



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Reg. delib. n. 545

Prot. n.

VERBALE DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA PROVINCIALE

OGGETTO:

Approvazione del Piano provinciale di prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti, in attuazione del Piano nazionale adottato in Conferenza Unificata, rep. Atti n. 81/CU di data 27 luglio 2017, ai sensi dell'art. 9 del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

Il giorno **19 Aprile 2019** ad ore **09:40** nella sala delle Sedute
in seguito a convocazione disposta con avviso agli assessori, si è riunita

LA GIUNTA PROVINCIALE

sotto la presidenza del

PRESIDENTE

MAURIZIO FUGATTI

Presenti:

VICEPRESIDENTE

MARIO TONINA

ASSESSORE

MIRKO BISESTI

ROBERTO FAILONI

MATTIA GOTTARDI

STEFANIA SEGNANA

ACHILLE SPINELLI

Assenti:

ASSESSORE

GIULIA ZANOTELLI

Assiste:

IL DIRIGENTE

ENRICO MENAPACE

Il Presidente, constatato il numero legale degli intervenuti, dichiara aperta la seduta

Il Relatore comunica:

con deliberazione n. 2422 di data 21 dicembre 2018 la Giunta provinciale ha recepito l'Accordo, adottato in Conferenza Unificata, rep. Atti n. 81/CU di data 27 luglio 2017, ai sensi dell'art. 9 del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni, le Province, Comuni e Comunità montane, sul documento recante "Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti";

Le disposizioni contenute nel Piano nazionale sopra richiamato prevedono, tra l'altro, che gli Osservatori permanenti sulla sanità penitenziaria hanno il compito di elaborare il Piano di prevenzione a livello regionale, definire le indicazioni utili alla redazione dei piani locali, garantire la formazione degli operatori locali e diffondere le buone prassi a livello centrale.

La Giunta provinciale, con la deliberazione n. 2422/2018, ha altresì incaricato l'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, costituito presso il Dipartimento Salute e politiche sociali, di provvedere all'attuazione degli adempimenti di cui sopra.

A livello locale, poi, sulla base delle linee di indirizzo a livello provinciale, sarà necessaria l'attività congiunta della Direzione della Casa Circondariale e dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, per consentire la predisposizione di un piano locale di prevenzione (PLP), che ha natura tecnico-operativa.

La Provincia seguirà e verificherà la redazione e l'aggiornamento del Piano operativo locale, promuovendone la periodica valutazione.

Per l'implementazione effettiva del Piano di prevenzione è necessaria una conoscenza approfondita del fenomeno e a tal fine è essenziale istituire un sistema di monitoraggio permanente a livello locale, provinciale e nazionale. La Provincia è chiamata a trasmettere specifici report annuali al Tavolo di consultazione permanente (livello centrale) e a sua volta procederà alle verifiche necessarie nei confronti del livello locale. La Provincia, inoltre, tramite l'Osservatorio ha il compito di raccogliere le buone prassi ritenute più efficaci e trasmetterle al Tavolo di consultazione permanente .

L'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, riunitosi in data 25 gennaio 2019, ha incaricato il Gruppo di lavoro interistituzionale, formato dai Referenti provinciali nelle persone del Dirigente Medico dell'Osservatorio per la salute della Provincia Autonoma di Trento, dr. Pirous Fateh Moghadam, del Direttore Sanitario dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, dr. Claudio Dario, del Direttore dell'Ufficio Detenuti e Trattamento del Provveditorato Regionale per l'Amministrazione Penitenziaria di Padova, dott. Armando Reho, nonché del Direttore *pro tempore* della Casa Circondariale di Trento, di predisporre il Piano provinciale per la prevenzione delle condotte suicidarie in carcere.

Nella medesima seduta l'Osservatorio ha inoltre individuato i nominativi dei Referenti locali che faranno parte del Gruppo di lavoro per la predisposizione del Piano locale di prevenzione (PLP), ovvero il Dirigente Medico dell'Osservatorio per la salute della Provincia Autonoma di Trento, dr. Pirous Fateh Moghadam, il Direttore per l'integrazione socio sanitaria dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, dr. Enrico Nava, nonché il Direttore *pro tempore* della Casa Circondariale di Trento, che si avvarranno della collaborazione degli altri attori coinvolti nelle attività del carcere: Garante dei diritti dei detenuti, Responsabile della Medicina penitenziaria, Psichiatra della C.C., Referente della Salute Mentale del Dipartimento Salute, Comandante degli

Agenti di polizia penitenziaria, Responsabile dell'area educativa della C.C., Referente del Servizio politiche sociali per i progetti educativi.

I Referenti individuati dall'Osservatorio, oltre all'elaborazione dei piani, avranno la responsabilità dell'azione di monitoraggio permanente, come poc'anzi evidenziato.

Il Gruppo interistituzionale provinciale ha concluso il compito affidato ed ha consegnato in data 8 aprile 2019 la versione definitiva dello schema di Piano per la prevenzione. Il documento contiene, come previsto dalle disposizioni nazionali, le linee di indirizzo per la redazione del Piano locale (PLP) per la Casa Circondariale di Trento. Nella stesura si è tenuto conto, oltre che dei principi, strategie e obiettivi definiti dal Piano nazionale, delle "Linee guida per gli istituti penitenziari del Triveneto in materia di prevenzione del rischio suicidario e auto lesivo in carcere", inviate dal Provveditorato Regionale per il Veneto, Friuli Venezia Giulia e Trentino Alto Adige con nota di data 12 giugno 2018, prot. n. 21901.

Tutto ciò premesso, il Relatore propone di confermare le nomine disposte dall'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria nella riunione del 25 gennaio 2019 e di approvare il Piano provinciale per la prevenzione delle condotte suicidarie in carcere, nel testo definito dal Gruppo di lavoro interistituzionale all'uopo costituito.

