



Università degli Studi di Torino
FACOLTÀ DI PSICOLOGIA

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia

Tesi di Laurea Magistrale

**Vittimologia penitenziaria: uno
studio esplorativo nella Casa
Circondariale di Torino**

Candidato/a

Francesca Sicoli



Relatore

Prof.ssa Georgia Zara

A. A. 2010/2011

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 1
CAPITOLO I	
EPIDEMIOLOGIA DEI COMPORTAMENTI AUTOLESIVI IN CARCERE	pag. 4
1. L'autolesionismo in carcere: statistiche e inquadramento del fenomeno in una prospettiva transculturale	pag. 4
2. Fattori di rischio per la commissione di atti autolesivi all'interno del carcere	pag. 19
3. Il significato dell'autolesionismo in carcere	pag. 24
CAPITOLO II	
PRESENTAZIONE DEL PROGETTO DI RICERCA	pag. 28
1. Premesse, obiettivi e prospettive	pag. 28
2. Ipotesi di ricerca e metodologia	pag. 33
CAPITOLO III	
LA REALIZZAZIONE DELLA RICERCA D'ARCHIVIO ...	pag. 44
1. Il campione	pag. 44
2. Rilevazione dei dati	pag. 50
CAPITOLO IV	
ANALISI DEI DATI E DISCUSSIONE	pag. 54
1. Analisi dei dati	pag. 54
1.1. Dati anagrafici e altri dati personali	pag. 54
1.2. Dati relativi alla condizione giuridica e a quella detentiva ...	pag. 61
1.3. Dati relativi alla salute psicologica e organica	pag. 67
1.4. Valutazione del servizio Nuovi Giunti	pag. 75
2. Analisi within group: il gruppo sperimentale	pag. 77

2.1. I detenuti che hanno tentato il suicidio	pag. 81
3. I limiti dello studio	pag. 87
CONCLUSIONI	pag. 91
APENDICE A	pag. 97
APPENDICE B	pag. 116
BIBLIOGRAFIA	pag. 130

INTRODUZIONE

“Il grado di civilizzazione di una società si misura dalle sue prigioni” recita uno dei più celebri aforismi di Fëdor Dostoevskij. Il progetto di ricerca presentato in questo elaborato di tesi prende, parzialmente, le mosse da questo concetto. Qual è lo stato di salute dei detenuti nelle carceri italiane? Purtroppo dall'esterno, facendo riferimento ai mass media, ai dati forniti dall'Amministrazione Penitenziaria e a quelli messi a disposizione dalle varie banche dati (ad esempio l'Istat), gli unici (o comunque i più frequentemente diffusi) indici di qualità di vita dei detenuti a disposizione sono relativi a tematiche con cui ormai, tristemente, abbiamo familiarizzato. In primis i fenomeni del sovraffollamento e del suicidio in carcere sono diventati la maggiore preoccupazione di chi ha a che fare con l'amministrazione delle carceri.

La vittimologia si occupa della relazione tra vittima e aggressore, nella fattispecie della vittimologia penitenziaria il detenuto il cui stato di salute subisce una deflessione costituisce la vittima, e la causa di ciò può essere individuata, in alcuni casi, nelle azioni e/o nelle omissioni esercitate dall'amministrazione penitenziaria. Il concetto di salute ha notevoli sfaccettature e può riguardare diversi ambiti lungo un continuum che va dalla sfera organica alla sfera psichica. Ciò significa che lo stato di salute del detenuto deve essere tutelato tramite la cura di disturbi già presenti e la prevenzione di malattie che non si sono ancora manifestate, senza dimenticare l'attenzione rivolta all'incolumità fisica dell'individuo. Il carcere è infatti un luogo in cui il rischio di subire o agire aggressioni è molto alto e, in particolare, nello studio che verrà svolto in questo elaborato si focalizza l'attenzione su una specifica forma di aggressione: l'aggressione autodiretta. L'autoaggressività in carcere si può spiegare in diverse modalità, la forma di cui siamo più a conoscenza, in quanto viene maggiormente veicolata dai mezzi di informazione di massa, è il suicidio. Rimangono però nell'ombra un'altra serie di atti anticonservativi che non sono diretti alla morte dell'individuo quali il procurarsi tagli o l'astensione da cibi solidi e/o liquidi e tutti quei comportamenti che, pur essendo diretti al decesso dell'individuo, non causano la morte, ovvero i

tentati suicidi.

Lo studio dei comportamenti anticonservativi in carcere, però, non si dovrebbe soffermare esclusivamente sulla rilevazione dell'incidenza di questi e delle diverse tipologie di atto agite. In questo modo, infatti, è possibile venire a conoscenza del modo in cui si manifesta il fenomeno, ma non risulta possibile comprendere le sue cause e, dunque, poco spazio è lasciato agli interventi mirati alla gestione del rischio di autolesionismo. Generalmente si stabilisce una connessione tra detenzione e suicidio, considerando la detenzione come causa di tale gesto, tale conclusione è suffragata dalle statistiche che informano che in carcere il suicidio è 19 volte più frequente rispetto all'ambiente non detentivo (Ponti, Merzagora Betsos, 1999; Manconi, 2003). In un'ottica di prevenzione del suicidio e di tutela della salute dei detenuti, non è utile rintracciare esclusivamente i colpevoli, ben più funzionale è individuare le cause, i fattori intervenienti e gli individui a rischio, al fine di attuare dei programmi mirati di contenimento del rischio stesso.

I dati a disposizione possono essere interpretati in diversi modi. Da un lato vi è l'ipotesi che il carcere induca al suicidio e che le condizioni che determina siano la principale causa di questo, dall'altro che vada a esacerbare dei fattori di rischio già presenti, e infine c'è l'ipotesi che il tasso di suicidi in carcere è maggiore rispetto al resto della popolazione perché al suo interno sono reclusi individui maggiormente a rischio.

