

**SCOSTARE IL VELO E AFFRONTARE LA REALTÀ:
ALCUNE RIFLESSIONI PER MIGLIORARE
LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN CARCERE**

PIETRO BUFFA*

SOMMARIO: 1. Un particolare punto di vista: l'occhio del censore. – 2. La percezione del suicidio nel sistema penitenziario tra normalizzazione e burocratizzazione. – 3. Saperi, poteri ed equilibri. – 4. "Tocca a tutti" ovvero verso il superamento delle prassi: il caso Emilia Romagna. – 5. Che cosa osservare. – 6. L'integrazione degli interventi tra la valutazione e la gestione del rischio. – 7. Gli scenari degli interventi possibili. – 8. L'implementazione del programma.

Abstract – A partire dai dati estrapolati da una recente ricerca, condotta su un campione di referti ispettivi redatti a seguito di episodi di suicidio in carcere, l'Autore ne commenta le conclusioni. Si assume che i funzionari in sede ispettiva utilizzino schemi logici e linguaggi che costituiscono il modello culturale che guida tradizionalmente le riflessioni e le azioni in tema di suicidio nell'ambito del sistema penitenziario. Si prendono di seguito in considerazione i processi di normalizzazione e burocratizzazione del fenomeno suicidario così come la tendenza a considerare il sapere medico come dotato di una presunta intangibilità ed indiscutibilità rispetto agli altri saperi in campo. Si delinea così l'equilibrio che si genera tra i vari gruppi professionali caratterizzato da schemi di autotutela che rendono inefficiente la prevenzione del fenomeno suicidario. Viene presentato, infine, il modello adottato in Emilia Romagna, che affronta le criticità di quelli tradizionalmente in uso.

* Direttore Generale del personale e delle risorse presso il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, Specialista in Criminologia clinica, Ph.d in Sociologia del diritto.

1. Un particolare punto di vista: l'occhio del censore.

Credo si debba riconoscere a Luigi Manconi e Giovanni Torrente, almeno questa è la mia personale convinzione, una preziosa intuizione derivante da una constatazione empirica riguardante il fatto che in materia di suicidio in carcere abbiano tradizionalmente scritto Autori provenienti da ambiti diversi dell'accademia, del volontariato e dell'Amministrazione penitenziaria.

Sino ad oggi ognuno di loro lo ha fatto in perfetta autonomia adottando, ovviamente, la propria visione, il proprio metodo e linguaggio, in alcune circostanze generando contrapposizione piuttosto che sintesi.

Partendo da queste considerazioni i due Autori hanno auspicato di poter giungere ad approfondimenti condotti con una visione integrata da esperti afferenti a tutte le anime del penitenziario in modo da giungere ad una migliore conoscenza del fenomeno e a modalità di cooperazione sotto forma di ricerche-azione¹.

Ebbene l'invito di Manconi e Torrente, diretto ad un cambio di approccio, si è concretizzato, credo per la prima volta, in un nuovo filone di ricerca al quale mi è stato chiesto di collaborare in quanto cultore di tale materia organico all'Amministrazione penitenziaria. Giovanni Torrente in collaborazione con Michele Miravalle hanno pubblicato un primo lavoro che si è fondato su una serie di preliminari confronti interprofessionali².

Altrettanto stimolante è il taglio che si è inteso dare alla ricerca, le fonti e il metodo utilizzato, focalizzato sull'esame di un materiale di difficile analisi, ovvero, il carteggio che correde i referti ispettivi redatti, a seguito del suicidio di una persona detenuta, dagli organi preposti dell'Amministrazione penitenziaria.

Non ci si dilungherà sull'eterogeneità del materiale analizzato e sulle carenze e distorsioni di varia natura che lo caratterizzano, anche perché queste considerazioni sono già state ampia-

¹ MANCONI L., TORRENTE G., *La pena e i diritti: il carcere nella crisi italiana*, Carocci, Roma, 2015, p. 182.

² MIRAVALLE M., TORRENTE G., "La normalizzazione del suicidio nelle pratiche penitenziarie: una ricerca sui fascicoli ispettivi dei Provveditorati dell'Amministrazione penitenziaria", in *Politica del diritto*, 1-2, marzo-giugno 2016, pp. 217-258.

mente trattate da Miravalle e Torrente. Vale la pena invece sottolineare le loro condivisibili considerazioni rispetto al fatto che il referto ispettivo restituisce una serie di preziose indicazioni “su come l’Amministrazione penitenziaria indaga sulle proprie azioni, sulla rappresentazione del carcere che circola all’interno dei documenti ufficiali prodotti e sulle strategie di azione suggerite”³.

In altri termini gli obiettivi dell’analisi del funzionario in ispezione, i percorsi logici da lui utilizzati, il suo linguaggio, tutto questo ci riporta agli schemi concettuali, più o meno consapevoli, dell’ispettore rispetto al fenomeno suicidario, a quello che occorrerebbe fare o non fare per prevenirlo, alla congruità o meno di quanto è stato o non è stato posto in essere per sostenere, aiutare, intervenire. I referti ispettivi, pur nella loro eterogenea varietà, sono espressione di un dato culturale che ha riflessi sull’organizzazione concreta costituendone, se non il modello teorico, quantomeno la matrice del pensiero dalla quale discendono le interpretazioni e le prassi concrete. È come essere di fronte ad un negativo fotografico che per contrasto, ovvero l’analisi dell’avvenuto, evidenzia le forme impresse dell’immagine, ovvero il modo corretto con il quale si ritiene si debba affrontare il fenomeno.

È abbastanza ovvio che tale matrice è il frutto di un intreccio tra la materialità del fenomeno, nelle crude forme dell’analisi di una particolare morte, e le percezioni che il suicidio, più in generale, attiva in una spirale infinita.

2. La percezione del suicidio nel sistema penitenziario tra normalizzazione e burocratizzazione.

La descrizione dei protagonisti di quelle morti autoindotte, condotta nei referti ispettivi, delinea un idealtipo che ne rimarca la marginalità e ne stigmatizza il disagio personale e sociale e la scarsa capacità adattiva alla carcerazione⁴.

Tutto sommato questa constatazione non è una novità nel contesto detentivo italiano, sempre più caratterizzato da una

³ MIRAVALLE M., TORRENTE G., op. cit., 2016, pp. 221 e 224.

⁴ *Ibid.*, p. 226.

ingravescente fragilità personale e marginalità sociale dei suoi occupanti.

D'altra parte il carcere è uno dei luoghi ove la società invia i suoi problemi irrisolti. Lo colgono bene anche Miravalle e Torrente laddove evidenziano come l'istituzione carceraria non possa delegare ad altri la cura dei vari disagi che si sommano in gran parte delle persone detenute⁵. In questi termini gli istituti penitenziari assumono, per molti dei loro ospiti, la conformazione di vere e proprie *ultime stanze*⁶ dalle quali il problema non è più delocalizzabile, trasferibile, deportabile, se non appunto all'interno della stessa rete penitenziaria.

Lì dentro gli operatori devono fare i conti con il problema, con la sproporzione del compito a loro assegnato in ragione delle indecisioni altrui, con le strategie di traslazione delle questioni sociali politicamente inaffrontabili. Al cospetto dell'immanenza del problema si reagisce dandosi delle priorità, dei criteri, alle volte anche solo un sistema per superare la contingenza immediata senza poter fare altro dotato di una reale prospettiva.

La ricerca di Miravalle e Torrente è un po' la raccolta e l'analisi critica di questi criteri e di queste strategie, raccolte attraverso il punto di vista dell'ispettore che ne va ricercare l'adozione per stabilire l'eventuale responsabilità di fronte alla morte autoindotta di una persona affidata al sistema penitenziario. È lo spettro di azioni spesso inconsapevoli, frutto di un movimento della subcoscienza a sua volta generata da prassi inveterate, stratificate, distillate nell'esperienza dei protagonisti e di coloro i quali li hanno preceduti.

Il sempre maggiore aggravamento delle condizioni personali delle persone in carcere ha effetti dirompenti nei confronti di chi vi opera e che, quotidianamente, deve affrontare uno stato di ordinaria criticità. Manconi e Calderone hanno parlato di *mentalità emergenziale* per descrivere il generale atteggiamento ansiogeno che si riscontra in tali situazioni, al punto che "qualsiasi elemento di disordine sociale, attuale o potenziale, viene scambiato per una

⁵ MIRAVALLE M., TORRENTE G., op. cit., 2016, p. 234.