LA GIUNTA PROVINCIALE

- udita la Relazione,
- richiamata la deliberazione della Giunta provinciale n. 2422 di data 21 dicembre 2018;
- visto il verbale della seduta dell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria di data 25 gennaio 2019;
- visti gli atti citati in premessa;
- esaminato lo schema di Piano provinciale di prevenzione delle condotte suicidarie in carcere e ritenuto lo stesso meritevole di approvazione;
- a voti unanimi, espressi nelle forme di legge,

d e l i b e r a

1. di confermare i nominativi dei Referenti provinciali e locali, nonché componenti dei Gruppi di lavoro interistituzionali, come specificati nelle premesse, ai quali l'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, nella seduta del 25 gennaio 2019, ha affidato l'incarico di predisporre i Piani - a livello provinciale e locale - per la prevenzione delle condotte suicidarie in carcere;
2. di approvare il Piano provinciale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti, che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, nel testo predisposto dal Gruppo di lavoro interistituzionale di cui al punto 1;
3. di comunicare il presente provvedimento all'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, all'Azienda provinciale per i Servizi Sanitari, al Provveditorato regionale per l'Amministrazione Penitenziaria di Padova ed alla Direzione della Casa Circondariale di Trento per gli adempimenti di competenza;
4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio provinciale.

Adunanza chiusa ad ore 11:50

Verbale letto, approvato e sottoscritto.

Elenco degli allegati parte integrante

001 Linee di indirizzo

IL PRESIDENTE

Maurizio Fugatti

IL DIRIGENTE

Enrico Menapace

Linee di indirizzo provinciali per lo sviluppo di un Piano Locale di prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti

Premessa

Il presente documento rappresenta l'implementazione a livello provinciale dei principi, delle strategie e degli obiettivi definiti dal “Piano nazionale di prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti” (in seguito Piano Nazionale), approvato dalla Commissione salute il 26.7.2017 e adottato il 27.7.2017 dalla Conferenza Unificata della Presidenza del Consiglio dei Ministri, e recepito a livello provinciale con delibera 2422 del 21.12.2018.

Nella stesura del documento si è inoltre tenuto conto delle “*Linee guida per gli istituti penitenziari del Triveneto in materia di prevenzione del rischio suicidario e autolesivo in carcere*” (sul piano scientifico rappresentano delle “raccomandazioni”) del Provveditorato Regionale per il Veneto - Friuli Venezia Giulia – Trentino Alto Adige, di Linee di indirizzo redatte da altre regioni italiane (Veneto, Toscana), della letteratura scientifica biomedica sull’argomento e delle discussioni e approfondimenti a livello provinciale successivi alla diffusione dei risultati dello studio sulla salute dei detenuti della Casa Circondariale di Trento condotto dall’Osservatorio per la salute PAT.

Come specificato al paragrafo 3.1 del Piano Nazionale, il Piano Provinciale serve da riferimento e indirizzo per lo sviluppo successivo di un Piano Locale da parte della struttura penitenziaria di competenza provinciale, vale a dire della Casa Circondariale di Trento. Il Piano Locale rappresenta quindi la declinazione operativa del Piano provinciale e deve essere in linea con le indicazioni dell’Organizzazione mondiale della sanità (OMS).

1. Inquadramento generale

1.1 Il contesto locale: La Casa circondariale di Spini di Gardolo (Trento)

Il carcere di Trento, sito in località Spini di Gardolo è stato inaugurato il 31 gennaio 2011 e sorge su un’area demaniale di 110.000 metri quadrati, di cui 18.000 coperti, per un totale pari a 130.000 metri cubi suddivisi tra sezioni detentive, infermeria, spazi per la formazione scolastica e professionale, aree dedicate allo sport oltre a quelle previste per la socializzazione e gli incontri con parenti e avvocati. La struttura della C.C. di Spini presenta ampi spazi e un sistema di monitoraggio e di apertura e chiusura dei blindi di tipo elettronico. Oltre agli uffici adibiti a funzioni amministrative, la struttura è composta da tre edifici: uno più piccolo per i semiliberi, uno per le sezioni maschili e uno in cui è stata ubicata la sezione femminile. Quest’ultimo è suddiviso in due piani ma, dato il contenuto numero di detenute, solo il primo piano è occupato. La struttura in cui sono allocate le sezioni maschili è articolata su tre piani. A parte il terzo, che ha solamente due sezioni (F, G), tutti gli altri sono composti da tre sezioni (F, G, H). Al piano terra si trovano gli spazi per le attività trattamentali, la matricola, gli altri uffici della polizia penitenziaria, l’infermeria e il teatro. Ogni piano ha un piccolo ambulatorio e ogni sezione ha una piccola sala per la socialità, una lavanderia e uno spazio per le telefonate (con scheda prepagata). Le cucine sono due: una per la sezione maschile e una per la sezione femminile. La sezione femminile ospita anche un piccolo nido. Le permanenze di madri con prole sono però sempre state molto brevi, preferendosi un trasferimento nel più vicino ICAM (Istituto a custodia attenuata per detenute madri) o avendo le stesse beneficiato dell’accesso a una misura alternativa. I piani presentano una rotonda centrale che consente di avere una visuale completa delle sezioni. Al suo interno sono presenti un monitor per sezione e un ulteriore monitor da cui è possibile controllare l’apertura e la chiusura di tutte le porte del piano. È inoltre presente un interfono per poter comunicare con le stanze detentive.

La struttura è inoltre dotata di una cappella, di un locale destinato a moschea, di due biblioteche (una per la sezione maschile e una per quella femminile), di due palestre al maschile (di cui la più piccola fornita di macchine per l'attività di body bulding mentre la seconda è impiegata per il calcio, di un campo da calcio a 5 all'aperto e di uno spazio verde intramurario dedicato all'attività orto florovivaistica.

Inizialmente la Casa Circondariale era concepita per circa 240 detenuti, tuttavia a partire dal 2015, a causa del sovraffollamento in ambito nazionale, il numero di detenuti risulta essere stabilmente attorno o superiore alle 300 persone.

Numero di detenuti presso la Casa circondariale di Trento, anno 2011-2018

(il dato del 2018 risulta al netto di alcune decine di detenuti trasferiti dopo una rivolta avvenuta nel mese di dicembre)

Dati forniti dall'Ufficio matricole della Casa circondariale di Trento

1.2 Organizzazione delle attività sanitarie

L'attività sanitaria in Casa Circondariale si pone l'obiettivo di una completa presa in carico dei bisogni di salute della persona detenuta dal momento del suo ingresso in carcere, fino alla sua scarcerazione, così da garantire una continuità diagnostico-terapeutica al pari dell'individuo libero.

