

LA PENA DEL SUICIDIO. LA NORMALIZZAZIONE DELLA SOFFERENZA NELLE PRATICHE PENITENZIARIE.

di
**Giovanni Torrente
e Michele Miravalle**

Indagine realizzata con il contributo di
Fondazione San Paolo

**LA PENA DEL SUICIDIO:
LA NORMALIZZAZIONE DELLA SOFFERENZA
NELLE PRATICHE PENITENZIARIE.**

di Giovanni Torrente e Michele Miravalle

INDICE

Parte prima. Il quadro strutturale	pag. 7
Il suicidio nel mondo libero tra rappresentazioni e realtà	pag. 9
Il suicidio nei luoghi di prigionia	pag. 13
Il suicidio nelle carceri italiane	pag. 16
Stili di gestione e strategie di adattamento al carcere	pag. 23
Variabili stimolanti e variabili inibenti: la prospettiva di ricerca in Italia	pag. 26
Le indicazioni di tre studi di caso	pag. 30
Parte seconda. Dal generale al particolare: dentro i percorsi penitenziari	pag. 33
Una ricerca sui fascicoli ispettivi dei Provveditorati dell'Amministrazione Penitenziaria	pag. 35
La posizione giuridica e il reato	pag. 39
L'età delle vittime	pag. 42
Da quanto tempo in carcere e quanto mancava alla fine	pag. 43
Carcere e disagio mentale: la ghettizzazione della marginalità	pag. 46
Il grido di allarme e la risposta organizzativa	pag. 52
Quale reazione di fronte al caso problematico?	pag. 53
Parte terza. Le reazioni al suicidio da parte dell'amministrazione, fuggire o affrontare le responsabilità?	pag. 59
"Non devono fuggire e non devono morire". Normare il suicidio, tra tentativi e illusioni.	pag. 61
Suicidi più uguali degli altri. La prevedibilità istituzionale del suicidio.	pag. 65
Il suicidio in O.P.G.	pag. 74
Conclusioni	pag. 79
Bibliografia di riferimento	pag. 83

PARTE PRIMA
Il quadro strutturale

Il suicidio nel mondo libero tra rappresentazioni e realtà

Discutere di suicidi, come noto, costituisce un tabù. In Italia, in particolare, il dibattito attorno al principio dell'autodeterminazione dell'individuo in materia di fine vita pare fortemente condizionato da opposte concezioni ideologiche che si traducono in posizioni identitarie da parte delle forze politiche in campo che, sino ad oggi, hanno, non solo impedito un intervento del legislatore in materia, ma di fatto contribuito a marginalizzare il dibattito sul tema.

In presenza di tali condizioni socio-politiche, è pressoché assente, da parte degli operatori del settore e della comunità scientifica, una valutazione costante della dimensione quantitativa e del significato del fenomeno nella sua veste ordinaria, quotidiana.

Al riguardo, occorre segnalare come, per lungo tempo, il dibattito sulle strategie di intervento nei confronti dei fenomeni autolesivi sia stato relegato all'interno di un sapere medico-clinico, che ha prodotto una medicalizzazione di un tema che invece merita di essere analizzato attraverso una prospettiva pluralista. D'altronde, già gli studi pionieristici condotti da Emile Durkheim¹ (1969) dimostrarono l'erroneità di un approccio esclusivamente individualistico. Il suicidio, come ampiamente dimostrato dalla letteratura contemporanea², è un fatto sociale, che coinvolge l'uomo e il suo ambiente di appartenenza. Di conseguenza, ogni analisi sul fenomeno, secondo la prospettiva qui suggerita, deve considerare l'individuo all'interno del quadro strutturale in cui egli si colloca.

¹ Per una recente rilettura del pensiero di Durkheim in materia e per un approccio interpretativo coerente con le dinamiche sociali contemporanee, si rimanda al volume di Marzio Barbagli (2009).

Da questo punto di vista, occorre rilevare come, recentemente, il tema del suicidio sia tornato ad essere oggetto di attenzione in quanto considerato uno degli specchi della particolare fase storica che stanno vivendo le moderne economie occidentali. In particolare, all'interno del dibattito pubblico, ma anche delle scienze sociali², è stata rilevata una connessione fra l'esplosione della crisi economica che ha pesantemente coinvolto tutta l'Europa e il ripetersi di casi di suicidi fra persone vittime di dissesti finanziari. Tale attenzione, tuttavia, si è sviluppata soprattutto sul piano mediatico, attraverso la disordinata produzione di dati, statistiche e allarmi che hanno contribuito a produrre una sensazione diffusa di un generale aumento del fenomeno che tuttavia, come si vedrà fra breve, non coincide pienamente con la realtà.

Una delle sfaccettature della recente nuova attenzione nei confronti del suicidio è costituita dall'interessamento delle agenzie internazionali preposte alla prevenzione e cura della salute. In merito, ad esempio, si è espressa la *WHO (World Health Organization)* che ha recentemente pubblicato un documento intitolato “*Preventing suicide: a global imperative*”. L'obiettivo primario della *WHO* è quello di creare, accrescere e migliorare le politiche e gli strumenti atti alla prevenzione, arrivando a ridurre la percentuale di suicidi del 10% entro il 2020. La *WHO* stima che, nel 2012, 804.000 persone si siano tolte la vita e afferma che il suicidio è la seconda causa di morte tra i giovani aventi età compresa tra i 15 e i 29 anni (2014, p. 11). L'organizzazione stessa però considera sottostimati i propri dati, soprattutto a causa dei metodi di raccolta non omogenei e al disinteresse generale che i governi ripongono nei confronti del tema. Nel documento vengono ricercate le varie problematiche che possano indurre una persona a terminare prematuramente la propria vita: si parla di fattori sociali, psicologici e mentali, dell'assunzione di droghe o alcol e del rapporto con le crisi che irrompono nelle società contemporanee. Ma quello che sin dalle prime pagine emerge come dato fondamentale è l'idea di “aiuto”; infatti, indipendentemente dalle cause che portano all'evento critico, nel momento in cui si realizza vi è, secondo gli esperti della *WHO*, una certezza: nei confronti di quella persona è mancato un supporto che potesse dissuaderla dal compiere il gesto; inoltre, è proprio dal concetto di aiuto che la *WHO* muove per presentare i metodi e le politiche per prevenire il fenomeno.

La lettura dei dati numerici relativi all'incidenza dei suicidi nei vari paesi (tabella 1) mostra

² Per un approccio in tal senso, si rimanda al recente volume a cura di Anna Simone (2014).

una forte disomogeneità. Come noto, il significato e l'entità del fenomeno varia a seconda del quadro politico e culturale nel quale il suicidio si colloca. Non deve quindi stupire che la lettura dei dati dei diversi paesi presenti un quadro a macchia di leopardo.

<i>Tabella n. 1. Tassi di suicidio all'interno dei paesi più industrializzati 2000-2012</i>			
Paese	Tasso di suicidio ogni 100.000 abitanti 2000	Tasso di suicidio ogni 100.000 abitanti 2012	Variazione percentuale
Francia	14,9	12,3	-17,20%
Germania	11,1	9,2	-17,40%
Italia	5	4,7	-7,40%
Regno Unito	7,8	6,2	-21,10%
Spagna	6,4	5,1	-20,30%
Paesi Bassi	7,9	8,2	3,30%
Russia	35	19,5	-44,40%
Canada	11	9,8	-11,10%
Stati Uniti	9,8	12,1	24,20%
Giappone	18,8	18,5	-1,90%
Cina	19,4	7,8	-59,60%
Brasile	5,3	5,8	10,40%
India	23,3	21,1	-9,20%
Sudafrica	3,3	3	-8,80%
<i>Fonte: World Health Organization</i>			

Uno sguardo alle cifre mostra pienamente la differente natura e incidenza del fenomeno nei vari Stati. Se limitiamo l'analisi ad un campione composto dai paesi più industrializzati, oltre alle cosiddette economie emergenti, è possibile osservare come i tassi di suicidio ogni 100.000 abitanti si collochino all'interno di una forbice che muove da un minimo di 3 (Sudafrica) ad un massimo di 21 (India). Anche restringendo il campione all'interno del contesto europeo permangono evidenti discrasie fra le diverse nazioni. In Europa, il paese con i tassi di suicidio più elevati è la Russia, con 19,5 casi ogni 100.000 abitanti, seguita dalla Francia con poco più di 12 suicidi ogni 100.000 abitanti. Al lato opposto si collocano la

Spagna e l'Italia con un'incidenza del fenomeno che ruota attorno ai 5 suicidi ogni 100.000 abitanti. Ci si trova di fronte, quindi, a differenze difficilmente riconducibili a una spiegazione unitaria fondata su variabili geografiche, ambientali o socio-economiche. Si tratta piuttosto di quell'insieme di pratiche, credenze e rappresentazioni che costituiscono la cultura di un popolo e il significato che il suicidio assume all'interno delle dinamiche sociali di un paese.

La lettura dei dati pone tuttavia in luce un altro aspetto significativo, in quanto si pone in contraddizione con le recenti rappresentazioni del fenomeno. I dati numerici dei paesi qui considerati ci dicono che in realtà il suicidio non è un fenomeno in ascesa. Al contrario, fortunatamente, si tratta di un problema che in molti paesi è in drastica diminuzione. La comparazione dei dati relativi al decennio 2000-2012, da questo punto di vista, appare un indice statistico significativo. In alcuni paesi, quali la Cina e la Russia, con tassi di suicidio tradizionalmente molto elevati, la diminuzione è drastica (rispettivamente del 59,6% e del 44,4%). Nella stessa Europa occidentale, martoriata in questi anni dalla crisi economica, non abbiamo un aumento del fenomeno. Al contrario, ciò che appare è una generale significativa riduzione dei casi. Tale riduzione ci induce a considerare come errata la tesi da molti avanzata, secondo la quale la crisi economica avrebbe generato un aumento dei gesti autolesivi. Piuttosto, appare rafforzata la sensazione di una distorsione nella rappresentazione del fenomeno, il quale, una volta sprofondato all'interno del tritacarne mediatico, è stato trattato con la superficialità propria di tale campo, legata al sensazionalismo di cui troppo frequentemente si nutrono i media³.

Tale quadro generale mostra tuttavia una significativa eccezione. Nel decennio 2000-2012 l'unico paese che ha conosciuto un significativo innalzamento dei tassi di suicidio sono gli Stati Uniti dove i casi sono aumentati di oltre il 24%. Secondo l'interpretazione prevalente (Reeves, Stuckler, McKee, Gunnel, Chang, Basu, 2012), gli Stati Uniti di questi ultimi anni costituirebbero un caso nel quale la ridefinizione dei rapporti individuali che ha seguito i mutamenti economici contemporanei avrebbe provocato una disgregazione delle relazioni sociali in grado di produrre quelle forme di anomia e di alienazione (Merton, 2000) capaci in ultima analisi di favorire un incremento del senso di disperazione che conduce al suicidio. Secondo l'interpretazione offerta dal WHO, in questi casi il suicidio si accompagna alla

³ Tale tesi è suggerita fra l'altro nel già citato volume a cura di Anna Simone.

solitudine, alla mancanza di cure che accompagna l'uomo nelle società post-industriali: questa negatività porta alcuni soggetti a chiudersi in sé stessi, senza chiedere aiuto o sostegno a nessuno (né familiari né persone qualificate nell'ambito). La *WHO* auspica quindi una maggiore attenzione nei confronti del problema ed un atteggiamento meno sfavorevole verso l'argomento, perché a nulla servono i programmi di prevenzione e supporto se i cittadini stessi non decidono volontariamente di fruirne.

Il suicidio nei luoghi di prigionia

Il tema rilanciato dalla *WHO* costituisce un'occasione per muovere l'attenzione verso situazioni particolari nelle quali il suicidio avviene con maggiore frequenza, assumendo significati peculiari. Questo è il caso, ad esempio, del carcere.

La condizione di cattività è infatti quella dove più si manifesta quel condizionamento fra l'individuo e l'ambiente circostante che influenza le percezioni e l'agire dei soggetti coinvolti. La comprensione dei fenomeni autolesionistici all'interno del carcere deve quindi muovere dalla nozione di istituzione totale. Tali istituzioni, secondo la tradizionale definizione di Erving Goffman (1961), sono quei luoghi che si caratterizzano per pratiche che, nella loro ripetitività e nel perdurare nel tempo, producono un senso di alienazione e di frustrazione nei confronti del recluso. Tali pratiche si caratterizzano per almeno tre aspetti principali:

1. l'allontanamento e l'esclusione dal resto della società dei soggetti istituzionalizzati;
2. l'organizzazione centralizzata e formalizzata del luogo e delle sue pratiche interne;
3. il controllo operato dall'alto sugli appartenenti all'istituzione.

Secondo tale definizione, sono istituzioni totali le carceri, ma anche gli ospedali psichiatrici, i conventi, i collegi.

Limitandoci in questo caso allo specifico del carcere, occorre considerare come la prigione sia un luogo in grado di produrre forme di sofferenza che vanno ben oltre la semplice privazione della libertà (Gonin, 1994). È stato infatti dimostrato come l'ingresso all'interno dell'istituzione penitenziaria si accompagni ad un processo di decostruzione del proprio sé che è stato definito come "rituale di degradazione" (Garfinkel, 1956). La degradazione del recluso avviene sin dall'ingresso nell'istituzione, attraverso la spogliazione, la privazione dei

propri beni e le perquisizioni. In seguito, il recluso è inserito all'interno delle rigide pratiche del penitenziario, in grado di produrre su alcuni quell'effetto di prigionizzazione (Clemmer, 1997) in base al quale un individuo che trascorre lungo tempo in condizioni di prigionia perde progressivamente le proprie abilità necessarie alla sopravvivenza nel mondo esterno a favore di atteggiamenti, di pratiche e di un linguaggio proprio del carcere. In ultima analisi, il processo di prigionizzazione è interpretato come una delle cause che favoriscono le difficoltà di re-ingresso nella società da parte degli ex detenuti e la moltiplicazione dei tassi di recidiva (Sykes, 1997).

<i>Tabella 2. Comparazione dei tassi di suicidio fra i cittadini liberi e quelli reclusi</i>			
Paese	Tasso di suicidi ogni 10.000 abitanti	Tasso di suicidi ogni 10.000 detenuti	Differenza percentuale
Francia	1,23	15,6	12,68
Germania	0,92	7,5	8,15
Italia	0,47	9,4	20
Norvegia	0,91	11,3	12,42
Paesi Bassi	0,82	13	15,85
Portogallo	0,82	6,3	7,68
Regno Unito	0,62	6,7	10,81
Spagna	0,51	2,4	4,71
Svezia	1,11	10,4	9,37
<i>Fonte: WHO e SPACE I</i>			

Chiaramente, tali elementi caratterizzanti l'istituzione penitenziaria sono in grado di produrre uno *shock* nei confronti di colui che vi entra a far parte e di favorire il compimento di gesti autolesivi. D'altro canto, occorre considerare come la popolazione detenuta, in ogni parte del mondo, si caratterizza per l'appartenenza a specifiche classi sociali marginali, spesso contraddistinte da forme di disagio psichico, alle volte associato a varie forme di dipendenza, che chiaramente hanno un impatto devastante nel momento in cui si confrontano con le pratiche penitenziarie (Saitta, 2014).

Tabella 3. Tassi di suicidio fra i reclusi 2000-2012

Paese	Tassi di suicidio ogni 10.000 detenuti 2000	Tassi di suicidio ogni 10.000 detenuti 2012	Differenza percentuale
Francia	24	15,6	-8,4
Germania	9,9	7,5	-2,4
Italia	10	9,4	-0,6
Norvegia	0	11,3	11,3
Paesi Bassi	7,7	13	5,3
Portogallo	7,4	6,3	-1,1
Regno Unito	14 (Inghilterra e Galles)	6,7	-7,3
Spagna	4	2,4	-1,6
Svezia	9,4	10,4	1

Fonte: SPACE I

Non deve quindi stupire che i dati statistici sui casi di suicidio in carcere mostrino ovunque un'incidenza del fenomeno assai superiore rispetto all'esterno (tabella 2). Per ragioni di comparabilità⁴, i dati presentati si limitano ai paesi europei e mostrano come ovunque i tassi di suicidio in carcere siano molto superiori rispetto all'esterno. Il dato più eclatante riguarda proprio l'Italia dove nel 2012 i tassi di suicidio in carcere erano di ben 20 volte superiori rispetto a quanto accade all'esterno. Parallelamente, il paese con i più elevati tassi di suicidio in carcere in Europa è la Francia, dove nel 2012 erano avvenuti 15,6 suicidi ogni 10.000 detenuti⁵. All'interno di questa macabra classifica il paese europeo che mostra una minor incidenza dei suicidi in carcere – così come già fra i cittadini liberi – è la Spagna. A differenza dell'Italia, infatti, in Spagna i tassi di suicidio nei luoghi di detenzione si mantengono su livelli moderatamente bassi, così come avviene fra i cittadini liberi. Tali variazioni portano ad interrogarsi su quali differenze nelle pratiche penitenziarie e nella

⁴ I dati utilizzati nella comparazione dei tassi di suicidio in carcere sono infatti raccolti attraverso la piattaforma informatica SPACE I, progettata e elaborata dall'Università di Losanna per conto del Consiglio d'Europa. Tali dati, pertanto, si limitano ad una comparazione all'interno del panorama europeo.

⁵ È qui appena il caso di ricordare come l'incidenza dei suicidi in carcere costituisca uno degli aspetti di maggiore criticità nell'amministrazione delle prigioni in Francia. Per una lettura critica del fenomeno si rimanda al rapporto dell'Observatoire International des Prisons (2005).

composizione della popolazione detenuta favoriscano le significative divergenze che si possono rilevare fra paesi confinanti. Da questo punto di vista, occorre considerare come una lettura diacronica del fenomeno (tabella 3) mostri come anche i suicidi in carcere siano in tendenziale diminuzione, così come quelli all'esterno, seppur in maniera meno incisiva. Da questo punto di vista, il paese con la diminuzione più sensibile è proprio la Francia. Nelle carceri transalpine, infatti, nel 2000 si sono verificati 24 suicidi ogni 10.000 detenuti; dodici anni dopo, tale dato è sceso di oltre 8 punti. In altri paesi, quali ad esempio l'Italia, la diminuzione è più modesta, mostrando un'incidenza del fenomeno sostanzialmente invariata nel tempo. In altri ancora, quali in particolare i paesi nordici, assistiamo ad un incremento dei casi. Si tratta di paesi per lungo tempo individuati come un modello dal punto di vista della civiltà della pena. Tuttavia, negli ultimi venti anni, anch'essi sono stati coinvolti da un processo di incremento dei numeri della popolazione detenuta, così come la grande maggioranza delle democrazie occidentali (Matthews, 2009; Simon, 2008; Wacquant, 2000). Ecco quindi come paesi tradizionalmente immuni dalle tensioni sociali che portano alla carcerazione dei soggetti più marginali proprio in questi ultimi anni incomincino a conoscere casi di autolesionismo e suicidi all'interno delle mura delle proprie prigioni, ed ad interrogarsi di conseguenza sui rimedi attraverso i quali fronteggiare il fenomeno.

Il suicidio nelle carceri italiane

In Italia, il carcere è un luogo dove il rischio che si verifichi un suicidio è tra le 9 e le 21 volte superiore rispetto all'esterno (tabella n. 4). I dati raccolti presentano un confronto fra i tassi di tentativi di suicidio e di suicidi realizzati, rispettivamente, fra cittadini liberi e cittadini detenuti negli anni compresi tra il 1993 e il 2010⁶. Occorre da subito rilevare come le modalità con cui sono calcolati i tassi di suicidio in carcere sono da tempo oggetto di un confronto di natura metodologica. In particolare, Pietro Buffa (2008, 2012) ha obiettato che

⁶ La qualità e l'arco temporale dei dati presentati è fortemente condizionata dalle pubblicazioni Istat relative ai tentativi di suicidio e i suicidi realizzati fra la popolazione libera. Relativamente ai tentativi, gli unici dati pubblicati dall'ufficio statistico nazionale si riferiscono al periodo 2005-2010. Più ampio risulta invece il periodo di riferimento relativo ai suicidi fra la popolazione italiana che copre l'arco temporale 1993-2010, con peraltro l'eccezione del 2004, anno in cui manca la rilevazione dei dati. I dati relativi ai tentativi di suicidio e ai suicidi fra la popolazione detenuta sono invece regolarmente pubblicati dal Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

la cifra percentuale sull'incidenza dell'autolesionismo in carcere non debba essere calcolata sul numero di detenuti presenti al 31 dicembre dell'anno di riferimento, quanto piuttosto sul totale degli ingressi in carcere nell'anno. Adottando tale metodo l'autore è giunto a ridimensionare il dato presentato da Boraschi e Manconi (2006) che indicavano una maggiore incidenza dei suicidi in carcere tra le 18 e le 19 volte rispetto all'esterno⁷.

