

Spunti di riflessione sulla gestione dei gesti autolesivi e suicidari in luogo di detenzione.

Lorena Orazi, responsabile area pedagogica Casa Reclusione Padova

L'Amministrazione penitenziaria ha sempre prestato molta attenzione al fenomeno dell'autolesionismo e del suicidio in carcere a partire dal mandato che impone alla stessa amministrazione penitenziaria la tutela della vita e dell'incolumità fisica e psichica delle persone detenute che ha in custodia.

Fin dai primi anni di applicazione dell'ordinamento penitenziario (legge 354/1975) emerge la necessità di "attenzionare" in modo particolare la fase iniziale della detenzione, attribuendo all'arresto e all'ingresso in carcere un impatto così forte e traumatico da destabilizzare equilibri, a volte molto fragili, delle persone arrestate.

E' così che nel 1987 con la circolare 3233/5683 del 30.12.1987 viene introdotto il cd. "servizio nuovi giunti" in molte Case circondariali con il potenziamento della presenza dell'esperto psicologo che ha il compito di effettuare un colloquio con il "nuovo giunto" in un arco temporale non superiore alle 24 ore. Ciò al fine di fornire indicazioni alla Polizia penitenziaria sul rischio di agiti auto/eterodiretti e conseguentemente sull'allocazione più idonea nell'istituto di detenzione. La circolare ribadisce anche la necessità di una presa in carico della persona giunta dalla libertà da parte di tutti gli operatori istituzionali a partire dalla visita medica e dal colloquio di primo ingresso affidato al Direttore dell'Istituto ma normalmente svolto dal personale dell'area pedagogica (leggi educatore, oggi funzionario giuridico-pedagogico).

Quasi venti anni dopo, nel 2007 il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria vara una nuova circolare a parziale riforma di quella del servizio nuovi giunti, denominata "regole di accoglienza", nella quale si sottolinea ancora l'importanza di garantire un ingresso in carcere "accompagnato" e in grado di assicurare continuità con l'esterno, soprattutto sotto il profilo sanitario, per le persone che si trovino alla prima esperienza detentiva. Anche in questo caso il focus per l'amministrazione penitenziaria è cercare di intercettare le persone "a rischio" e predisporre tempestivamente un sistema di "grande sorveglianza" o di "sorveglianza a vista", quali strumenti di intensificazione della vigilanza nei confronti di coloro che vengono identificati come soggetti a rischio. Questi strumenti sono di solito le "risposte" penitenziarie a gesti di autolesionismo con l'idea di scongiurarne uno più grave o anche in presenza di segnali ritenuti allarmanti come l'accumulo di farmaci, un progressivo isolamento, dichiarazioni di "volarla fare finita", etc. Questo tipo di risposte comporta nel concreto la sottrazione di tutti gli oggetti ed effetti personali "atti ad offendere" nel senso che possono essere utilizzati contro la propria integrità fisica (es. bomboletta gas, rasoio tipo BIC, lenzuola, lacci di scarpe, etc.) con il risultato che l'intensificazione della vigilanza si trasforma in una sorta di "punizione".

Gli operatori tutti, istituzionali e volontari, sembrerebbero così chiamati, in modo più o meno esplicito, a tenere sempre le antenne in funzione per intercettare soggetti potenzialmente a rischio, categoria nella quale confluiscono i fattori più svariati, sicuramente alcune malattie mentali, ma anche vissuti abbandonici, la conferma di una condanna a una pena lunga, un interrogatorio con il giudice, una separazione coniugale o la decadenza della potestà genitoriale, quindi un mondo di situazioni e circostanze che rendono veramente difficile "rintracciare" il disagio e la persona e predisporre risposte adeguate.

Tra le due circolari citate ve ne sono numerose altre, molte delle quali emanate in coincidenza con il periodo estivo e con il progressivo aumento della popolazione detenuta che ha raggiunto nei

recenti anni passati picchi anche di 69.000 presenze a fronte di una disponibilità di 48.000 posti letto. Il caldo, la riduzione del personale in servizio e delle attività trattamentali durante il periodo estivo, il tasso di sovraffollamento sono fattori ambientali che sembrano influire su un aumento del rischio suicidario.

Si può quindi osservare come nel corso degli anni i fattori ambientali del contesto penitenziario hanno progressivamente assunto un ruolo sempre più rilevante nella descrizione di un contesto che può facilitare l'insorgere di atti autosoppressivi e autolesivi in persone che presentano condizioni soggettive di particolare vulnerabilità e fragilità.