La risposta ai bisogni di salute dei detenuti è assicurata dai servizi sanitari penitenziari integrati con la rete dei servizi territoriali e ospedalieri della APSS, e si compone di prestazioni di medicina generale, assistenza infermieristica, assistenza specialistica, assistenza alle persone con dipendenze patologiche e con problemi di salute mentale.

I Medici attualmente sono presenti in struttura dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 20 e reperibili su chiamata nei giorni di sabato e festivi in numero di una unità. Il medico di continuità assistenziale territoriale garantisce l'assistenza medica notturna. Il personale infermieristico è presente dalle 7 alle 21.00.

Gli orari di presenza del personale sanitario sono in fase di riorganizzazione.

Rispetto al rischio di suicidio, l'assistenza sanitaria si concentra sulle **tre fasi principali** di presenza della persona ristretta presso la struttura

a. *Ingresso e fase di accoglienza*

Il momento di presa in carico dell'utente nuovo giunto è una fase molto delicata soprattutto per i provenienti dalla libertà ed alla prima esperienza detentiva, in quanto inserita in un susseguirsi di colloqui ed incontri ad alto impatto emotivo. L'articolo 11 dell'Ordinamento Penitenziario stabilisce che: "all'atto dell'ingresso nell'istituto i soggetti sono sottoposti a visita medica generale allo scopo di accertare eventuali malattie fisiche o psichiche".

Presso la Casa circondariale di Trento tale visita viene effettuata il prima possibile compatibilmente con la presenza del personale sanitario dal lunedì al venerdì (attualmente presente in orario 7-21) al fine di valutare la sussistenza di eventuali quadri patologici meritevoli di approfondimento diagnostico ed adeguato trattamento.

Il Medico e l'infermiere procedono dunque ad una prima valutazione clinica del rischio di autolesionismo prendendo in considerazione alcuni elementi sia relativi allo stato di detenzione (in collaborazione con ufficio matricola) che anamnestici sanitari, se disponibili, con particolare riferimento a:

- età anagrafica del detenuto,
- prima carcerazione,
- tipologia di reato,
- dinamiche intercorse al momento dell'arresto,
- pregressi ricoveri in strutture psichiatriche,
- refertazioni di pronto soccorso immediatamente antecedenti l'ingresso in istituto.

Se nel corso della prima valutazione il medico rileva particolari dati anamnestici, segni o sintomi meritevoli di attenzione urgente da parte dello specialista psichiatra ne attiva la consulenza il prima possibile compatibilmente con la presenza in struttura dello specialista.

La prima valutazione termina con la compilazione di una scheda di segnalazione alla sorveglianza generale ed agli operatori del trattamento (funzionari giuridico-pedagogici) finalizzata all'individuazione della miglior ubicazione del detenuto.

La seconda valutazione compete allo psicologo che valuta tutti i nuovi giunti entro le 24-48 ore dall'ingresso ed opera un ulteriore approfondimento finalizzato all'individuazione dei soggetti a rischio programmando, in collaborazione con gli altri operatori del trattamento, un adeguato piano di monitoraggio e sostegno. A tal scopo è in fase di implementazione un sistema di rilevazione del rischio suicidario su supporto informatizzato attraverso la somministrazione di scale di valutazione validate.

b. Permanenza in casa circondariale

La permanenza in Casa Circondariale ha durata variabile da pochi giorni a mesi fino a molti anni, di regola non superiori a cinque. Questo dato non è mai disponibile in fase di accoglienza.

Compito del medico in collaborazione con il personale infermieristico è perciò quello di accompagnare nel percorso di salute il paziente fornendo tutte le informazioni e rassicurazioni necessarie, oltre all'attività di diagnosi, cura e riabilitazione.

Una parte di attività sanitaria prevista durante la vita detentiva prevede la presa in carico di tutti i problemi legati alle dipendenze ed al monitoraggio del disagio psichico in collaborazione con lo psicologo tramite colloqui e visite, ma anche riunioni di equipe finalizzate alla progettazione e condivisione del percorso di cura con tutti gli operatori coinvolti (medico SerD, operatore alcologia, psicologo, assistente sociale.)

Particolare attenzione viene rivolta essere rivolta ad alcuni "eventi critici" che rappresentano situazioni di rischio nel corso della vita detentiva, quali:

- Definizione (passaggio in giudicato) della condanna;
- Mutazione della posizione giuridica;
- Mutazione della situazione del nucleo familiare esterno;
- Gestii auto ed etero lesivi;

- Atteggiamenti di protesta;
- Sciopero della fame.

Per il detenuto identificato a rischio autolesivo/suicidario, in fase di prima visita o durante la vita detentiva, è prevista una riunione settimanale definita "gruppo interdisciplinare per le situazioni di accoglienza e/o meritevoli di sostegno psicologico" finalizzata a condividere con tutti gli operatori che a vario titolo vengono in contatto con il detenuto gli interventi necessari ed il percorso di monitoraggio nel tempo della situazione critica fino alla sua conclusione.

Il personale sanitario visita le persone detenute presso il reparto d'isolamento per motivi disciplinari e quelli che si dichiarano in sciopero della fame in quanto l'isolamento e le forme di protesta sono un riconosciute fattore di rischio autolesionistico.

Lo psichiatra viene coinvolto nelle situazioni identificate a rischio dallo psicologo o dal medico e ne richiedono la consulenza sia in fase acuta che di follow-up.

c. Uscita per fine pena o trasferimento presso altro istituto

L'uscita dall'istituto non è totalmente prevedibile dall'area sanitaria poiché, in alcuni casi è definita la fine pena, ma a volte può avvenire velocemente una "traduzione" in altro istituto o la scarcerazione immediata.

In tutti i casi viene redatta una relazione sullo stato di salute accompagnata dalla copia degli accertamenti cui la persona è stata sottoposta durante il periodo detentivo. Visite di controllo necessarie al rientro in libertà vengono prescritte e prenotate per facilitare la continuità dell'assistenza.