⁶ Circa il concetto di *ultima stanza* si veda in particolare CAMARLINGHI R., D'ANGELLA F., "Perdere i vinti è perdere noi stessi: se il carcere denuncia il ricorso alle (troppe) scariche sociali – intervista a Pietro Buffa", in *Animazione Sociale*, novembre 2010, pag. 9-10.

emergenza" che per essere affrontata sembra dover richiedere mezzi d'eccezione. È un atteggiamento che si genera dall'incalzante sequenza di *parole minaccia* scandite quotidianamente per descrivere la realtà. Il suicidio in carcere, la sua presunta ineluttabilità, è una di queste⁷.

È ormai altresì noto come nei contesti caratterizzati dalla necessità di affrontare emergenze continue, invadendo la privacy degli altri, e di avere a che fare con grandi masse di persone, scatta negli operatori un meccanismo di difesa qualificato da Zimbardo come un vero e proprio *isolamento emotivo* chiamato *interessamento distaccato*⁸, peraltro descritto da molti altri Autori⁹.

Si creerebbe, in tal modo, un circolo perverso per cui per affrontare la quotidianità e il suo carico di emozioni negative il rischio è quello di deumanizzare chi si trova di fronte.

Se tutto questo è vero, il *processo di neutralizzazione* che citano i nostri due Autori¹⁰ non è solo frutto della necessità di distinguere tra gli innumerevoli casi problematici che si presentano solo quelli particolarmente gravi, ma anche dei meccanismi di difesa che gli operatori sono costretti a porre in essere di fronte all'*impatto emotivo* derivante dalla opprimente sensazione dell'emergenza continua e che si gioca sulla percezione dell'inadeguatezza delle risorse ma anche dei metodi, delle procedure e degli strumenti a disposizione.

La *normalizzazione della sofferenza* prevede che l'istituzione chieda ai propri membri di evitare l'innalzamento del livello di allarme.

È una richiesta che viene bene accolta dagli stessi operatori in ragione della necessità di salvaguardare il proprio equilibrio emotivo. Il risultato è una generale e strutturale sottovalutazione del rischio.

Nel caso del campione esaminato da Miravalle e Torrente, meno di un terzo dei suicidi era stato classificato a rischio¹¹.

⁷ MANCONI L., CALDERONE V., *Quando hanno aperto la cella: Stefano Cucchi e gli altri*, Il Saggiatore, Milano, 2011, p. 85.

⁸ ZIMBARDO P.G., *L'effetto Lucifero: cattivi si diventa?*, Cortina, Milano, 2008.

⁹ Per un approfondimento si rimanda a BUFFA P., "Tortura e detenzione: alcune considerazioni in tema di abusi, maltrattamenti e violenze in ambito detentivo" in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, XVI, 3, settembre-dicembre 2013.

¹⁰ MIRAVALLE M., TORRENTE G., op. cit., 2016, p. 233.

¹¹ *Ibid.*, p. 234.

Un'altra ricerca, condotta su un campione di 121 suicidi avvenuti negli istituti penali italiani tra il 2008 e il 2010, ha evidenziato che nel 43.8% dei casi non era stato adottato nessun provvedimento cautelare, segno di una mancata valutazione di rischio¹². L'evidenza empirica conferma la difficoltà a valutare anticipatamente il rischio. Si può ipotizzare che il *criterio di rilevanza* dei vari casi che, di volta in volta, viene adottato si regga su di un innato istinto di conservazione degli operatori che genera pratiche di autotutela, spesso esasperate sino alla miopia, di fronte al rischio di rivalsa che alcuni segni ritenuti "oggettivamente" premonitori evocano.

La ricerca dell'oggettività è utile al fine di potersi giustificare laddove, in sua assenza, si sia verificato l'infausto evento del suicidio.

È da considerarsi che così come è un fatto obiettivo che la carcerazione costituisca un momento innaturale e doloroso, pregno di spunti destabilizzanti per chi vi è soggetto tanto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità lo ha sottolineato in modo netto¹³, è altrettanto vero che questa generalizzazione, paradossalmente, è talmente vasta da rendere difficile la prevenzione del suicidio.

Di fronte ad un rischio diffuso, nel quotidiano, si tende a ricorrere ad elementi esperienziali e a categorie che, via via, si sono consolidate nel tempo e che hanno il pregio di garantire, al bisogno, la logica difensiva attraverso l'evocazione del precedente.

Tuttavia è ormai evidente che l'uso di categorie pre-definite e di prassi consolidate genera falsi positivi e falsi negativi senza preservare efficacemente la vita delle persone¹⁴.

Il processo appena descritto è stigmatizzato da Miravalle e Torrente che parlano espressamente di un suicidio che, in questo modo, diventa campo ed oggetto di ordinaria burocratizzazione attraverso interventi marcatamente formali e routinari, fortemente connessi ad un approccio custodiale nell'ambito del quale la fun-

¹² BUFFA P., "Il suicidio in carcere: la categorizzazione del rischio come trappola concettuale ed operativa", in *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, XV, 1, gennaio-aprile 2012, p. 68.

¹³ WORLD HEALTH ORGANIZATION – Department of Mental Health and Substance Abuse – Management of Mental and Brain Disorders, *La prevenzione del suicidio nelle carceri*, 2007.

¹⁴ Per il dettaglio si rimanda a BUFFA P., op. cit., 2012.

zione risocializzativa, e io aggiungo terapeutica, assume un ruolo marginale¹⁵.

Certamente queste affermazioni hanno un loro fondamento e sono condivisibili sulla base dei dati esaminati e delle esperienze fatte ma siamo anche convinti che questa sia una faccia, sicuramente quella più deteriore, del modo di reagire per parte dell'Amministrazione, ma che anche altre modalità siano praticate e praticabili.

E qui entra in campo il citato appello di Manconi e Torrente a mettere insieme i saperi per procedere a porre in essere ricerche-azioni finalizzate all'affinamento di strategie preventive efficaci.

3. Saperi, poteri ed equilibri.

Prima di approfondire gli scenari possibili è tuttavia necessario toccare un aspetto che la ricerca ha opportunamente evidenziato, ovvero il ruolo del sapere medico e, più in particolare, di quello delle componenti cliniche specialistiche.

Gli Autori della ricerca rimarcano la sensazione di una *intangibilità* del sapere medico nella gestione dei casi a rischio. Una intangibilità che si formerebbe sul presupposto che le affermazioni dei sanitari si presumono vere e che come tali determinano la scusabilità delle azioni di tutti gli altri operatori che hanno seguito le indicazioni sanitarie¹⁶.

Gli Autori non si danno pace di tale fenomeno dichiarando disfunzionale un sistema che non ha strumenti per rimediare a comportamenti negligenti, imperiti, superficiali o imprudenti dei suoi singoli attori, medici compresi¹⁷.

Il loro convincimento è talmente forte che giungono a definire tale schema come un vero e proprio *complesso di inferiorità* di tutte le altre culture professionali rispetto a quella medica.

Una componente di tale "potere" viene da loro ricondotta agli effetti del passaggio delle competenze sanitarie dall'Amministrazione penitenziaria al Sistema sanitario nazionale grazie alla riforma introdotta nel 2008.

Secondo Miravalle e Torrente, da quella data in poi, essendo venuto meno il potere disciplinare dell'Amministrazione peniten-

¹⁵ MIRAVALLE M., TORRENTE G., op. cit., 2016, p. 256.

¹⁶ *Ibid.*, p. 246.

¹⁷ *Ibid.*, p. 247.

ziaria nei confronti del personale sanitario, sarebbe venuta anche meno la possibilità di mettere in discussione le indicazioni sanitarie.

Le relazioni ispettive, in effetti, evidenzerebbero una *presunzione di indiscutibilità* delle diagnosi e delle indicazioni dei medici fondata sui presupposti di verità e scusabilità già citati che scrimina positivamente, agli occhi dell'ispettore, il consequenziale comportamento degli altri operatori anche quando l'esito infausto testimonia la loro fallacia.

Per la verità crediamo che tale fenomeno non possa ricondursi alla riforma della Sanità penitenziaria e allo svincolarsi da una presunta pregressa dipendenza o soggezione dei medici rispetto all'autorità penitenziaria.