Tabella n. 4. Tasso di suicidi tentati e realizzati fra cittadini liberi e detenuti

Anno di rilevazione	Tentativi di suicidio cittadini liberi (tasso ogni 10.000 abitanti)	Tentativi di suicidio fra detenuti (tasso ogni 10.000 detenuti)	Suicidi fra cittadini liberi (tasso ogni 10.000 abitanti)	Suicidi fra detenuti (tasso ogni 10.000 detenuti)
1993	-	130	0,80	12,0
1994	-	120	0,77	9,7
1995	-	170	0,77	9,9
1996	-	150	0,78	9,3
1997	-	160	0,77	11,1
1998	-	190	0,74	10,3
1999	-	180	0,67	10,3
2000	-	170	0,67	10,4
2001	-	160	0,65	12,5
2002	-	140	0,65	9,3
2003	-	120	0,64	10,5
2004	-	160	-	9,2
2005	0,57	130,0	0,49	9,5
2006	0,56	120,0	0,52	5,0
2007	0,55	130	0,48	10,09
2008	0,56	125	0,47	7,66
2009	0,55	150	0,50	8,2
2010	0,51	170	0,51	9,2

Evidentemente, la scelta si giustifica con la necessità di considerare tra l'universo di riferimento tutti coloro che, nell'anno oggetto di analisi, sono entrati a contatto con il sistema carcerario. Pur riconoscendo la validità delle argomentazioni proposte, in questa sede si è ritenuto di riproporre il confronto sulla base delle presenze al 31 dicembre in ragione di

⁷ Nel 2008, utilizzando tale metodo, Buffa rilevò un'incidenza di circa 7 volte superiore rispetto all'esterno.

alcune motivazioni fra loro strettamente collegate. I dati sui tassi di tentativi di suicidio e su quelli dei suicidi realizzati nelle carceri italiane sono raccolti e pubblicati ufficialmente dall'amministrazione penitenziaria. Di conseguenza, il metodo di rilevazione dei tassi di suicidio nelle carceri è il frutto di una scelta dell'ufficio statistico del dipartimento, il quale determina tali percentuali sulla base delle presenze a fine anno. In questo senso, la scelta di effettuare l'analisi attraverso dati pubblici e ufficiali ha come diretta conseguenza quella di adottare le scelte metodologiche degli uffici statistici del ministero. Al contrario, un'analisi sui flussi sarebbe stata possibile solo disponendo di dati interni all'amministrazione, non pubblicati, di scarsa reperibilità e di non semplice interpretazione. In secondo luogo, occorre rilevare come la scelta di utilizzare i dati riferiti alle presenze al 31 dicembre si fa preferire in ragione dell'esigenza di comparare tali dati con quelli relativi all'universo esterno. I dati raccolti dall'Istat sui tassi di suicidio nella popolazione libera non fanno infatti riferimento ad un universo che somma tutti i nati e i deceduti durante l'anno di riferimento, quanto piuttosto la popolazione del paese in un giorno prefissato. Infine, pur in presenza di un ampio dibattito, la scelta adottata è coerente con il metodo prevalente all'interno della letteratura internazionale sulla materia⁸.

Sempre dal punto di vista dell'interpretazione del dato, occorre rilevare come l'indice statistico sia in grado di rappresentare solo quella quota del fenomeno di cui sono venute a conoscenza le agenzie preposte alla denuncia ed alla raccolta statistica degli episodi autolesionistici. È quindi assai più probabile che le forze dell'ordine vengano a conoscenza di un tentativo di suicidio avvenuto in carcere piuttosto che di un medesimo gesto attuato in un contesto libero. Di conseguenza, il dato che mostra tentativi di suicidio fra i detenuti tra le 214 e le 272 volte superiore rispetto all'esterno deve essere necessariamente interpretato con molta cautela. Al contrario, è ragionevole pensare che per i casi di suicidio il numero oscuro sia meno elevato e che quindi il dato sia più corrispondente alla realtà⁹.

Al netto di tali scelte metodologiche, occorre rilevare come il confronto fra il tasso di gesti

⁸ All'interno di una letteratura molto ampia e alle volte datata, si rinvia in particolare agli studi di Bucarelli e Pintor (1991), Craze (1990) e Lloyd (1990).

⁹ Anche in questo caso, tuttavia, una breve letteratura delle appendici metodologiche che accompagnano le rilevazioni Istat mostra come il quadro sia ben più complesso di quanto sia possibile immaginare attraverso una semplice lettura del dato. In materia di suicidi fra la popolazione libera, ad esempio, l'istituto statistico lamenta una netta differenza fra il numero di suicidi rilevati dalle fonti sanitarie rispetto a quelle giudiziarie. Secondo quanto rilevato dall'Istat, infatti, queste ultime tenderebbero a sottostimare il fenomeno con una percentuale di casi non rilevati del 20-25% rispetto alla fonte sanitaria (!).

autolesionistici in carcere e quelli commessi all'esterno mostrò un dato inequivocabile: il carcere è un luogo fortemente a rischio per la realizzazione di suicidi e altre forme di autolesionismo. Tale dato giustifica quindi un'attenzione volta a domandarsi le ragioni della sproporzione nel fenomeno e le possibili soluzioni per contenere le forme di disagio che si manifestano fra le mura dell'istituzione carceraria.

I dati mostrano infatti come, fra la popolazione libera, negli ultimi 20 anni i tassi di suicidi realizzati diminuiscano progressivamente, passando dallo 0,80 ogni 10.000 abitanti del 1993 allo 0,51 del 2010. Si tratta di una diminuzione netta e progressiva che avviene soprattutto nel decennio 1993-2005, con una stabilizzazione negli ultimi 5 anni di rilevazione. Ciò non accade in carcere. Le variazioni dei tassi di suicidio fra i detenuti, anche solo da un anno all'altro, appaiono assai significative. Tali oscillazioni determinano che proprio negli ultimi anni, con la punta massima del 2007, si sia accentuata la forbice fra il carcere e il mondo esterno. Là dove, infatti, nel mondo esterno tale fenomeno appariva in calo¹⁰, in carcere rimaneva su livelli assai elevati con profonde oscillazioni fra un anno e il successivo con variazioni che non appaiono riconducibili ad un'unica interpretazione.

Come è noto, infatti, tale differenza fra il carcere e il mondo esterno è interpretabile attraverso differenti prospettive che non debbono essere necessariamente considerate come alternative. In primo luogo, è stato rilevato come il combinarsi della crisi delle politiche di *Welfare*, accompagnate da un inasprimento delle sanzioni per gli autori di reati di micro-criminalità abbiano prodotto quella forma di "detenzione sociale" ben nota, sia agli studiosi dell'universo carcerario, sia agli operatori. Tale nuova forma di detenzione, che ha visto il suo pieno realizzarsi in Italia nell'arco temporale fra il 1990 e il 2010, vede confluire all'interno degli istituti di pena soggetti affetti dalle più disparate forme di disagio, sia individuale che sociale. Pur non comparando in nessuna voce statistica specifica, tale disagio è un elemento fortemente percepito all'interno delle carceri, producendo di fatto un senso di frustrazione generalizzato, sia fra gli ospiti, sia fra gli operatori.

In secondo luogo, direttamente connesso a tale espulsione del disagio dal sistema inclusivo dello stato sociale a favore di quello repressivo della detenzione, il medesimo arco storico si

¹⁰ Occorre al riguardo rilevare come la nostra rilevazione, sia in ragione dei dati a disposizione, sia nell'ottica dell'economia di questo lavoro, non considera il drammatico impatto dell'attuale crisi economica sui tassi di suicidio all'interno della popolazione libera che proprio negli anni fra il 2011 e il 2013 potrebbe aver prodotto i peggiori effetti. Al riguardo, si rinvia a successivi studi per una disamina più articolata del fenomeno e per un'eventuale ulteriore comparazione con l'universo detentivo.

è caratterizzato per un progressivo deterioramento delle condizioni detentive nei penitenziari italiani. Tale deterioramento generalizzato vede il suo più esplicito manifestarsi nel combinato del progressivo aumento dei tassi di detenzione e di sovraffollamento, accompagnato dall'altrettanto progressiva riduzione delle risorse. Anche solo a livello intuitivo, appare chiaro come tali aspetti possano aver contribuito a determinare quel divario fra i tassi di suicidio nel carcere rispetto alla comunità libera che i dati statistici paiono mostrare in maniera evidente.

Tali considerazioni paiono confermate dalla lettura della serie storica che parte dal 1980 per arrivare sino al 2010 (tabella 5). In particolare, la rappresentazione grafica della curva dei tentativi di suicidio e dei suicidi realizzati (grafici 1 e 2) mostra come i tentativi di suicidio abbiano avuto un tendenziale aumento a partire dalla seconda metà degli anni '80, con la punta massima raggiunta alla fine degli anni '90 ed eguagliata nel 2010. Al contrario, i suicidi realizzati sono aumentati numericamente dal 1993 sino ad oggi, con la punta massima toccata nel 2001 con 69 suicidi fra i cittadini detenuti. Tuttavia, se raffrontiamo il numero dei suicidi con la popolazione detenuta, è possibile osservare come la curva raggiunga il suo punto più elevato negli anni '80; in seguito, i tassi scendono, seppur con un andamento schizofrenico nel quale, ad anni tendenzialmente meno preoccupanti, seguono periodi di incremento, quasi improvviso.

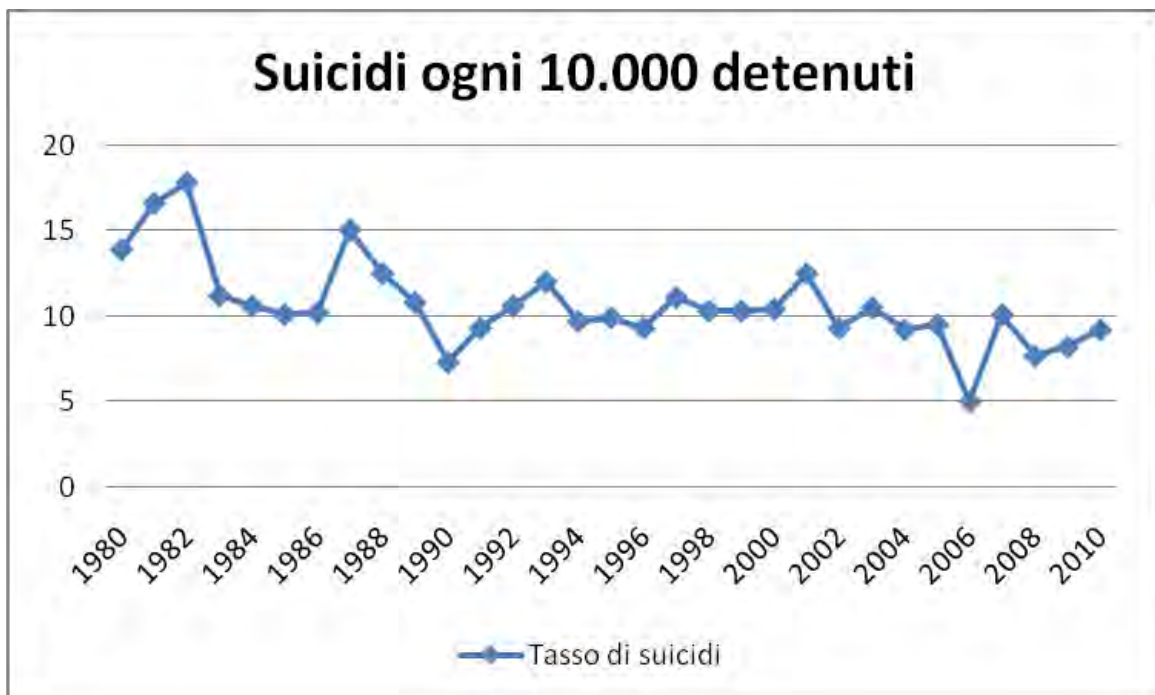
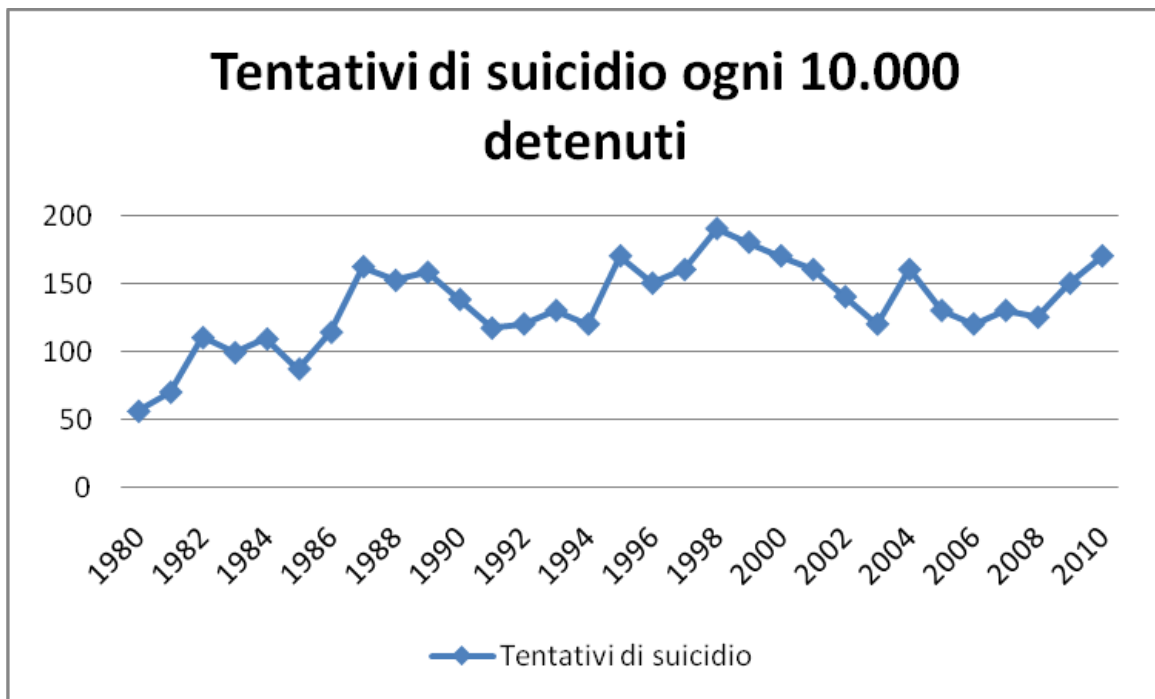
All'interno di tale andamento non costante, un aspetto deve tuttavia essere rimarcato. La minor incidenza dei suicidi in carcere negli ultimi 30 anni si verifica nel 1990 e nel 2006. In quegli anni, come noto, sono stati approvati dal Parlamento italiano gli ultimi provvedimenti di clemenza¹¹. È possibile quindi avanzare l'ipotesi che la speranza offerta attraverso i provvedimenti clemenziali, sommata probabilmente al miglioramento delle condizioni detentive a seguito dello sfollamento delle carceri, siano stati in grado di migliorare il clima all'interno dei penitenziari, favorendo una riduzione dei comportamenti autolesivi. La

¹¹ Si tratta, come più volte ricordato in questo lavoro, dell'amnistia approvata con il Decreto del Presidente della Repubblica n. 75 del 12 aprile 1990, e dell'indulto approvato con Legge n. 241 del 31 luglio 2006.

Tabella n. 5. Serie storica tentativi di suicidio e suicidi nelle carceri italiane

Anno	Numero tentativi di suicidio	Tasso tentativi di suicidio ogni 10.000 detenuti	Numero suicidi	Tasso suicidi ogni 10.000 detenuti
1980	169	56	40	13,9
1981	229	70	54	16,6
1982	358	110	58	17,8
1983	388	99	44	11,2
1984	477	109	46	10,6
1985	378	87	44	10,1
1986	484	114	43	10,2
1987	548	162	51	15,05
1988	535	152	44	12,5
1989	557	158	30	10,8
1990	436	138	23	7,3
1991	365	117	29	9,3
1992	531	120	47	10,6
1993	670	130	61	12,0
1994	639	120	51	9,7
1995	868	170	50	9,9
1996	709	150	45	9,3
1997	773	160	55	11,1
1998	933	190	51	10,3
1999	920	180	53	10,3
2000	892	170	56	10,4
2001	878	160	69	12,5
2002	782	140	52	9,3
2003	676	120	57	10,5
2004	713	160	52	9,2
2005	750	130	57	9,5
2006	640	120	50	5,0
2007	610	130	45	10,09
2008	683	125	42	7,66
2009	944	150	52	8,2
2010	1.137	170	63	9,2

conferma di tale ipotesi avrebbe ovviamente un impatto rilevante nell'interpretazione del significato dei provvedimenti di clemenza che, letti in quest'ottica, si rivelerebbero come un efficace strumento di riduzione dello sconforto e di contenimento del disagio che favorisce l'autolesionismo negli istituti penitenziari.



Stili di gestione e strategie di adattamento al carcere

Come accennato nella premessa di questo lavoro, il tema del suicidio, per lungo tempo, è rimasto sottaciuto, coperto da un velo di silenzio che ha impedito ogni riflessione in materia. Ancor di più, il suicidio in carcere richiama un altro fenomeno, così strettamente connesso alle dinamiche carcerarie da costituirne un elemento – quasi – fondante: la violenza. Le varie forme di violenza auto ed etero inferte, come noto, costituiscono un fattore che, drammaticamente, accompagna la privazione della libertà; al tempo stesso, essa rappresenta un tabù, un fenomeno che spesso rimane racchiuso fra le mura della prigione, lontano dagli occhi del mondo libero.

Solo recentemente, il ripetersi di casi di morti sospette all'interno delle prigioni è divenuto oggetto di una sempre maggiore attenzione da parte della comunità esterna, anche attraverso la nascita di veri e propri “dossier” sulle morti negli istituti penitenziari¹².

Il fenomeno dell'autolesionismo e dei suicidi ha, quindi, nel tempo assunto maggiore rilevanza all'interno del dibattito in materia di umanizzazione della pena. I suicidi avvenuti in carcere hanno infatti ottenuto sempre maggiore interesse da parte delle organizzazioni interessate alla tutela dei diritti delle persone detenute, le quali con frequenza hanno denunciato il ripetersi degli episodi di autolesionismo all'interno degli istituti penitenziari. Nel tempo, tale opera di denuncia ha assunto una certa eco mediatica, anche a seguito dell'interesse di alcuni tra i principali organi di informazione. Tale particolare attenzione ha infine coinvolto anche l'amministrazione penitenziaria, la quale da tempo periodicamente produce circolari interne e studi volti al contenimento del fenomeno¹³.

A fronte di tale attenzione generale, si ravvisa, all'interno del panorama scientifico italiano, un ridotto numero di studi che hanno analizzato il fenomeno attraverso l'utilizzo degli strumenti della ricerca empirica. Quello che si ravvisa, infatti, è il prevalere di un approccio impressionistico di natura “individualista”, concentrato sulle motivazioni di colui che ha

¹² Il più noto dei quali è il dossier “Morire di carcere” prodotto all'interno della redazione del giornale della Casa di Reclusione di Padova e dell'Istituto di Pena femminile della Giudecca “Ristretti Orizzonti”.

¹³ Dal punto di vista delle circolari interne alla pubblica amministrazione, si segnalano in particolare la circolare n. 3233/5683 del 30 dicembre 1987 dal titolo “Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati: istituzione e organizzazione del servizio nuovi giunti” e la circolare n. 0181045 del 6 giugno 2007 dal titolo “I detenuti provenienti dalla libertà: regole di accoglienza – linee di indirizzo”. Gli studi più significativi in materia di autolesionismo penitenziario prodotti all'interno dell'amministrazione penitenziaria, come si vedrà meglio fra breve, portano la firma di Pietro Buffa (2003, 2005, 2008).

messo in atto il gesto autolesivo, *in primis* attraverso la ricerca di forme di disagio psichico nel percorso esistenziale della persona. Tuttavia, l'ambiente carcerario costituisce un universo che, più di altri, merita attenzione in relazione alle particolari modalità e significati che il gesto autolesionistico assume all'interno delle mura delle prigioni.

In ambito internazionale, al contrario, l'adozione di una prospettiva di carattere ambientale nella comprensione del suicidio e dell'autolesionismo in carcere si è affermata grazie ai risultati raggiunti da alcuni studi, condotti soprattutto in ambito anglosassone e nordamericano, che hanno concentrato l'attenzione sulle pratiche penitenziarie al fine di verificarne la relazione con l'incidenza dei suicidi. Da questo punto di vista, costituiscono degli importanti punti di riferimento le ricerche condotte da Alison Liebling (1992, 1999; Liebling e Ward, 1994). In particolare, occorre rilevare come tali studi abbiano dimostrato l'erroneità di una retorica prevalente che tende a spiegare l'elevata incidenza dei suicidi in carcere con l'eccessivo numero di soggetti affetti da patologie psichiatriche che affollano gli istituti di pena. In quel caso, infatti, solo un terzo fra gli autori di suicidi negli istituti esaminati aveva un passato caratterizzato da disturbi psichiatrici riconosciuti, mentre tale percentuale era assai più significativa fra coloro che avevano commesso i medesimi comportamenti autolesivi in regime di libertà. Le indicazioni offerte dalle ricerche sul suicidio in carcere hanno quindi condotto alcuni studiosi a concentrare l'attenzione sul rapporto fra esercizio del potere disciplinare e reazione individuale, individuando il suicidio, assieme alla rivolta, come una forma di adattamento ambientale, di reazione estrema nei confronti dei regimi detentivi autoritari (Cohen e Taylor, 1972; Sparks e altri, 1996; Matthews, 2009). Alcuni autori (Parker, 2007), sono giunti a proporre una schematizzazione dei diversi stili di gestione penitenziaria. Il modello proposto si fonda su di un *continuum* al cui lato estremo si colloca lo stile di gestione autoritario, caratterizzato da una maggiore attenzione alla sicurezza fisica, da un rigido rispetto degli orari, da un largo utilizzo delle sanzioni disciplinari, incluso l'isolamento, per i detenuti "difficili"; all'altro lato estremo, vi è invece il modello liberale, caratterizzato da un significativo livello di auto-amministrazione fra i detenuti, attraverso l'utilizzo del concetto di "sicurezza dinamica", fondata su rapporti di responsabilità collettiva. Tali diversi modelli di gestione danno quindi vita a forme di adattamento differente da parte dei reclusi. Nei regimi più autoritari, quindi, il suicidio e la rivolta sono individuate come due forme di reazione, radicalmente differenti, ma accomunate

dall'estremità del gesto messo in atto, nei confronti dell'ambiente con cui il detenuto si confronta.