Viene inoltre segnalato al servizio territoriale competente l'uscita sul territorio di detenuti affetti da disturbo psichiatrico per una precoce presa in carico.

1.3 Attività socio-educative e di lavoro

Come evidenzia il Rapporto del garante dei diritti dei detenuti, il bilancio finale 2017 delle attività lavorative, ricomprensivo anche gli occupati presso le cooperative, è di 358 detenuti e 29 detenute coinvolti in attività lavorativa. Nella quasi totalità le persone detenute sono state coinvolte in 2-3 turni bimestrali ripetuti dopo altrettanto periodo di attesa. Il dato del 2017 rappresenta un miglioramento rispetto agli anni precedenti. Altre attività sono gestite da 5 cooperative sociali accreditate che gestiscono 4 diverse attività produttive: un laboratorio di assemblaggio, uno di digitalizzazione, una lavanderia, una coltivazione di ortofrutta.

Le attività di istruzione sono svolte grazie alla collaborazione con il Liceo Rosmini di Trento. I corsi che si svolgono in istituto sono: l'alfabetizzazione; la scuola media; la scuola superiore. Negli ultimi anni l'istituto offre percorsi formativi "brevi" di acconciatura maschile e di acconciatura ed estetica femminile, finanziati dal Servizio Istruzione della PAT, per il tramite dell'Istituto di cura della persona e del legno "Pertini". La novità 2016-17 è stata l'attivazione di un percorso formativo base e avanzato anche per i detenuti protetti.

Nell'a.s. 2017-18 è stato attivato il corso biennale alberghiero, frequentato da 12 detenuti in collaborazione tra il Liceo Rosmini di Trento e l'Istituto di formazione professionale alberghiero trentino di Rovereto. Fin dal 2015 sono stati attivati moduli di pasticceria sia al maschile che al femminile. L'istituto propone anche i laboratori a tema (per lo più tardo-pomeridiani) che integrano l'offerta occupazionale e formativa delle fasce centrali della giornata. Si ricordano, solo a titolo esemplificativo, un laboratorio di scacchi per la sezione maschile; un laboratorio permanente di auto mutuo aiuto; la redazione permanente del locale giornale intramurario a cui partecipano sia detenuti di media sicurezza comuni che protetti; un laboratorio per i problemi alcolcorrelati; due laboratori artistici, uno per la sezione protetti e uno per i detenuti comuni media sicurezza; un modulo sui valori della Costituzione, a cura di docenti e studenti universitari volontari. Esistono, inoltre, due

biblioteche a disposizione dei detenuti. Sono aperte e funzionanti sia quella maschile (oltre 5.000 pubblicazioni disponibili) che quella femminile (oltre 3.000 pubblicazioni disponibili), le cui dotazioni erano state notevolmente integrate (quella maschile) o create ex novo (quella femminile) grazie alle donazioni delle sale lettura provinciali. Rispettivamente un detenuto e una detenuta gestiscono quotidianamente il servizio prestiti e restituzione libri.

2. Stato di salute percepita e comportamenti legati alla salute dei detenuti

Nel maggio 2016 un questionario standardizzato sulla salute in carcere è stato somministrato a un campione rappresentativo dei detenuti della Casa Circondariale. Hanno risposto 239 detenuti maschi (il 96% del campione selezionato). Il 66% degli intervistati era di cittadinanza straniera, ma solo sei degli stranieri non sono riusciti a rispondere alle domande per problemi linguistici e sono stati quindi esclusi dal campione.

Il 54% dei detenuti dichiara di sentirsi molto bene o bene, il 24% discretamente e il 22% male o molto male. La media di giorni di vita vissuta in cattiva salute (fisica e/o mentale) è di 15,5 giorni al mese.

Aspetti rilevanti dal punto di vista della salute sono l'elevata percentuale di: detenuti che fumano (il 72% dei detenuti è un fumatore e di questi il 47% è desideroso di smettere); non fumatori esposti al fumo passivo nella propria stanza detentiva (44%); detenuti che sono sedentari (40%); che non mangiano abbastanza frutta e verdura (solo il 13% mangia le 5 porzioni giornaliere raccomandate); detenuti che avevano problemi collegati al consumo di alcol prima del loro ingresso in carcere (consumo a maggiore rischio: 65%).

Per quanto riguarda l'aspetto della salute mentale, il 32% dei detenuti non presenta sintomi di depressione, il 26% presenta sintomi lievi, il 17% moderati, il 17% moderatamente gravi e l'8% gravi, per un complessivo 42% (36%-49%) di detenuti con sintomi di depressione. Il 7% dei detenuti (n=16) pensa che sia meglio morire o farsi del male (ideazione suicidaria). Particolaramente a rischio di avere sintomi di depressione sono i detenuti più giovani (53% tra 18-24 anni; 47% tra 25-34 anni; 48% tra 35-49 anni; 12% dai 50 anni e più), gli stranieri (49% vs 28% italiani), chi riporta difficoltà economiche (67% vs 35% nessuna difficoltà) e chi ha difficoltà di mantenere i rapporti familiari e amicali con il mondo esterno (51% vs 22% molto/abbastanza facile mantenere i rapporti). Il 46% (37%-56%) dei detenuti che presenta sintomi depressivi non parla con nessuno delle proprie difficoltà.

3. Il suicidio – generalità

Ogni anno quasi 800.000 persone nel mondo si tolgono la vita. Un terzo dei decessi per suicidio è concentrato nelle fasce di età più giovani, facendo diventare il suicidio la seconda causa di morte tra i giovani di 15-29 anni e in particolare tra le ragazze di 15-19 anni. Nel 2016 il tasso globale di suicidio è stato di circa 11 ogni 100 mila persone, con valori pari 13,7 fra gli uomini e 7,5 fra le

¹ donne. La prevenzione del suicidio è importante non solo per le persone e le loro famiglie, ma anche per il benessere della società, per il sistema sanitario e per l'economia in generale. Si stima che per ogni persona che muore per suicidio ce ne sono 20 che compiono un tentativo di suicidio; infatti, l'aver tentato il suicidio rappresenta uno dei fattori di rischio più importante per il suicidio stesso.