Semmai il segno della riforma lo si coglie su un piano diverso, addirittura opposto, ovvero nell'incremento di atteggiamenti o comportamenti riconducibili alle logiche della medicina difensiva non più arginata da resistenze organizzative sostanziate da un potere, se non di veto, quantomeno di influenzamento.

Ci riferiamo ad un tipo di medicina certamente più propenso a non assumersi rischi e quindi tendenzialmente più orientato a cogliere positivamente i segni di rischio e ad aumentare indicazioni di cautela. Un segno indiretto di tale tendenza lo si ricava dall'andamento dell'incidenza percentuale dei detenuti tradotti all'esterno degli istituti penali per motivi sanitari sul totale dei tradotti che è passata, tra il 2009 e il 2015, dal 16.9% al 24.2%.

INCIDENZA DELLE TRADUZIONI PER MOTIVI SANITARI

ANNO	TOTALE DETENUTI TRADOTTI	TOTALE DETENUTI TRADOTTI PER MOTIVI SANITARI	INCIDENZA PERCENTUALE SUL TOTALE GENERALE
2009	398.418	67.530	16.9
2010	398.406	75.151	18.9
2011	381.305	77.022	20.2
2012	358.223	82.407	23.0
2013	340.719	84.922	24.9
2014	309.699	75.900	24.5
2015	287.576	69.639	24.2
1° sem 2016	153.578	34.924	22.7

Fonte: D.A.P. - Ufficio centrale Traduzioni

Nel dettaglio l'andamento quantitativo e l'incidenza del fenomeno sul totale delle traduzioni espletate nel corso degli anni, a partire dal 2009 e sino al primo semestre del 2016, evidenzia chia-

ramente il trend. A tal proposito si ritiene ben esplicativa la tabella a pagina precedente, elaborata dall'Ufficio centrale delle Traduzioni del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria.

Tale incremento determinò, in quella fase, il Capo del Dipartimento a prendere una formale posizione, attraverso una nota formale indirizzata alla Conferenza unificata Stato - Regioni¹⁸, con la quale chiedeva l'implementazione dell'offerta sanitaria intramuraria per far fronte al sempre maggiore ricorso a visite ambulatoriali esterne e ad invii in pronto soccorso ai quali non risultava conseguire la necessità di un ricovero. La questione, invero, fu ribadita dopo più di un mese dal primo richiamo: segno, questo, di una evidente criticità¹⁹.

Alla luce di queste considerazioni l'*intangibilità* delle indicazioni sanitarie, nell'ambito della prevenzione suicidaria in carcere, merita probabilmente una riflessione diversa e più articolata che meglio illumini la sua ambigua dinamica.

In parte, ma solo in parte, tale atteggiamento è giustificabile dal fatto che il sapere medico, tra tutti quelli rappresentati nel contesto penitenziario, è quello dotato delle competenze più adeguate, anche se tale presunzione è funzionale per tutti quelli che sono chiamati ad affrontare quell'incertezza, più sopra descritta, derivante dalla necessità di approcciare la gran massa indistinta di portatori di disagi di varia natura che fanno ingresso nell'attuale sistema penitenziario.

La possibilità di poter ancorare il proprio comportamento a categorie convenzionalmente ritenute adeguate e corrette è indubbiamente una importante opportunità per gli attori penitenziari.

Questo, peraltro, è un fenomeno ampiamente conosciuto in tutti quegli ambienti, e quello penitenziario è uno di questi, che combinano il sapere clinico con quello giuridico. La tranquillizzante copertura di un sapere tecnico ha, da sempre, costituito una comoda sponda per il decisore giudiziario e penitenziario.

¹⁸ Ufficio del Capo D.A.P., nota n. 0121958 del 5 aprile 2013 – *Cure e accertamenti da eseguirsi in luoghi esterni di cura ai sensi dell'art. 11 della legge 354/75*, indirizzata alla Conferenza unificata Stato - Regioni.

¹⁹ Ufficio del Capo D.A.P., nota n. 0165244 del 9 maggio 2013 – *Convocazione del Tavolo di consultazione permanente per la sanità penitenziaria*, indirizzata alla Conferenza unificata Stato - Regioni.

È stato da tempo fatto notare che le aspettative e le richieste nei confronti dei clinici da parte degli operatori penitenziari riguardano la produzione di conoscenza specialistica che possa attribuire autorevolezza alle affermazioni e rassicurazione sulle condotte ed azioni professionali altrimenti dubbie senza la presunta scientificità delle indicazioni cliniche.

Esisterebbe, in tal senso, una vera e propria attesa di una *diagnosi "risolutiva"* che permetta di *capire tutto*, di *cogliere la verità con certezza* e di *trovare la soluzione*²⁰.

Dalla *rassicurazione* alla *deresponsabilizzazione* il tragitto è breve, con conseguenze ed effetti potenzialmente destabilizzanti. È un fenomeno che si coglie sia rispetto al personale penitenziario, sia a quello sanitario.

Una volta che si consolida l'idea che il sapere clinico, in quanto sapere specialistico, è l'unico dotato delle necessarie competenze tali da renderne inoppugnabili le conseguenti indicazioni, tutti gli altri saperi spontaneamente si ritraggono delegando al primo l'onere del capire e del fare.

È un processo di diffusa deresponsabilizzazione che genera un complessivo calo di attenzione e, allo stesso tempo, l'aumento della possibilità di adottare strategie autodifensive da parte dei medici.

I professionisti della salute, infatti, sono ben consci dell'impatto delle loro decisioni e del fatto che queste saranno probabilmente le uniche che potranno essere valutate e censurate in caso di incidenti.

Tendono così ad aumentare lo spettro della cautela generando, in tal modo, una inflazione di situazioni da attenzionare e dando luogo a prescrizioni più organizzative che terapeutiche, con particolare riguardo alle modalità di controllo dei soggetti a rischio.

Non a caso, dal punto di vista empirico, una delle questioni che è emersa con forza nella ricerca condotta da Miravalle e Torrente è la quotidiana tensione tra l'area penitenziaria e quella sanitaria nello stabilire il confine tra quanto compete e quanto no, a questa o a quella parte, al fine di delimitare e ridurre le proprie responsabilità.

²⁰ PANTOSTI G., PELLEGRINI E., "Fare lo psicologo nel sistema penitenziario per gli adulti", in DE LEO G., *Lo psicologo criminologo: la psicologia clinica nella giustizia penale*, Giuffrè, Milano, 1989, pp. 43, 46.

In genere questo fraseggio giunge ad un equilibrio, formale ed informale, che funzionalmente soddisfa la necessità di placare le ansie di tutti. Una sorta di non belligeranza nel cui ambito le posizioni, azioni e proposte dell'uno non pongono in difficoltà l'altro, non inducendogli rischi ed oneri ritenuti pericolosi o eccessivi.

In questo senso crediamo sia da interpretarsi quanto viene colto dai due Autori in uno dei referti ispettivi esaminati il cui redattore notava come la Direzione di un istituto avesse scelto di dare disposizioni organizzative finalizzate alla concreta e specifica prevenzione suicidaria in un caso a rischio *“omettendo di stabilire con precisione chi dovesse fare che cosa”*²¹.

Il perimetro dell'accordo tiene anche rispetto alle figure esterne al patto.

Neppure gli stessi ispettori, infatti, mettono in discussione questo equilibrio di saperi tecnici e azioni organizzative. Per quale motivo tutto questo avviene? L'ipotesi che ci permettiamo di avanzare si fonda sul dato di partenza della ricerca, ovvero la grande fragilità e problematicità che caratterizza una copiosa fetta della popolazione detenuta e la corrispondente sproporzione dei mezzi e delle risorse a disposizione.

Abbiamo già visto come questo infausto rapporto contribuisca ad innescare un processo di *“normalizzazione”* e di selezione dei casi a rischio. Ovviamente questo processo non riesce a tranquillizzare gli operatori, ben coscienti del fatto che si tratta di una operazione fortemente a rischio in quanto fondata su una finzione. Analogamente è loro altrettanto chiara la scarsa credibilità delle azioni e delle procedure materialmente adottate.

Di fronte al caso concreto il senso comune tende a non riconoscere la validità delle azioni poste in essere e quindi, paradossalmente, ci si affida alla metrica delle procedure, al suo linguaggio rassicurante ed anestetizzante, in altri termini a quella burocratizzazione rilevata e criticata dagli stessi Autori.