REGIME DETENTIVO AUTORITARIO

- Maggiore importanza attribuita alla sicurezza fisica
- Rigido rispetto degli orari
- Ampio utilizzo delle sanzioni disciplinari
- Utilizzo dell'isolamento per i detenuti problematici

REGIME DETENTIVO RESPONSABILIZZANTE

- Ampio utilizzo del “*Self Management*” fra i detenuti
- Acquisizione del concetto di “Sicurezza dinamica”
- Utilizzo di sanzioni simboliche
- Responsabilità collettiva fra i detenuti

All'interno di tale quadro teorico di riferimento, è significativo rilevare come Arjen Boin e William Rattray (2004) abbiano proposto un modello di “amplificazione della spirale della violenza”. Tale modello, utilizzato sino ad ora prevalentemente per comprendere la nascita dei fenomeni di rivolta, si propone di rappresentare il progressivo incremento del clima di tensione all'interno degli istituti. Secondo gli autori, la spirale della violenza si svilupperebbe a partire da una progressiva insostenibilità delle relazioni fra i detenuti e lo staff penitenziario con una relativa polarizzazione delle parti; la reazione a tale forma di conflitto è l'imposizione di più rigide misure di sicurezza all'interno del carcere che portano ad un ulteriore inasprimento del conflitto, che si manifesta, tra l'altro, nella diffusione di una sensazione di ingiustizia e di alienazione fra i detenuti; il crescere di tale clima di antagonismo fra le parti, secondo l'interpretazione offerta, è la causa principale della perdita del controllo nelle relazioni fra detenuti e personale penitenziario; tale crisi organizzativa, infine, è in grado di generare reazioni estreme, quali appunto la violenza, i disordini, le rivolte, l'autolesionismo o i suicidi.

Crescente incertezza e
insostenibilità delle relazioni
fra staff e detenuti.

Crisi delle strategie di controllo

Polarizzazione delle parti e conflitto fra staff e detenuti

Lo staff aumenta il livello di sicurezza nel carcere.
E' diminuita la possibilità di movimento, sono ridotti i benefici.

I detenuti provano un senso di ingiustizia e di alienazione.
Avviene la mobilitazione anche di coloro che non erano parte nel conflitto.

Aumenta il disordine.

Aumenta il senso di antagonismo fra i detenuti e lo staff.
Il personale tenta un ulteriore "giro di vite".

Esplosione di forme di violenza: rivolte, tumulti, aggressioni, autolesionismo, suicidi.

Variabili stimolanti e variabili inibenti: la prospettiva di ricerca in Italia

Gli studi richiamati hanno avuto il merito di spostare l'attenzione dall'individualità del gesto autolesivo all'ambiente carcerario, ponendo in primo piano il rapporto tra, da un lato, pratiche di esercizio del potere, forme di mantenimento del controllo istituzionale e della legittimazione dello staff penitenziario agli occhi dei detenuti e, dall'altro, l'incremento della tensione e della violenza nell'istituto. Tale prospettiva d'indagine sviluppatasi in ambito anglosassone è solo parzialmente utilizzabile per il caso italiano. Le nostre carceri, infatti, oramai da lungo tempo non conoscono quelle forme di violenza organizzata che si manifesta

attraverso le rivolte. Tali fenomeni, come è noto, sono stati presenti nelle carceri italiane sino agli anni immediatamente successivi alla riforma dell'ordinamento penitenziario, ma sono oggi pressoché inesistenti¹⁴. Al contrario, il modello proposto può essere molto utile nella comprensione di quelle forme di violenza auto-inflitta che invece caratterizzano in maniera significativa la vita nelle nostre carceri. Negli ultimi anni, alcune ricerche italiane hanno cercato di comprendere il fenomeno adottando una prospettiva assai simile a quella appena richiamata. Alcuni di questi studi (Manconi, 2002; Boraschi, Manconi, 2006) hanno concentrato l'attenzione sul rapporto fra sovraffollamento carcerario e tendenza al suicidio. Le ricerche, in quel caso, si posero come primo obiettivo quello di confrontare le indicazioni offerte dalla letteratura internazionale con quello che, fino ad allora, era il pressoché inesplorato universo italiano. In questo senso, gli autori rilevarono una coerenza fra quanto suggerito dagli studi matrice anglosassone che si manifestava su almeno tre punti principali.

- In carcere ci si toglie la vita con maggiore frequenza nelle prime settimane di detenzione. Tale dato, nel contesto italiano, si traduceva nella realizzazione di frequenti suicidi “nei primi giorni, proprio nei primissimi giorni” (Boraschi, Manconi, 2006, p.119).
- Chi si toglie la vita in carcere è spesso giovane, molto giovane.
- In maggioranza, si tratta di persone non ancora giunte ad una condanna definitiva, sottoposte quindi ad un regime di detenzione cautelare.

Accanto a tali variabili, gli autori concentrarono l'attenzione su di una “variabile esogena” che si rivela come caratteristica del sistema penitenziario italiano: il sovraffollamento carcerario. Gli autori rilevarono infatti una correlazione fra incidenza dei suicidi e sovraffollamento penitenziario: “Laddove il numero delle presenze risulta eccedente la capienza delle strutture, il ricorso al suicidio si fa sensibilmente più frequente” (Boraschi, Manconi, 2006, p.118). Tale mutamento di prospettiva permette quindi, anche nel caso italiano, di spostare l'attenzione dall'individualità del gesto all'ambiente con le sue caratteristiche strutturali e organizzative che possono favorire il ripetersi di eventi critici di

¹⁴Le cause che hanno condotto alla fine delle rivolte nelle carceri italiane sono molteplici e non possono essere riassunte in questa sede. Basti al riguardo ricordare il ruolo svolto dai c.d. “benefici penitenziari” previsti dalla Legge Gozzini come efficace strumento di governo della popolazione detenuta. Al contempo, una corretta valutazione del fenomeno non può non considerare i profondi cambiamenti avvenuti negli ultimi venti anni nelle caratteristiche della popolazione detenuta. Per una descrizione del periodo delle rivolte e della loro fine si rimanda al bel volume di Christian De Vito (2009).

<i>Variabili stimolanti variabili inibenti dell'autolesionismo</i> (Buffa, 2008, p. 61)	
Variabili stimolanti	Variabili inibenti
Promiscuità giuridica e penitenziaria	Omogeneità giuridica e penitenziaria
Affollamento detentivo	Disponibilità di spazi
Regime detentivo improntato a maggiore limitazione della mobilità e a maggiore monotonia	Regime detentivo aperto, articolazione delle giornate detentive
Grande disponibilità di strumenti e di opportunità per attuare i comportamenti auto-aggressivi	Limitata disponibilità di strumenti e opportunità per attuare i comportamenti auto-aggressivi
Inattività prolungata	Attività costante
Limitate e sporadiche relazioni con gli operatori penitenziari	Presenza di stabili e articolate relazioni con gli operatori penitenziari
Bassa qualità della vita relazionale	Buona qualità delle relazioni in genere
Limitata capacità di <i>Coping</i> . Marginalità socio-individuale	Buon livello di <i>Coping</i> associato ad un buon livello socio-individuale
Ripetuti trasferimenti di sezione o istituto	Stanzialità detentiva
In attesa di giudizio o condanna non definitiva	Condanna definitiva
Genere maschile	Genere femminile
Assenza di riferimenti affettivi esterni	Stabilità affettiva
Giovane età, straniero (Per l'autolesionismo)	Età adulta, cittadinanza italiana (Per l'autolesionismo)
Età adulta, italiano (Per il suicidio)	Giovane età, straniero (Per il suicidio)
Reattività comportamentale	Regolarità e stabilità comportamentale

natura autolesiva.

Di tale mutamento di prospettiva sono consapevoli quei rami dell'amministrazione penitenziaria maggiormente impegnati in un'analisi critica delle procedure adottate. Ecco quindi che, qualche anno più tardi, Pietro Buffa (2008, 2012) cerca di ampliare tale prospettiva ambientale utilizzando numerosi dati raccolti dagli uffici statistici dell'amministrazione penitenziaria. Tale utilizzo di dati interni conduce l'autore ad integrare la prospettiva ambientale proposta da Boraschi e Manconi affiancando al tema del sovraffollamento una cornice di quelle che egli definisce come le “variabili stimolanti” e le “variabili inibenti” l'autolesionismo. Accade così che all'interno delle variabili stimolanti,

accanto all'affollamento detentivo, entrino anche aspetti strettamente legati alle scelte organizzative degli istituti, quali “Il regime detentivo improntato a maggiore limitazione della mobilità quotidiana e a maggiore monotonia” o le “limitate o sporadiche relazioni con gli operatori penitenziari” o la “inattività prolungata”. Tale prospettiva assume quindi una veste marcatamente organizzativa ponendo le scelte della direzione del carcere come elemento decisivo, accanto ai fattori strutturali del sistema penitenziario e alle variabili soggettive della popolazione detenuta, nella produzione del “clima”, delle condizioni ambientali in grado di favorire o di contrastare il ripetersi di tali eventi.

L'istituzione, attraverso le sue scelte nella gestione della quotidianità degli istituti, viene finalmente, anche in alcuni studi italiani, posta al centro dell'attenzione della ricerca empirica. Sempre Pietro Buffa, nel suo ultimo lavoro sul suicidio in carcere, utilizza l'espressione “posizione universalistica”, nel definire una strategia di prevenzione del fenomeno che, a fronte di una tendenza alla “psichiatriizzazione” del disagio carcerario, privilegi “una *prospettiva ecologica* che considera la posizione del soggetto nell'ambiente di vita e la relativa interrelazione che ne scaturisce, contrariamente all'idea diffusa che il suicidio sia una manifestazione psicopatologica di un disordine individuale” (2012, p. 91, corsivo dell'autore).

Tale ruolo attivo dell'ambiente istituzionale è stato inoltre recentemente evidenziato da altri studi condotti attraverso la ricostruzione biografica di alcune tragiche vicende avvenute negli anni all'interno dei luoghi di privazione della libertà (Baccaro, Morelli, 2009; Calderone, Manconi, 2011). Tali narrazioni hanno dimostrato come il combinarsi di indifferenza, rigidità burocratiche, violenze e debolezze siano spesso all'origine dei drammi che avvengono all'interno delle mura di un carcere.

Gli studi richiamati, al netto di risultati in parte differenti, hanno avuto il merito di introdurre nel panorama scientifico italiano la prospettiva socio-ambientale, nel tentativo di comprendere il ripetersi della violenza auto-aggressiva nelle carceri. Naturalmente, nessuno di essi è in grado di spiegare le profonde implicazioni psicologiche che accompagnano l'attuazione di un gesto estremo come il suicidio. Tuttavia, il mutamento di prospettiva adottato è in grado di proporre una reale azione riformatrice nei confronti delle pratiche penitenziarie, là dove dimostrano come il disagio, la frustrazione, la violenza, non costituiscano dei fenomeni ineluttabili all'interno degli istituti penitenziari, ma siano in

qualche modo fenomeni “amministrabili”. In questo senso, il clima prodotto all'interno dell'ambiente detentivo appare in grado di favorire reazioni e pratiche di adattamento differenti. Tale prospettiva di ricerca si rivela quindi, a nostro parere, più efficace laddove è in grado di generare dei mutamenti nelle pratiche penitenziarie in grado di ridurre, per quanto possibile, la violenza intrinseca al carcere.

Le indicazioni di tre studi di caso

Le ricerche condotte sino a quel punto sono state recentemente integrate (Manconi, Torrente, 2012) da uno studio condotto dalla nostra equipé di ricerca nel quale è stato realizzato un primo tentativo di spostare l'attenzione dal piano quantitativo nazionale a quello locale quali/quantitativo. La ricerca ha analizzato la dimensione e le caratteristiche dei casi di suicidio realizzati fra il 2006 e il 2011 all'interno degli istituti penitenziari di Campania, Liguria e Piemonte. Lo studio ci fornì alcune preziose indicazioni utili alla comprensione del fenomeno, in grado tuttavia di generare ulteriori interrogativi:

- la dimensione del fenomeno non appariva omogenea fra le varie regioni, con una maggiore incidenza dei casi in Campania rispetto al Piemonte e alla Liguria;
- all'interno delle singole regioni, il fenomeno non appariva manifestarsi in maniera omogenea durante gli anni presi in considerazione. Al contrario, in alcuni anni l'incidenza era maggiore rispetto ad altri, con un'apparentemente inspiegabile concentrazione dei casi in alcuni specifici momenti;
- i suicidi si concentravano in alcuni istituti. In particolare, i casi si manifestavano con maggiore incidenza in quelle carceri dove era più elevato il livello di eventi critici. Tali istituti potevano quindi essere interpretati come maggiormente problematici, sia dal punto di vista della tensione interna, sia da quello organizzativo.

Le indicazioni offerte da quello studio, fondato quasi esclusivamente su dati numerici, lasciavano insoluti gli interrogativi sulle pratiche che stavano a monte dei dati. In altre parole, il dato numerico ci indicava delle “spie”: il fatto che le scelte organizzative, il clima, le pratiche adottate all'interno di alcuni specifici istituti potessero favorire la creazione di un clima più o meno favorevole per i condannati e per il personale operante all'interno di tali

istituti. Avvertivamo tuttavia la necessità di passare dal piano strettamente numerico ad un altro maggiormente descrittivo delle pratiche penitenziarie e delle strategie adottate nel confrontarsi con i casi problematici.

PARTE SECONDA
Dal generale al particolare:
dentro i percorsi penitenziari

Una ricerca sui fascicoli ispettivi dei Provveditorati dell'Amministrazione Penitenziaria

L'interrogativo, a questo punto, era come indagare le vicende sino a quel punto analizzate sul piano quantitativo. Le possibilità erano varie e tutte di non semplice attuazione. L'analisi organizzativa degli istituti penitenziari e l'osservazione diretta delle pratiche adottate nella prevenzione dei suicidi richiedono infatti la possibilità di entrare per lungo tempo all'interno degli istituti, con un forte coinvolgimento di un numero significativo di operatori. Tale tipo di attività di ricerca non sarebbe stata quindi possibile in assenza di un'attiva partecipazione da parte di diversi rami dell'amministrazione penitenziaria, la quale è condizionata all'ottenimento di diverse autorizzazioni e di un lungo lavoro preparatorio incompatibile con i tempi di realizzazione della ricerca.

Si è quindi deciso di concentrarsi su materiale documentale. Dopo aver analizzato le varie possibilità, la scelta è caduta sui fascicoli ispettivi redatti dall'amministrazione penitenziaria a seguito dei casi di suicidio avvenuti all'interno delle carceri. Le indagini ispettive sono realizzate dai Provveditorati regionali dell'amministrazione penitenziaria a seguito di richiesta proveniente dal dipartimento centrale. Nel concreto, si tratta di una richiesta, redatta secondo una formula standardizzata nella quale la Direzione generale dei detenuti e del trattamento richiede ai provveditorati regionali di "realizzare approfondita indagine ispettiva al fine di appurare le cause, le circostanze e le modalità dell'accaduto". Di fatto, a quel punto il Provveditore regionale delega un dirigente – o un funzionario – a compiere l'indagine ispettiva, anche al fine di valutare eventuali responsabilità degli operatori penitenziari coinvolti. A quel punto, il dirigente incaricato realizza l'ispezione – spesso accompagnato da uno o due ufficiali di polizia penitenziaria – attraverso una visita nell'istituto durante la quale

analizza il materiale documentale, intervista i soggetti coinvolti e osserva i luoghi dove è avvenuto il suicidio. Ne deriva una relazione, della lunghezza media di 2-4 pagine, dove l'ispettore ricostruisce il fatto ed individua eventuali responsabilità degli operatori coinvolti.

Occorre da subito precisare che le relazioni non sono omogenee, né dal punto di vista dell'approfondimento della vicenda, né da quello stilistico. In generale, tuttavia, all'interno di quasi tutte le relazioni è possibile individuare tre parti principali attraverso le quali la vicenda è ricostruita:

- Il fatto. In questa parte sono descritte le modalità del suicidio. È precisata sia la tecnica suicidaria, sia le modalità attraverso le quali è stato scoperto il fatto.
- La persona. È infatti quasi sempre ricostruita la figura dell'autore del gesto, sia dal punto di vista del reato per il quale il soggetto era incarcerato, sia da quello del percorso detentivo. Si ha in questa parte, quindi, una vera e propria categorizzazione della persona sulla base del suo *status* individuale e giuridico.
- Le conclusioni. In questa parte l'ispettore trae le conclusioni relativamente alla responsabilità degli operatori penitenziari coinvolti.

Pur con forti disomogeneità tra un fascicolo e l'altro, tutte le relazioni analizzate seguono questo schema generale. Alle volte, la divisione è esplicita, con dei paragrafi che richiamano le diverse fasi della relazione; altre, è solo implicita.

Le differenze fra le varie relazioni, come detto, sono significative. Esse paiono riprodurre lo "stile" dell'ispettore. In alcuni casi, ci si trova di fronte a relazioni molto dettagliate, con un'approfondita descrizione dei fatti e dell'autore. In altri, la relazione appare più superficiale, in alcuni casi addirittura sbrigativa, giungendo in breve tempo alla piena assoluzione di tutti i soggetti coinvolti. Chiaramente, l'accuratezza della relazione pare riflettere l'approfondimento dell'indagine compiuta e lo stile adottato. In alcuni casi, l'approccio appare di stampo inquisitorio, volto a verificare le reali responsabilità degli operatori coinvolti nella vicenda. In altri, la relazione tradisce l'intenzione – quasi esplicita – di non voler individuare precise responsabilità in capo agli operatori, quasi a non voler creare ulteriori vittime dalla vicenda. Ciò che è interessante è come la mano, lo stile dell'ispettore divenga familiare dopo poche letture dei fascicoli. Anche non conoscendo coloro che realizzavano la visita ispettiva, riuscivamo infatti a riconoscere lo stile dell'ispettore da quello di un altro, quasi come un marchio della figura dell'indagatore.

All'interno di tale quadro generale, un dato appare particolarmente significativo e degno di un'immediata esplicitazione: lo stile dell'ispettore muta anche – e spesso soprattutto – in relazione al tipo di responsabilità che egli cerca di individuare. Alcuni paiono all'esclusiva ricerca di una responsabilità individuale da parte degli agenti di polizia penitenziaria presenti in sezione il giorno del suicidio. Tale responsabilità, nella grande maggioranza dei casi, è esplicitamente esclusa e nulla è più richiesto all'indagine. Altri, paiono alla ricerca di una responsabilità di stampo organizzativo, ambientale. In questo caso, le indagini appaiono più accurate, volte ad analizzare nel complesso la macchina organizzativa del carcere nella prevenzione dei casi di autolesionismo e suicidi. In queste occasioni, naturalmente, le relazioni, pur raramente individuando delle responsabilità individuali, sono in grado di suggerire delle modifiche organizzative, dei mutamenti in grado – secondo l'ispettore - di evitare il ripetersi del fenomeno.

Schematizzando, è possibile affermare che lo stile di indagine “individualista” appare come predominante nei primi anni presi in considerazione, approssimativamente fra il 2006 e il 2008; in seguito, pare affermarsi uno stile più attento alle dinamiche ambientali complessive, pur se con un livello di accuratezza e di dettaglio assai differente da un caso all'altro.

Nella nostra ricerca abbiamo cercato di tradurre questo materiale interno dell'amministrazione in una fonte di conoscenza utile ad una maggiore comprensione scientifica del fenomeno del suicidio in carcere. I fascicoli ispettivi dell'amministrazione penitenziaria, se letti da una prospettiva interazionista simbolica (Blumer, 1969), costituiscono infatti una preziosa fonte di informazioni, non solo sulla tragica vicenda conclusasi con il suicidio della persona detenuta, ma in generale sul rapporto fra il recluso e le pratiche del carcere. In essi è infatti narrato il percorso dell'individuo, dal momento del suo ingresso in carcere, sino a quello della morte. Tale percorso costituisce il rapporto fra la persona, con tutte le sue caratteristiche individuali e le dinamiche penitenziarie. Al suo interno sono infatti narrate le caratteristiche del disagio della persona e le strategie adottate dal carcere per affrontare, spesso contenere, tale disagio. Si tratta quindi di una vicenda individuale collocata all'interno di un preciso ambito spaziale, quello del carcere, che, come detto diverse volte, impone proprie regole del gioco agendo sulla spazialità dei corpi, sull'incedere del tempo e sulle interazioni con il prossimo. Tale vicenda umana costituisce quindi un prezioso terreno di indagine per il sociologo delle istituzioni totali.

Da tali vicende noi abbiamo cercato di trarre informazioni che possiamo catalogare all'interno di due principali prospettive.

La prima, di carattere numerico quantitativo, è costituita dalla raccolta di dati che non sono reperibili dalle statistiche ufficiali dell'amministrazione penitenziaria, ma che possono essere ricavati dalla lettura dei fascicoli ispettivi. Nel compiere l'analisi sui dati (Manconi, Torrente, 2012) lamentavamo infatti la scarsità di informazioni quantitative raccolte dall'amministrazione penitenziaria. Ad esempio, nulla era possibile ricavare sul reato commesso – o per il quale era stato accusato – il detenuto. Ancor di meno erano disponibili i dati relativi al rischio suicidario rilevato al momento dell'ingresso in istituto o all'eventuale stato di tossicodipendenza della persona. Tali dati sono in parte presenti nel fascicolo ispettivo¹⁵ e la loro analisi offre un rilevante numero di informazioni utili alla ricostruzione delle vicende analizzate. Ecco quindi che una prima parte della ricerca ha avuto come oggetto l'analisi quantitativa dei dati ricavabili dai fascicoli ispettivi e non pubblicati dall'amministrazione penitenziaria. Tale analisi è stata effettuata sui medesimi casi di suicidio realizzati in Piemonte, Liguria e Campania, fra il 2006 e il 2011 già trattati durante la prima fase della ricerca. Si tratta, in totale, di 37 casi in Campania (dei quali 10 negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della regione), 8 in Liguria e 14 in Piemonte¹⁶.