La riduzione dei tassi di suicidio fa parte degli Obiettivi per lo sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite e dell'Italia, e più precisamente dell'obiettivo di sviluppo sostenibile 3.4, che prevede il tasso di suicidio come uno degli indicatori da misurare nell'ambito della riduzione, di un terzo entro il 2030, della mortalità prematura da malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e il trattamento e promuovere la salute mentale e il benessere.

¹

WHO (2018), *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*.

In Italia si sono registrati 3.935 decessi per suicidio nel corso del 2015, ovvero 6,5 per 100 mila abitanti, mentre in provincia di Trento i suicidi relativi al quinquennio 2011-2015 sono stati circa 46 all'anno, con un numero di decessi maschili superiore di quattro volte rispetto a quelli femminili².

Lo studio del comportamento suicidario si è intensificato nel corso degli anni e numerose ricerche sono ormai concordi nel considerare il suicidio un fenomeno derivante dall'interconnessione di fattori biologici, psicologici, sociali, ambientali e culturali.

L'epidemiologia ha contribuito a identificare i fattori di rischio e i fattori protettivi che interessano la popolazione generale e i gruppi più vulnerabili, quali popolazioni indigene, giovani donne in gravidanza, immigrati, personale dell'esercito, persone LGBTI (lesbiche, gay, bisessuali, transessuali e intsessuali) e popolazione carceraria. Le differenze culturali nel rischio di suicidio sono diventate più evidenti, tanto che cultura e religione sono riconosciuti sia come fattori di rischio³ che come fattori protettivi del comportamento suicidario .

4. Il suicidio e l'autolesionismo in carcere

Il suicidio è la causa più comune di morte nelle carceri, con una percentuale tra 15 e 18 volte più frequente nella popolazione detenuta rispetto a quella generale⁴. Nel corso del 2017 i casi di suicidio registrati all'interno delle prigioni italiane sono stati 48, a fronte dei 39 segnalati nell'anno precedente. Tra il 2013 e il 2017 si sono registrati 35 decessi per suicidio anche fra il personale penitenziario.

Fattori di rischio significativi comprendono precedenti tentativi di suicidio e/o pregressa ideazione suicidaria, patologie psichiatriche, abuso di sostanze, alti livelli di aggressività e impulsività, relazioni personali instabili e lo stress acuto connesso al percorso giuridico e all'incarcerazione. Nonostante la maggior parte di questi fattori sia presente anche nella popolazione generale, la loro⁵ frequenza in ambito carcerario è allarmante , soprattutto durante il primo mese di detenzione considerato il periodo più critico.

Numerosi studi si sono interessati alle patologie psichiatriche pregresse in quanto fattori determinanti del comportamento suicidario. I risultati delle ricerche condotte sulle autopsie psicologiche suggeriscono che più del 90% delle persone decedute per suicidio presentavano una patologia psichiatrica prima della morte. Dall'altro lato la maggior parte delle persone con un disturbo psichiatrico non ha mai tentato il suicidio e nemmeno avuto pensieri suicidari. Per esempio, meno del 5% delle persone ricoverate per un disturbo psichiatrico commette suicidio e la maggioranza di persone con un disturbo psichiatrico non concepisce nemmeno l'idea del suicidio. Vale a dire che nonostante i disturbi psichiatrici costituiscano un fattore di rischio, essi hanno un potere predittivo del comportamento suicidario molto limitato, e veramente non aiutano molto a chiarire i motivi per cui le persone commettono il suicidio⁶.

Infatti, come confermano anche le *Linee guida per gli istituti penitenziari del Triveneto in materia di prevenzione del rischio suicidario e autolesivo in carcere*, la detenzione è di per sé un fattore di rischio, quindi riducendone la sofferenza connessa, si riduce il rischio di eventi autolesivi o

²

Provincia autonoma di Trento (2018), *Profilo di salute della provincia di Trento. Aggiornamento 2017*

³

WHO (2014), *Preventing suicide: a global imperative*.

⁴

Paradiso, V. (2011), "Il suicidio in carcere: cause del fenomeno e strumenti di prevenzione." Quaderni ISSP, n°8

⁵

Forrester, A., Slade, K. (2014), "Preventing self-harm and suicide in prisoners: job half done." *The Lancet*, 383(9923) :1109-1111

⁶

O'Connor, R. C., Nock, M. N. (2014), "The psychology of suicidal behaviour." *The Lancet Psychiatry*, 1(1):73-85

autosoppressivi. L'approccio al problema della prevenzione suicidaria deve di conseguenza essere olistico e orientato alla promozione del benessere e della salute dei lavoratori e dei detenuti. Le ⁷ linee guida sottolineano che il sovraffollamento, il regime di isolamento e le fasi di cambiamento della posizione giuridica del detenuto costituiscono dei significativi fattori di rischio in ambito carcerario ⁸. L'autolesionismo e il tentato suicidio sono conseguenze di una condizione di sofferenza e disagio non sempre riconducibile ad aspetti psicopatologici. Il suicidio di un detenuto rappresenta inoltre a sua volta un forte agente stressogeno sia per gli altri detenuti che per il personale di custodia ⁹. Il pensiero suicidario in un contesto detentivo nasce infatti da sentimenti di colpa, vergogna, rabbia, solitudine e disperazione che portano la persona a vedere nel suicidio l'unica soluzione possibile.

Suicidi nella popolazione ristretta alla casa circondariale 2011-2018

Anno	Numero di suicidi
2011	0
2012	0
2013	1
2014	2
2015	0
2016	1
2017	1
2018	2

Dati forniti dall'Ufficio matricole della Casa circondariale di Trento

5. Ambiti di intervento del Piano locale

Per la prevenzione delle condotte suicidarie risulta prioritario la realizzazione di un Piano locale della Casa circondariale, che si basi sull'evidenza, sottolineata dal Piano nazionale, che “*i comportamenti e le scelte autolesive e suicidarie sono prevalentemente da inquadrare come eventi derivanti dalle comuni condizioni di vita e non necessariamente da condizioni di patologia, rispetto ai quali le Amministrazioni Sanitarie concorrono in tutte le fasi degli interventi al fine della globale tutela della salute e non solo della cura.*” Una affermazione in linea con il principio dell’OMS secondo il quale “*tutte le persone sottoposte a misure detentive sono da considerarsi a rischio [suicidario] per questo solo fatto*” e con le Linee guida per gli istituti penitenziari del Triveneto,

⁷

Ministero della Giustizia (2018), *Linee Guida per gli istituti penitenziari del Triveneto in materia di “Prevenzione del rischio suicidario e autolesivo in carcere.”*

⁸

Jenkins, R. et al. (2005), “Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons.” *Psychological Medicine*, 35:257-269

⁹

WHO (2007), *La prevenzione del suicidio nelle carceri.*

che affermano che “la detenzione è di per se un fattore di rischio; riducendone la sofferenza connessa si riduce il rischio di eventi autolesivi o autosoppressivi.