Questo spiegherebbe anche altre questioni legate all'atteggiamento e all'orientamento degli stessi ispettori.

Se l'ispettore, come evidenziano i nostri due Autori, si concentra principalmente sulle modalità di controllo adottate dal personale di Polizia, marginalizzando l'attenzione per le attività di

²¹ MIRAVALLE M., TORRENTE G., op. cit., 2016, p. 253.

supporto e ignorando spesso l'approfondimento con le figure professionali di aiuto, quali i medici, gli educatori e gli psicologi, è probabilmente perché, conoscendo bene le dinamiche su descritte, ha difficoltà a credere che il sostegno possa essere adeguatamente condotto e possa risultare efficace.

In altre parole l'ispettore è, più o meno consapevolmente, portato a non ricercare nelle attività di supporto il nucleo centrale dell'intervento e, quindi, a sondarne eventuali manchevolezze.

Rispetto alle considerazioni di Miravalle e Torrente mi permetterei di correggere il tiro sul fatto che questo non è, di per sé, evidenza di un certo tipo di cultura professionale fondata sul formalismo e sul controllo come da loro sostenuto quanto, piuttosto, della diffusa percezione della sproporzione tra bisogni, da un lato, e mezzi e strumenti, dall'altro.

In questo scenario si comprende meglio la tendenziale affermazione di una cultura che nella ricerca viene definita *"dell'ognuno fa il suo"*, felice espressione che evoca efficacemente un contesto operativo ove le varie figure professionali sentono poco il bisogno di mettere in comune le informazioni e di strutturare un effettivo lavoro integrato sui casi.

Tutto questo, peraltro, in un contesto operativo nel quale l'indicazione delle competenze o, se vogliamo, *"del chi fa che cosa"* come abbiamo visto, è carente o confusa o decisamente assente.

Il risultato di un incrocio di questo genere è potenzialmente devastante. Ognuno si ritaglia una competenza, ignorando o, nel migliore dei casi, dando per scontate strategie complementari da parte delle altre componenti professionali.

Giocano almeno due fattori inibenti. Il primo, d'ordine strutturale, fa riferimento alla difficoltà di coordinare i molti operatori potenzialmente coinvolti che turnano giornalmente e nel corso della stessa giornata.

La possibilità d'incontrarsi e di gestire un efficace passaggio di informazioni è così fortemente indebolita. Ma questa fragilità organizzativa è causa, a sua volta, della difficoltà di ottenere una reale e pregnante condivisione di obiettivi e metodi.

Il secondo fattore inibente si ricollega a quanto già anticipato rispetto alla naturale tendenza all'autodifesa di fronte ad una materia così difficile e piena di rischi e responsabilità.

Il rispetto dei confini professionali, dei codici linguistici utilizzati, delle interpretazioni prevalenti, è adatto a garantirsi un

patto di non belligeranza utile per evitare il rischio di vedersi scaricare addosso gli effetti responsabilizzanti delle altrui valutazioni e decisioni.

Chi viola tale patto arretrando i propri confini e competenze altro non fa che ampliare quelle degli altri attori.

Ecco, quindi, che garantire l'equilibrio ottenuto nel tempo diventa importante al punto da limitare il confronto e lo scambio per mantenere una divisione del lavoro che rispetta, in modo empirico e routinario, le carenze e le difficoltà di tutti.

Quando il problema da affrontare è maggiore della capacità di uno specifico agglomerato interprofessionale si prospettano due possibili soluzioni.

Una è rispettosa dell'equilibrio appena descritto e determina lo spostamento del problema stesso traslandone l'onere a qualche altra parte del sistema penitenziario e alla stessa persona in difficoltà. Si assiste in tal caso al suo trasferimento in un altro istituto. È un fenomeno frequente se solo consideriamo che la già citata analisi condotta sul campione di 121 casi di suicidio ha rivelato che il 69.4% di quelle persone aveva subito, nel periodo immediatamente precedente la morte, un trasferimento interno all'istituto o da questo ad un'altra struttura penitenziaria²².

Questo aspetto non è sfuggito agli Autori della ricerca che hanno ritrovato nelle traiettorie biografiche rilevate dagli ispettori la stessa tendenza a trasferire i casi di difficile gestione.

In proposito essi parlano espressamente di una vera e propria *rimozione del problema*²³.

Personalmente preferisco il termine *traslazione*. Il rimuovere evoca meccanismi psichici di negazione mentre traslare ha a che fare con una cosciente e motivata scelta di spostamento di una realtà ben conosciuta.

Tale prassi implica per la persona che ne è soggetta una frattura dei legami relazionali, seppur limitati e superficiali, che nel frattempo è riuscita ad instaurare seppure nell'ambito ristretto delle sezioni detentive ove è stato allocato e che, per quanto deboli, costituiscono pur sempre una rete di protezione ed aiuto morale e materiale.

²² BUFFA P., op. cit., 2012.

²³ MIRAVALLE M., TORRENTE G., op. cit., 2016, pp. 229-230.

In queste relazioni includiamo anche quelle terapeutiche che, in questo modo, vengono tranciate rendendone vani i risultati ottenuti²⁴.

La seconda soluzione è tutta interna al gruppo e, in realtà, non è una soluzione bensì una dinamica conflittuale che assume le forme di una reazione corrispondente alla violazione di una delle parti del patto di non belligeranza su citato.

In tal caso il timore di rimanere esposti mette in forse gli equilibri e genera un disordine che automaticamente attiva strategie difensive fondate sulla domanda *“a chi tocca?”*.

4. *“Tocca a tutti”* ovvero verso il superamento delle prassi: il caso Emilia Romagna.

Le considerazioni sin qui esposte evidenziano ampi margini di contiguità con quelle di Miravalle e Torrente e sono frutto di una lunga osservazione partecipata delle dinamiche interne proprie della concreta vita detentiva.

La necessità di affrontare i nodi problematici descritti ha imposto, in più circostanze, la proposizione di un modello d'intervento diverso che tenesse conto di quelle criticità.

In quest'ottica si può parlare di ricerca-azione nel senso che ogni volta che si è sperimentata una modalità di concreta prevenzione si è cercato di valutarne teoricamente e quantitativamente i risultati.

Una delle occasioni più significative si è presentata tra il 2012 e il 2014 in Emilia Romagna e di questo si vuole rendere conto in questo contributo.

Dopo il definitivo passaggio delle competenze sanitarie alle Aziende sanitarie locali, in quel distretto, si è registrato un fitto scambio di note tra le Direzioni penitenziarie e quelle sanitarie atte a stabilire a chi competesse fissare le modalità gestionali della prevenzione suicidi e a chi l'onere di porle in essere. Si è giunti, in alcuni casi, ad una vera e propria paralisi e a richieste di pareri dirimenti da parte di organi amministrativi sovraordinati.

Del fatto che non fosse semplice stabilire forme di collaborazione si è avuta riprova, in particolare, in occasione di un duro con-

²⁴ BUFFA P., op. cit., 2012.

fronto tra la Direzione sanitaria e la Direzione di un istituto. Il punto era stabilire se la prevenzione avesse o meno una natura sanitaria non solo nella fase diagnostica ma anche in quella delle azioni concrete e, in particolar modo, nelle modalità di allocazione e sorveglianza. Il tema non era certo originale perché ripreso in diversi istituti penitenziari della regione.

La differenza questa volta stava nel fatto che la contrapposizione aveva assunto il piano della formalità.

Compreso che le posizioni locali erano rigidamente insanabili il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria e l'Assessorato regionale alla Sanità decisero di intraprendere una serie di riflessioni per dipanare una matassa di reciproche rigidità e rivendicazioni.

Fu così costituito un gruppo di lavoro interistituzionale²⁵ che ha coinvolto esperti in ambito sanitario e penitenziario sia del settore adulti che di quello minorile.

Il gruppo affrontando il compito recepì le linee di indirizzo della Conferenza unificata Stato - Regioni in materia di prevenzione del rischio suicidario in ambito penitenziario²⁶ che, a loro volta, recepiscono le citate indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità²⁷.

Il lavoro del gruppo sfociò infine in due circolari rispettivamente del Direttore generale Sanità e politiche sociali²⁸ e del Provveditore regionale dell'Amministrazione penitenziaria per l'Emilia Romagna²⁹ indirizzate alle strutture penitenziarie e sanitarie operanti nelle prime.