D'altronde è necessario sottolineare che vi sono diverse tipologie di suicidio. Esistono suicidi in cui il carcere diventa un agevolatore del comportamento anticonservativo in quanto implica una serie di condizioni che rappresentano fattori di rischio, i quali di per sé sono sufficienti per indurre l'agito di tali atti. Ma non si può non considerare l'altra ipotesi fondamentale secondo la quale, in alcuni casi, gli individui che si suicidano in carcere sono persone a rischio, in tal senso, anche all'esterno, e dunque a prescindere dalla condizione detentiva.

Dire che la detenzione aumenta il rischio di suicidio è, di per sé, una conclusione vacua. Si deve capire quali sono le componenti del carcere e quali sono le condizioni che esso determina che vanno ad incidere sul comportamento suicidario. Lo studio in questione, dunque, si struttura e procede verso questa

direzione, assumendo una doppia matrice. Da una parte, a partire dallo stato dell'arte, si tenterà di individuare i fattori di rischio del suicidio e dell'autolesionismo per poi confrontare la loro incidenza tra i detenuti che hanno agito tali comportamenti; riscontrare la presenza di un'alta percentuale di detenuti a rischio, ci porterebbe a ipotizzare che, effettivamente, la popolazione detentiva è maggiormente a rischio di quella generale a prescindere dalla carcerazione. Dall'altra parte, se si dovesse rintracciare nel campione la presenza di alcuni fattori che non sono presenti in letteratura, si potrebbe incentivare l'analisi dell'interazione tra talune variabili (di per sé non considerabili fattori di rischio) e la detenzione.

Ovviamente la parte sperimentale non potrà riguardare l'intera popolazione carceraria sul territorio nazionale, ma si focalizzerà sulla realtà specifica della Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno" di Torino.

L'articolo 27 della Costituzione Italiana afferma che la funzione della pena è di carattere rieducativo. Presupposto fondamentale perché ciò possa avvenire è, ovviamente, che il detenuto sia in vita. Un individuo che vuole porre fine alla sua vita inevitabilmente non può avere come obiettivo il reinserimento in società, in quanto viene a mancare una progettualità in grado di permettere al detenuto di lavorare nell'ottica di futuri scenari possibili. Ecco che la tutela della salute del detenuto corrisponde anche a una tutela della sicurezza sociale e, soprattutto, diventa sintomo di attenzione, cura e protezione della dignità umana.

CAPITOLO I

EPIDEMIOLOGIA DEI COMPORTAMENTI AUTOLESIVI IN CARCERE

1.1 L'autolesionismo in carcere: statistiche e inquadramento del fenomeno in una prospettiva transculturale

La condotta suicidaria può essere interpretata in base alla valutazione di due variabili sottostanti ad essa: il *suicidal intent* che è relativo all'intenzione e la *medical lethality* ovvero la probabilità che i comportamenti messi in atto determinino la morte dell'individuo (Beck, Beck, Kovacs, 1985). Tramite questa valutazione possono essere distinte tre tipologie di condotte suicidarie (Beck, Beck, Kovacs, 1985):

- il *suicidio completo* in cui la proporzionalità tra le due variabili è massima (o *mancato suicidio* nel caso in cui non sopraggiunga la morte);
- il *tentato suicidio* in cui l'individuo non predilige alcuna ipotesi tra il restare vivo e il morire;
- il *parasuicidio* in cui la proporzionalità tra le due variabili è minima poiché l'individuo non considera effettivamente la morte come conseguenza del gesto. In questo caso il comportamento suicidario potrebbe essere esclusivamente strumentale.

Con terminologie differenti si ricalca dunque la differenza esistente anche in ambito psichiatrico dove si distingue tra mancati suicidi, in cui l'intenzionalità autosoppressiva è evidente, e tentati suicidi, commessi invece con altre intenzioni (Ponti, Merzagora Betsos, 1999).

Le persone che infrangono la legge sono spesso sottoposte, anche in tempi precedenti alla commissione del reato, all'esposizione a numerosi fattori di rischio del comportamento suicidario e i tassi di suicidio sono elevati anche in coloro che, dopo un periodo di detenzione, sono stati rimessi in libertà (World Health

Organization, 2007). A ciò si aggiunge la detenzione che è un evento altamente stressogeno e che richiede capacità di coping spesso superiori rispetto a quelle in possesso dall'individuo. E' bene inoltre ricordare che all'interno delle carceri sono in ampia misura reclusi individui che rispondono al profilo maggiormente a rischio di messa in atto di comportamenti anticonservativi, ovvero giovani uomini (anche le donne in detenzione sono più a rischio delle donne in ambiente libero, ma i tassi di suicidio rispetto ai detenuti di sesso maschile sono nettamente inferiori a causa di una minore presenza di individui di sesso femminile all'interno degli istituti penitenziari), individui con disturbi mentali, socialmente deprivati ed isolati, con problematiche di abuso di sostanze e con un passato di comportamenti anticonservativi (World Health Organization, 2007).