Nel Piano locale sono quindi da includere tutti gli interventi realizzati da parte enti, istituzioni e associazioni, che hanno la finalità generale di migliorare la salute, il benessere e il clima generale e di contrastare le pratiche deresponsabilizzanti e infantilizzanti che possono indurre a una sensazione di impotenza e umiliazione nelle persone detenute e rappresentare un fattore di rischio non solo per comportamenti autolesivi ma anche per la radicalizzazione islamista.

Al fine della prevenzione e della gestione del rischio suicidario nel Piano locale sono da prevedere inoltre tutte le azioni e gli interventi più specifici indicati nel Piano nazionale da inserire in un Piano operativo locale:

- Rilevazione del rischio
- Presidio delle situazioni stressanti
- Lavoro integrato e multidisciplinare
 - Gestione casi a rischio
 - Interventi urgenti
 - Allocazione e sostegno
 - Gestione dei casi
 - Formazione degli operatori e monitoraggio
 - Monitoraggio

A queste interventi va aggiunto *la promozione della salute e del benessere psico-sociale*, in linea con il principio sottolineato dalle Linee guida per gli istituti penitenziari del Triveneto secondo il quale “l’approccio al problema della prevenzione suicidaria deve essere olistico e quindi orientato alla promozione del benessere e della salute”.

6. Aree operative e compiti

Le *aree operative* sono tre:

- L’area clinico-sanitaria (medici, infermieri, psicologi, TERP)
- L’area tecnica (funzionario giuridico pedagogico)
- L’area atecnica (personale di polizia penitenziaria, volontari, detenuti)

A queste tre aree occorre aggiungere una quarta, quella della decisione composta dal Direttore dell’istituto, eventualmente anche dal Comandante del reparto o, dagli Addetti alla sorveglianza generale, che agisce tramite una valutazione congiunta anche con gli stessi referenti sanitari in un’ottica di proficua collaborazione e condivisione degli interventi da attuare.

Ad ognuna di queste aree, che nel loro insieme comprendono quindi l’opera di tutte le componenti professionali, volontarie e detenute, è assegnato uno o più dei seguenti compiti:

- Attenzione (area clinico-sanitaria, area tecnica, area atecnica)
- Sostegno (area clinico-sanitaria, area tecnica)
- Decisione (area della decisione)

7. Metodo di elaborazione del Piano Locale

L'elaborazione del Piano Locale deve prevedere il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema penitenziario e sanitario, compresa la componente detenuta, al fine di attivare una rete di attenzione la più possibile estesa e capillare, che consenta di rilevare eventuali segnali di disagio e sofferenza emotiva, in correlazione con un rischio suicidario. Nel Piano Locale vanno previste le modalità con le quali i singolo attori possono segnalare eventuali situazioni di sofferenza a quelle componenti specialistiche che possono adeguatamente predisporre gli interventi più opportuni. E' quindi fondamentale promuovere il modello di lavoro interdisciplinare tra le diverse aree di intervento. Applicato alla situazione della Casa circondariale di Trento questo significa prevedere il coinvolgimento, in un *unico gruppo di lavoro* e *fin dall'inizio* dell'attività di elaborazione del Piano Locale, sia delle strutture istituzionali (Direzione del carcere, area trattamentale, appartenenti al Corpo di Polizia Penitenziaria, operatori sanitari e del Dipartimento salute PAT), sia quello degli operatori e volontari delle cooperative sociali accreditate e che gestiscono le diverse attività produttive (allo stato attuale: le cooperative Venature, Kinè, Kaleidoscopio, Chindet, La Sfera), degli insegnanti del Liceo Rosmini che gestisce le attività di istruzione e di formazione professionale, di un rappresentante del Dipartimento della conoscenza PAT, degli operatori APAS che effettuano colloqui con i detenuti finalizzati a progetti di reinserimento sociale, degli avvocati e dei ministri di culto delle diverse religioni e di eventuali altri soggetti presenti in carcere.

Inoltre, per definire meglio, integrare ulteriormente le problematiche e infine realizzare le azioni del Piano Locale va anche previsto il coinvolgimento diretto dei detenuti, per esempio attraverso l'istituzione di un gruppo di lavoro specifico composto da un numero prestabilito di detenuti da coinvolgere in maniera pro-attiva. Questo gruppo di lavoro avrebbe in primo luogo il compito di contribuire alla definizione delle azioni, sia quelle di promozione della salute e del benessere sia di quelle, più specifiche, dell'area dell'attenzione. Il coinvolgimento dei detenuti nel processo di co-progettazione delle azioni di promozione della salute e di prevenzione delle condotte suicidarie può essere ritenuto di per sé una azione di prevenzione in quanto in grado di contrastare la mancanza di controllo e la sensazione di impotenza inherente al regime carcerario. L'importanza di tale fattore nel determinare la salute fisica e mentale dei detenuti e la necessità di affrontarlo all'interno delle carceri è noto da tempo e viene anche sottolineata dalla letteratura scientifica sull'argomento¹⁰ ().