²⁵ Determina del Direttore generale Sanità e politiche sociali n. 7041/12.

²⁶ Conferenza unificata, Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28/1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante *"Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti e degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale"* approvato in data 19 gennaio 2012.

²⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION - Department of Mental Health and Substance Abuse – Management of Mental and Brain Disorders, *La prevenzione del suicidio nelle carceri*, 2007.

²⁸ Circolare del Direttore generale Sanità e politiche sociali n. 11/2014 avente per oggetto *"Circolare prevenzione rischio autolesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili"*, datata 7 luglio 2014.

²⁹ Provveditorato regionale dell'Emilia Romagna, nota n. 20211/Sanità penitenziaria, del 15 luglio 2014, *Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili – Linee guida 2014*.

Le considerazioni generali furono molteplici partendo dalla convinzioni che non si potesse prescindere da un *efficace sistema di comunicazione ed integrazione* degli interventi tra le Amministrazioni, penitenziarie e sanitarie. Si ritenne pertanto di dover immaginare un sistema che fosse in grado di *amplificare i segnali di disagio* in genere "affievoliti" e coperti dal "rumore" che caratterizza il contesto del quotidiano carcerario.

Questo significava *moltiplicare le fonti di informazione*, accogliendo le segnalazioni che potevano pervenire da tutte le figure professionali e volontarie e dalla stessa componente detenuta al fine di creare una rete di attenzione il più possibile estesa capace di cogliere la sofferenza emotiva.

Ovviamente per evitare l'allarmismo generalizzato che porta ad un immotivato innalzamento del livello di guardia con una conseguente eccessiva parcellizzazione dell'attenzione su un numero eccessivo di casi segnalati si concordò circa la necessità di prevedere *più livelli di attenzione in ragione di corrispondenti livelli di valutazione del rischio*.

Un'altra consapevolezza accompagnò le riflessioni del gruppo di lavoro. Sino a quel momento gran parte degli interventi avvenivano a valle degli eventi autolesivi e prevedevano l'intervento esclusivo di una ristretta cerchia di operatori considerati degli specialisti e, come tali, titolari di una competenza esclusiva e tutto questo quando, viceversa, occorrerebbe allargare il coinvolgimento soprattutto alla base del sistema carcere ovvero agli operatori di prossimità, quali il personale di Polizia penitenziaria, e agli stessi detenuti secondo un approccio pragmatico che potremmo definire del *chi vede dica e chi sa faccia*³⁰.

³⁰ BUFFA P., "Il suicidio in carcere: diffondere la riflessione per migliorare la prevenzione", in *Quaderni I.S.S.Pe, La prevenzione dei suicidi in carcere: contributi per la conoscenza del fenomeno*, 8, dicembre 2011, pp. 24-25. In particolare il ragionamento si fonda sulla semplice e ovvia constatazione che ogni ruolo ha un *rapporto di incidenza relazionale* diverso rispetto al numero dei detenuti presenti in un particolare istituto. Se un Direttore e un Comandante si rapportano individualmente, le altre categorie hanno consistenze organiche diverse che inducono quozienti meno sfavorevoli in termini di possibilità di relazione diretta, sino a pensare che il rapporto tra compagni di cella può diventare di uno a uno. Questo, graficamente, disegna una curva delle varie proporzioni che è stata definita la *curva dell'attenzione, del sostegno e della cura* per evidenziare il diverso e proporzionale contributo che *ognuna* delle categorie, professionali e non, può dare nell'ambito di un programma di prevenzione.

In ultimo, nella consapevolezza che un gruppo di lavoro centralizzato a livello regionale, per quanto qualificato, non potesse impartire che direttive generali si ritenne utile fornire alle Direzioni degli istituti e a quelle delle Unità sanitarie locali competenti uno schema procedurale omogeneo da declinarsi localmente in Piani locali di prevenzione che tenessero in conto le naturali diversità tra le varie realtà in termini di strutture, scelte operative, contesto, risorse e opportunità a disposizione.

5. Che cosa osservare.

Partendo dalle considerazioni generali il gruppo di lavoro è passato a delineare il programma operativo. Da questo punto di vista la prima delle questioni affrontate ha riguardato *l'intercettazione precoce dei sintomi del disagio*. Si sono, in altre parole, elencate quelle circostanze che possono generare ed evidenziare l'angoscia dalla quale può scaturire la volontà autosoppressiva.

In tal senso si è sottolineata la necessità di procedere allo *screening sistematico nei confronti di tutte le persone che fanno ingresso in istituto* al fine di valutarne l'impatto emotivo. Questo di per sé non è stata una novità essendo già stata introdotta in un ristretto gruppo di istituti penitenziari nel 1987³¹ e poi diffusa su tutto il territorio nazionale vent'anni dopo³².

Una più matura consapevolezza delle dinamiche suicidarie ha indotto la previsione di *presidiare le situazioni potenzialmente stressanti* che, al di là dei primi giorni e settimane, possono intercorrere nel corso di tutta la detenzione.

L'elenco prosegue con l'indicazione di porre attenzione ai *comportamenti al momento dell'arresto a quelli registrati durante le prime fasi dell'ingresso*, oppure nel corso dei momenti dei colloqui con i famigliari o di quelli con i magistrati e gli avvocati, le reazioni nel corso dei processi o quelle al rientro dalle aule di giustizia, all'atto della *notifica di atti giudiziari*. L'elenco non trascura anche gli effetti deri-

³¹ Direzione generale degli Istituti di Prevenzione e Pena, nota circolare 30 dicembre 1987 n. 3233/5683, *Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati. Istituzione e organizzazione del Servizio Nuovi Giunti*.

³² Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria – Direzione generale Detenuti e trattamento, lettera circolare 6 giugno 2007 n. 0181045, *I detenuti provenienti dalla libertà: regole di accoglienza*.

vanti dalla *comunicazione di diagnosi gravi o invalidanti*. Più in generale il gruppo ha segnalato che anche la vita in sezione deve essere osservata per registrare qualche *comportamento anomalo rispetto alla quotidiana abitudinarietà, alla frequenza della corrispondenza, agli atteggiamenti e comportamenti adottati nei giorni precedenti alla scarcerazione*.

Per il gruppo di lavoro il presidio di questi snodi della vita carceraria implica necessariamente, e per questo motivo è stata auspicata, l'attenzione e il coinvolgimento di tutti operatori a diverso titolo operanti nei reparti e della stessa popolazione detenuta.

Non si è omesso di contemplare il contributo anche di altri soggetti che, interloquendo con la persona e cogliendone la sofferenza, possono svolgere un ruolo importante in questa rete quali, ad esempio, gli operatori di Polizia che svolgono gli arresti, gli avvocati e i magistrati.

6. L'integrazione degli interventi tra la valutazione e la gestione del rischio.

L'individuazione di una qualche forma di disagio implica la necessità di una sua valutazione tecnica e di un programma di gestione efficace.

Rispetto alla prima è stata elaborata una *scheda di grading di rischio* che potesse essere adottata dalle diverse aree sanitarie e che considerasse una serie di fattori, clinici e situazionali, così come elencati nelle Raccomandazioni della Regione Emilia Romagna per la prevenzione del suicidio nel territorio³³.

Ad essi sono stati aggiunti alcuni fattori situazionali specifici del carcere identificati dall'unica revisione sistematica della letteratura sul suicidio in carcere allo stato esistente³⁴.

La scheda è riportata nella schema sinottico che segue (**Tab. 1**). La procedura prevede che i vari fattori clinici (in tabella indicati con

³³ Regione Emilia Romagna, Assessorato alla Sanità e politiche sociali, Servizio Salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri, *Raccomandazioni per la prevenzione delle condotte suicidarie nel territorio*, determina del Direttore generale Sanità e politiche sociali n. 15582/2011.

³⁴ FAZEL S. e Altri, "Suicide in prisoners: A systematic review of risk factors", *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 11, novembre 2008, pp. 1721-1731.

le lettere A e B) e quelli situazionali (in tabella C, D, E ed F) siano valutati dal medico.

Nel caso in cui nessuno dei fattori sia riscontrato la valutazione terminerà certificando l'assenza di rischio.