Nel caso dei suicidi in carcere si può fare riferimento a un “reato omissivo improprio” in cui il detenuto *“si sottrae all'obbligo giuridico di astenersi dal togliersi la vita”* (Ubaldi, 1997). Le prescrizioni dettate dagli artt. 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 O.P. sono rivolte alla tutela preventiva della salute per cui, combinando queste con l'art. 54 C.P. (stato di necessità) e gli artt. 589 C.P. (omicidio colposo) e 40 C.P. (rapporto causale dell'omissione di intervento con la morte e obbligo giuridico di intervenire da parte del pubblico ufficiale che ha la responsabilità della custodia), si può affermare che l'obbligo giuridico è destinato al personale direttivo e sanitario degli istituti penitenziari al fine di garantire al ristretto l'incolumità personale (Canepa, Merlo, 2004). Lo Stato, che priva l'individuo della sua libertà, diventa a pieno titolo responsabile anche della sua integrità fisica (Canepa, Merlo, 2004). Alla luce di ciò il Comitato Nazionale per la Bioetica afferma che *“[...] la prevenzione del suicidio passa innanzitutto attraverso la garanzia del diritto alla salute (inteso, come oggi avviene, come promozione del benessere psicofisico e sociale della persona) e del diritto a scontare una pena che non mortifichi la dignità umana.”* (2010)

Le statistiche ci dicono che il tasso di suicidi in carcere è 19 volte superiore rispetto al tasso di suicidi registrato all'interno della popolazione generale (Ponti, Merzagora Betsos, 1999; Manconi, 2003). Il fenomeno è in progresso, tanto che nell'arco di venti anni l'Amministrazione Penitenziaria ha adottato diverse

direttive per arginare quella che viene definita da Pietro Buffa una delle caratteristiche strutturali del sistema carcerario (Buffa, 2007). La tabella a seguire presenta la serie storica degli atti di autolesionismo, tentati suicidi e suicidi compiuti all'interno delle carceri italiane nel decennio che va dal 2000 al 2010.

TAB. 1.1. AUTOLESIONISMO E DECESSI – Serie storica dal 2000 al 2009

Anni		Atti di autolesionismo	Tentati suicidi	Suicidi	Decessi per cause naturali
2000	v.a.	6.79	892	56	104
	%	12.7%	1.7%	0.1%	0.2%
2001	v.a.	6.35	878	69	108
	%	11.6%	1.6%	0.1%	0.2%
2002	v.a.	5.99	782	52	108
	%	10.6%	1.4%	0.1%	0.2%
2003	v.a.	5.8	676	57	100
	%	10.4%	1.2%	0.1%	0.2%
2004	v.a.	5.94	713	52	104
	%	9.3%	1.1%	0.1%	0.2%
2005	v.a.	5.48	750	57	115
	%	9.3%	1.3%	0.1%	0.2%
2006	v.a.	4.28	640	50	81
	%	8.3%	1.2%	0.1%	0.2%
2007	v.a.	3.69	610	45	76
	%	7.6%	1.3%	0.1%	0.2%
2008	v.a.	4.93	683	46	96
	%	9.1%	1.3%	0.1%	0.2%
2009	v.a.	5.94	944	58	100
	%	9.4%	1.5%	0.1%	0.2%

Nota: I tassi sono calcolati rispetto alla popolazione detenuta mediamente presente nell'anno.

Fonte: D.A.P.- Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato – SEZIONE STATISTICA

Emerge dalla *tabella 1.1* che dal 2000 al 2007 il fenomeno dell'autolesionismo in carcere ha subito una fluttuazione tendenzialmente costante verso il basso per poi incrementare nuovamente nei successivi due anni. I tassi, registrati a partire da una media della popolazione carceraria, indicano che suicidi e tentati suicidi sono in netta minoranza rispetto alla più ampia classe di comportamenti anticonservativi che, nonostante l'aumento registrato del biennio 2008-2009, si

attestano intorno a valori inferiori rispetto a quelli registrati nel 2000. La situazione inerente a suicidi e tentati suicidi mostra invece come, dopo una fluttuazione rilevata tra il 2002 e il 2008 con una tendenza predominante alla riduzione di questi, tali comportamenti hanno subito un'inversione di marcia verso l'alto nell'anno 2009. Ma prendiamo ora in considerazione una serie storica più ampia dei comportamenti auto lesivi agiti in carcere, in grado di esplicitare la situazione vigente a partire dal 1992 fino al 2007.

TAB. 1.2. Gesti suicidiali e autolesivi per anno (1992 – 2007)

Anno	Suicidi	Tentati suicidi	Autolesionismo	Presenza detenuti
1992	47	531	4385	44134
1993	61	670	5441	50903
1994	50	639	4893	52641
1995	50	868	4763	50448
1996	45	709	4634	48528
1997	55	773	5706	49306
1998	51	933	6342	49559
1999	53	920	6536	51072
2000	56	892	6788	53322
2001	69	878	6353	55193
2002	52	782	5988	56431
2003	57	676	5804	56081
2004	52	713	5939	56068
2005	57	750	5481	59523
2006	50	640	4276	39005
2007	45	610	3687	49193

Fonte: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

L'andamento delle tre classi comportamentali prese in considerazione (TAB. 1.2) è molto scostante. Indubbiamente emerge la peculiarità del 2006, anno in cui suicidi, tentati suicidi e comportamenti anticonservativi in generale registrano un notevole aumento (sempre considerando i dati in rapporto alla densità di popolazione carceraria). Ancor più particolare è il fatto che ciò si è mantenuto

esclusivamente per quell'anno in quanto, già nel 2007, la prevalenza di tali comportamenti diminuisce notevolmente fino a raggiungere minimi storici nel caso dei suicidi e dell'autolesionismo. Anche i tentati suicidi in quell'anno risultano attestarsi intorno ai minimi valori di prevalenza raggiunti, pur mantenendosi superiori rispetto a quelli registrati all'inizio della serie storica, ovvero nel 1992. Per quanto riguarda gli anni precedenti al 2006 i tentati suicidi appaiono essere in aumento tra il 1997 e il 1999 per poi presentare un trend tendenzialmente costante e in diminuzione fino al 2005. Gli atti di autolesionismo mostrano una fluttuazione verso il basso tra il 1994 e il 1996, per i successivi quattro anni il trend risulta invertito per poi ridirigersi verso un decremento tra il 2001 e il 2005; un andamento simile è inoltre evidenziato per quanto riguarda i suicidi che, sempre in relazione alla numerosità della popolazione carceraria, diminuiscono tra il 1994 e il 1997 per poi registrare un notevole aumento negli anni successivi fino al 2001 compreso, dal 2002 emerge invece una nuova diminuzione della prevalenza di suicidi che si mantiene, con leggere fluttuazioni, fino al 2005.