8. Ambito di intervento: Promozione della salute e del benessere psico-sociale

L'indagine sulla salute in carcere citata al punto 1.4 ha confermato l'esistenza, anche tra i detenuti della casa circondariale di Trento, di uno stretto legame tra avere sintomi di depressione e avere difficoltà di mantenere le relazioni con i familiari o amici. Al fine di migliorare la salute mentale dei detenuti occorre quindi facilitare il mantenimento delle relazioni familiari ed amicali. Per raggiungere questo obiettivo si raccomanda di:

- Avviare un processo che porti, nel rispetto della normativa, alla progressiva rimozione di alcuni ostacoli di natura procedurale, quali, per esempio, la necessità di riavviare le pratiche per le autorizzazioni per le visite dopo un trasferimento oppure non conferire lo status di familiare a fidanzate/i non conviventi.
- Introdurre la possibilità di effettuare videochiamate (utilizzando la piattaforma Skype for business), che permette il miglioramento del mantenimento di legami familiari anche a distanza,

¹⁰

Rahul Vanjani, On Incarceration and Health — Reframing the Discussion, New England Journal of Medicine, 376;25, June 22, 2017

come previsto dalla Circolare¹¹ del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (Dap) del Ministero della Giustizia m_dgGDAP, 30/01/2019.0031246.U.

Per incrementare i contatti con il mondo esterno è inoltre ipotizzabile l'apertura al pubblico di spettacoli teatrali o altri attività realizzati dai detenuti nel rispetto della normativa vigente e secondo le modalità di partecipazione della comunità esterna alla vita penitenziaria.

Relativamente agli altri comportamenti collegati allo stato di salute occorre sostenere maggiormente i fumatori desiderosi di liberarsi dalla dipendenza da tabacco attraverso l'offerta di corsi che l'Azienda sanitaria già offre alla popolazione generale. Lo stesso vale per i detenuti che si pongono l'obiettivo di bere meno o di smettere del tutto, anche una volta scarcerati: per sostenere e offrire dei punti di riferimento a queste persone sarebbe opportuno creare dei contatti già in carcere con il servizio di alcologia e con i club degli alcolisti in trattamento sul territorio trentino o di residenza del detenuto. L'attività fisica potrebbe essere maggiormente promossa attraverso l'uso più efficiente delle palestre e organizzando regolarmente partite di calcio, di altri sport, utilizzando anche gli spazi all'aperto della casa circondariale, attività che avrebbero anche ripercussioni positive sulla salute mentale. La sana alimentazione potrebbe essere promossa attraverso corsi di cucina per i detenuti che si preparano regolarmente dei pasti nelle loro celle e attraverso la promozione maggiore di piatti e menu salutari da parte della mensa. Altri ambiti prioritari di azione comprendono l'educazione sanitaria per l'autogestione delle malattie croniche (soprattutto diabete e ipertensione) e la riduzione del rischio infettivo (barbiere, tatuaggi, rapporti sessuali non protetti).

9. Ambito di intervento: Rilevazione del rischio

La valutazione del rischio all'ingresso è da predisporre sia all'arrivo presso l'Istituto, che ogni qualvolta cambino le condizioni della detenzione. Per essere efficace, inoltre, deve avvalersi di valutazioni regolari nel tempo, per l'intera durata della detenzione da parte degli operatori dell'Amministrazione penitenziaria in collaborazione con gli operatori dell'APSS.

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

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 che debbono essere strutturati all'interno di uno specifico strumento conoscitivo del detenuto, valutando l'integrazione e l'implementazione di strumenti eventualmente già adottati presso la Casa circondariale.

Nella fattispecie, gli aspetti sui quali si ritiene necessario porre una costante attenzione attraverso imprescindibili incontri periodici e pianificati, 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 alla prima esperienza di detenzione o no, se ha precedenti specificare per quale motivo è già stato ristretto; tipo di reato; stato giuridico; tipo di impatto con l'istituzione, nonché insoliti livelli di vergogna e/o preoccupazione per l'arresto
- Date salienti

11

Dal punto di vista giuridico, la videochiamata potrà essere equiparata ai colloqui, anche per quanto riguarda autorizzazioni, durata e controlli. Vedi anche: Colloqui via Skype: ecco come funziona, Quotidiano del Ministero della giustizia, 30.1.2019, <https://www.gnewsonline.it/colloqui-detenuti-familiari-attra-verso-skype-ecco-come-funziona/>

◦ 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

•Stili di vita

◦ fumo, alcol, sostanze, alimentazione, attività fisica (vedi questionario PASSI in carcere)

•Informazioni sanitarie

◦ presenza di patologie psichiatriche, di dipendenze, o altre patologie

•Fattori di rischio

◦ Ambientali: alloggio singolo piuttosto che condiviso da più persone

◦ Comportamentali: aggressività eterodiretta, autodiretta

◦ Psicologici: insoddisfazione della vita, paure e/o aspettative negative per il futuro

◦ 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

•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

•Fattori protettivi

◦ supporto sociale, familiare, relazione sentimentale stabile, buone capacità di adattamento all'ambiente

La redazione di una cartella/protocollo conoscitivo così concepito e strutturato, deve essere inteso come documento personalizzato ed individualizzato per ogni detenuto e deve essere realizzato in formato elettronico standardizzato, tale da permettere un'analisi dei dati aggregati da includere in un report annuale di stato di salute dei detenuti. Tale strumento, una volta aperto all'ingresso, dovrà inoltre 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'équipe, al fine di parlare regolarmente del detenuto che abbia dato segni di rischio e stabilire in maniera congiunta le specifiche azioni da intraprendere.

10. Ambito di intervento: Il presidio delle situazioni potenzialmente stressanti

Nel paragrafo su aree operative e i compiti a loro assegnati è stata introdotta il compito dell'attenzione come aspetto di primaria importanza. Il compito dell'attenzione è attribuito a tutte e tre le aree operativa, quella clinico-sanitaria, l'area tecnica e l'area atecnica e viene rimarcato anche dalle Linee guida per gli istituti penitenziari del Triveneto e parla del processo di "attenzionamento".

Le seguenti occasioni ed eventi che capitano durante la normale vita di un detenuto possono essere ritenuti a particolare rischio e vanno, pertanto, presidiate con particolare attenzione tramite azioni e interventi organizzati in protocollo operativo nel Piano Locale:

•Ingresso

◦ Attivazione delle procedure specificamente descritte nel paragrafo precedente sulla rilevazione del rischio. 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.

•**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 familiari 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 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 plurirecidivi. 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.

•**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 un motivo di stress 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.