TABELLA 1
GRADING DEL RISCHIO

RISCHIO LIEVE 1 (FATTORI CLINICI)	RISCHIO MEDIO 2 (FATTORI CLINICI E FATTORI SITUAZIONALI)		RISCHIO ALTO 3 (FATTORI CLINICI)
A) Fugaci pensieri di morte o di non voler vivere, infrequenti.	A) Infrequenti pensieri di morte (o di voler morire) non facili da superare.	C) Storia di tentativo di suicidio o di comunicazione di intento suicidiario. D) Presenza di diagnosi psichiatrica.	A) Pensieri intensi di morte o di voler morire, dei quali sembra impossibile liberarsi.
B) Nessuna pianificazione o minaccia di suicidio. Non vuole morire.	B) Allusioni o minacce indirette di pianificazione. O ambivalenza circa il morire.	E) Presenza di trattamento psicofarmacologico durante la detenzione. F) Reato ad alto indice di violenza.	B) Ha in mente una data/ora vicina. O minacce chiare. O non vuole vivere. O vuole morire.
Compresenza di 1 A) e 1 B)	È sufficiente la presenza di un solo fattore, sia esso clinico (o "di stato") o situazionale. In quest'ultimo caso viene fatta la sola valutazione come rischio medio: il caso va poi ricollocato come <i>grading</i> o definita l'assenza attuale di rischio.		È sufficiente la presenza di un solo fattore.

Fonte: Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidiario in carcere e nei servizi minorili – Linee Guida 2014 – Gruppo interistituzionale Regione Emilia Romagna, P.R.A.P. Emilia Romagna, C.G.M. Emilia Romagna.

Laddove, viceversa, il sanitario rilevasse fugaci pensieri di morte o di non volere vivere ma non accompagnati, tuttavia, da una concreta pianificazione o minaccia di suicidio, si concluderà per un *rischio lieve*.

La presenza di infrequenti pensieri di morte non facili da superare, o di allusioni o minacce indirette di pianificazione con una chiara ambivalenza circa la morte, o di pregressi tentativi di suicidio o di comunicazioni in tal senso, o di una diagnosi psichiatrica, o di un trattamento psicofarmacologico nel corso della detenzione, o di un reato ad alto indice di violenza, indirizzano il medico verso una diagnosi di *rischio medio* anche laddove si presenti una sola di tali condizioni.

Pensieri intensi di morte dei quali sembra impossibile liberarsi o minacce chiare di morte portano, viceversa, a concludere per un *rischio alto*.

Per ognuno dei livelli di rischio sono stati previsti una serie di corrispondenti e proporzionali interventi che *ognuna* delle due organizzazioni deve porre in essere.

La logica che sovrintende la fase dell'intervento si fonda su alcuni presupposti concettuali che caratterizzano questa fase procedurale come una vera e propria *membrana* tra le due organizzazioni.

In tal senso è da sottolineare *l'obbligo che entrambe debbano intervenire e lo debbano fare in maniera coordinata* scongiurando così il rischio che l'una possa traslare all'altra l'intero onere della prevenzione o che gli interventi posti in essere si intralcino a vicenda. Tale previsione non risponde solo alle ovvie ragioni di coordinamento ma, cercando di stimolare la reciproca condivisione, è indirizzata a ridurre possibili autodichiarate derive di esclusività o, a contrario, di incompetenza.

Il secondo principio guida riguarda la *coerenza tra gli interventi* posti in essere seppur di natura diversa. Il terzo principio riguarda la *gradualità* e la *proporzionalità* degli interventi con espresso riferimento all'esito della valutazione del rischio.

Il quarto ed ultimo principio esalta l'attenzione alla *comunicazione* e al *confronto sia tra le organizzazioni interne sia con gli attori esterni* potenzialmente interessati.

È attraverso la lente offerta da questi quattro principi che va letto il catalogo delle azioni possibili e raccomandate.

7. Gli scenari degli interventi possibili.

Nel caso in cui il medico dovesse valutare un *lieve rischio* predisporrà un *follow-up* in modo da rivedere il quadro sintomatologico e la sua evoluzione. Nel caso in cui il livello di rischio all'ingresso fosse di *grado medio* il medico invierà ad uno psicologo o ad uno psichiatra il caso per una rivalutazione da effettuarsi, a seconda della gravità del caso, entro 48 - 96 ore. In caso di *grave rischio* la consulenza psichiatrica sarà richiesta con urgenza e, nel caso in cui l'esito della visita deponesse per un rischio non solo alto ma *attuale* verrà disposto l'immediato ricovero presso una struttura ospedaliera esterna al carcere.

La *cerniera della collaborazione* tra le organizzazioni si concretizza nella comunicazione del livello rischio e da parte del sanitario alla Direzione dell'istituto e nella modulazione dei primi inter-

venti terapeutici, mono o multiprofessionali, con quelli che coerentemente l'Amministrazione penitenziaria adotterà secondo il protocollo (Tabb. 2 e 3).

TABELLA 2
AZIONI PROPRIE DELLA DIREZIONE SANITARIA
CON RIFERIMENTO AL LIVELLO DI RISCHIO RILEVATO

AZIONI	LIVELLO DI RISCHIO			ATTUALE
	LIEVE	MEDIO	ALTO	
Azione clinica	Follow-up medico	Intervento psicologico	Visita psichiatrica urgente interna o esterna	Ricovero in Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
Azione cerniera	Il medico comunica all'A.P. il grading di rischio rilevato; decide la modalità e la tempistica del follow-up sanitario; modula gli interventi coerentemente con i conseguenti dispositivi di competenza dell'A.P. (TAB. 3).	Il medico comunica all'A.P. il grading di rischio rilevato; richiede in modo formalizzato una valutazione psicologica da realizzarsi entro 4 giorni; dispone poi il progetto terapeutico mono o multiprofessionale (concordando le modalità con gli altri professionisti coinvolti); definisce con lo psichiatra le modalità di presa in cura specialistica (<i>stepped care</i>); modula gli interventi coerentemente con i conseguenti dispositivi di competenza dell'A.P. (TAB. 3).	Il medico comunica all'A.P. il grading di rischio rilevato; richiede in modo formalizzato una consulenza psichiatrica da attuarsi entro 2 giorni; dispone poi il progetto terapeutico mono o multiprofessionale (concordando le modalità con gli altri professionisti coinvolti); definisce con lo psichiatra le modalità di presa in cura specialistica (<i>stepped care</i>); modula gli interventi coerentemente con i conseguenti dispositivi di competenza dell'A.P. (TAB. 3).	Il medico chiede formalmente consulenza psichiatrica urgente e concorda gli interventi sanitari subito necessari (anche ricovero psichiatrico); poi come punto C.

Fonte: Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili – Linee Guida 2014 – Gruppo interistituzionale Regione Emilia Romagna, P.R.A.P. Emilia Romagna, C.G.M. Emilia Romagna.

Da parte sua l'Amministrazione penitenziaria, con la graduale proporzionalità, predisporrà il suo intervento avendo cura di soddisfare alcune *aree di attenzione*.

In particolare si è ritenuto che l'*allocazione* della persona diventasse importante a partire da un rischio medio al di sotto del quale non si è ritenuto di dover porre una particolare attenzione e cautela. Nei casi di rischio medio il protocollo ha previsto l'inserimento in stanze condivise con compagni di detenzione adeguatamente sollecitati, formati e dotati della sufficiente consapevolezza (*peer supporters*).

Superando questo livello di gravità si è prevista un'*allocazione* in stanze singole. In questo, come nel caso precedente, si è prefigurato un confronto tra l'organizzazione penitenziaria e quella sanitaria finalizzato a concordare le modalità gestionali migliori.

Nei lavori preparatori del protocollo si è spesso fatto riferimento all'opportunità che, anche nel caso dell'allocazione singola, questa sorta di isolamento cautelare, fortemente presidiato dal punto di vista custodiale concretizzato nella continua sorveglianza a vista, potesse essere interrotto nel corso della giornata da periodi di vita in comune con altri detenuti e applicato solo nelle ore destinate al riposo.

La necessità di affrontare la gestione delle acuzie, senza per questo rendere le misure preventive adottate delle vere e proprie afflizioni, introduce la seconda area di attenzione ovvero le *cautele* con le quali accompagnare l'allocazione del soggetto valutato come a rischio.

Solamente nei casi di rischio più elevato si è ritenuto di affrontare una delle questioni più annose, ovvero il possesso di oggetti potenzialmente pericolosi e per questo utilizzabili da un aspirante suicida.