Due direttive in particolare, emanate a distanza di venti anni, sono indicatori di un fenomeno che non accenna a diminuire (Buffa, 2007). Queste sono la circolare n° 3233/5683 (30/12/1987) facente riferimento all'istituzione del "Servizio Nuovi Giunti" allo scopo di ridurre gli atti di autolesionismo e i suicidi commessi dai detenuti e gli atti di violenza da essi subiti, e la lettera circolare n°0181045 (06/06/2007) anch'essa relativa all'accoglienza dei nuovi giunti per *"prevenire il rischio suicidario, particolarmente presente nei primi periodi di detenzione [...]"*. Nella circolare stessa si afferma che *"[...] la riorganizzazione del servizio nuovi giunti risulta oggi avere carattere prioritario proprio allo scopo di ridimensionare tutti i rischi connessi alla fase iniziale della detenzione."*

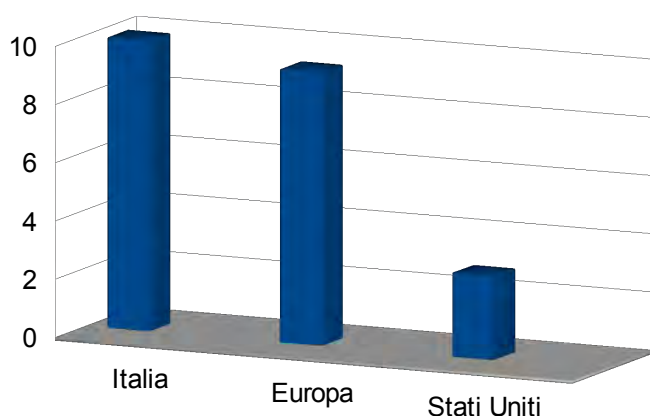
L'allarmante aumento dei tassi di suicidi non è però un fenomeno trasversale alle diverse culture. In America il Dipartimento delle Statistiche Giudiziarie (BJS) ha registrato un declino dei tassi di mortalità all'interno delle carceri: rispetto ai 151 decessi ogni 100.000 detenuti registrati nel 2000, nel 2007

viene evidenziato un tasso di mortalità pari a 141 decessi ogni 100.000 detenuti. Il suicidio resta la prima causa di morte dei detenuti (il 29% dei decessi è riconducibile a questo), ma dal 1983 al 2000 i tassi di suicidio si sono ridotti dai 129 ai 48 suicidi ogni 100.000 detenuti, per abbassarsi ulteriormente ai 36 suicidi ogni 100.000 detenuti registrati nel 2007. Ma nonostante ciò, per quanto riguarda la realtà americana è emerso, aggiustando i dati presi in considerazione tra il 2000 e il 2006 per età, sesso e razza, che il suicidio risulta essere l'unica causa di morte con tassi maggiori nella popolazione detentiva rispetto alla popolazione generale (57 ogni 100.000 rispetto a 13 ogni 100.000). Per quanto riguarda la variabile razza il BJS¹, disaggregando i dati che vanno dal 2000 al 2002, indica che i detenuti di razza bianca sono sei volte più propensi a commettere suicidio rispetto agli afroamericani e tre volte più propensi rispetto ai detenuti ispanici. I tassi di suicidi dei detenuti di sesso maschile è pari a 50 ogni 100.000 detenuti mentre si registrano 32 suicidi di donne ogni 100.000 detenuti e per quanto riguarda gli offenders violenti si riscontrano tassi di suicidi tre volte maggiori rispetto agli offenders non violenti (rispettivamente pari a 92 ogni 100.000 e 31 ogni 100.000). La riduzione dei suicidi nelle carceri americane nell'arco dell'ultimo trentennio (riduzione pari a circa il 70%) è in gran parte dovuta ad un Ufficio istituito dal Governo nel 1988 (Elaborazione del Centro Studi di Ristretti Orizzonti sui dati del Ministero della Giustizia, del Consiglio d'Europa e dell'U.S. Department of Justice – Bureau of Justice Statistics) che prevede attività di formazione eseguita da 500 esperti e rivolta al personale penitenziario, proprio con lo scopo di diminuire l'incidenza dei comportamenti suicidari. Degno di nota e di considerevole importanza è, inoltre, un programma di sorveglianza e prevenzione dei suicidi adottato nel 1991 dal King County Department of Adult and Juvenile Detention in Washington State che comprende un training per agenti e professionisti nelle relazioni d'aiuto, screening psichiatrico per la valutazione dei detenuti considerati a rischio, comunicazione all'interno dello staff, speciali unità di sicurezza e procedure di intervento a carattere medico (Goss *et al*, 2002).

1 Bureau of Justice Statistics

GRAFICO 1.1. Suicidi in carcere: grafico confronto tra l'Italia, i Paesi europei e gli Stati Uniti

Nota: Periodo di riferimento 2005-2007.



Fonte: Centro di Studi di Ristretti Orizzonti (da www.ristretti.it)

Come si evidenzia dal *grafico 1.1* gli Stati Uniti riportano un'incidenza di comportamenti suicidari nettamente inferiore rispetto a quella riportata in Italia e in generale nel resto dell'Europa. Il confronto statistico in questione fa però esclusivamente riferimento ai suicidi dei detenuti e non ai comportamenti autolesivi da loro messi in atto e, come è stato appena detto, il fenomeno rimane di importanza cruciale in quanto continua ad essere l'unico evento che, in base ad analisi statistiche, conduce alla morte dell'individuo in misura maggiore all'interno degli istituti penitenziari rispetto all'ambiente libero. Il *grafico 1.1* può essere ulteriormente integrato dalla *tabella 1.3* che indica l'esatto valore numerico della prevalenza di suicidi nella popolazione detentiva nel triennio che va dal 2005 al 2007.