Il passaggio della sanità penitenziaria al sistema regionale delle ULS con il DPCM del 1° aprile 2008, alla luce anche delle regole diffuse su scala internazionale dell'OMS, ha introdotto nel sistema penitenziario alcuni aspetti di novità per la gestione e prevenzione degli eventi suicidari e atti di autolesionismo, contenuti nella circolare del novembre 2011 (circolare 3594/6044 del 25.11.2011). Le novità riguardano:

- una nuova operatività delle attività rese in staff con particolare riguardo alla sinergia tra operatori penitenziari e sanitari;

- l'estensione a tutta la popolazione detenuta delle iniziative mirate alla prevenzione del suicidio;

- la sostituzione della tradizionale attività di sorveglianza con le nuove attività di "sostegno"; stretta collaborazione con altri Enti sanitari e sociali del territorio.

Se il carcere è un luogo che crea il rischio suicidio, "in quanto la detenzione in sé e per sé è un evento stressante che priva la persona di risorse basilari"; esso è però anche un luogo "che importa il rischio suicidio", per lo stato precario di salute psicofisica della popolazione carceraria, come afferma l'Organizzazione Mondiale della Salute. Tuttavia, la stessa OMS afferma che pochi studi hanno identificato elementi in grado di distinguere i detenuti che commettono suicidio dal resto della popolazione carceraria (WHO, 2007, 7).

Da qui, dunque, la cautela verso un approccio (prevalentemente) rivolto a individuare i soggetti "a rischio", quale forma privilegiata di prevenzione del suicidio, a favore di azioni che tendano a curare la qualità del clima sociale e porre attenzione all'ambiente sia con riferimento alle attività sia al rapporto tra operatori e detenuti in termini di accoglienza, ascolto, supporto e accompagnamento.

Questa prospettiva è profondamente ispirata al principio dell'umanizzazione della pena che si è tradotto negli ultimi tre anni sia in azioni finalizzate a ridurre strutturalmente il numero dei detenuti nelle carceri, sia a promuovere negli operatori penitenziari tutti l'attivazione di processi organizzativi e di gestione delle risorse in grado di creare ambienti che favoriscano le relazioni e le interazioni delle persone, in linea con quanto indicato dal Comitato nazionale di Bioetica che sostiene che la "prevenzione del suicidio passi per un cambiamento di contesto all'interno del carcere". Lo stesso Comitato indica alcune misure di prevenzione del fenomeno del suicidio quali la personalizzazione del trattamento, gli staff multidisciplinari e il miglioramento della comunicazione tra gli operatori e tra i detenuti e il personale, la creazione di reti di ascolto e di supporto che utilizzino tutte le risorse disponibili, formali e informali.

La mia esperienza lavorativa nella Casa di reclusione di Padova è sempre stata orientata in questo senso di attenzione alla persona ma attenzione e cura anche del contesto, ma ciò non significa che non ci siano stati suicidi né credo si possa escludere ce ne saranno in futuro.

Il supporto della comunità esterna, la presenza di Direttori che hanno consentito uno scambio proficuo con l'esterno, la collaborazione tra tutto il personale penitenziario e sanitario, nonché *l'importazione* di prassi avviate in altri istituti come i gruppi di ascolto (adattamento dei "gruppi attenzione" della C.C. Le Vallette di Torino) sono le condizioni per contribuire a creare un ambiente recettivo e attento, orientato a migliorare la conoscenza della persona detenuta e creare reti di sostegno e di intervento che l'accompagnino.

Altro strumento che negli ultimi anni abbiamo molto utilizzato è lo *staff multidisciplinare* che coinvolge operatori penitenziari e sanitari in primis ma anche volontari, attivato non solo nei casi di tentativi di suicidio, ma ogni qualvolta si manifesti la necessità di un confronto allargato tra operatori, che assuma anche una veste formale sia in termini di ipotesi da sottoporre/proporre al detenuto oggetto del confronto, sia in termini di distribuzione dei compiti tra gli operatori stessi.

A questo consistente impegno dell'Amministrazione penitenziaria e degli operatori di pre-venire i suicidi in carcere è corrisposta una riduzione dell'incidenza degli stessi dopo il picco del 2009? Stando a un recente messaggio di febbraio u.s. del Capo del DAP sembrerebbe di sì, ma nello stesso messaggio si sottolinea la necessità di monitorare con attenzione tutti gli episodi di tale natura, perché sebbene si possa affermare che i suicidi in carcere sono prevalentemente una risposta individuale, multifattoriale e pluricausale, ognuno dei quali è dotato di proprie motivazioni che non riusciamo a comprendere in quanto celate "nel cuore e nella testa della persona e sono proprie e uniche di quel particolare momento", tuttavia è compito di un'amministrazione che ha tra i suoi compiti fondanti la tutela della persona rimuoverne le possibili cause continuando a interrogarsi. Un interrogativo che come operatore mi porto dentro con una certa dose di angoscia non solo per le persone detenute che ho conosciuto e che si sono tolte la vita ma anche per coloro che, tornati in libertà, non ce l'hanno fatta a tornare a quella che chiamiamo "normalità".