La seconda, porta ad indagare sui percorsi penitenziari delle vittime. Come accennato, le ricostruzioni contenute nei fascicoli ispettivi costituiscono anche una lettura del rapporto fra il detenuto e l'istituzione. Ci si è quindi interrogati sulle pratiche adottate nelle carceri coinvolte nei confronti dei casi difficili. Ci si è *in primis* interrogati se, nei casi esaminati, fosse stato ravvisato un pericolo, l'esistenza di una situazione problematica. Nei casi dove tale problema pare essere emerso, ci si è quindi domandato quali soluzioni siano state proposte, quali interventi adottati. La ricostruzione delle azioni, da questo punto di vista, ha generato la narrazione di veri e propri percorsi seguiti dalle persone decedute per suicidio nelle carceri esaminate. Si tratta di percorsi tipici che naturalmente non sono in grado di

¹⁵ Purtroppo per molti di essi la presenza non è omogenea ed è condizionata dall'accuratezza della ricostruzione effettuata. Per tale motivo, come si vedrà, spesso il campione non è costituito dall'intero universo dei casi analizzati.

¹⁶ Occorre da subito precisare che in tutta l'analisi quantitativa proposta in questa prima parte non sono stati inclusi i casi di suicidio avvenuti negli OPG della Campania. La lettura di tali fascicoli propone infatti lo specchio di un universo molto particolare che, nell'ambito di un'analisi del fenomeno del suicidio, non può essere associato al carcere. Per tale motivo, nella parte finale presentiamo alcune osservazioni specifiche, di natura qualitativa e quantitativa, relative ai suicidi realizzati negli OPG.

sviscerare tutte le unicità che caratterizzano ogni persona e la sua vicenda individuale. Tuttavia, i percorsi proposti sono in grado, a nostro parere, di mostrare alcuni modelli di reazione, questi sì spesso routinari e ripetitivi, adottati dalle istituzioni totali nel tentativo di normalizzare le situazioni problematiche con le quali debbono quotidianamente confrontarsi. Naturalmente, tutta la lettura proposta si è mossa all'interno di una consapevolezza: la ricostruzione dei casi realizzata attraverso i fascicoli ispettivi non costituisce una versione oggettiva dei fatti. Si tratta piuttosto di una narrazione parziale, proposta attraverso lo sguardo di un soggetto esterno rispetto alla vicenda, che non l'ha osservata direttamente e che la ricostruisce con un obiettivo specifico. Si tratta quindi di un racconto che probabilmente non comprende molti fatti avvenuti, punti di vista possibili e nel quale la voce della vittima non compare. Tuttavia, tale parzialità nella ricostruzione del fatto non costituisce solo un evidente limite, ma può assumere anche le vesti di una risorsa. In questo caso, lo sguardo dell'ispettore può essere anche esso un'importante oggetto di analisi in quanto fornisce indicazioni su come l'amministrazione penitenziaria indaga sulle proprie azioni, sulla rappresentazione della realtà penitenziaria che circola all'interno dei documenti ufficiali prodotti e sulle strategie di azione suggerite. Anche di questo abbiamo inteso occuparci in questo viaggio nel punto estremo della sofferenza.

La posizione giuridica e il reato

La nostra analisi dei casi di suicidio avvenuti negli istituti penitenziari di Campania, Liguria e Piemonte fra il 2006 e il 2011 muove dalla definizione della posizione giuridica delle vittime. Il primo dato significativo, già evidenziato in altre ricerche (Boraschi, Manconi, 2006; Manconi, Torrente, 2012) riguarda la posizione giuridica delle persone suicide (tab. 6) dove prevalgono i casi di persone in attesa di giudizio rispetto ai condannati. Il fenomeno è grave. Da un lato, esso appare come il frutto dell'elevata percentuale di detenuti in attesa di giudizio che popolano le carceri italiane¹⁷. Il fenomeno, da tempo censurato dagli organismi

¹⁷ Il fenomeno, negli anni oggetto della ricerca, era più evidente rispetto ad oggi. È noto, infatti, come, a seguito degli interventi normativi che hanno seguito la sentenza "Torreggiani" della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, tale percentuale sia lievemente scesa. Per un recente rimando ai numeri della popolazione detenuta, si rimanda al rapporto sulle condizioni detentive dell'associazione Antigone, e in particolare al

comunitari, appare ancora oggi come uno degli aspetti più problematici del sistema detentivo italiano, che lo caratterizza negativamente rispetto a quello di altri paesi. Dall'altro lato, tale eccesso di detenuti in custodia cautelare si associa alle pratiche penitenziarie, in base alle quali proprio tali detenuti sono spesso oggetto di minori cure, proprio a causa della loro posizione giuridica che presuppone una “temporaneità” della permanenza e l'esclusione dalle attività trattamentali.

Tabella 6. Posizione giuridica delle persone suicide

Posizione giuridica	Campania	Liguria	Piemonte	Totale
In attesa di giudizio	8	3	6	17
Appellante	5	1	3	9
Ricorrente	1	1		2
Definitivo	9	2	5	16
Misto	4			4

Lo sguardo verso il reato commesso – o per il quale le persone erano accusate – mostra una realtà composita (tab. 7). A livello generale, è possibile osservare come fra i reati più rappresentati convivano reati “comuni” con altri particolarmente gravi e, altri ancora, ritenuti infamanti all’interno dell’ambiente carcerario. Ecco quindi come il reato più rappresentato sia quello legato alla violazione della disciplina che regola la produzione, la cessione e il consumo di sostanze stupefacenti (DPR 309/90). Si tratta, come noto, di reati che spesso hanno come protagonisti soggetti affetti da gravi problematiche di dipendenza e di conseguente marginalità sociale che, alle volte, producono nella persona l'incapacità di adattarsi e sopportare le dinamiche penitenziarie. Tali soggetti sono inoltre spesso protagonisti di conflitti con il personale e i compagni di detenzione e sono generalmente percepiti come poco affidabili all’interno dell’ambiente penitenziario.

Al secondo posto, convivono un reato assai diffuso tra la popolazione detenuta, come la rapina, ed uno invece particolarmente infamante come la violenza sessuale. In questo caso, si tratta di un reato non particolarmente diffuso fra la popolazione detenuta, ma al tempo stesso di assai difficile gestione in ambito penitenziario. Gli autori di tali reati sono infatti etichettati negativamente in carcere ed è di conseguenza necessario collocarli in apposite sezioni, separate dal resto della popolazione detenuta. Al tempo stesso, si tratta di reati che hanno

saggio di Alessio Scandurra (2014).

<i>Tabella 7. Reati attribuiti alle persone suicide</i>				
Reato	Campania	Liguria	Piemonte	Totale
Associazione mafiosa	3		3	6
DPR 309/90	2	3	3	8
Estorsione	1			1
Evasione	1			1
Furto e ricettazione	2	1	1	4
Lesioni personali	3			3
Omicidio	3		3	6
Rapina	5	1	1	7
Resistenza a pubblico ufficiale		1		1
Sfruttamento prostituzione		1		1
Violenza privata		1	1	2
Violenza sessuale	5		2	7

spesso come protagoniste persone affette da varie forme di disagio, le quali in alcuni casi non reggono l'impatto con un ambiente particolarmente stigmatizzante come quello carcerario. Infine, abbiamo sovra-rappresentati reati particolarmente gravi come l'associazione mafiosa e l'omicidio. Il primo, sfata in qualche modo il "mito" del criminale mafioso integerrimo e pronto ad affrontare la carcerazione come un "rischio del mestiere" non particolarmente traumatico sul piano affettivo e personale. La lettura delle storie contenute nei fascicoli mostra invece come, in alcuni casi, l'affiliazione a clan mafiosi di diverso tipo abbia come protagonisti persone provenienti da un ambito culturale particolarmente povero, alle volte affette da forme di disagio latente che proprio all'interno del carcere trovano l'occasione per la loro esplosione. Per quanto riguarda il reato di omicidio, occorre rilevare come, spesso, nei casi esaminati ci si sia trovati di fronte a forme di omicidi commessi in ambito familiare, o comunque nei confronti di soggetti prossimi. Ecco quindi che il reato assume, da un lato, le forme stigmatizzanti appena descritte in relazione alla violenza sessuale e come, dall'altro lato, si tratti di carcerazioni che seguono eventi particolarmente traumatici.

<i>Tabella 8. Età delle persone suicide</i>			
Fasce anagrafiche	Piemonte	Liguria	Campania
18-24 anni	-	2	-
25-34 anni	-	2	14
35-44 anni	9	2	13
45-54 anni	2	-	10
55-64 anni	1	-	2
Oltre i 64 anni	-	-	-

Occorre infine rilevare una ineguale distribuzione dei reati sul territorio. In Campania, ad esempio, abbiamo una prevalenza degli autori di reati di violenza sessuale e rapina, mentre in Liguria i soggetti sono in prevalenza protagonisti di reati connessi al consumo di sostanze stupefacenti. In Piemonte, infine, non appaiono prevalere reati rispetto ad altri. Tale ineguale distribuzione dei casi appare, da un lato, come lo specchio dei tipi di reati maggiormente presenti sul territorio locale. Dall'altro lato, essa rispecchia anche i criteri distributivi della popolazione detenuta adottati dall'amministrazione penitenziaria. In questo senso si spiegano ad esempio i tre casi di suicidio di persone detenute per associazione mafiosa avvenuti in Piemonte: si tratta infatti di casi di persone trasferite dal sud Italia presso il reparto di osservazione psichiatrica "Sestante" di Torino, dove infine è stato realizzato il suicidio.

L'età delle vittime

Confermando quanto già rilevato nelle precedenti fasi del monitoraggio (Manconi, Torrente, 2012), si rileva che l'attenzione posta negli ultimi anni nei confronti dell'universo dei c.d. "giovani adulti" detenuti pare abbia prodotto degli effetti nella limitazione dei casi di autolesionismo aventi come protagonisti i giovani fra i 18 e i 24 anni. Solo in Liguria, infatti, nel quinquennio preso in considerazione si sono verificati 2 casi di suicidio aventi come protagonisti ragazzi molto giovani (Tab. 8). Gli episodi paiono piuttosto concentrarsi fra persone con un'età fra i 25 e i 44 anni. La lettura dei fascicoli mostra come il dato anagrafico non sia casuale. Si tratta infatti spesso di vicende umane che da tempo si prolungano attraverso difficoltà e sofferenze che raggiungono il proprio apice nell'età adulta, durante la

carcerazione.

Da quanto tempo in carcere e quanto mancava alla fine

Un dato sul quale ruota il dibattito interpretativo del fenomeno del suicidio in carcere riguarda il tempo di permanenza in istituto della persona suicida. Nella già più volte citata ricerca di Boraschi e Manconi (2006) gli autori sottolinearono infatti come molti dei casi di suicidio avvenissero “nei primi giorni, proprio nei primissimi giorni”. Quanto evidenziato in quell’occasione rispecchia un fenomeno noto: lo shock che accompagna l’ingresso in carcere. L’adattamento alle pratiche della prigione richiede infatti del tempo e proprio i primissimi giorni sono quelli più traumatici, durante i quali la personalità del recluso è posta a maggiore prova e lo stress è più forte. Da tale consapevolezza nasce il c.d. “Servizio nuovi giunti” in base al quale il soggetto detenuto al primo ingresso dovrebbe essere sottoposto ad un accurato monitoraggio grazie all’intervento congiunto di medici, psicologi, educatori e, eventualmente, altri operatori penitenziari¹⁸. L’entrata in vigore del servizio non ha impedito che 3 casi in Campania e 2 in Piemonte si verificassero entro la prima settimana dall’ingresso in carcere della persona (Tab. 9). Ciò che tuttavia appare in maniera omogenea fra le regioni oggetto di osservazione è come la maggioranza dei casi si verifichi entro i primi 6 mesi dall’arresto. Il dato suggerisce come l’impatto traumatico della carcerazione si manifesti ben al di là dei primissimi giorni dall’ingresso in carcere, ma tenda a svilupparsi su un arco di tempo, più ampio, ma comunque abbastanza contenuto nel tempo. Dalla lettura dei fascicoli, come si vedrà meglio in seguito, si ha l’impressione che, dopo la prima fase legata all’ingresso del detenuto in carcere, prevalgano pratiche di routine in base alle quali l’attenzione riservata in un primo momento nei confronti della persona diminuisce progressivamente, a favore di un approccio maggiormente standardizzato. Si ha quasi l’impressione di una convinzione diffusa che il detenuto, dopo i primi giorni, abbia passato il momento critico e che, a partire da quel momento, ce la possa fare (quasi) da solo. In realtà, i

¹⁸ Il servizio nuovi giunti è stato introdotto con la circolare interna all’amministrazione penitenziaria n. 3233/5683 del 30 dicembre 1987 dal titolo “Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati: istituzione e organizzazione del servizio nuovi giunti”. La sua implementazione si deve, in particolare, alla circolare n. 0181045 del 6 giugno 2007 dal titolo “I detenuti provenienti dalla libertà: regole di accoglienza – linee di indirizzo”.

Tabella 9. Suicidio dalla data dell'arresto

	Campania	Liguria	Piemonte	Totale
1-7 giorni	3		2	5
8-30 giorni	1	1	1	3
1-6 mesi	6	5	3	14
6-12 mesi	5		1	6
1-3 anni	4	1	3	8
3-5 anni	3		2	5
5-10 anni			1	1
Oltre 10 anni	1		1	2

casi ricostruiti in questa ricerca ci suggeriscono come tutti i primi mesi dall'ingresso in carcere siano statisticamente molto rischiosi. Da questo punto di vista, occorre segnalare come con il protrarsi dalla carcerazione i casi diminuiscano progressivamente, sino a diventare residuali fra le persone da lungo tempo incarcerate.

Tabella 10. Periodo fra l'ingresso in istituto e suicidio

	Campania	Liguria	Piemonte	Totale
1-7 giorni	3		4	7
8-30 giorni	4	1	2	7
1-6 mesi	11	7	5	23
6-12 mesi	5		2	7
1-3 anni	2		1	3
3-5 anni	1			1
5-10 anni				
Oltre 10 anni				

Se il dato sul tempo trascorso fra l'arresto e il suicidio offre indicazioni sull'impatto traumatico della carcerazione, quello sul tempo intercorso fra l'ingresso nell'istituto dove il suicidio è stato realizzato e la data dell'evento suggerisce un primo collegamento fra il fatto e il percorso penitenziario della vittima (Tab. 10). La lettura dei dati raccolti mostra infatti come, fra le persone coinvolte, scompaiano praticamente i casi di soggetti che da lungo tempo trascorrevano la detenzione presso un unico istituto. Solo in Campania abbiamo infatti un caso di una persona che da quasi 5 anni era ristretta nel medesimo carcere. Negli altri 37 casi dei 48 su cui abbiamo potuto raccogliere il dato, il detenuto era nell'istituto da meno di 6 mesi. Tale dato ci mostra un aspetto che emerge in maniera rilevante dalla lettura dei fascicoli: il rapporto fra scarsa capacità di adattamento alle dinamiche penitenziarie e il

provvedimento di trasferimento del detenuto adottato dall'amministrazione penitenziaria. I casi raccolti, utilizzando una terminologia cara al gergo carcerario, sono quelli di persone che “non sanno farsi la galera”. Come si vedrà meglio in seguito, quelli di cui ci siamo occupati sono casi problematici, di persone con un percorso penitenziario caratterizzato da numerosi provvedimenti disciplinari, da scarse possibilità di accesso ai benefici penitenziari, spesso da precedenti tentativi di suicidio. Si tratta di casi difficili che nascondono l'incapacità di adattamento della persona alle dinamiche della prigione.

Di fronte a tali soggetti difficili, è pratica diffusa il trasferimento. L'invio della persona in un altro istituto è spesso motivato con l'incompatibilità ambientale, con necessità organizzative o, alle volte, con la volontà di sottoporre il soggetto a cure mediche possibili solo in strutture diverse da quella che ospita la persona. Di fatto, non sempre, ma comunque spesso, il trasferimento costituisce una rimozione del problema rappresentato da un detenuto che è divenuto difficilmente gestibile. Poco importa, all'interno di tale logica, che il trasferimento costituisca un ulteriore momento traumatico che spesso si accompagna all'interruzione di cure, di percorsi intrapresi, o anche solo di relazioni con operatori e soggetti terzi. Ecco quindi come il dato sul tempo intercorso fra il momento del trasferimento e il suicidio ponga alla luce un collegamento fra la situazione di disagio del detenuto ed una pratica incapace di gestirla attraverso strumenti che non presuppongano una rimozione del problema di natura ulteriormente traumatica.

<i>Tabella 11. Fine pena delle persone suicide</i>				
	Campania	Liguria	Piemonte	Totale
Meno di 1 mese		1		1
1-6 mesi	1			1
6-12 mesi	3	1		4
1-3 anni	4	2	3	9
3-5 anni	2			2
5-10 anni	2		2	4
Oltre 10 anni	4		2	6

La lettura può infine essere integrata con il dato relativo al tempo ancora da trascorrere in carcere (Tab. 11). Nella lettura dei fascicoli sono stati infatti raccolti i dati relativi al fine pena delle persone condannate a titolo definitivo e, là dove disponibile, quello relativo al fine pena provvisorio per le persone che avevano ricevuto almeno una condanna in primo grado.

Il quadro raccolto mostra una tendenza a dover scontare pene medio-lunghe. Solo in Liguria è infatti presente un caso di una persona che sarebbe stata scarcerata entro pochi giorni. Negli altri casi abbiamo una prevalenza di pene inflitte comprese fra 1 e 3 anni. In Campania e in Piemonte, inoltre, si ha un numero non irrilevante di casi – rispettivamente 4 e 2 – di persone con un fine pena previsto superiore ai 10 anni. La prospettiva del lungo tempo ancora da trascorrere in carcere non può quindi essere trascurata nell'interpretazione delle motivazioni che hanno indotto alcune delle persone oggetto di questa analisi al gesto estremo del suicidio.

Carcere e disagio mentale: la ghettizzazione della marginalità

Un passo successivo nell'analisi del quadro generale delle condizioni delle persone vittime di suicidio nelle carceri oggetto di osservazione ci porta ad occuparci del momento di primo ingresso della persona in istituto. Come accennato nel paragrafo precedente, in diverse carceri è oramai attivo il “Servizio nuovi giunti”. Tale servizio è applicato in maniera differente nei diversi istituti. Esso prevede che il detenuto, al momento dell'ingresso in carcere, sia sottoposto ad uno *screening* attraverso una visita medica, il colloquio con il direttore o un suo delegato (il più delle volte un educatore) ed uno psicologo. Durante tali visite e colloqui gli operatori dovrebbero valutare le condizioni psico-fisiche della persona al fine di predisporre la collocazione in sezione e gli eventuali interventi di supporto. Aspetto assai rilevante di tale attività di monitoraggio è la valutazione del rischio che la persona possa mettere in atto atti di natura etero o auto-aggressiva. In particolare, questa valutazione è delegata al medico e allo psicologo i quali utilizzano un modulo pre-compilato nel quale, oltre ad offrire una sintetica valutazione delle condizioni generali della persona, rispondono ad un quesito nel quale gli è chiesto di valutare, assieme al rischio di violenza etero-diretta, anche quello di suicidio. Materialmente, il medico o lo psicologo debbono valutare se, a loro parere, il detenuto neo entrato in carcere presenta un rischio di suicidio “basso”, “medio” o “elevato”. La valutazione del medico e dello psicologo naturalmente condiziona i successivi provvedimenti messi in atto nei confronti della persona. Il medico, in particolare, può richiedere l'intervento di uno specialista in psichiatria o suggerire una grande sorveglianza nei confronti della persona considerata a rischio. Lo psicologo può invece consigliare

interventi trattamentali specifici nei confronti di soggetti identificati come problematici. Ai fini del nostro studio, la visita di primo ingresso di rivela il momento nel quale l'istituzione si confronta per la prima volta con la persona e, nei modi descritti, cerca di valutarne la problematicità. Letti da una prospettiva esterna, ci troviamo di fronte al primo momento in cui l'istituzione cerca di comprendere se si trova di fronte ad un caso "normale" o ad a situazione che potrebbe rivelarsi problematica. Il quadro dei dati raccolti ci suggerisce che, nella maggioranza dei casi, già a partire dalla visita di primo ingresso, gli operatori abbiano rilevato un elemento di problematicità patologico (tabella 12). Se infatti è piuttosto basso il numero di casi di patologie fisiche rilevanti, appare da subito invece significativo quello di soggetti affetti da patologie di natura psichiatrica già rilevate sin dal momento dell'ingresso in carcere. Si pensi al riguardo che in tutte le regioni oggetto di analisi oltre la metà delle persone presentavano una forma di disagio mentale manifestatosi già dal momento dell'ingresso in carcere. Il dato è significativo e si pone in contrasto con quanto, ad esempio, rilevato qualche anno fa da Alison Liebling (1992, 1999) nei suoi studi sul suicidio nel sistema penitenziario anglosassone. Come ricordato nella parte introduttiva di questo lavoro, in quel caso la Liebling non individuò una correlazione tra disagio mentale precedente la carcerazione e il successivo suicidio delle medesime persone. Nel nostro caso, purtroppo, non è stato possibile ricostruire i percorsi sanitari precedenti alla carcerazione. Solo in pochi casi, infatti, all'interno del materiale analizzato erano presenti riferimenti a ricoveri ospedalieri precedenti la carcerazione.