TAB. 1.3. *Suicidi in carcere: confronto statistico tra l'Italia, i Paesi europei e gli Stati Uniti*

Anni	Italia	Europa	Stati Uniti
2005	9.8	10.2	2.7
2006	10.1	8.1	3.1
2007	10.2	9.9	2.9
Media 3 anni	10	9.4	2.9

Nota: si fa riferimento al numero di suicidi su 10.000 detenuti.

Fonte: Centro di Studi di Ristretti Orizzonti (da www.ristretti.it)

Come già emerso in precedenza, l'Italia presenta tassi di prevalenza suicidaria in carcere maggiori rispetto al resto dell'Europa e agli U.S.A. ma, è bene considerare che i dati relativi all'Europa fanno riferimento alla media derivante dai dati dei diversi paesi e dunque ci si deve soffermare su un'analisi in grado di garantirci la disaggregazione dei dati relativi ai singoli stati europei. Un'analisi accurata dei dati permette di affermare che l'Italia, confrontata con paesi come Gran Bretagna, Francia e Germania, dove il numero dei detenuti è pressoché simile, presenta un minor numero di detenuti suicidi (Centro Studi di Ristretti Orizzonti, 2010). In realtà, confrontando la *tabella 1.4* con la *tabella 1.2* si nota che la popolazione carceraria all'interno delle carceri inglesi è maggiore rispetto a quella italiana, ma si può ipotizzare che la precedente affermazione faccia riferimento ai tassi di affollamento che dunque considerano la popolazione in relazione all'effettiva capienza dell'istituto penitenziario. In linea di massima l'Italia presenta effettivamente una minore incidenza di tassi suicidari rispetto alla Gran Bretagna ma, a differenza di questa, non presenta un trend costantemente in crescita per quanto riguarda il numero di detenuti reclusi all'interno delle sue carceri. In seguito alla legge n. 241 del 31 Luglio 2006² la popolazione detentiva italiana

² ART.1 COMMA 1: *E' concesso indulto, per tutti i reati concessi fino a tutto il 2 maggio 2006, nella misura superiore a 3 anni per le pene detentive e non superiore a 10.000 euro per*

decrementa sensibilmente e insieme ad essa il numero dei suicidi che però, nello specifico anno di approvazione della legge (2006), risultano addirittura avere una prevalenza maggiore rispetto agli anni precedenti. Inoltre, negli ultimi anni Inghilterra e Galles, negli ultimi anni, sembrano avere un andamento lineare che presenta una fluttuazione verso il basso per quanto riguarda i suicidi agiti in carcere (ad eccezione del 2007, anno in cui si registra uno dei massimi picchi di suicidi in carcere) (TAB. 1.4).

TAB. 1.4. *Suicides in prison in England and Wales 1996-2009, by gender and age*

Year	Male	Female	Total	Population	Rate/100k
1996	62	3	65	52256	118
1997	65	3	68	61467	111
1998	80	3	83	65727	126
1999	86	5	91	64529	141
2000	73	8	81	65194	124
2001	67	6	73	66403	110
2002	86	9	95	71218	133
2003	81	14	95	73657	128
2004	82	13	95	74488	128
2005	74	4	79	76190	102
2006	64	3	67	77962	86
2007	84	8	92	80689	114
2008	59	1	60	83240	73
2009	57	3	60	83611	72

Fonte: Ministry of Justice

E' però fondamentale effettuare un confronto rispetto alla media dei suicidi all'interno nella popolazione generale ed è così emerso, nella ricerca *Suicide en prison: la France comparée à ses voisins européens* condotta dall'INED (2009), che l'Italia presenta lo scarto maggiore tra suicidi commessi dai detenuti e suicidi commessi dagli individui in libertà (9,9:1,2), mentre il rapporto tra i due tassi è pari a 5 in Gran Bretagna, 3 in Francia, 2 in Belgio e in Germania, 1 in Finlandia.

quelle pecuniarie sole o congiunte a pene detentive.

E' bene inoltre considerare che, tra i paesi presi in considerazione dallo studio in questione, l'Italia è quello che presenta i più alti picchi di sovraffollamento penitenziario.

Per quanto riguarda la specifica situazione vigente negli Stati Uniti, essa è evidenziabile grazie ai dati resi disponibili dal BJS. In particolare si può fare riferimento a tre grafici (TAB. 1.5, 1.6, 1.7) che presentano la condizione della mortalità nelle carceri americane (periodo di riferimento dal 2001 al 2007) e, attraverso la disaggregazione dei dati, permettono di individuare le variazioni nel tempo di suddetto fenomeno in relazione a specifiche caratteristiche (età, razza, genere, causa di morte).

TAB. 1.5. *Number of State prisoner deaths, by cause of death and selected characteristics, 2001-2007*

Number of state prisoner deaths, by cause of death							
	Illness	AIDS	Suicide	Homicide	Drug/Alcohol intoxication	Accident	Other/ Don't Known
Total	18193	1274	1386	356	254	208	265
Gender							
Male	17466	1213	1319	352	245	201	225
Female	727	61	66	4	9	7	14
Race/Hispanic origin							
White	9278	253	798	164	140	114	104
Black	6737	864	303	116	49	63	108
Hispanic	1874	146	229	65	43	24	19
Other*	241	10	49	9	11	7	7
Age							
Under 18	2	0	6	1	0	1	0
18-24	182	11	216	45	14	19	11
25-34	860	181	464	99	71	48	31
35-44	2975	582	413	113	94	54	58
45-54	6005	404	216	65	57	50	62
55 or older	8157	96	71	33	18	36	75

* Includes American Indians, Alaska Natives, Asians, Native Hawaiians, other Pacific Islanders and persons of two or more races.