In genere la questione è risolta impedendo il possesso di una lunga serie di beni personali e degli effetti lettereschi giungendo a spogliare la persona anche dei propri abiti. È di tutta evidenza che tutto questo non solo non sempre garantisce la sopravvivenza della persona dai suoi intenti suicidi ma sicuramente la pone in una condizione di spoliazione materiale e morale, che non può che peggiorarne la condizione psichica.

Per tutte queste considerazioni si è ritenuto che non si potesse proseguire in tal modo indicando, in alternativa, l'adozione di misure più flessibili che potessero prevedere un utilizzo limitato, ragionato e ragionevole di alcuni beni di conforto. È il caso delle bombolette di gas da utilizzare per farsi una bevanda calda e che per questo possono essere date al bisogno ed impiegate solo al cospetto di qualcuno e successivamente ritirate. Così per le coperte e le lenzuola ma anche per le cinture e i lacci delle scarpe. Tutti questi beni sono pericolosi solamente in assenza di una sorveglianza ma in sua costanza possono essere lasciati con le opportune cautele.

La terza area di attenzione riguarda un'altra questione per prassi demandata a quegli operatori che sono considerati professionalmente esperti e dotati di efficaci metodi specialistici.

Ci riferiamo all'*ascolto* e al *supporto* alla persona in crisi.

Gli interventi di psichiatri, psicologi ed educatori sono sicuramente molto utili ma, per questioni organizzative, non possono che avere una frequenza puntiforme nello scorrere della quotidianità.

Di questo, lo abbiamo visto, si rendono conto gli stessi funzionari in sede di ispezione al punto da neppure ascoltare questi professionisti. Esiste invece uno spazio di ascolto tutto da colmare che, se adeguatamente programmato ed agito, costruisce tutto intorno alla persona una rete relazionale che può essere utilissima per comprenderla e sostenerla.

In tal senso il protocollo ha previsto che ogni qualvolta un medico segnali un rischio, seppur lieve, automaticamente si dia corso ad un *ascolto e supporto atecnico* a cura del personale educativo e del volontariato oltre che del personale di Polizia addetto a funzioni di livello adeguato e con presenza significativa, ad esempio quello preposto ai reparti o al coordinamento degli stessi.

Il protocollo ha precisato che tale attività si sostanzia in generici colloqui tesi a verificare lo stato d'animo dei destinatari.

È stato previsto che l'esito di tali colloqui debba essere messo a disposizione dell'area sanitaria a corredo delle valutazioni cliniche.

Nei casi di maggiore rischio è indicato che la persona sia posta al centro di una relazione strutturata anche con i propri compagni di detenzione (*peer supporters*).

Sempre con riferimento all'ambito relazionale si è optato per prendere in considerazione il potenziamento della relazione familiare ritenendola di grande utilità in frangenti quali quelli in esame.

Al fine di evitare una possibile e comprensibile strumentalità comportamentale si è deciso che, nei casi di rischio medio – lieve, l'opzione di autorizzare ulteriori colloqui e telefonate con i congiunti o terzi significativi venga lasciato al prudente apprezzamento del Direttore dell'istituto sentiti gli altri attori coinvolti.

Nei casi valutati a rischio alto tale discrezionalità è stata prescritta in termini di obbligo.

L'ultima area presa in considerazione ha riguardato le *comunicazioni* da rivolgere all'esterno. Anche in questo caso si è inteso graduare tale necessità/opportunità. Nei casi di rischio lieve non si è prescritta alcuna comunicazione, viceversa ritenuta necessaria a partire dal livello medio di rischio e da rivolgersi alla Magistratura competente al fine di coinvolgerla.

In caso di rischio alto la comunicazione è stata estesa, ai sensi del combinato disposto degli artt. 29 Ordinamento penitenziario e 63 del suo Regolamento di esecuzione, ai congiunti e ad altre figure significative.

TABELLA 3
AZIONI PROPRIE DELLA DIREZIONE PENITENZIARIA
CON RIFERIMENTO AL LIVELLO DI RISCHIO RILEVATO

AZIONI	LIVELLO DI RISCHIO			ATTUALE
	LIEVE	MEDIO	ALTO	
Allocazione		Celle condivise previo confronto con area sanitaria.	Celle ad hoc previo confronto con area sanitaria.	Ricovero struttura sanitaria esterna.
Cautele			Limitazione dell'uso di oggetti quali bombolette di gas, per es. limitandone l'uso davanti al personale, lamette consentendo in alternativa il servizio di barberia, cinture, lacci, sacchetti di plastica, coperte, lenzuola, oggetti contundenti.	
Ascolto e supporto	Non strettamente tecnico a cura di personale di polizia penitenziaria addetto a funzioni di livello adeguato con presenza significativa, ad esempio preposto ai reparti e/o sorveglianza generale o analoghe figure. Tale sostegno si sostanzia in generici colloqui tesi a verificare lo stato d'animo dei destinatari. Analogamente sono da prevedersi colloqui con educatori e volontari. In tutti i casi l'esito di tali colloqui, seppur sintetico, dovrà essere messo a disposizione dell'area sanitaria a corredo delle valutazioni di tipo clinico.	Non strettamente tecnico a cura di personale di polizia penitenziaria addetto a funzioni di livello adeguato con presenza significativa, ad esempio preposto ai reparti e/o sorveglianza generale o analoghe figure. Tale sostegno si sostanzia in generici colloqui tesi a verificare lo stato d'animo dei destinatari. Analogamente sono da prevedersi colloqui con educatori e volontari. In tutti i casi l'esito di tali colloqui, seppur sintetico, dovrà essere messo a disposizione dell'area sanitaria a corredo delle valutazioni di tipo clinico.	Non strettamente tecnico a cura di personale di polizia penitenziaria addetto a funzioni di livello adeguato con presenza significativa, ad esempio preposto ai reparti e/o sorveglianza generale o analoghe figure. Tale sostegno si sostanzia in generici colloqui tesi a verificare lo stato d'animo dei destinatari. Analogamente sono da prevedersi colloqui con educatori e volontari. In tutti i casi l'esito di tali colloqui, seppur sintetico, dovrà essere messo a disposizione dell'area sanitaria a corredo delle valutazioni di tipo clinico. Altra fonte di sostegno nel corso della quotidianità è rappresentata dal coinvolgimento dei compagni di detenzione (<i>peer supporters</i>).	
Coinvolgimento	Valutazione di ampliamento dei contatti con i congiunti.	Valutazione di autorizzazione di ulteriori colloqui e telefonate straordinarie con congiunti ed altre persone, così come opportunità di favorire le attività sportive, ricreative e trattamentali.	Autorizzazione di ulteriori colloqui e telefonate straordinarie con congiunti ed altre persone, così come l'inserimento in attività sportive, ricreative e trattamentali.	
Comunicazioni		Alla Magistratura competente al fine di coinvolgerla.	Specifiche ai congiunti e alle persone indicate dagli artt. 29 o.p. e 63 r.e. per il loro coinvolgimento. Alla Magistratura competente al fine di coinvolgerla.	

Fonte: Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili – Linee Guida 2014 – Gruppo interistituzionale Regione Emilia Romagna, P.R.A.P. Emilia Romagna, C.G.M. Emilia Romagna.

8. L'implementazione del programma.

Il Programma, inviato a tutti gli istituti del distretto con preghiera di formulare i Piani locali, ha visto una coda formativa importante. Nella sua prima fase, svoltasi nel 2014, l'intervento era diretto a supportare le Direzioni nella progettazione locale nell'elaborazione dei piani locali e nella ricerca delle sinergie possibili con tutti gli attori potenzialmente coinvolgibili, all'interno e all'esterno del sistema penitenziario.

Nel maggio dell'anno successivo è stata avviata una ulteriore fase formativa finalizzata a sostenere alcune azioni valutative e di sostegno all'implementazione del programma di prevenzione.

Si è chiesto ad ognuno dei gruppi di lavoro interistituzionali che, nel frattempo, avevano preso corpo presso ognuna delle sedi penitenziarie, di analizzare un Piano locale di prevenzione relativo ad un istituto penitenziario diverso dal loro, compilando una griglia di analisi che ripercorreva le indicazioni elaborate dall'O.M.S.

Per ognuno di questi aspetti è stato chiesto di valutarne la presenza o assenza nei testi esaminati.

