunicazione dell'evento ma anche tutti gli elementi utili per una prima valutazione di gravità.

### **13. Monitoraggio, valutazione, debriefing**

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.

Il programma di valutazione e monitoraggio si articola nelle seguenti azioni:

- Monitoraggio dei Piani Locali di Prevenzione;

- Valutazione dei casi di suicidio in relazione ai piani locali di prevenzione adottati;
- Attività di debriefing in favore del personale coinvolto;
- Raccolta e diffusione delle buone prassi;

All'Osservatorio Permanente sulla Sanità Penitenziaria compete:

- il monitoraggio e la valutazione di congruità dei Piani Locali elaborati ed implementati con possibilità di richiederne aggiornamenti e modifiche;
- il monitoraggio e valutazione del funzionamento dei gruppi multidisciplinari locali, con particolare riguardo alle modalità e frequenza di convocazione delle riunioni di staff multidisciplinare nel corso dell'anno;
- la raccolta delle prassi preventive più efficaci che dovranno essere inviate al Tavolo permanente presso la Conferenza Unificata per la loro analisi, sistematizzazione e periodica diffusione.

Al livello locale, ad ogni Istituto Penitenziario compete:

- valutazione dei casi di suicidio (attività *post -facto*);
- attività di *debriefing* in favore del personale coinvolto.

***Valutazione dei casi di suicidio (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 suicidio la prima cosa da fare 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.

Per facilitare le azioni sopra descritte, ogni Istituto penitenziario comunicherà al PRAP un referente per lo scambio di informazioni e dati.

## ***Debriefing***

L'impatto emotivo che gli eventi suicidari (attuato e/o tentato) e gli atti autolesionistici hanno sul personale e sulla popolazione detenuta 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 la parte sanitaria e la parte penitenziaria. La necessità di affrontare questi nodi problematici impone la predisposizione di un modello di intervento in stretta sinergia tra le Amministrazioni interessate e che, attraverso tecniche di *debriefing*, preveda azioni di supporto al personale e alle persone coinvolte, siano essi detenuti o operatori.

Nel campo della metodologia dell'*experiential learning*, cioè dell'apprendimento attivo, o "*imparare facendo*", il *debriefing* è un processo semi-strutturato attraverso il quale un facilitatore, a conclusione di un determinato evento/attività (in questo caso eventi critici ad alto impatto emotivo) pone una serie di domande per aiutare i partecipanti a riflettere su quanto accaduto e su cosa si è appreso riguardo a comportamenti futuri.

Il *debriefing* viene molto usato dagli operatori che lavorano in situazioni di emergenza: l'obiettivo è quello di ridurre il disturbo post traumatico da *stress*, attraverso l'analisi di fatti, pensieri, emozioni ed eventuali sintomi, al fine di proporre una prima rielaborazione e comprensione dell'avvenimento, in modo coerente e condiviso con gli altri membri del gruppo.

Il *debriefing* può essere utilizzato nell'ambito penitenziario, in cui sono presenti frequenti eventi critici ed in particolare il più drammatico: il suicidio. Tali eventi, che non possono e non devono essere trascurati, creano un forte impatto emotivo sia sul personale che sugli altri detenuti e generano dei vissuti di impotenza, di perdita di fiducia e di ansia. Sarà, dunque, opportuno prevedere tempestivi interventi di supporto psicologico, *in primis* nei confronti del compagno/i di camera, persona/e spesso maggiormente esposte agli effetti post-traumatici dell'evento infausto. E' dunque opportuno prevedere un'attività di *debriefing* dopo ogni evento critico di particolare rilevanza.

Il percorso di *debriefing* si dovrà contraddistinguere per:

- volontarietà della partecipazione;
- diversità di questo intervento da qualunque altro tipo di approfondimento o valutazione dei fatti;
- ascolto finalizzato esclusivamente al sostegno dei partecipanti;
- informalità degli incontri (esclusione di attività formale di verbalizzazione o relazione finale);
- esame degli stati d'animo e non della dinamica dei fatti;

Gli interventi saranno garantiti, ove possibile, dagli psicologi del Servizio Sanitario intra-penitenziario e rivolti a tutto il personale coinvolto.

#### **14. Formazione.**

La formazione è un aspetto centrale quando si opera in ambiti complessi e incide direttamente su tutto il contesto penitenziario.

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.

Un articolato e sistemico programma di informazione e formazione diretto a tutti gli operatori, in particolare a quelli a più diretto contatto con la quotidianità detentiva (Polizia Penitenziaria), è fondamentale per accompagnare l'implementazione del Piano.

Al fine suddetto, le Amministrazioni coinvolte (Penitenziaria e Sanitaria) concorderanno la realizzazione di un incontro informativo di presentazione del Piano Regionale di Prevenzione del rischio suicidario nel sistema degli adulti. L'iniziativa sarà rivolta agli operatori penitenziari tradizionalmente deputati all'osservazione del detenuto, nonché a quei soggetti che a vario titolo hanno contatto diretto con i ristretti.

Le Aziende Sanitarie e l'Amministrazione Penitenziaria promuoveranno attività formative annuali volte ad acquisire le adeguate conoscenze per la realizzazione efficiente delle azioni comprese nel Piano, che saranno inserite nei programmi annuali di formazione del proprio personale (senza costi aggiuntivi).

I programmi formativi dovranno tenere conto, principalmente, delle seguenti aree tematiche:

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

- Benessere organizzativo e ricadute sugli operatori;
- Temi inerenti strategie di comunicazione e relazione.

Inoltre, la formazione del personale regolarmente a contatto con i detenuti dovrà riguardare anche le procedure di primo intervento e soccorso e le fondamentali tecniche di rianimazione cardio-polmonare.