*Note: Detail may not sum to totals due to missing data. Executions are not included.
Fonte: Bureau of Justice Statistics*

La *tabella 1.5* conferma che, dopo le malattie, il suicidio è la causa di morte più frequente nelle carceri americane a prescindere dalla variabile genere. Nel caso della variabile razza il suicidio resta la seconda causa di morte eccetto per gli afroamericani che muoiono più frequentemente a causa dell'AIDS rispetto al suicidio. Focalizzando l'attenzione sulla variabile età, emerge che il suicidio è la causa di morte più frequente (anche rispetto alla malattia) nella fascia di popolazione carceraria infra ventiquattrenne e la terza causa di morte, dopo le malattie e l'AIDS, tra i detenuti con un'età superiore ai 35 anni. Bisogna però fare attenzione a cause di morte quali l'intossicazione, gli incidenti e quelle rientranti nella categoria "sconosciuta" che potrebbero essere suicidi non individuati. Manconi (2002) sottolinea infatti che il DAP tende a classificare le morti per inalazione di gas come esito di overdose e/o incidente, considerando che un numero non irrilevante di detenuti tossicodipendenti adopera questa modalità per contrastare le crisi di astinenza. In realtà esistono detenuti non tossicodipendenti che perdono la vita a causa di questa attività e non è da escludere che ci siano dei detenuti tossicodipendenti che inalano gas allo scopo di suicidarsi (Manconi, 2002).

Nelle carceri americane muoiono in maggior numero individui di sesso maschile, razza bianca e con un'età superiore ai 35 anni (in particolare ultracinquantenni) (TAB. 1.6), ma non conoscendo il rapporto tra i diversi sessi, le diverse razze e le diverse fasce d'età all'interno degli Istituti penitenziari americani, negli anni presi in considerazione (2001-2007), il profilo tracciato risulta essere scientificamente non valido. Emerge però che, dal 2001 al 2003 la principale causa di morte in carcere è la malattia, seguita dall'AIDS e poi dal suicidio, mentre dal 2004 al 2007 i suicidi si sostituiscono all'AIDS come seconda causa di morte in carcere. (TAB. 1.7)

TAB 1.6. Number of state prisoner deaths, by selected characteristics, 2001 – 2007

Number of state prisoner deaths								
	2001-2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total	21936	2878	2946	3167	3138	3177	3242	3388
Gender								
Male	21021	2773	2811	3039	3001	3034	3112	3251
Female	888	100	115	126	137	143	130	137
Race/Hispanic origin								
White	10851	1343	1393	1597	1552	1622	1628	1716
Black	8240	1159	1151	1205	1187	1160	1153	1225
Hispanic	2410	314	330	311	330	335	406	384
Other*	360	52	46	45	68	51	36	62
Age								
Under 18	10	2	1	3	1	1	1	1
18-24	498	86	62	58	85	69	60	68
25-34	1754	256	243	278	256	245	251	225
35-44	4289	656	663	669	624	601	563	513
45-54	6859	896	909	983	966	1011	1063	1031
55 or older	8486	972	1047	1171	1204	1238	1304	1550

* Includes American Indians, Alaska Natives, Asians, Native Hawaiians, other Pacific Islanders

and persons of two or more races.

Note: Detail may not sum to totals due to missing data. Executions are not included.

Fonte: Bureau of Justice Statistics

TAB. 1.7. Number of state prisoner deaths, by cause of death, 2001-2007

Number of state prisoner deaths								
	2001-2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
All causes	21936	2878	2946	3167	3138	3177	3242	3388
Illness	18193	2303	2379	2633	2645	2668	2705	2860
AIDS	1274	270	245	210	145	153	131	120
Suicide	1386	169	168	200	200	215	220	214
Homicide	356	39	48	50	51	56	55	57
Drug/Alcohol intoxication	254	36	37	23	23	37	57	41
Accident	208	23	31	26	37	30	33	28
Other/Don't Known	265	38	38	25	37	18	41	68

Note: Executions are not included.

Fonte: Bureau of Justice Statistics

L'analisi scientifica delle condotte autolesive all'interno degli istituti penitenziari richiede necessariamente una valutazione della distribuzione di queste in una

prospettiva temporale. Contrariamente a quello che si potrebbe ipotizzare, a una crescente riduzione della speranza non corrisponde una maggiore incidenza di tentati suicidi anzi, dalle ricerche condotte nei Paesi in cui è in vigore la pena capitale, emerge che all'interno della popolazione carceraria condannata a morte il fenomeno dei suicidi non risulta particolarmente significativo (Manconi, 2003). Una ricerca effettuata da Manconi, relativa al biennio 2000 – 2001 informa che la maggiore incidenza di suicidi è presente tra i detenuti che scontano condanne definitive, ma anche tra coloro in attesa di rinvio a giudizio e in custodia cautelare (Manconi, 2003).

TAB. 1.8. POSIZIONE GIURIDICA DEI DETENUTI SUICIDATISI NEGLI ANNI 2000-2001

In custodia cautelare, in attesa di rinvio a giudizio	36
Già rinviati a giudizio, in attesa di sentenza di primo grado	12
Già condannati in primo grado, in attesa di appello	14
In attesa di ricorso in cassazione	6
Condannati con sentenza definitiva passata in giudicato	57
Internati in casa di cura e custodia, casa di lavoro, ospedali psichiatrici giudiziari	4
Non rilevata	10
Totale	139 *

* Alcuni detenuti risultano titolari di più posizioni giuridiche.