Tabella 12. Patologie rilevate all'ingresso in carcere

	Campania	Liguria	Piemonte	Totale
Patologie fisiche rilevanti	8	1	7	16
Tossicodipendenza	10	5	4	19
Patologie psichiatriche	15	5	8	28
Totale casi esaminati	27	8	14	49

Da questo punto di vista, occorre rilevare come nelle relazioni ispettive, ma anche nelle cartelle cliniche, vi sono scarsi riferimenti al prima della carcerazione, quasi come se l'ingresso in carcere fosse un "momento zero", un punto di partenza non condizionato dal vissuto precedente la carcerazione. Tuttavia, è innegabile come, si dal primo ingresso in carcere, in oltre la metà dei casi gli operatori ravvisino una forma di disagio mentale rilevante. Il dato non sorprende chi conosce le dinamiche del carcere odierno. La malattia

mentale in carcere costituisce un dato oramai evidente. Purtroppo si tratta di un fenomeno che non appare in nessuna statistica ufficiale, ma agli occhi degli operatori è oramai evidente come il carcere degli ultimi anni sia divenuto un ricettacolo di soggetti emarginati, in molti casi affetti da forme evidenti di disagio mentale. Nella carcerazione dei malati di mente si evidenzia una delle tante forme attraverso le quali il carcere odierno è divenuto quella forma di “iper-ghetto” efficacemente descritto da Loic Wacquant (2006). Si tratta di soggetti totalmente ai margini che non rientrano nelle residue forme di assistenza sociale riservate ai cittadini integrati. In questo senso, raccogliere il dato su eventuali precedenti interventi dei dipartimenti per la salute mentale si sarebbe rivelato interessante, non tanto per comprendere il rapporto fra disagio mentale e suicidio, quanto per avere un quadro del grado di marginalità sociale delle persone coinvolte. Dalla lettura delle relazioni si ha infatti in molti casi l'impressione di individui che per la prima volta – o dopo molto tempo – effettuano una visita medica e sono sottoposti ad un controllo generale sulle condizioni di salute. E qui si manifesta uno dei tanti paradossi del carcere nella società contemporanea. Da un lato, quasi incredibilmente, è per molti il primo momento di visibilità, di riconoscimento pubblico di una forma di disagio, fisico, mentale o legato a forme di dipendenza. Dall'altro lato, tale riconoscimento avviene all'interno di un'istituzione totalmente inadeguata a trattare le forme di disagio che si riversano al suo interno.

<i>Tabella 13. Livello di rischio valutato al momento dell'ingresso in carcere</i>				
Livello di rischio valutato	Campania	Liguria	Piemonte	Totale
Basso	5	2	6	13
Medio	10	2	2	14
Elevato	6	4	5	15
Totale casi esaminati	27	8	14	49

Di fronte ai numerosi casi di disagio con cui gli operatori si debbono confrontare, ecco che nelle valutazioni del rischio di suicidio (Tab. 13) paiono emergere i primi tentativi di normalizzazione del fenomeno. Cerchiamo di spiegarci meglio. Se osserviamo dall'esterno il caso di un soggetto tossicodipendente, o affetto da una forma di malattia mentale, che entra in carcere la valutazione non può che essere quella di un elevato rischio di suicidio. Tale valutazione è in qualche modo nella logica di uno sguardo esterno. L'immagine di una persona con un disturbo mentale ristretta in carcere ci suggerisce infatti una diretta correlazione con il rischio che tale persona possa suicidarsi.

Gli operatori non possono permettersi tale valutazione. Infatti, la tossicodipendenza, il disagio mentale costituiscono in quale modo “l’ordinario” per gli operatori del carcere, la normalità. La normalità non può quindi essere trattata con gli strumenti eccezionali che debbono essere riservati soltanto ai casi particolarmente problematici. Non è infatti pensabile – per essere più espliciti – la gestione di un carcere dove un terzo dei detenuti è sottoposto a piantonamento a vista o a un controllo particolarmente attento. Gli operatori – medici e psicologi – si trovano quindi in primo luogo di fronte al difficile compito di distinguere, all’interno della marea di casi problematici che vedono quotidianamente riversarsi in carcere, i casi particolarmente problematici verso i quali dedicare le maggiori attenzioni. Ecco quindi come nei fascicoli esaminati solo in una percentuale inferiore ad un terzo dei casi (15 casi su 49) gli operatori abbiano individuato un elevato rischio di autolesionismo fra le persone che poi si sarebbero suicidate in carcere. In quasi altrettanti casi (13 su 49) gli operatori stimano addirittura un rischio di suicidio “basso”. Quella che può apparire come una palese sottovalutazione della problematicità della situazione, a nostro parere, deve invece essere interpretata alla luce delle dinamiche organizzative delle istituzioni totali. Al medico, ma anche allo psicologo che effettua la visita di primo ingresso è chiesto formalmente di individuare il livello di problematicità della persona detenuta al fine di predisporre gli interventi. In quella richiesta è tuttavia contenuta un’ulteriore domanda implicita che può essere compresa solo se collocata all’interno delle strategie per il mantenimento dell’ordine all’interno delle istituzioni totali: quella della normalizzazione dei casi problematici. Dal momento in cui il disagio mentale in carcere non costituisce l’eccezione, il caso estremo, l’istituzione non può delegare la cura di tali casi ad altre forme di assistenza pubblica. Solo in casi eccezionali è infatti previsto l’invio dei casi più gravi presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari¹⁹, ed in casi ancor più estremi è possibile suggerire l’incompatibilità fra lo stato di salute della persona e la carcerazione ex artt. 146-147 del codice penale. Nella grande maggioranza dei casi, all’operatore è richiesta la gestione della persona all’interno delle mura del penitenziario. Ecco quindi come la gestione divenga la *routine*, una quotidianità con cui confrontarsi. All’interno di tale quotidianità, dai fascicoli pare scomparire ogni opzioni che

¹⁹ Ricordiamo infatti come la ricerca sia stata realizzata su casi avvenuti fra il 2006 e il 2011, periodo nel quale gli OPG erano pienamente operanti nel nostro sistema penitenziario. Oggi, come noto, tali istituzioni sono in corso di chiusura a favore di strutture territoriali più agili che prendono il nome di Residenze per l’Esecuzione della Misura di Sicurezza.

non sia la gestione del caso problematico all'interno delle carceri. Magari non necessariamente all'interno del carcere dove la persona è entrata – visti i numerosi trasferimenti – ma comunque all'interno di un carcere. Ecco quindi come agli operatori è richiesto implicitamente anche un ridimensionamento del rischio. Dando per implicito che larga parte delle persone problematiche - dal punto di vista sanitario, relazionale, legato al consumo di sostanze o da patologie mentali – è comunque in grado di adottare strategie di adattamento alla prigionia che renderanno possibile la sopravvivenza, all'operatore è richiesto di individuare quelli che, a suo parere, non sono in grado di adottare autonomamente tali strategie. Il tutto all'interno di un primo colloquio che spesso è realizzato in tempi brevi e con modalità anch'esse *routinarie*, standardizzate. Non deve sorprendere quindi che, di fronte a tale *mission* implicita gli operatori tendano ad una normalizzazione della sofferenza ed evitino il costante innalzamento del livello di allarme. Chiaramente, nei casi esaminati, conclusisi tragicamente, ne è derivata una sottovalutazione del rischio, ma essa – a nostro parere – può essere compresa solo all'interno del ruolo che ha assunto il carcere nella società contemporanea e delle conseguenti funzioni non formali richieste agli operatori.

Tabella 14. Persone seguite dal medico psichiatra e dallo psicologo

	Campania	Liguria	Piemonte	Totale
Casi seguiti dallo psicologo	9	5	5	19
Casi seguiti dallo psichiatra	19	6	11	36
Totale casi esaminati	27	8	14	49

Se elevata è la percentuale di persone per le quali è stata ravvisato un disagio mentale al momento dell'ingresso in carcere, ancor più elevato è il numero di casi nei quali il soggetto ha manifestato, nel corso della detenzione, un disagio tale da richiedere l'intervento dello psichiatra (Tab. 14). Naturalmente, le modalità e la frequenza degli interventi variano molto a seconda dei casi. In alcune situazioni, siamo di fronte a persone con gravi problemi mentali che sono sottoposte a costante controllo psichiatrico; in altre, abbiamo incontri solo saltuari con lo specialista. Meno rilevante è il dato relativo agli interventi dello psicologo. Infatti, spesso nelle relazioni ispettive la figura dello psicologo non compare, non è menzionato. Non è chiaro in questi casi se la persona non sia stata mai sentita dallo psicologo o se invece semplicemente non sia stato raccolto il dato da parte dell'ispettore. Così come quasi mai compaiono nelle relazioni le figure degli educatori e degli altri attori dell'area trattamentale. Alcuni ispettori paiono ignorare totalmente tali figure, quasi non avessero un peso nella

vicenda umana della persona incarcerata. Quando compaiono, il più delle volte, è per censurarne l'operato, là dove viene denunciata l'assenza dell'area trattamentale nel supporto del soggetto in difficoltà²⁰ Ciò che tuttavia in questa sede preme rilevare è come in ben 36 casi su 49 il suicidio non ha riguardato persone che apparivano gestire il proprio percorso in carcere senza troppe difficoltà. Al contrario, si trattava di persone che – chi più o chi meno – avevano manifestato un disagio tale da richiedere l'intervento di uno specialista in psichiatria. Tra i 28 casi di patologie psichiatriche rilevate all'ingresso e le persone seguite durante la carcerazione dal medico psichiatra c'è ovviamente un mondo assai variegato di situazioni. La lettura dei fascicoli ci mostra, in alcuni casi, situazioni di disagio non rilevate al momento dell'ingresso in carcere e che si sono manifestate solo nel corso del tempo; in altri, l'impatto con il carcere pare aver causato la degenerazione di personalità fragili che sino a quel momento non avevano manifestato forme patologiche. In ogni caso, tuttavia, il carcere pare svolgere un ruolo centrale all'interno della vicenda. Come si vedrà meglio nell'ultima parte di questo lavoro, il disagio manifestato è spesso interpretato nelle relazioni mediche – e in quelle degli operatori del trattamento – come un'incapacità di adattamento all'ambiente penitenziario. Tale incapacità descritta nelle relazioni può essere tradotta, se letta da una prospettiva esterna, anche in un'ulteriore constatazione: l'incontro con l'ambiente carcerario è determinante nella vicenda che porta al suicidio della persona. Nella grande maggioranza dei casi esaminati emerge chiaramente come, pur in presenza di vicende umane spesso assai tormentate e caratterizzate da una profonda sofferenza, è proprio la carcerazione l'esperienza che conduce al definitivo crollo della persona. Senza l'incontro con carcere, probabilmente molte di queste persone non si sarebbero mai uccise. Anche per tale motivo occorre andare più in profondità nell'analisi domandosi se, e quando, la persona ha lanciato un grido di allarme e attraverso quali misure tale appello è stato colto.

²⁰ È questo ad esempio il caso di alcune visite ispettive realizzate in Campania, in particolare presso la C. C. di Secondigliano, nelle quali più di una volta l'ispettore pare accanirsi nei confronti dell'area educativa colpevole, a suo dire, di una scarsa attenzione nei confronti dei detenuti e di un non sufficiente coordinamento con le altre aree presenti in istituto.

Il grido di allarme e la risposta organizzativa

L'elevata percentuale di persone portatrici di un disagio porta ad interrogarci sulla risposta organizzativa dell'istituzione di fronte alla situazione problematica. Il primo quesito che ci siamo posti, quindi, è se quello del futuro suicida fosse percepito dalla generalità degli operatori come un caso problematico. In altre parole, ci siamo interrogati, dal punto di vista organizzativo, se durante il percorso detentivo sia scattato un segnale di allarme in base al quale l'istituzione ha compreso di confrontarsi con un caso a rischio. I dati raccolti (Tab. 15) confermano quanto suggerito dai dati sulle condizioni soggettive delle vittime: nella grande maggioranza dei casi (37 contro 12) l'evento non è stato un fulmine a ciel sereno, ma il tragico epilogo di una vicenda umana e penitenziaria assai problematica. Naturalmente, i motivi che hanno generato l'allarme sono diversi: gesti autolesionistici; frequenti richieste di visite mediche o colloqui con lo psicologo; conflitti con i compagni o con il personale.

Individuazione di una situazione di rischio	Campania	Liguria	Piemonte	Totale
Si	17	8	12	37
No	10	0	2	12

I pochi casi non problematici possono invece essere racchiusi all'interno di due categorie principali: persone che erano appena entrate in carcere, e quindi non ancora conosciute dagli operatori; individui che mai avevano mostrato un disagio, in quanto formalmente adeguati al contesto penitenziario, o comunque poco richiedenti.

Tale geografia dell'allarme si presenta come relativamente omogenea. In realtà, i casi apparentemente imponderabili appaiono soprattutto in Campania, dove pare emergere una minore propensione a cogliere l'allarme da parte dell'istituzione. Al contrario, quasi tutti i casi analizzati in Liguria e Piemonte paiono il momento finale di situazioni riconosciute come problematiche, a rischio.

Nelle relazioni degli ispettori del PRAP emergono sostanzialmente due figure professionali come protagoniste della segnalazione del rischio: l'area sanitaria (medico di guardia e psichiatra) e la polizia penitenziaria. Tuttavia, è difficile valutare quanto siano solo e soltanto queste figure professionali i protagonisti del tentativo di intervento a sostegno del detenuto o quanto invece si siano resi protagonisti altri soggetti non considerati durante le visite

ispettive. Ad esempio, nelle relazioni ispettive prodotte in Piemonte non compaiono, né in una veste positiva, né in quella negativa soggetti diversi dalla polizia penitenziaria e dai sanitari. Gli educatori, ma anche l'esperto psicologo, quasi mai sono percepiti, nella lettura della relazione ispettiva, come soggetti rilevanti nella prevenzione e contrasto dell'autolesionismo in carcere. Al contrario, alcune visite ispettive realizzate in Campania concentrano l'attenzione sulle aree educative, spesso non mancando di censurarne l'operato. Ecco quindi come il dato rappresentato nella tabella che segue (Tab. 16) pare rispecchiare solo in parte il ruolo centrale della polizia penitenziaria e dei medici nell'individuazione del caso problematico, risultando piuttosto lo specchio della cultura professionale dell'ispettore che tende a concentrare nella polizia e nei medici il ruolo di protagonisti della vicenda.

<i>Tabella 16. Fonte da cui proviene la segnalazione del disagio</i>				
Fonte da cui proviene la segnalazione	Campania	Liguria	Piemonte	Totale
Educatori	2	2	-	4
Esperto psicologo	-	1	-	1
Polizia penitenziaria	4	3	4	11
Sanitaria	8	4	8	20

Quale reazione di fronte al caso problematico?

Di fronte al campanello di allarme lanciato, qualunque sia la fonte che lo segnala, le direzioni, nella grande maggioranza dei casi (27 su 37), hanno emanato una disposizione di servizio nella quale è prevista la grande sorveglianza nei confronti del detenuto (Tab. 17). In questi casi, infatti, il suicidio è avvenuto proprio nel momento in cui il detenuto era sottoposto a grande sorveglianza.

In alcuni casi, la grande sorveglianza è intrinseca al fatto che il detenuto è collocato in particolari sezioni detentive rivolte a persone a rischio di suicidio²¹. Nella maggioranza dei casi si tratta invece di provvedimenti che vengono adottati nei confronti di persone che sono detenute in sezioni ordinarie, solo in alcune situazioni prevedendo una diversa collocazione detentiva rispetto a quella di provenienza. La lettura dei provvedimenti non offre molte

²¹È il caso, ad esempio, delle persone detenute presso la sezione “Sestante” del carcere di Torino, rivolta a soggetti affetti da forme di disagio psichico.

informazioni al lettore interessato ad indagare su quali reali forme di supporto siano state adottate nei confronti del detenuto considerato a rischio. Tali provvedimenti si caratterizzano infatti per il ripetersi di frasi standardizzate che, formalmente, riprendono l'approccio – recentemente ribadito dall'amministrazione penitenziaria con la circolare 3649/6099 del 18 luglio 2013 – multidisciplinare nella prevenzione del suicidio: da un lato, l'attenta sorveglianza da parte della polizia penitenziaria nei confronti del detenuto; dall'altro lato, un intervento di supporto multidisciplinare che ha come protagonisti sia lo staff sanitario che quello dell'area del trattamento. A fronte di tale indicazione formale, le relazioni suggeriscono pratiche differenti nei diversi istituti, con modalità di controllo della persona e di attenzione nei confronti dei suoi bisogni che mutano da istituto a istituto. Ancora una volta, tuttavia, l'occhio dell'ispettore si sofferma principalmente sulle modalità di controllo adottate dalla polizia penitenziaria: quante volte l'agente ha controllato il detenuto durante il giorno, passando di fronte alla camera; in quanto tempo ha percepito la situazione di rischio; quanto personale era presente in sezione; con quali tempi e modalità è stato tentato di salvare la vita al detenuto. Scompare, invece, ad eccezione di poche relazioni ispettive, quella parte della grande sorveglianza che dovrebbe prevedere un supporto multidisciplinare nei confronti del detenuto a rischio di suicidio.

Tabella. 17. Tipo di intervento realizzato nei confronti dei detenuti a rischio

Tipo di intervento	Campania	Liguria	Piemonte	Totale
Grande sorveglianza	13	6	8	27
Massima sorveglianza	-	-	1	1
Sostegno psichiatrico	2	-	-	2
Gruppi di ascolto	-	-	1	1
Trasferimento	-	1	-	1

Naturalmente quello della grande sorveglianza è un tema assai problematico nella gestione delle criticità in ambito penitenziario. L'assenza di un chiaro riferimento normativo ha di fatto delegato alle circolari penitenziarie l'organizzazione formale del servizio. Tuttavia, il fatto che, quando il suicidio ha come protagonista una persona sottoposta al regime di grande sorveglianza, l'ispettore si preoccupi *in primis* di verificare perché gli agenti presenti in sezione non siano riusciti ad evitare la morte del detenuto, tradisce una cultura dominante degli attori del penitenziario per la quale ancora oggi la grande sorveglianza è concepita soprattutto come il vigilare sul corpo del condannato al fine di evitare, materialmente, che si

tolga la vita. E di tale compito è inevitabile protagonista la polizia, a discapito di altri soggetti che invece dovrebbero avere un ruolo centrale nel supporto della persona detenuta.

Dell'efficacia di tale sorveglianza è quindi lecito dubitare, se si pensa che in ben 27 casi la persona si è suicidata proprio mentre era in regime di grande sorveglianza. Tale elevato numero di suicidi di persone sottoposte a grande sorveglianza tradisce una babele di modalità applicative della misura. In alcuni casi, l'eccessivo numero di persone sottoposte a provvedimento, unito alle carenze di personale, paiono aver provocato una burocratizzazione del servizio che, in alcune situazioni, si traduce in mero controllo più frequente di fronte alla cella del detenuto da parte dell'agente presente in sezione. Al contrario, solo in un caso il suicidio è avvenuto nel momento in cui il detenuto era sottoposto al regime di massima sorveglianza²². Come noto, tale provvedimento prevede che la persona sia sottoposta ad un controllo a vista, costante, da parte degli operatori di polizia penitenziaria ed è riservato a quei casi ritenuti di estrema gravità, con un rischio immediato di suicidio.

Solo in pochi casi l'individuazione del rischio è infine coincisa con l'adozione di forme di sostegno più "blande", quali il sostegno psichiatrico o i gruppi di sostegno fra detenuti sperimentati da qualche anno in Piemonte. In un caso, infine, la persona era in procinto di essere trasferito verso un carcere dotato di una sezione specializzata per la trattazione dei casi a rischio di natura psichiatrica.

La lettura dei fascicoli mostra come, in numerosi casi, l'accensione del campanello di allarme non riguardi un arco di tempo limitato nel quale il detenuto mostra una particolare sofferenza. Al contrario, i casi problematici, nella maggioranza delle situazioni, hanno una durata lunga del tempo. Si tratta di percorsi di vita, oltre che detentivi, molto problematici dove la persona mostra grosse difficoltà di adattamento sin dal momento dell'ingresso in carcere e dove tali difficoltà perdurano nel tempo. Ci siamo quindi interrogati se il suicidio sia avvenuto, all'interno di un percorso problematico, in una fase percepita dagli operatori come particolarmente grave. In altre parole, ci siamo chiesti se, ed in quale misura, si percepisse tra gli operatori la sensazione di una situazione che andava progressivamente aggravandosi. I dati raccolti (Tab. 18) mostrano come, nella maggioranza dei casi (25 contro

²² Si tratta peraltro di un caso avvenuto all'interno del padiglione Sestante del carcere "Lorusso e Cutugno" di Torino che ha generato numerose polemiche, oltre ad un'inchiesta giudiziaria, in quanto la persona era sottoposta ad un controllo a vista tramite le telecamere accese all'interno della camera detentiva, senza che tale forma di controllo sia stata sufficiente a garantire l'incolumità del detenuto.

13), non vi fosse fra gli operatori la sensazione di un rischio attuale, imminente. In particolare, in Piemonte le relazioni paiono tradire la sensazione di situazioni in qualche modo “gestite” o anche solo contenute dagli operatori, l’illusione di tenere sotto controllo situazioni che invece sarebbero poi degenerate.