Il sistema incrociato di valutazione aveva manifestatamente l'obiettivo non solo di giungere ad una valutazione "terza" rispetto ai compilatori dei vari progetti ma anche di comparare il proprio operato con quello di altri sullo stesso tema.

Tra l'ottobre e il novembre 2016 si sono organizzati tre incontri plenari ove i gruppi hanno riportato le loro valutazioni potendone discutere con i redattori dei Piani esaminati in modo incrociato.

In questa circostanza oltre a validare o modificare le valutazioni si è colta l'occasione per fare il punto sullo stato di attuazione dei contenuti indicati nei Piani stessi³⁵.

Dal punto di vista della *partecipazione* a questi incontri finali si sono contati complessivamente 52 operatori equamente divisi tra Amministrazione penitenziaria e Sanità. Il dato pare incoraggiante sia dal punto di vista numerico sia rispetto alle proporzioni

³⁵ I dati che di seguito saranno esposti e commentati sono ripresi direttamente dal Report di sintesi regionale svolto dall'*Istituto regionale Emiliano-Romagnolo per i Servizi sociali e sanitari* su commissione del Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria di Bologna consegnato a quest'ultimo nel novembre del 2016 e intitolato "*Percorso formativo – Piano locale di prevenzione delle condotte suicidarie negli II.PP. – Azioni valutative e sostegno all'implementazione dei piani*".

che testimoniano l'impegno alla collaborazione e al lavoro integrato tra il personale delle due Amministrazioni.

Con riferimento allo *stato di attuazione* locale dei Piani si segnala che *tutti gli istituti a quella data erano dotati di un loro piano* e che in due sedi quello analizzato era già una versione aggiornata di una precedente.

I punti di forza che sono stati registrati corrispondono sostanzialmente a quattro grandi questioni.

In primo luogo *le équipes integrate sono diffusamente presenti in tutti gli istituti della regione*. Nella maggior parte dei casi, ovvero in sei istituti su dieci, i gruppi si incontrano con cadenza settimanale o quindicinale e si confrontano sulle varie situazioni di rischio che si sono paventate. In questi istituti è stato espressamente riconosciuto il valore aggiunto del ragionamento integrato, strutturato e continuo sui vari casi. Negli altri istituti si sono registrate difficoltà d'incontro.

Tutti i programmi sviluppano un approccio in linea con le indicazioni dell'O.M.S., ovvero *non selezionano gruppi a rischio ma promuovono interventi sull'ambiente detentivo e su tutti i detenuti*. In tal senso, dal punto di vista organizzativo, questo evidenzia lo sforzo di superare l'approccio specialistico e la volontà di passare ad un approccio comunitario nel quale tutti gli attori devono essere coinvolti.

Il terzo elemento positivo è che *i Piani descrivono i passaggi informativi e procedurali tra le figure professionali sanitarie e tra queste e gli operatori penitenziari*. Tutti i partecipanti hanno segnalato questo come un elemento basilare per poter lavorare in modo integrato e per dare concretezza all'attuazione dell'approccio comunitario.

Tutti hanno riconosciuto l'evoluzione della pratica sanitaria laddove si è riscontrata *l'attuazione di protocolli clinici chiari*.

La valutazione condotta ha evidenziato anche alcune fragilità. In primo luogo la già citata difficoltà, in quattro dei dieci istituti, di *far partecipare con regolarità il personale dell'Amministrazione penitenziaria ai lavori dell'équipe integrata*.

Per poter affrontare il suicidio, superando l'ottica della mera medicalizzazione, sono stati evidenziati i tanti sforzi compiuti per utilizzare le attività trattamentali come leva di prevenzione.

Questi sforzi, tuttavia, hanno reso palese la *limitatezza delle risorse umane a disposizione*, sia tra quelle organiche alle Ammini-

strazioni, che tra quelle volontarie. Questo rende più difficile la realizzazione degli interventi programmati.

Sul piano dell'*impiego dei peer supporters*, seppure tutti i Piani lo prevedano, si è riscontrato un diverso livello di implementazione. Informalmente è una prassi presente nella maggioranza degli istituti e forte è il convincimento che debbano rimanere figure informali. Il loro impiego rimane, quindi, un punto controverso anche se l'esperienza evidenzia interessanti tentativi di superamento dei vari nodi problematici, quali il tipo e le modalità formative da somministrargli, il tipo di riconoscimento da conferire loro e la collocazione concreta della loro attività.

Il report evidenzia i punti critici che hanno visto plurimi e diversificati tentativi di superamento nella quotidianità operativa e riporta la diffusa convinzione dell'effettivo valore di aver definito un programma operativo che ha contribuito a *chiarire le regole interne ed uniformare i linguaggi*. Sentito è il bisogno di confronto sui testi di cui si percepisce il bisogno di aggiornamento per recepire i cambiamenti operati anche in istituti diversi dai propri riconoscendone la validità delle soluzioni adottate.

Concludo registrando un dato che, seppur parziale e con molti distinguo, lascia intendere un riflesso positivo di tutta l'attività posta in essere.

Raffrontando l'incidenza percentuale dei tentativi di suicidio nel corso del primo semestre del 2013 con quella registrata nel corso del primo semestre del 2016, si coglie un abbassamento di tale indice dal 3.2 al 2.2% pari al rapporto tra i 67 casi riscontrati nel periodo esaminato nel 2012, a fronte di una presenza pari a 2.102 unità, contro i 46 casi nel periodo campione del 2016, a fronte di una presenza di 2.129 unità³⁶.

Certamente è ancora presto per poter affermare un trend certo e consolidato ed il legame intercorrente tra questo e il programma di prevenzione in questione.

Le direttive regionali sono state diramate a metà del 2014 e, per oltre un anno, le sedi locali hanno lavorato per trasformarle in Piani locali e da pochi mesi si è stati in grado di fare una valutazione approfondita di questa fase di implementazione. Certamente le testimonianze raccolte tra gli operatori coinvolti raccon-

³⁶ Dati D.A.P. – Sezione Statistiche.

tano di una maggiore attenzione in un quadro metodologico tracciato e profondamente condiviso.

Questo lascia ben sperare anche alla luce delle osservazioni generali dell'O.M.S. che hanno costantemente sottolineato come l'esistenza un programma di prevenzione, di per sé, è già elemento migliorativo rispetto al fenomeno in questione.

Bibliografia

- BUFFA P., "Il suicidio in carcere: diffondere la riflessione per migliorare la prevenzione", in *Quaderni I.S.S.Pe*, "La prevenzione dei suicidi in carcere: contributi per la conoscenza del fenomeno", 8, dicembre 2011.
- BUFFA P., "Il suicidio in carcere: la categorizzazione del rischio come trappola concettuale ed operativa", in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, XV, 1, gennaio-aprile 2012.
- BUFFA P., "Tortura e detenzione: alcune considerazioni in tema di abusi, maltrattamenti e violenze in ambito detentivo" in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, XVI, 3, settembre-dicembre 2013.
- CAMARLINGHI R., D'ANGELLA F., "Perdere i vinti è perdere noi stessi: se il carcere denuncia il ricorso alle (troppe) discariche sociali – intervista a Pietro Buffa", in *Animazione Sociale*, novembre 2010.
- FAZEL S. e altri, "Suicide in prisoners: A systematic review of risk factors", *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 11, novembre 2008.
- MANCONI L., CALDERONE V., *Quando hanno aperto la cella: Stefano Cucchi e gli altri*, Il Saggiatore, Milano, 2011.
- MANCONI L., TORRENTE G., *La pena e i diritti: il carcere nella crisi italiana*, Carocci, Roma, 2015.
- MIRAVALLE M., TORRENTE G., "La normalizzazione del suicidio nelle pratiche penitenziarie: una ricerca sui fascicoli ispettivi dei Provveditorati dell'Amministrazione penitenziaria", in *Politica del Diritto*, 1-2, marzo-giugno 2016.
- PANTOSTI G., PELLEGRINI E., "Fare lo psicologo nel sistema penitenziario per gli adulti", in DE LEO G., *Lo psicologo criminologo: la psicologia clinica nella giustizia penale*, Giuffrè, Milano, 1989.
- ZIMBARDO P.G., *L'effetto Lucifero: cattivi si diventa?*, Cortina, Milano, 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Department of Mental Health and Substance Abuse – Management of Mental and Brain Disorders, *La prevenzione del suicidio nelle carceri*, 2007.