Fonte: "Suicidi e atti di autolesionismo: i dati di una ricerca" (Manconi, 2003)

Manconi (2003) ha inoltre tentato di valutare l'incidenza dei comportamenti suicidari in base al lasso di tempo trascorso all'interno della struttura carceraria, per capire come questi si distribuiscono all'interno dell'iter di espiazione della pena.

TAB. 1.9. NUMERO DI SUICIDI PER PERIODO DI DETENZIONE NEGLI ANNI 2000-2001

Permanenza in carcere	Valore assoluto	Valore percentuale
1-7 giorni	15	12.1
8-30 giorni	12	9.7
2-6 mesi	41	33
<u>Totale parziale</u>	<u>68</u>	<u>54.8</u>
7-12 mesi	12	9.7
<u>Totale parziale</u>	<u>80</u>	<u>64.6</u>
2-3 anni	20	16.1
4-5 anni	12	9.7
<u>Totale parziale</u>	<u>112</u>	<u>91</u>
6-10 anni	10	8.1
Oltre 10 anni	2	1.6

Nota: Non sono presi in considerazione i casi di suicidio dei quali non si conoscono i dati disaggregati.

Fonte: "Suicidi e atti di autolesionismo: i dati di una ricerca" (Manconi, 2003)

Dalle tabelle appena prese in considerazione (TAB. 1.8, 1.9) emerge dunque che un'attenzione particolare va riservata alla condizione dei "nuovi giunti" a cui fanno riferimento le direttive precedentemente citate. Lo studio successivo a questo (Manconi, Boraschi, 2006) ha confermato questi risultati: nel 2003 il 50% dei suicidi è avvenuto nei primi sei mesi di detenzione, il 63% nel primo anno e addirittura il 16,7% si è verificato a una settimana dall'ingresso in carcere. Da uno studio effettuato in Inghilterra e Galles, relativo al biennio 1999-2000, è emerso che il 32% dei suicidi presi in considerazione è avvenuto nei primi sette giorni di reclusione e, in particolare, l'11% entro le ventiquattro ore immediatamente successive all'ingresso nell'istituto penitenziario. I detenuti maggiormente a rischio di suicidio precoce (entro sette giorni dall'inizio dell'espiazione della pena detentiva) erano portatori di problematiche connesse alla tossicodipendenza (Shaw *et al*, 2004). Anche i dati provenienti dagli Stati Uniti relativi al triennio 2000-2002, forniti dal Dipartimento delle Statistiche giudiziarie, indicano la particolare attenzione che necessitano i "nuovi giunti". Risulta però fondamentale

fare una distinzione in quanto circa metà dei suicidi compiuti da individui reclusi nelle *local jails*³ avviene durante la prima settimana di reclusione mentre, per quanto concerne i detenuti reclusi all'interno delle *state prisons*⁴, i tassi di suicidio sono meno concentrati nel periodo immediatamente a ridosso della reclusione e, in particolare, solo il 7% dei suicidi commessi da questi detenuti avviene nell'arco del primo mese di espiazione della pena.

Studi sulla realtà francese (Duthé *et al*, 2009) confermano l'aumentato rischio nelle fasi a ridosso della reclusione: in relazione al periodo 1998-2008 è emerso che circa un quarto dei suicidi avviene entro i primi due mesi di reclusione e circa la metà si verifica entro i primi sei mesi. Inoltre nei detenuti in attesa di giudizio l'incidenza di comportamenti suicidari è doppia rispetto a coloro che sono già stati processati (Duthé *et al*, 2009).

Senza mai dimenticare l'unicità e l'irripetibilità di ogni essere umano e la singolarità delle esperienze in base alla quale non esistono esperienze positive o negative a priori, bensì questa valenza viene loro attribuita in relazione alla sensibilità della persona, alla sua vulnerabilità e alla sua resistenza (Zara, 2005), è importante considerare l'alterazione degli equilibri conseguente alla reclusione e valutare questa non tanto in relazione alla mancanza di speranza dei detenuti, quanto piuttosto alla loro incapacità di organizzare nuove modalità di interazione con l'ambiente che li circonda (Manconi, 2003). E' infatti emerso che fenomeni di autolesionismo sono più frequenti nei reparti all'interno dei quali si registra una maggiore concentrazione di individui dotati di deficitari skills sociali e individuali (Buffa, 2008).

Il concetto di *culture shock*, introdotto dall'antropologo Oberg (1960), fa riferimento alla perdita dei segni, dei simboli e delle relazioni familiari in seguito all'introduzione in una nuova cultura, situazione che senz'altro connota l'ingresso della persona all'interno del sistema penitenziario. Questo è addirittura considerato, in tale ottica, in qualità di “fattore principale di precipitazione verso il gesto autosoppressivo” (Buffa, 2008).

3 I periodi di reclusione al loro interno sono relativamente brevi e sono amministrati dalle giurisdizioni locali.

4 I periodi di reclusione al loro interno sono generalmente di lunga durata e sono amministrati dallo Stato.

1.2 Fattori di rischio per la commissione di atti autolesivi all'interno del carcere

Il focus nello studio dei comportamenti autolesivi messi in atto in ambiente carcerario può indirizzarsi, in linea di massima, su due versanti principali:

1. i fattori clinici (riguardanti la personalità dell'individuo) e i fattori relativi alla storia di vita del singolo individuo quindi riguardanti principalmente aspetti interni del detenuto;
2. i fattori inerenti al contesto all'interno del quale l'individuo viene inserito, ovvero aspetti esterni al detenuto stesso e riconducibili alla condizione detentiva.