<i>Tabella 18. Percezione da parte degli operatori di un rischio immediato</i>				
Momento di alta criticità	Campania	Liguria	Piemonte	Totale
Si	7	4	2	13
No	10	4	11	25

L’incrocio fra l’elevato numero di casi problematici, i numerosi provvedimenti di grande sorveglianza ordinati e la relativa sorpresa di fronte al suicidio della persona mostrano, a nostro parere, un efficace spaccato della realtà penitenziaria odierna. Un’immagine di un carcere dove i casi problematici costituiscono l’ordinaria amministrazione. Di fronte a tali evidenti problematicità, gli operatori non possono fare a meno di segnalarli e di adottare i provvedimenti formali necessari ad affrontare il fenomeno. Nel momento in cui, a causa del loro elevato numero, tali provvedimenti divengono il pane quotidiano, ecco che la gestione del disagio diventa una pratica ordinaria, quotidiana, normale. Divenendo un fenomeno normale, gli strumenti adottati sono di natura ordinaria, routinaria, in alcuni casi burocratica. E nei grandi numeri tali strumenti, pur nella loro limitatezza, si rivelano efficaci, là dove i suicidi sono relativamente rari e i casi di autolesionismo gravi non troppo frequenti. Ciò che pare trasparire, quindi, è una gestione ordinaria dei casi problematici, non conforme a quelle che sarebbero le indicazioni ideali per il trattamento del disagio trasferito in carcere, ma comunque in grado di gestire la situazione ed evitare un eccessivo ripetersi di eventi critici. Ecco quindi come pratiche come la grande sorveglianza, i colloqui, il supporto assumono una veste ordinaria, producendo in un’ultima analisi una normalizzazione dei casi difficili. Purtroppo, però, alcune situazioni apparentemente normalizzate non si rivelano tali. In questi casi, gli operatori non paiono aver ipotizzato l’adozione di provvedimenti eccezionali proprio in quanto convinti di gestire uno dei tanti casi “normali” di disagio con cui frequentemente si relazionano in carcere. D’altronde, tale processo di normalizzazione appare come inevitabile. Come detto, la popolazione detenuta odierna è per larga parte composta da persone in grossa difficoltà; l’adozione di forme di intervento eccezionali, realmente eccezionali e non solo sulla carta, appare incompatibile, sia con la gestione del personale penitenziario, sia con le stesse

pratiche insite al carcere. Si pensi, ad esempio, ad un carcere dove la persona incontra quotidianamente l'educatore o uno psicologo: sarebbe impensabile. In qualche modo, quindi, la normalizzazione dei casi appare come lo specchio del carcere odierno e, probabilmente, della stessa natura della prigione, se intesa, in termini foucaultiani come luogo di disciplinamento dell'umanità in eccesso. In quest'ottica, a nostro parere, è possibile comprendere l'assenza di un allarme relativo ai giorni immediatamente precedenti il suicidio, almeno nella maggioranza dei casi.

Tabella 19. Regime detentivo adottato all'interno delle sezioni dove è avvenuto il suicidio

Regime detentivo	Campania	Liguria	Piemonte	Totale
Comune/trattamentale	10	3	3	16
Isolato/protetto	14	5	11	30

Infine, prima di discutere ulteriormente del rapporto fra pratiche istituzionali e processi di normalizzazione burocratizzata, occorre soffermarsi brevemente sui luoghi dove sono avvenuti i suicidi (Tab. 19). In uno studio condotto qualche anno fa in Piemonte (Buffa, 2005) l'autore ricordò come il disagio in carcere non sia egualmente diffuso fra tutte le sezioni, ma come invece si concentri all'interno di alcune specifiche aree più svantaggiate. In quel caso, le aree svantaggiate erano state individuate sulla base delle condizioni economiche dei soggetti reclusi, delle attività offerte, delle relazioni con l'esterno. Proprio all'interno delle aree più svantaggiate erano infatti maggiormente diffusi gli eventi critici, anche di natura autolesiva. Nel nostro caso, la lettura dei fascicoli ispettivi ci mostra come i casi di suicidio siano avvenuti prevalentemente in situazioni di detenzione "particolari": sezioni di isolamento, reparti protetti, aree riservate ecc. Abbiamo quindi tentato di accorpate tali casi distinguendo i suicidi avvenuti nelle sezioni ordinarie da quelli realizzati all'interno di sezioni chiuse, scarsamente dotate dal punto di vista trattamentale, isolate dal resto del carcere. Naturalmente, siamo consapevoli che l'accorpamento di situazioni potenzialmente differenti, come ad esempio una sezione di isolamento da una di collaboratori di giustizia, si accompagna al rischio di dare un'unica interpretazioni a situazioni differenti. Tuttavia, in questa fase l'esigenza era quella di distinguere la detenzione ordinaria da quella straordinaria per avere un'immagine del peso di quest'ultima nella realizzazione di casi di suicidio. Ne deriva un quadro inquietante nel quale in ben 30 casi i suicidi sono stati realizzati in sezioni nelle quali, per varie ragioni, non era applicato un regime detentivo ordinario, trattamentale. Naturalmente, l'invio del detenuto all'interno di tali sezioni è spesso giustificato proprio con

l'esigenza di controllarlo meglio al fine di evitare il compimento di gesti autolesivi. Tuttavia, ancora una volta, tale mera attenzione visiva, custodiale, pare mostrarsi inefficace. Essa, in ultima analisi, non pare liberarsi da un'ambiguità di fondo per la quale, al fine di tutelare un individuo, lo si colloca in zone del carcere dove il livello di vivibilità è generalmente peggiore, le attività offerte sono poche – spesso inesistenti – e la percezione generale è quella di un luogo punitivo. Si tratta di un'ambiguità, ancora una volta, figlia delle pratiche di gestione del disagio standardizzate all'interno delle istituzioni totali. Cionondimeno, si tratta di quegli aspetti intrinseci alla gestione della prigione che un reale processo di democratizzazione dell'istituzione dovrebbe necessariamente eliminare.

PARTE TERZA

**Le reazioni al suicidio da parte dell'amministrazione,
fuggire o affrontare le responsabilità?**

"Non devono fuggire e non devono morire". Normare il suicidio, tra tentativi e illusioni.

Durante lo sviluppo delle varie fasi della ricerca, per rispondere alla questione fondamentale “come l’istituzione carceraria previene il suicidio di una persona detenuta (e vi reagisce nella malaugurata ipotesi in cui l’atto si compia)” sono stati raccolti e analizzati i principali riferimenti normativi che specificamente affrontano la questione.

Si è anzitutto valutato il quadro sovranazionale che affronta la problematica attraverso alcune fonti normative non vincolanti, ma che costituiscono un ineludibile spunto di riflessione per il legislatore nazionale.

Tra queste, occorre considerare, in particolare, le Raccomandazioni sulla “Prevenzione del rischio suicidario in carcere” emesse nel 2007 dalla World Health Organization, in seguito ad un approfondito lavoro di ricerca sul campo, iniziato nel 1999 dai ricercatori della IASP (International Association for Suicide Prevention).

Proprio quelle Raccomandazioni del WHO sono la base da cui muove la riforma della sanità penitenziaria (avviata ex d.lgs 230/1999, c.d. “Legge Bindi) che pone la “prevenzione del rischio suicidario” quale obiettivo primario della stessa riforma, così come esplicitato ex DPCM 1 Aprile 2008, Allegato A.

In seguito alla riforma, è stato chiesto a Regioni, Aziende sanitarie locali, Provveditori regionali per l’Amministrazione penitenziaria, singoli istituti di impegnarsi in tal senso, giungendo, il 19 gennaio 2012, alla sottoscrizione dell’Accordo “*Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale*” da parte della Conferenza Unificata Stato-Regioni.

Con tale accordo i PRAP, Le Regioni e i Centri di Giustizia Minorile si sono impegnati a

costituire, nell'ambito dei singoli *Osservatori permanenti sulla sanità penitenziaria*, uno specifico Gruppo di lavoro tecnico-scientifico multidisciplinare (GTS) incaricato di elaborare un programma operativo di prevenzioni del rischio autolesivo e suicidario, accogliendo le linee di indirizzo sovranazionali e statali. Oggi, quindi, ogni singolo istituto penitenziario (per adulti e per minori) dovrebbe aver discusso e deliberato un *piano* di prevenzione di istituto, in cui debbono essere sintetizzate tutte le disposizioni operative per ridurre il rischio suicidario.

Una prima constatazione, di carattere formale, è che solo un'esigua minoranza di istituti ha adottato tale *piano*. Ma tale mancanza non pare destare particolare preoccupazione da parte dell'Amministrazione centrale.

Al di là dello specifico contenuto dei singoli provvedimenti, su cui si dovrà tornare, occorre in generale domandarsi se sia davvero possibile incardinare in testi normativi (abbiano essi forza di legge o funzione meramente ordinatoria) ciò che incardinabile non è (l'atto suicidario) in quanto scelta personalissima per eccellenza, frutto di un intreccio di fattori psicologici, relazionali, sociali, culturali, economici e financo ambientali/architettonici?

Pur evitando in questa sede di approfondire la sterminata (e qui non sintetizzabile) questione bioetica circa la legittimità di quell'atto emesso da una qualunque Autorità –statale o sovranazionale- che interviene su materie così sensibili, arrivando a comprimere una libera scelta del cittadino, sia esso ristretto o libero; occorre domandarsi, non senza provocazione, se il legislatore che intende prevenire, evitare o anche solo limitare un atto non prevenibile/evitabile/limitabile compia un atto illusorio (e, dunque, inutile?). Se lo ammettessimo, dovremmo mettere in dubbio la legittimità/capacità stessa di quella Autorità.

Occorre invece squarciare il velo e comprendere se esistono funzioni latenti a cui le disposizioni citate adempiono.

Se, insomma, tra le righe e i non-detti, si scrivano linee-guide, protocolli e raccomandazioni non tanto per minimizzare il numero di suicidi (che infatti, come si evince dalle risultanze quantitative, minimizzato non è...), ma per rispondere ad altre esigenze e perseguire altri obiettivi.

Il suicidio si presenta come l'atto solitario per eccellenza, di negazione della relazione con l'altro/altra; ma, cercando di scavare oltre l'atto in sé, se ne può cogliere l'aspetto meta-comunicativo: mentre sul piano cosciente il suicidio sembra voler negare il rapporto col

mondo, a livello inconscio l'atto è rivolto agli altri, in una tensione drammatica di rapporto affettivo, sia positivo che negativo (Fornari, 1981).

Quanto al suicidio in carcere, vanno considerati, da un lato, i fattori di vulnerabilità individuale, e il ruolo (predisponente o catalizzatore) nella condotta di suicidio di alcuni disturbi psicologici e psichiatrici; dall'altro, non si può prescindere né dalle particolari caratteristiche patogene/stressanti del contesto carcerario, né dagli specifici livelli di salute psicofisica delle persone detenute, più bassi di quelli della popolazione generale. La combinazione delle due variabili fa sì che la WHO consideri i detenuti come gruppo in sé vulnerabile rispetto al suicidio. Più complesso, e più controverso, è individuare, all'interno del gruppo, gli individui particolarmente vulnerabili al suicidio per le loro caratteristiche psicopatologiche individuali.

In più, nel carcere, a differenza che fuori, ogni atto autolesivo tende ad essere letto nella logica custodiale, come resistenza/ribellione del custodito all'istituzione carceraria. Si pensi alla dimensione "comunicativa" degli atti autolesivi, sopra accennata: essa è in genere interpretata come parte intrinseca della sofferenza, quale forma di espressione del disagio dell'individuo. Al contrario, per i detenuti, si ragiona sulle condotte auto aggressive, cercando di distinguere, come vedremo, fra atti "manipolativi" e atti che esprimono un "reale" disagio.

È pur vero che la lettura delle condotte auto aggressive in carcere non può ignorare il *conflitto*, in primis simbolico, intorno ai corpi. Per l'istituzione, gestire la pena detentiva è un problema di controllo/protezione dei corpi dei detenuti. In ultima analisi, la perdita della libertà si sostanzia nella "consegna" del corpo all'istituzione carceraria. Il corpo è dunque lo spazio di comunicazione che viene ad essere comune sia al detenuto che all'istituzione. In questo senso, il carcere è il luogo per eccellenza del "linguaggio del corpo". È la modalità immediata e regressiva che il detenuto ha per esprimersi pubblicamente, per comunicare ad altri il proprio disagio, a volte per rivendicare i propri diritti. È un "parlare" attraverso il corpo ferito che tradisce un'impotenza relazionale e un profondo turbamento della comunicazione.

Ancora, nell'ottica del "carcere che ammala", è nota la riflessione sulle "istituzioni totali", ad iniziare da E. Goffman: tutti gli aspetti della quotidianità dell'internato sono posti sotto un'autorità altra, col risultato di annullare la dimensione privata e l'individualità. E' l'aspetto

“depersonalizzante del carcere”, ovvero “uno spazio privo delle espressioni simboliche di identità, relazioni, storia” (Bauman, 2002). Il carcere è perciò un contesto particolarmente fertile per i vissuti di “impotenza appresa” (*learned helplessness*) e di “mancanza di speranza” nel futuro (*hopelessness*), due indici del rischio suicidiario (Beck et al. 1975).

Per queste ragioni è importante approfondire *come l’istituzione reagisce al suicidio*. Questo è esattamente il punto di vista di questa ricerca.

Per un’istituzione totale qual è il carcere l’urgenza è quella cristallizzare e standardizzare prassi organizzative che sappiano creare “modelli di comportamento” (simili ai protocolli di *due diligence*, così inflazionati in ogni organizzazione pubblica e privata) per far fronte ad un evento, come il suicidio che, nella vita “fuori” è eccezionale e marginale, ma che nella vita ristretta appartiene all’ordinarietà.

In altri termini, il suicidio diventa “evento ordinario” da *burocrattizzare*.

Seguendo questo ragionamento, la funzione latente delle disposizioni normative “anti-suicidio” diventa quella di fornire strumenti e catalogazioni di prassi di intervento che, se seguite, *deresponsabilizzano* l’istituzione e i suoi “attori” (siano essi medici, educatori, personale di sicurezza).

Ma tale dichiarazione di “non responsabilità” per essere credibile deve arrivare dopo una serie precisa di atti, procedure, azioni (i fascicoli ispettivi dell’Amministrazione penitenziaria oggetto di questa ricerca ne sono un esempio cristallino) che siano prodromici alla agognata formula liberatoria: nessuno è responsabile.

Perché il suicidio è per sé scelta personale e dunque senza “colpevoli”.

È questa, condita di lessico burocratese, la formula di chiusura a cui *tutti* (salvo rarissime eccezioni) i fascicoli ispettivi oggetto di questa ricerca giungono, dopo costrutti motivazionali più o meno prolissi, più o meno articolati.

Ma è proprio in questi ragionamenti (e non tanto nel dispositivo/conclusione assolutorio) che si nascondono i rilievi più interessanti. Il numero di casi studio qui affrontati permette di identificare alcune *reazioni standardizzate* al suicidio da parte dell’istituzione.

Percorsi, prassi, reazioni e retoriche che si ripetono a prescindere dalla latitudine dell’istituto penitenziario dove è avvenuto il suicidio e a prescindere da chi ha posto in essere “l’insano gesto” (questa è la perifrasi spesso usata dall’amministrazione penitenziaria per definire il suicidio).

Questa ricerca propone una classificazione di tali modelli, articolati secondo due variabili: la *prevedibilità* del suicidio e la *reazione antecedente/sussequente* dell'istituzione.

A far da proscenio ideale a questa classificazione c'è quella regola informale dell'istituzione totale carceraria, che si tramanda tra generazioni di operatori penitenziari e che statuisce: "In carcere i detenuti non devono fuggire e non devono morire".

Suicidi più uguali degli altri. La prevedibilità istituzionale del suicidio.

Per misurare la *prevedibilità* del suicidio occorre domandarsi se l'istituzione ha saputo individuare una *situazione di rischio* e cosa come si è comportata di conseguenza.

Il riferimento non è quindi alla *prevedibilità patologica* del suicidio, che è materia per studiosi di scienze psichiatriche e psicologiche che approfondiscono i fattori di rischio suicidario soggettivi (e sulla quale esiste letteratura sterminata), qui il riferimento è piuttosto alla *prevedibilità istituzionale*: se e come gli operatori penitenziari hanno individuato l'esistenza di un "rischio suicidio".

Occorre constatare anzitutto che formalmente esiste un unico momento in cui viene chiesto all'"attore istituzionale" (l'operatore penitenziario) di formalizzare il "rischio suicidario" suddividendo tra rischio "basso", "medio" o "elevato".

Questa misurazione coincide con l'ingresso in istituto del soggetto e consta di due momenti simili e quasi contemporanei, ma affidati a professionisti diversi. Sul piano medico si prevede la c.d. *visita di primo ingresso*, normata dalla legge penitenziaria, sul piano educativo-trattamentale si effettua il *colloquio di primo ingresso*.

Si tratta di una visita medica che si svolge nelle prime ore di detenzione, prima che il detenuto sia assegnato ad una specifica sezione. Si parla di uno *screening* generale e (di consueto) poco approfondito, che assume, soprattutto in istituti grandi e in periodi dove il numero di ingressi in istituto è piuttosto elevato, i caratteri dell'*operazione di routine*.

Responsabile di questa visita è il medico di istituto, non dunque un medico specialista. Nel formulario in cui si chiede di certificare i risultati della visita, è prevista una specifica voce denominata solitamente "rischio suicidario" oppure "rischio di comportamento autolesivi".

È una voce tra le tante, confusa tra altri dati del paziente e informazioni circa la sua storia

clinica, al fine di individuare eventuali “incompatibilità” con la vita carceraria o suggerire allocazioni in particolari sezioni. Statisticamente rilevanti, ad esempio, sono le indicazioni sullo stato di tossicodipendenza che, se accertato, da luogo a specifici percorsi detentivi.

Se il medico durante la visita rileva anomalie o necessità di approfondimenti può richiedere una visita specialistica.

In particolare, per quanto riguarda il rischio suicidario, è frequente che in seguito all’individuazione di un rischio “medio” o “alto” segua la richiesta di visita psichiatrica e l’ordine, recepito dalla direzione e destinato agli altri operatori di sicurezza e dell’area trattamentale di sottoporre il detenuto a rischio a “grande sorveglianza” o “sorveglianza a vista” (provvedimenti oscuri e problematici sui quali torneremo).

Nella maggior parte dei fascicoli oggetto di questa ricerca, il verbale della visita di primo ingresso è tra gli allegati al fascicolo ispettivo e quindi considerato materiale rilevante al fine di individuare un’eventuale responsabilità disciplinare.

Ma sulla visita (e conseguentemente sull’accuratezza della valutazione del rischio suicidario) non vengono svolti approfondimenti da parte dell’ispettore, quasi come se fosse scontato che non sia in quel momento che deve “accendersi l’allarme del pericolo suicidario”.

Da un’analisi formale non sono chiari (e comunque non sono esplicitati) quali sono i parametri di valutazione con cui il medico sceglie tra rischio “basso”, “medio” o “elevato”.

Ad influire molto sul calcolo (e dunque a limitare la scelta tra rischio “medio” e “elevato”) sono principalmente due dati:

- la presenza di patologie psichiatriche pregresse e conclamate, tenute più o meno sotto controllo da una terapia farmacologica o seguite dai servizi psichiatrici territoriali all’esterno del carcere. A prescindere dalla patologia, il “rischio” in questi casi si alza automaticamente e si richiede una visita specialistica dello psichiatra. Ovviamente si rilevano le eccezioni di detenuti che pur presentando una patologia psichiatrica vengono classificati con un grado di rischio suicidario “basso”: è il caso di C.F. morto suicida alla casa di reclusione di Alessandria il 7 dicembre 2012, per cui il medico di istituto non aveva ritenuto neanche di segnalare il caso allo psichiatra, che dunque “non conosceva” il paziente.

- il numero di precedenti carcerazioni. Il fatto di essere alla “prima detenzione” è un fattore importante che eleva *per se* il rischio suicidario. Il principio condiviso anche dal medico è che il primo arresto causi uno *shock emotivo* a cui bisogna prestare attenzione.

Per avere un quadro completo del rischio suicidario, tuttavia, non basta la sola valutazione di carattere medico, ma occorre tenere in considerazione fattori sociali e comportamentali che devono essere valutati da altri esperti. Questi si rilevano nel corso del “*colloquio di primo ingresso*” domandato all’equipe trattamentale. È questo il momento in cui dovrebbero essere considerate particolari situazioni familiari, culturali, personali che incidono sulla capacità di “farsi la galera” del detenuto.

Occorre notare come, mentre della prima visita medica c’è traccia nel fascicolo ispettivo, del colloquio di primo ingresso non si trova solitamente né un verbale né un report dettagliato. Si trovano al più solo testimonianze indirette sulle valutazioni fatte durante questo colloquio, riportate dall’educatore che di solito viene chiamato a testimoniare durante le visite ispettive. Questo, come tutti i colloqui con gli educatori, dovrebbe entrare a far parte del “diario” del detenuto, un fascicolo personale in cui vengono raccolte e sistematizzate tutte le “notizie” riguardanti l’esperienza penitenziaria del detenuto. Mentre dei “diari clinici” (che contengono informazioni sanitarie sul detenuto) si può trovare copia all’interno dei fascicoli ispettivi, le informazioni sul percorso trattamentale sono rare. Perché? Occorrerebbe approfondire con specifiche ricerche, tuttavia si può ipotizzare che questa prassi sia riconducibile all’idea diffusa che, nel caso di suicidio, siano più rilevanti le informazioni sanitarie di quelle legate al trattamento penitenziario (perché il gesto autolesivo deve comunque fondarsi, più o meno direttamente, sulle condizioni di salute del soggetto) e perché, sul piano organizzativo, il “diario clinico” assume i caratteri ufficiali della cartella clinica (con tutte le conseguenze giuridiche che da ciò scaturiscono, in tema di veridicità delle informazioni riportate, riservatezza, responsabilità professionale del pubblico ufficiale medico che la sottoscrive), il “diario trattamentale” assume i caratteri dell’informazione interna e con un rilievo giuridico assai meno importante.