In tutti questi casi è necessario che il personale operante possa esporre a referenti certi le proprie impressioni in modo che si possano effettuare colloqui di approfondimento e interventi integrati. Ovvero come affermano le Linee guida per gli istituti penitenziari del Triveneto, qualsiasi figura operante all’interno dell’istituto penitenziario, nonché le reti familiari e sociali della persona detenuta, deve essere messa nelle condizioni di segnalare situazioni a rischio.

- Detenuti sottoposti a trasferimento**

- 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 notevole. Il detenuto trasferito si ritrova, infatti, in brevissimo tempo a vivere da un ambiente a lui noto a 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.

- Detenuti in fase di dimissione**

- Tra le situazioni potenzialmente stressanti si può annoverare 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 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 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.

11. Ambito di intervento: Lavoro integrato e interdisciplinare

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. In tal senso va 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. Un aspetto la cui importanza viene sottolineata anche dalle Linee guida per gli istituti penitenziari del Triveneto, che raccomanda il “lavoro congiunto degli operatori del sistema penitenziario per un approccio olistico”. La richiesta di convocazione della riunione di cui sopra, deve essere avanzata, necessariamente a breve termine, da chiunque evidensi un elemento di potenziale rischio per la salute del detenuto. La richiesta va inoltrata ai referenti individuati nel Protocollo locale.

La riunione di equipe 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 dall’equipe. Vanno definiti ed individuati modelli di riferimento per la valutazione del rischio, che abbiano alla base solide evidenze scientifiche.

12. Ambito di intervento: 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.

13. Ambito di intervento: 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.

A questo proposito l'OMS 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'equipaggiamento per il salvataggio di emergenza non solo deve essere facilmente accessibile ma anche costantemente funzionale grazie a periodiche verifiche. Analogamente anche gli strumenti di comunicazione devono godere della stessa funzionalità. A tal proposito si deve ricordare la maggiore affidabilità delle radio rispetto ai telefoni interni che possono risultare occupati o non presidiati. La predisposizione di una rete di comunicazione interna certa, affidabile, ridotta all'essenziale e veloce è uno degli elementi di efficacia che occorre ricercare. Ad essa deve essere associata una via di comunicazione con l'esterno, quanto più possibile adeguata, che sappia trasmettere non solo la comunicazione dell'evento ma anche tutti gli elementi utili per una prima valutazione di gravità.

14. Ambito di intervento: 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, ove presenti, 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 rafforzata per fronteggiare gli eventi critici, siano adottati unicamente in casi eccezionali, e sempre privilegiando soluzioni in linea con quanto testé indicato.

15. Ambito di intervento: gestione dei casi

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, è opportuno 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.

Sino ad ora l’Amministrazione penitenziaria ha proceduto autonomamente ad inchieste amministrative tese a valutare eventuali responsabilità di tale natura. Prima del passaggio della Sanità penitenziaria a quella Nazionale, tali accertamenti si estendevano anche all’operato del personale sanitario. Con la riforma in questione questa seconda parte non è più nelle competenze dell’Amministrazione penitenziaria e non viene di fatto operata da alcuno. In realtà il presente Piano auspica una valutazione post-facto operata congiuntamente, innanzitutto con riferimento alla tenuta dei Piani di prevenzione locali e in un secondo momento con l’approfondimento e successive eventuali determinazioni delle Amministrazioni relativamente ai comportamenti professionali dei vari attori.

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 e da Personale idoneo in sede neutra;

16. Ambito di intervento: la formazione degli operatori

Il presente Piano, nelle sue varie parti per poter esplicare la propria funzione ha la necessità di essere accompagnato da un massiccio e sistematico programma di informazione e formazione diretto a tutti gli operatori, in particolare a quelli a più diretto contatto con la quotidianità detentiva. L'aumento della consapevolezza e l'acquisizione di elementi di conoscenza teorica ed operativa consentirà di ridurre alcune visioni stereotipate che limitano la sensibilità e la possibilità di adottare procedure più congrue ed efficaci, sia con riferimento al momento preventivo che a quello dell'intervento in situazioni d'emergenza.

Si intende sopperire a tale contingenza organizzando una formazione a “cascata” che consenta di fornire la padronanza del programma formativo e dei suoi contenuti ai livelli regionali.

Spetterà a questi ultimi organizzare, presso i P.R.A.P. e/o gli Istituti di Istruzione dell'Amministrazione penitenziaria o altri Enti Regionali e locali tali attività che saranno necessariamente concordate e svolte congiuntamente con le Amministrazioni Sanitarie. Sarà cura di entrambe le istituzioni inserire nei Programmi Annuali di Formazione del proprio personale, momenti formativi rispondenti alle indicazioni fornite dal Piano Nazionale della Prevenzione delle condotte suicidarie. Si raccomanda inoltre di concordare momenti di formazione anche per i volontari penitenziari nonché prevedere interventi ad hoc anche per il peer supporters.

In termini generali ed indicativi i piani formativi dovranno prevedere le seguenti aree:

- 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 la relazione.

Inoltre, come accennato, 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.

17. Ambito di intervento: il monitoraggio

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

Nelle more della elaborazione di modalità generali e linee procedurali di indirizzo a livello centrale e diffuse ai livelli successivi per i dovuti adempimenti e viceversa, in un'ottica di regolare scambio, il Piano Locale deve prevedere un sistema standardizzato di raccolta, archiviazione, elaborazione e diffusione dei dati e delle informazioni da attivare presso la Casa circondariale di Trento al fine di poter predisporre agevolmente report annuali sulla salute e il benessere dei detenuti oltre al

fenomeno delle condotte suicidarie. La tipologia dei dati e variabili e le modalità di calcolo degli indicatori del sistema di monitoraggio dovrà essere concordato tra Ufficio matricola della Casa circondariale, il Servizio di medicina penitenziaria APSS, il Dipartimento salute e politiche sociali e l’Ufficio del Garante.

A livello della Casa circondariale va inoltre impostato un sistema di verifica periodica per valutare l’effettiva applicazione delle procedure previste dal Piano Locale. A tale verifica periodica devono concorrere tutti i soggetti che hanno partecipato alla stesura del Piano Locale.