Nella relazione ispettiva finale è frequente leggere solo riferimenti vaghi e confusi, i “non ricordo” o i “non notai nulla di strano” sono le frasi ricorrenti, quando agli educatori si chiede di focalizzare l’attenzione sul colloquio di primo ingresso.

Ecco una prima conferma della difficoltà a coesistere e cooperare delle varie figure professionali che operano negli istituti penitenziari. Le evidenze emerse dai due primi colloqui con il detenuto (i primi contatti in assoluto con l’istituzione totale) non vengono mai incrociate né valutate nel loro complesso: è l’affermarsi della cultura dell’ “ognuno fa il suo”

e di professionisti che si presumo autosufficienti e non sentono il bisogno neanche di scambiare informazioni.

Questi sono i presupposti per l'insorgere di quelle "carenze organizzative", su cui torneremo e che sono censurate dagli ispettori.

A Secondigliano, ad esempio, tra il 2007 e il 2008 si era affermata una prassi poco virtuosa: il colloquio di primo ingresso da parte degli educatori non veniva effettuato se non dopo mesi. È il caso di un detenuto italiano ristretto nel carcere campano e morto suicida in data il 3 ottobre 2009. Era stato trasferito dal carcere di Caserta il 1 agosto 2009, il colloquio di primo ingresso si tiene il 1 settembre 2009, con un mese di ritardo. Alle richieste di spiegazione in merito a tale indebito ritardo, la risposta dell'educatore (verbalizzata dall'ispettore) è paradigmatica: "a causa del turn-over siamo rimasti in due, non possiamo fare altrimenti". Si tenga conto che le principali linee-guide in tema di prevenzione del suicidio (cfr. Linee di indirizzo elaborate dall'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria della Liguria) indicano in 2 ore dall'ingresso in istituto il tempo limite per svolgere un colloquio efficace.

Prima di proseguire nell'analisi di ciò che può avvenire dopo le visite di primo ingresso, a seconda che si sia rilevato un rischio suicidario oppure no, è bene sottolineare che in alcuni casi limite (che proprio perché rari, non possono essere considerati scusanti dell'operato dell'istituzione) il suicidio avviene ancor prima che il detenuto possa essere preso in carico. Prima dunque che qualsiasi contatto sia posto in essere.

È il caso, ad esempio, di F.B. deceduto nella casa circondariale di Asti, il 25 settembre 2007. Si tratta di un quarantenne in custodia cautelare per maltrattamenti in famiglia che, pochi giorni prima, aveva tentato il suicidio nel carcere di Alessandria e anche per questo trasferito nella vicina Asti, dove sarebbe stato ospitato in una sezione "protetta". Nessuno degli operatori in servizio ad Asti, da quanto si evince dalle risultanze dell'ispezione, era a conoscenza del precedente tentativo di suicidio, ma ancor prima che arrivasse all'ufficio matricola, l'uomo si impicca nella sala di attesa.

E' questo un caso in cui i segnali di un rischio suicidario alto erano forti e chiari ed avevano (virtuosamente) consigliato il trasferimento in un istituto più adatta, che tuttavia era (non virtuosamente) all'oscuro e non ha potuto comportarsi di conseguenza.

Anche se, come si è già detto, i colloqui di primo ingresso sono momenti fondamentali per percepire un rischio suicidio, è evidente che nella quotidianità detentiva accadono episodi

che possono far insorgere o comunque accrescere il “rischio suicidario” anche a distanza di molto tempo dall’ingresso.

Quali sono dunque questi indizi e soprattutto, come vengono affrontati dall’istituzione?

I maggiori fattori di rischio percepiti si possono riassumere in tre categorie:

- *legati al percorso processuale/giudiziario* (vi rientrano tutte le “notizie” connesse alla posizione giuridica che il soggetto riceve durante la detenzione: notifica di nuove condanne, nuovi procedimenti a proprio carico, respingimento di istanze, in particolare quelle legate alla concessione di una misura alternativa). Da notare come gli operatori penitenziari, in sede di inchiesta ispettiva, in generale tendano, in nome della de-responsabilizzazione, ad enfatizzare tali accadimenti sui quali l’istituzione penitenziaria non ha alcun potere di controllo: il percorso giudiziario e processuale del detenuto è infatti percepito come “di esclusiva competenza della magistratura” e costituisce una variabile indipendente alla vita carceraria.

Nel caso del suicidio per impiccagione avvenuto nella casa circondariale di Salerno il 6.6.2010, l’indagine amministrativa è assai scarna e incentrata esclusivamente sul fatto che il detenuto avesse ricevuto la notifica di un nuovo rinvio a giudizio che avrebbe automaticamente reso non ammissibili le richieste di accesso alla misura alternativa (nel caso di specie, l’affidamento terapeutico in comunità), non ci si sofferma affatto sul “come” la notizia viene data al detenuto. Nel caso di specie, l’educatore aveva sottolineato come ci fosse una grande aspettativa sul buon esito di questa richiesta, che costituiva “un’ultima speranza” all’interno di un percorso detentivo piuttosto complesso. Lo stesso educatore aveva chiesto di essere informato dell’arrivo della notifica e di essere presente al momento della consegna del provvedimento. Tutto ciò non avvenne: il provvedimento veniva notificato, senza formalità, da un agente ignaro delle richieste dell’educatore;

- *legati ai rapporti con i familiari* (l’istituzione totale, come è noto, influisce su tre sfere della vita dell’individuo: il tempo, lo spazio, la relazione. È parere unanime di tutti gli studiosi delle dinamiche penitenziarie che il rapporto tra detenuto e familiari è uno degli aspetti più delicati e problematici della vita detentiva. Esistono momenti della quotidianità detentiva, come i colloqui o le telefonate, che hanno la capacità di influenzare notevolmente l’umore e il benessere della persona reclusa.

F.E., detenuto ventisettenne in custodia cautelare per lesioni e ricettazione nel carcere campano di Poggioreale, è il classico soggetto “fragile”, giovane, alla prima carcerazione, appartenente ad un nucleo familiare lontano dagli ambienti criminali, viene arrestato il 16 febbraio 2009. Il medico riscontra un rischio suicidario “basso”, gli operatori lo hanno sempre notato come “tranquillo e compensato”. Nessun educatore aveva ritenuto di effettuare un colloquio “perché non lo aveva mai richiesto” – è questa la prassi (censurata dall’ispettore), gli operatori si muovono solo dietro specifica richiesta del detenuto, mai spontaneamente!

Eppure, si scoprirà - a suicidio avvenuto - come raccontato in una lettera lasciata al compagno di cella: era tormentato dall’idea di avere deluso la famiglia e in particolare il padre. Il 27 marzo, poco più di un mese dall’arresto, è giorno di colloqui, ma nessun familiare si presenta. F.E., alle 15, approfittando dell’assenza del compagno a causa dell’ora d’aria, si impicca con un lenzuolo al letto a castello della cella. È certamente questo un caso di suicidio “non prevedibile/imponderabile”, legato principalmente alle problematiche relative ai rapporti con i famigliari);

- *legati alle condizioni personali* (principalmente al peggioramento delle *condizioni di salute* o all’acuirsi di patologie pregresse. Lo stato di salute del detenuto è, come abbiamo già avuto modo di sottolineare, uno dei principali fattori di rischio suicidio. Il carattere patogeno dell’istituzione totale è ormai universalmente riconosciuto e considerato. Ma, ai fini di questa ricerca, si vuole porre l’attenzione su come gli attori istituzionali affrontano la questione salute.

Sulle questioni sanitarie si consuma un conflitto tra culture professionali che causa disfunzioni e prassi organizzative perverse. La questione, molto semplificata è: chi deve pensare alla salute del detenuto? Di chi è la responsabilità? – e qui, si noti, il termine *responsabilità* ritorna a sottolineare l’ossessione dell’istituzione in seguito al suicidio-. Non è irrilevante il fatto che la ricerca prenda in considerazione il periodo a cavallo della riforma della sanità penitenziaria, che, dal 2008, ha “autonomizzato” personale e strutture sanitarie in carcere, che sono così stati trasferiti alla competenza del Servizio sanitario nazionale – e dunque, delle singole Aziende sanitarie locali e sottratte al Dipartimento dell’Amministrazione penitenziaria. Dal punto di vista della cultura professionale, è un passaggio formalmente e sostanzialmente epocale:

significa potere ribadire una propria libertà di agire, decidere, valutare, slegata alla logica custodiale. “Essere autonomi” significa accrescere il proprio potere, ma anche acuire il conflitto con le altre culture professionali presenti in istituto, su tutti il personale di sicurezza e quello dell’area trattamentale. Diverse ricerche (Ronco, 2013) dimostrano che questo percorso di emancipazione è, nei fatti, più lento e complicato del previsto, ma comunque inesorabile. Ma quali influenze ha sulla reazione istituzionale al suicidio?

Anzitutto occorre notare che, dal 2008, l’Amministrazione penitenziaria non ha più potere disciplinare nei confronti dei medici, l’ispezione amministrativa che dovesse riscontrare delle precise responsabilità dell’area sanitaria non potrebbe fare altrimenti che “trasmettere” l’informazione all’autorità competente “sanitaria”, ma non agire direttamente.

Ciò produce quella che chiameremo l’*intangibilità del sapere medico*.

Un sapere ben riassunto dal Foucault di “Discipline, Poteri e Verità”, che, parlando di altre istituzioni totali quali erano i manicomi, scriveva: “*Ho conosciuto cos’era un manicomio. Ho udito quelle voci e sono stato, credo come chiunque, sconvolto da quelle voci. Dico “chiunque” fatta eccezioni per i medici. E quando dico “ad eccezioni dei medici e degli psichiatri”, non è affatto aggressività nei loro confronti. Voglio dire che il loro funzionamento statutario filtra a tal punto il grido che può trovarsi nelle parole di un folle, che essi ne odono solo la parte intellegibile o non intellegibile del discorso. La forma “grido” è divenuta loro inaccessibile, proprio a causa del filtro del loro sapere istituzionale e della loro conoscenza*” (1994, p. 87).

Dalla lettura dei fascicoli ispettivi, emerge nitidamente una sorta di complesso di inferiorità rispetto alla cultura medica da parte di ogni altra cultura professionale.

Tale *sudditanza* agisce in due direzioni:

- ciò che afferma il medico si presume “vero”. Agli occhi degli altri attori del sistema carcerario i messaggi linguistici dei medici (certificati, diagnosi, prescrizioni) assumono la forma di *postulati*. La diagnosi del medico, anche se parziale, tardiva, incompleta, contraddittoria, è “indiscutibile”. Il sillogismo logico dell’agire istituzionale, parte dalla premessa: “L’ha detto il medico”. L’ispettore di certo non si discosta da tale *modus pensandi*. Ad un occhio poco

esperto, potrebbe sembrare logico e normale che l'opinione di un professionista con conoscenza e strumenti precisi non possa essere messa in discussione da altri professionisti che non hanno le stesse competenze e gli stessi strumenti. È logico e normale dunque che un direttore penitenziario, un educatore, un agente di polizia penitenziaria non discuta decisioni/opinioni del medico. Eppure, nel contesto carcerario, questo avviene *soltanto* nei confronti del medico, sono invece innumerevoli i “contrastanti” (che a volte sfociano in veri e propri “scontri”) tra le altre figure professionali. In questo senso, è frequente, ad esempio, che l'agire dell'educatore venga messo in discussione dal poliziotto penitenziario o che, anche quando dovrebbe funzionare dinamiche gerarchiche, “l'ordine” del vertice (ad esempio del direttore penitenziario) sia ignorato dalla “base”.

Riguardo alla cultura professionale medica questo invece non avviene.

- L' “indiscutibilità” dell'opinione del medico produce la *scusabilità* delle azioni degli altri operatori che si sono basati su quell'opinione. Il sillogismo in questo caso diventa: “Se l'ha detto il medico, allora sono scusato”. È come se nel codice della quotidianità penitenziaria il sapere medico operi da causa di giustificazione che scrimina i comportamenti altrui. Nel caso del suicidio, sono frequenti i casi in cui il fatto che il medico non abbia riscontrato un “rischio suicidario” giustifichi gli altri operatori ad “abbassare la guardia”, anche in presenza una situazione di rischio palese, evitando di attuare anche le più “normali” precauzioni.

Se tale comportamento trova una sua logica e giustificazione sul piano soggettivo, così non è se si muove l'analisi sul piano generale: un'istituzione che si presume funzionale dovrebbe avere gli strumenti per rimediare o correggere i comportamenti negligenti, imperiti, superficiali, imprudenti dei suoi singoli attori, medici compresi. Il compiersi del suicidio è per se prova che tali strumenti non hanno funzionato.

Ad avvalorare le tesi proposte è, ancora una volta, il materiale empirico. In particolare sono due i fascicoli rilevanti:

Il caso di M.M., suicida nel carcere di Secondigliano il 29 agosto 2007.

Si trattava di un detenuto che “non sapeva farsi la galera”. Epilettico, cocainomane, estremamente litigioso con i compagni – e quindi soggetto a frequenti cambi di cella –. La

sua insofferenza nei confronti della galera è progressivamente aumentata nel tempo. Quando tale insofferenza cresce oltre il “livello di guardia” l’istituzione risponde con i mezzi ordinari a sua disposizione: consiglio di disciplina, sanzioni disciplinari (richiami, isolamento...) e poi, su suggerimento dello psichiatra “grande sorveglianza”.

Al solito, in questi casi, i mezzi ordinari, burocratici, non servono perché nessuno si accorge che si è ormai trascesi nello “straordinario”.

Di questa sottovalutazione sono pienamente complici i medici. Il loro sapere stesso infatti alle volte cade in una burocraticità, in una gestione dell’ordinario con le logiche della carcerazione, di cui questo caso è emblematico.

Dalla dichiarazione dello psichiatra: “In data 27.8.2007 (due giorni prima del suicidio n.d.a.) fui chiamato per redigere certificazione sanitaria per eventuale prescrizione al detenuto M., ciò a seguito di atto di intolleranza posto in essere dal soggetto. Dai colloqui con il soggetto e dai precedenti riscontrati nella cartella clinica valutai la possibilità di atti autolesionistici che il soggetto avrebbe potuto porre in essere, ciò anche a seguito di specifiche minacce fatte in tal senso dal Marino. A parte ciò il soggetto mi appariva lucido e non manifestava problematiche, né della sfera cognitiva né della sfera affettiva. Alla luce di quanto sopra era assolutamente inipotizzabile un atto di autosoppressione. In ogni caso prescrissi permanenza in stanza singola priva di oggetti atto a procurarsi nocumento. Autorizzai uso di abbigliamento personale e lenzuola dell’Amministrazione sia per salvaguardare la dignità del soggetto sia perché con il particolare caldo di quei giorni l’uso della biancheria avrebbe certamente alleviato le difficoltà. Prescrissi altresì l’altissima sorveglianza”.

Una “diagnosi” se non altro singolare, che influenza gli altri operatori, come fosse un effetto-domino: non c’è il minimo rischio, però si consiglia di utilizzare mezzi riservati a casi in cui il pericolo c’è (la cella singola e “liscia”).

Tale sapere medico non è per nulla messo in discussione dalle visite ispettive. Anzi, è uno strumento per legittimare le pratiche adottate. Tuttavia, noi dobbiamo inquadrarlo per quello che è: una pedina dell’agire istituzionalizzato.

Il suicidio avviene, ma il non-detto dell’ispezione è chiaro: non c’è alcuna responsabilità, perché scatta la “scriminante medica” (“l’ha detto il sanitario”). Poco importa se, anche agli occhi di un non esperto, l’opinione di quel professionista appaia molto discutibile.

M.G., suicida nella casa circondariale di Vercelli, il 12 novembre 2009, è uno dei tanti

soggetti “fragili” che affollano le carceri italiane, che subisce il conflitto tra culture professionali: lo psichiatra, che prende in carico il paziente e lo visita più volte, annotando sulla cartella clinica un peggioramento delle condizioni di salute (aveva perso 25 kg in poche settimane) e un progressivo aumento del rischio suicidario. Addirittura arriva ad ipotizzare un trasferimento in un reparto di osservazione psichiatrica. Di questa situazione sempre più problematica, gli altri operatori poco o nulla sanno, il medico sceglie di agire in perfetta solitudine senza concertare alcunché (a specifica domanda dell’ispettore, si giustificherà dicendo di essere “quasi sicuro!” di avere avvisato gli altri operatori, pur non essendo presente alcuna traccia di tale comunicazione). Il detenuto muore impiccato in un sottoscala durante i passeggi del pomeriggio. Verrà ritrovato un’ora dopo la morte, da un altro detenuto lavorante. Come è possibile che un detenuto con problematiche così rilevanti non sia destinatario di una particolare attenzione da parte degli operatori? La domanda resta senza risposta.

Tali osservazioni permettono dunque di distinguere sostanzialmente i casi di suicidio in due macrocategorie: i suicidi *ponderabili* e gli *imponderabili*.

Dal punto di vista dell’ispettore che conduce l’indagine amministrativa poco cambia, anzi, paradossalmente, l’indagine è più approfondita e dettagliata nel caso di suicidi *ponderabili*, poiché significa trovarsi una situazione in cui l’istituzione aveva percepito un pericolo, ma, evidentemente, non era stata capace di coglierlo fino in fondo. Proprio in questa mancanza l’ispettore accorto vuole fare piena luce e dunque approfondisce il più possibile.

Prima di concentrarsi sulle risposte *istituzionali* dopo la percezione del pericolo, occorre notare che esiste invece una particolare istituzione penitenziaria in cui i parametri di valutazione cambiano totalmente e le dinamiche fino ad ora descritte non agiscono: si tratta degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (gli O.P.G.).

Il suicidio in O.P.G.

Tra gli istituti campione presi in considerazione da questa ricerca vi sono anche due O.P.G. dei sei presenti sul territorio italiano. Si tratta dell’O.P.G. di Aversa e di Napoli, entrambi in Campania.

Nell'intervallo di tempo analizzato dalla ricerca, gli O.P.G. sono da considerarsi strutture compiutamente penitenziarie: fino al 2008 infatti (anno di approvazione riforma della sanità penitenziaria e di emanazione dell'Allegato C DPCM 1 Aprile 2008), gli O.P.G. facevano capo al Ministero della Giustizia e la loro responsabilità era direttamente in capo al Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria. Dal 2008 inizia il lento (e ad oggi non ancora terminato) percorso di *superamento* che è iniziato, anzitutto, con la loro *sanitarizzazione*, cioè il passaggio di personale, strutture, beni e servizi alle Regioni (assessorati sanità) e dunque alle singole Aziende sanitarie locali. Si parla, a proposito, di *regionalizzazione degli O.P.G.*: un percorso lungo, complesso e che ha subito parecchie battute d'arresto.

In questa sede, tuttavia, non interessa approfondire l'intricata vicenda della chiusura definitiva degli O.P.G., bensì si vuole notare quali differenze esistono tra il binomio "O.P.G-suicidio" e quello "carcere-suicidio".

Per farlo occorre muovere l'analisi da una caratteristica lapalissiana per ogni studioso della psiche: gli internati in O.P.G. sono pazienti psichiatrici autori di reato. La malattia mentale in sé aumenta la propensione al gesto autolesivo. Anche nella popolazione psichiatrica libera rileviamo tassi di suicidio più alti rispetto alla popolazione non psichiatrica. Da questo punto di vista, il fatto di essere ristretti in un'istituzione totale non influisce particolarmente.

Non stupisce dunque che, proporzionalmente, il tasso di suicidi in O.P.G. sia di gran lunga maggiore (19,8 suicidi ogni 10 000 internati) a quello degli istituti penitenziari (9,90 ogni 10 000 detenuti), ma comunque in linea con episodi di suicidio della popolazione psichiatrica (19,3 ogni 10 000).

Tuttavia, le percentuali di suicidi in O.P.G. rispetto alla totalità delle morti in carcere restano, come dimostra la Tabella 20, inferiori al 10%, con due picchi, nel 2002 e nel 2011, sui cui pesano situazioni di particolare tensione all'interno di singoli istituti. Nel 2011, ad esempio, le insostenibili condizioni di sovraffollamento dell'O.P.G. di Aversa, contribuirono a far sì che 4 internati in pochi mesi si tolsero la vita (cfr. infra).

Come reagisce l'istituzione O.P.G. a questa "differenza"? Dall'analisi dei fascicoli ispettivi si nota sinteticamente che c'è un generale aumento della "soglia di attenzione" e la percezione che in O.P.G. la morte per suicidio di un internato sia un evento "normale" o "quasi normale". Insomma, la valutazione del "rischio suicidio" usa parametri diversi che, a parità di

situazione, portano in un normale istituto di pena a classificare il caso come ad alto rischio e in un O.P.G. a rischio normale.

L'ispettore durante l'indagine amministrativa tiene ovviamente conto di questo dato e dunque anche la valutazione dei comportamenti e dell'agire istituzionale viene valutata con parametri differenti.

Tabella 20. Confronto numero suicidi in O.P.G. e in istituto di pena (II.P.P.) nel quinquennio 2002-2014.

Anno	Suicidi negli istituti penitenziari	Suicidi in O.P.G.	Detenuti presenti (al 31.12)	Detenuti presenti in O.P.G. (al 31.12)	Percentuale suicidi in O.P.G. rispetto a suicidi in istituti penitenziari
2002	52	7	56.431	1264	13,46%
2003	56	2	56.081	1214	3,57%
2004	52	0	56.064	1206	0,00%
2005	57	0	58.817	1282	0,00%
2006	50	2	51.748	1254	4,00%
2007	43	2	44.233	1273	4,65%
2008	46	4	58.127	1245	8,70%
2009	72	1	64.791	1441	1,39%
2010	66	2	67.961	1419	3,03%
2011	66	9	66.897	1387	13,64%
2012	60	2	65.701	897	3,33%
2013	43	4	62.536	933	9,30%
2014	49	1	53.623	793	2,04%

Fonte: nostra rielaborazione su dati del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Più volte, nei verbali di dichiarazione raccolti di ispettore, si usano espressioni colloquiali, sintomatiche dei parametri di valutazione usati dagli operatori dell'O.P.G.

Il 3 giugno 2006, un internato lavorante dell'O.P.G. di Aversa si impicca e muore dopo una settimana di ricovero in ospedale. L'ispettore chiude la relazione non solo dicendo che non sono state riscontrate responsabilità (è stata scusata addirittura l'indebita assenza dell'infermiere che, pur dovendo essere in servizio in sezione, si era allontanato senza

preavviso dall'istituto! Tale comportamento non rileva sul piano disciplinare, perché l'assenza dell'infermiere e l'evento morte non sono in alcun rapporto causale), ma dicendo che il suicidio "ha destato meraviglia in tutto il personale!".

Il 13 aprile 2007 ad Aversa si suicida un altro giovane internato, totalmente "istituzionalizzato" (era sempre stato ospitato in strutture contenitive fin da minorenni): è il tipico soggetto "problematico", che rifiuta le terapie, compie innumerevoli gesti autolesivi (quasi quotidiani), è protagonista di due tentativi di suicidio in pochi anni eppure tutti gli operatori ripetono "il suo comportamento risultava normale".

Situazione analoga per il giovane internato che si suicida ad Aversa la notte del 4 gennaio 2008: agli occhi di un soggetto esterno, il paziente appare molto problematico: cambia quattro O.P.G. in pochi mesi (perché molto litigioso con i compagni), ha atteggiamenti provocatori nei confronti del personale, una terapia farmacologia sempre più importante perché la schizofrenia faticava ad essere contenuta. Eppure l'ispettore conclude ribadendo: "il gesto ha creato grande meraviglia, poiché impreveduto ed imprevedibile, ma attuato con grande freddezza e lucidità". E lo psichiatra ribadisce "in soggetti schizofrenici il gesto anticonservativo non deve meravigliare".

In un caso paradigmatico tuttavia, l'incolmabile distanza tra l'O.P.G. e il resto del mondo non può non essere notata (e censurata) dall'ispettore. In questo caso, la sottovalutazione del rischio suicidario sembra davvero eccessiva.

Interessante, da questo punto di vista, è l'incipit della relazione ispettiva che merita essere riportato integralmente: "Durante l'ispezione nessuna delle figure apicali (direttore, comandante, dirigente medico...) era presente in struttura. Il direttore si giustifica dicendo di aver capito che l'ispezione fosse finalizzata a verificare la condizione di sovraffollamento della struttura". Non solo il suicidio di un paziente (cioè di una persona giuridicamente affidata alle cure e alla responsabilità di una struttura) non desta preoccupazione, ma non merita neanche la presenza durante l'ispezione ampiamente preannunciata.

La distrazione dei vertici non può che provare effetti a cascata sui sottoposti e così, gli agenti di polizia penitenziaria si contraddicono sugli orari e su chi abbia visto per ultimo l'internato in vita (eppure il suicidio è avvenuto in pieno giorno, quando tutti gli operatori erano regolarmente in servizio); il medico ammette con candore (senza che da ciò si rileva alcuna responsabilità disciplinare, ma solo l'esigenza di una "maggior sensibilizzazione") di avere

condotto le manovre rianimative per pochi minuti (e comunque meno dei 20 previsti da protocollo).

La ricostruzione della storia clinica del paziente porta a scoprire altre scelte organizzative interessanti: notando che, nella cartella clinica e nel fascicolo personale dell'internato vi sono "buchi temporali", cioè ingiustificate interruzioni delle visite psichiatriche e dei colloqui con gli operatori, l'ispettore chiede spiegazione, scoprendo che l'assistenza medica e quella trattamentale si interrompono nel mese di agosto e tra dicembre e gennaio in corrispondenza delle festività natalizie. La conclusione, anche stavolta, è *tranchant*: "gli operatori forse ritengono che la pazzia nell'O.P.G. di Aversa vada in vacanza insieme a loro!".

Nel 2011 proprio il caso Avversa assume rilevanza mediatica (anche grazie ad alcune interrogazioni parlamentari): in pochi mesi avvengono 4 suicidi. È questo un tipico esempio del c.d. "suicidio a cascata", cioè di episodi piuttosto ravvicinati su cui incide certamente una volontà di emulazione.

Dai fascicoli ispettivi, tuttavia, si coglie come l'istituto stia attraversando un periodo di gravi carenze organizzative, alcuni operatori usano addirittura il termine "caos".

Ad incidere sono i forti contrasti tra le aree (sicurezza, trattamentale, medica) che trascendono in un vero e proprio conflitto che la direzione non è in grado di ricomporre e che influisce direttamente sul clima detentivo. In occasione della prima ispezione, avvenuta in seguito al primo suicidio, l'ispettore nota minuziosamente le falle organizzative: "la collaborazione tra le aree non è codificata e affidata alla sensibilità dei singoli, non esistono criteri di allocazione degli internati né per condizioni diagnostiche né per posizione giuridica, i momenti critici (come le notifiche della proroga della misura di sicurezza) della vita dell'internato sono affidati alle iniziative dei singoli operatori di turno, l'organizzazione strutturale dei reparti appare illogica, con reparti sovraffollati e altre aree sottosfruttate".

L'ispettore nota anche che ogni qualvolta la direzione sceglie di emettere un ordine di servizio omette di stabilire "chi fa che cosa" e così lo stesso ordine invece di risolvere il problema, lo amplifica.

Come si vede, l'O.P.G. rimane una peculiarità nel panorama istituzionale che necessiterebbe quindi di strumenti peculiari di funzionamento.

Conclusioni

Il passaggio dal piano strettamente numerico a quello qualitativo, legato alle vicende delle persone decedute per suicidio nelle carceri di Campania, Piemonte e Liguria fra il 2006 e il 2011 attraverso l'analisi dei fascicoli ispettivi compilati dall'Amministrazione penitenziaria ha offerto nuove conoscenze sul rapporto tra pratiche penitenziarie e violenza auto-inferta che qui proponiamo in forma schematica, per cristallizzare alcuni risultati e per stimolare domande che meritano approfondimenti.

- I suicidi hanno come protagonisti persone prevalentemente in attesa di un giudizio definitivo, di un'età compresa fra i 25 e i 44 anni e accadono, ancora oggi, nei primi mesi dopo l'arresto.
- La prospettiva di una pena lunga pare avere un peso nella decisione.
- Non vi è correlazione fra reato commesso e suicidio. All'interno dell'universo analizzato troviamo infatti, sia autori di vicende tragiche, legati a reati molto gravi, sia autori di reati "ordinari", spesso legati al mondo delle tossicodipendenze o anche "bagatellari" (furti di scarso valore).
- Vi è invece una forte relazione con l'evolversi "dell'esperienza detentiva". A questo proposito influiscono in particolare i frequenti trasferimenti a cui la persona è stata sottoposta e il suicidio. Come già sottolineato in altre occasioni, il trasferimento appare come un momento estremamente critico, un vero "trauma" (se non adeguatamente preparato) e l'abuso nel suo utilizzo come strumento per allontanare i soggetti difficili appare oltremodo censurabile.
- Le vittime sono in larga maggioranza persone per le quali, sin dal momento dell'ingresso in carcere, è stato rilevato un "disagio mentale" (categoria onnicomprensiva, che racchiude dalle gravi psicosi a semplici disturbi dell'umore, compensabili con una terapia farmacologica adeguata o con attività di supporto psicologico). Se a tale disagio si somma il significativo numero di tossicodipendenti, si ottiene un quadro significativo del ruolo assunto dal carcere della contemporaneità come contenitore di una complessa marginalità che non trova altre forme di supporto alternative alla carcerazione.
- I suicidi, solo in rare occasioni hanno avuto come protagonisti soggetti "sconosciuti"

all'amministrazione, o per i quali non era stato ravvisato un fattore di rischio. Nella maggioranza dei casi, al contrario, era avvenuta la segnalazione di una problematicità (di varia natura: sanitaria, comportamentale, relazionale).

- Dagli interventi attuati emerge il tentativo di una normalizzazione dei casi problematici. Dalle relazioni paiono infatti emergere delle pratiche di routine standardizzate – che spesso ruotano attorno alla vaga disciplina della “grande sorveglianza” – in base alle quali gli operatori tentano di gestire le numerose situazioni problematiche con le quali quotidianamente si confrontano. Tale normalizzazione della criticità pare quindi nascondere il rischio dell'impossibilità di cogliere i tratti distintivi dei singoli casi, a favore di un agire seriale e burocratizzato che coinvolge tutti gli attori del sistema (compresa la medicina penitenziaria).
- All'interno di tale quadro generale, l'utilizzo di sezioni “non ordinarie”, destinate all'isolamento, o comunque alla custodia particolare dei soggetti problematici, non appare una soluzione soddisfacente. I suicidi si realizzano principalmente proprio all'interno di quelle sezioni scarsamente aperte verso l'esterno, poco dotate dal punto di vista delle risorse trattamentali e, in ultima analisi, percepite come punitive.
- L'universo degli OPG è peculiare, perché peculiare è la popolazione che qui vive. C'è un generale aumento della “soglia di attenzione” e la percezione che in O.P.G. la morte per suicidio di un internato sia un evento “normale” o “quasi normale”. Insomma, la valutazione del “rischio suicidio” usa parametri diversi che, a parità di situazione, portano in un normale istituto di pena a classificare il caso come ad alto rischio e in un O.P.G. a rischio normale. Lo stesso ispettore durante l'indagine amministrativa tiene ovviamente conto di questo dato e dunque anche la valutazione dei comportamenti e dell'agire istituzionale viene valutata con parametri differenti.

Tali considerazioni suggeriscono delle forme di intervento che operino su almeno tre livelli.

- A) Il primo, riguarda la sfera della penalità e l'area di competenza del diritto penale. L'espansione dell'ambito di applicazione del diritto penale che ha coinvolto negli ultimi anni il nostro paese, così come tutte le democrazie occidentali, ha contribuito a rendere il carcere una forma di ghetto urbano riservato alle marginalità più estreme che caratterizzano le nostre società postmoderne. Occorre necessariamente riportare il

diritto penale all'interno della sua dimensione originaria, come *extrema ratio* posta a tutela dei diritti fondamentali dell'uomo. Il disagio mentale deve essere necessariamente allontanato dalle mura della prigione. In questo senso, oltre ad un intervento sui reati, è auspicabile un ampio utilizzo di quelle forme di *diversion* applicate da anni nel nord Europa. In questo senso, l'introduzione all'interno del sistema della messa alla prova di forme di accompagnamento riservate a soggetti affetti da forme di disagio psichico sarebbe un buon punto di partenza per ricollocare la malattia mentale all'interno della sfera dell'assistenza pubblica e allontanarla dalle mura della prigione.

- B) Il secondo, riguarda la “riscoperta” di istituti giuridici e di funzioni degli operatori del diritto che oggi appaiono rimossi all'interno dell'amministrazione della giustizia del quotidiano. Ci si riferisce, ad esempio, all'istituto dell'incompatibilità fra l'esecuzione della pena in regime detentivo in relazioni alle condizioni di salute del condannato, così come previsti dagli artt. 146-147 c.p. In questo contesto, la stessa magistratura di sorveglianza deve necessariamente recuperare la sua funzione di garante dei diritti del detenuto formalmente assegnata dall'ordinamento penitenziario. Dalle relazioni esaminate tale organo non compare come elemento in grado di influenzare la quotidianità detentiva, neanche là dove il suo intervento potrebbe avere un impatto significativo a tutela di diritti fondamentali del condannato, come ad esempio quello della salute (si pensi, a titolo esemplificativo, di fronte dei numerosi trasferimenti di detenuti problematici adottati dall'amministrazione penitenziaria). Ecco quindi che un ruolo più “coraggioso” di tale organo si rivelerebbe come fondamentale per una reale democratizzazione delle pratiche dell'esecuzione penale.
- C) Il carcere, ancora una volta, si rivela un luogo inadeguato alla salvaguardia della salute dei soggetti più fragili. Le pratiche descritte in questo report appaiono figlie di un approccio custodiale che rappresenta la natura stessa della prigione, così come storicamente affermatasi. Significativo, da questo punto di vista, che, quelle figure introdotte dalla normativa penitenziaria con la funzione di affermare la funzione risocializzativa della prigione (educatori, ma anche psicologi, assistenti sociali, volontari) assumano un ruolo marginale, secondario nelle vicende narrate. Una vera

riforma dei luoghi di privazione della libertà non può che fondarsi su di un ribaltamento dei ruoli, là dove l'approccio custodialistico/sanitario dovrebbe essere affiancato – e superato – da figure professionali in grado di far apparire la prigione qualcosa di differente dalla prigione stessa. La ridefinizione dei ruoli deve necessariamente accompagnarsi ad una rivoluzione nelle pratiche. Le pratiche di ingresso in istituto, la grande sorveglianza, l'isolamento paiono infatti procedure strettamente connesse ad una visione della privazione della libertà incentrata sul modello carcere-centrico. Una privazione della libertà ridimensionata, con numeri ridotti e affidata solo in minima parte a personale di custodia non potrà quindi non accompagnarsi ad una netta ridefinizione delle procedure. Con l'obiettivo ultimo di rendere la privazione della libertà qualcosa che ricordi il meno possibile il carcere.

Bibliografia di riferimento

Baccaro L., Morelli F., *In carcere: del suicidio e di altre fughe*, Ristretti orizzonti, Padova, 2009

Barbagli M., *Congedarsi dal mondo*, il Mulino, Bologna 2009

Bauman Z., *Modernità liquida*, Laterza, Bari 2009

Beck A.T., Beck R., Weissman A., *Hopelessness and suicidal behaviour: an overview*, in "Journal of American Medical Association", December issue 1975

Bentivogli S., *Pillole e umanità*, in "Fuoriluogo", maggio 2006

BLUMER H. (1969), "*Symbolic interactionism: perspective and method*", Englewood Cliffs, Prentice Hall, New York.

BOIN A., RATTRAY W. (2004), *Understanding Prison Riots: Towards a Threshold Theory*, "Punishment and Society", 6, I, pp. 47-65.

BORASCHI A., MANCONI L. (2006), *Quando hanno aperto la cella era già tardi perché: suicidi ed autolesionismo in carcere 2002-2004*, "Rassegna Italiana di Sociologia", 1, Il Mulino, Bologna, pp. 117-150.

BUCARELLI A., PINTOR P. (1991), *Morte e detenzione. Il gesto autolesivo all'interno dell'universo carcerario*, « Rassegna italiana di criminologia », n. 4, pp.315-318.

Buffa P., *L'attenzione al disagio psichico in carcere: dalla responsabilità formale al pragmatismo etico*, in "Autonomie locali e servizi sociali", 2003, XXVI, 1

BUFFA P. (2005), *Dall'attenzione alla prevenzione: l'esperienza multi-professionale nella*

Casa Circondariale di Torino, in Concato G., Rigiore S., *Per non morire di carcere: esperienze di aiuto nelle prigioni italiane tra psicologia e lavoro di rete*, Franco Angeli, Milano.

Buffa P., *Alcune riflessioni sulle condotte autoaggressive poste in essere negli istituti penali italiani*, in “Rassegna Penitenziaria, Rivista del Ministero della Giustizia e del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria”, 2008, n. 3

BUFFA P. (2012), *Il suicidio in carcere: la categorizzazione del rischio come trappola concettuale ed operativa*, “Rassegna penitenziaria e criminologica”, XV, 1, pp. 7-118.

CALDERONE V., MANCONI L. (2011), *Quando hanno aperto la cella*, Il Saggiatore, Milano.

Campelli E., Faccioli F., Giordano V., Pitch T., *Donne in carcere*, Feltrinelli, Milano 1992

CLEMMER D. (1997), *La comunità carceraria*, in Santoro E., a cura di, *Carcere e società liberale*, Giappichelli Editore, Torino, pp. 205-222.

COHEN S., TAYLOR L. (1972), *Psychological Survival*, Penguin, Harmondsworth.

CRAZE L. (1990), *Prison Suicide in New South Wales: 1880-1984*, Paper pubblicato dalla Australian and New Zealand Association of Psychiatry, Psychology and Law della Monash University.

De Girolamo G. et al., *Prevalenza dei disturbi mentali in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: il progetto ESEMED-WMH*, in “Epidemiologia e Psichiatria Sociale”, 2005, suppl. 8

De Leo D., *Quando la prevenzione del suicidio incontra le questioni del diritto alla morte: alla ricerca della prospettiva medica*, in Baccaro L. e Pegoraro L. (a cura di), *Salute mentale*

e garanzia dei diritti, in “Quaderni di Etica e Medicina-Fondazione Lanza”, giugno 2009

DE VITO C. (2009), *Camosci e girachiavi. Storia del carcere in Italia*, Edizioni Laterza, Bari.

FOCAULT M. (1994), *Il manicomio illimitato* in Bertani M., Rovatti A., a cura di, *Follia e psichiatria*, Giuffrè, Milano.

Fornari F., *Il codice vivente*, Boringhieri, Torino 1981

GARFINKEL H. (1956), *Conditions of successful degradation ceremonies*, “American Journal of Sociology”, 61, II, pp. 420-424.

Goffman E (1961), *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino

GONIN D. (1994), *Il corpo incarcerato*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.

LIEBLING A. (1992), *Suicides in Prison*, Routledge, London.

LIEBLING A. (1999), *Prison Suicide and Prison Coping*, in M. Tonry e J. Petersilia, a cura di, *Prisons*, University of Chicago Press, Chicago.

LIEBLING A., WARD T. (1994), *Deaths in Custody: International Perspectives*, Whiting & Birck, London.

LLOYD C. (1990), *Suicide and Self Injury on Prison: A Literature Review*. Home Office Research Studies, n. 115, London.

Manconi L., *Così si muore in galera. Suicidi e atti di autolesionismo nei*

luoghi di pena, Politica del diritto, Il Mulino, Bologna 2002, n. 2

Manconi L., Boraschi A., *Quando hanno aperto la cella era già tardi perché...Suicidi e autolesionismo in carcere 2002-2004*, in “Rassegna Italiana di Sociologia”, 2006, n.1

MANCONI L., TORRENTE G. (2012), *La pena del suicidio. Comparazione tra gli atti di autolesionismo nelle carceri di Piemonte, Liguria e Campania* in “Politica del diritto”, 1, pp. 141-176.

MATTHEWS R. (2009), *Doing time. An introduction to the Sociology of Imprisonment*, Palgrave Macmillan, London.

MERTON R. K. (2000), *Teoria e struttura sociale. Studi sulla struttura sociale e culturale*, Il Mulino, Bologna.

Morselli E., *Il suicidio dei delinquenti*, in “Rivista sperimentale di Freniatria”, 1875

Morselli E., *Il suicidio. Saggio di statistica morale comparata*, Dumolard, Milano 1879

Mosconi G., *Tempo sociale e tempo del carcere*, in “Sociologia del diritto”, 1996, n.2

Orford J., *Community Psychology. Theory and Practice*, Wiley, Chichester 1992

Pagano L., *Rapporto degli ispettori europei sullo stato delle carceri in Italia*, Sellerio, Palermo 1995

PARKER M. (2007), *Dynamic Security: The Demographic Therapeutic Community in Prison*, Jessica Kingsley, London.

Paykel E.S., *Life events, social support and marital relationships in the outcome of severe depression*, in “Psychol. Med.”, 1996, 26, pp. 121-133

REEVES A., STUCKLER D., MCKEE M., GUNNELL D., CHANG S-S., BASU, S. (2012), *Increase in State suicide rates in the USA during economic recession*, "The Lancet", 380, pp. 1813-14.

RONCO D. (2013), *La percezione della salute in carcere*, in MIRISOLA C., a cura di, *Salute libera tutti*, Eurolit, Roma.

SAITTA P. (2014), *Pedagogie dell'annientamento. Carcere e suicidi nell'Italia della crisi*, in Simone A., a cura di, *Suicidi. Studio sulla condizione umana nella crisi*, Mimesis, Milano, pp. 77-95.

SCANDURRA A. (2014), *La promozione con riserva ed i numeri del carcere*, in "Antigone. Quadrimestrale di critica del sistema penale e penitenziario", IX, 2, pp. 17-31.

SIMON J. (2008), *Il governo della paura. Guerra alla criminalità e democrazia in America*, Cortina Raffaello, Milano.

SIMONE A. (2014), a cura di, *Suicidi. Studio sulla condizione umana nella crisi*, Mimesis, Milano.

SPARKS R., BOTTOMS A., HAY W. (1996), *Prisons and the Problem of Order*, Clarendon Press, Oxford.

SYKES G. M. (1997), *La società dei detenuti. Studio su un carcere di massima sicurezza*, in Santoro E., a cura di, *Carcere e società liberale*, Giappichelli, Torino, pp. 223-237.

Villermè L. R., *Des Prisons telles qu'elles sont et telles qu'elles devraient etre*, Mequignon-Marvis, Paris 1820

WACQUANT L. (2000), *Parola d'ordine: tolleranza zero. La trasformazione dello Stato penale nella società neoliberale*, Feltrinelli Editore, Milano.

WACQUANT L. (2006), *Punire i poveri: il nuovo governo dell'insicurezza sociale*, DeriveApprodi, Roma.

Waraich P. et al., *Prevalence and Incidence studies of mood disorders: a systematic review of studies*, in "Can. J. Psychiatry", 2004, 49, pp. 124-138

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2014), *Preventing suicides: a global imperative*, Luxembourg.