In merito ai fattori clinici gli studi sottolineano una frequente e significativa correlazione tra comportamenti suicidari e disturbi mentali preesistenti. In particolare la dipendenza da sostanze stupefacenti risulta essere la diagnosi primaria maggiormente riscontrata tra i detenuti suicidatisi (Shaw *et al*, 2004). La tossicodipendenza rischia di avere un ruolo tutt'altro che marginale nella messa in atto di comportamenti anticonservativi, poiché gli individui che instaurano una dipendenza nei riguardi delle sostanze stupefacenti, tendono ad essere maggiormente isolati e ad avere un soglia di sopportazione della frustrazione relativamente bassa (Buffa 2008). Nell'ambito dell'indagine clinica effettuata nel 2004 da Shaw e collaboratori è emerso che, in più della metà dei casi di suicidio, i detenuti avevano mostrato sintomi significativi già durante la fase di accoglienza e nel 53% dei casi gli individui in questione riportavano una storia di autolesionismo. In numerosi studi condotti in ambiente detentivo sono state riscontrate percentuali alte, variabili tra il 43% e il 62%, di detenuti che si erano uccisi e che presentavano già in precedenza comportamento suicidario (Backett, 1987; Dooley, 1990; Marcus & Alcibes, 1993; Bogue & Power, 1995; Fruehwald *et al*, 2003, 2004). La scarsa comunicazione tra i servizi di salute mentale e le istituzioni penitenziarie rischia di rendere inefficienti le informazioni che potrebbero essere utili per la prevenzione dei suicidi, in quanto non è insolito che i detenuti vittime di comportamenti anticonservativi abbiano già avuto contatti con

i sistemi di salute mentale. Addirittura in alcuni campioni si è riscontrato che casi del genere corrispondono a 1/3 dei detenuti presi in considerazione (*Shaw et al*, 2004). Altri studi hanno confermato parzialmente questi risultati individuando nei pregressi comportamenti suicidari (*Fruehwald et al*, 2004), nelle diagnosi psichiatriche (*Marcus & Alcabes*, 1993; *Bogue & Power*, 1995; *Joukamaa*, 1997; *Fruehwald et al*, 2004), nelle cure a base di sostanze psicotrope (*Fruehwald et al*, 2004), nell'abuso di sostanze stupefacenti e alcolici (*Backett*, 1987; *Dooley*, 1990; *Shaw et al*, 2004) e in alti indici di offending violento (*Fruehwald et al*, 2004; *Duthé et al*, 2009), i maggiori predittori della messa in atto di comportamenti suicidari in ambiente detentivo.

Per quanto concerne i fattori esogeni, i maggiori predittori di condotte suicidarie sono le lunghe sentenze a seguito della commissione di gravi reati (*DuRand et al*, 1995), l'isolamento (*Fruehwald et al*, 2004) e il sovraffollamento nell'istituto penitenziario all'interno del quale si sconta la pena (*Marcus & Alcabes*, 1993). In merito a quest'ultimo fattore è stato notato come in Italia, tra il 1991 e il 1992, il tasso di suicidi in ambiente penitenziario è aumentato notevolmente presentando un trend che si è mantenuto per il successivo decennio (*Manconi*, 2003). Senza voler attribuire ruoli causali a determinate caratteristiche si è dovuto constatare che, in seguito alla promulgazione del testo unico sulle sostanze stupefacenti e le misure antimafia, è proprio dal 1992 in poi che la popolazione carceraria è aumentata significativamente (*Manconi*, 2003). I detenuti eccedono rispetto ai posti effettivamente disponibili, nel suo studio del 2003 *Manconi* segnala che lì dove l'istituto penitenziario è pronto ad accogliere 100 detenuti, sono invece recluse 130 persone.

La *tabella 1.10* si concentra sulla descrizione del fenomeno del sovraffollamento carcerario in Italia, prendendo in esame la situazione vigente nelle diverse regioni della penisola e confrontando queste con la capienza degli Istituti carcerari secondo la norma e con le condizioni oltre le quali l'Istituto non è più in grado di accogliere nuovi detenuti.

TAB. 1.10. Capienza delle carceri e detenuti presenti: situazione al 13 Febbraio 2009

Regione	Capienza						Presenza		
	Regolamentare			Tollerabile					
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
Abruzzo	1392	83	1475	2124	123	2247	1699	42	1741
Basilicata	416	23	439	639	32	671	545	18	563
Calabria	1748	30	1778	2927	50	2977	2322	45	2367
Campania	5117	211	5328	6720	311	7031	7014	318	7332
Emilia Romagna	2157	117	2274	3562	201	3765	4123	139	4262
Friulia Venezia Giulia	513	35	548	788	53	841	748	29	777
Lazio	4094	355	4449	5931	555	6486	5020	438	5458
Liguria	1088	52	1140	1493	101	1594	1409	77	1486
Lombardia	4973	416	5689	7632	654	8286	7505	581	8086
Marche	735	20	755	1010	32	1042	1000	21	1021
Molise	348	8	356	496	14	510	393	0	393
Piemonte	3219	137	3356	5025	238	5263	4454	146	4600
Puglia	2320	197	2517	3598	326	3924	3566	152	3718
Sardegna	1904	53	1957	2565	78	2643	2107	62	2169
Sicilia	4644	176	4820	6917	239	7156	6972	148	7120
Toscana	2939	142	3081	4033	221	4254	3740	152	3892
Trentino Alto Adige	237	19	256	273	21	294	326	21	347
Umbria	1015	71	1086	1399	84	1483	871	38	909
Valle d'Aosta	175	6	181	180	8	188	154	0	154
Veneto	1706	211	1917	2635	267	2902	2854	170	3024
Totale	40740	2362	43102	59947	3610	63557	56822	2597	59419

Fonte: Dati del Ministero della giustizia – Elaborazione del Centro Studi di Ristretti Orizzonti (da www.ristretti.it)

I dati in questione sono significativi: per quanto riguarda le carceri maschili solo la Valle d'Aosta e l'Umbria hanno un numero di detenuti inferiore rispetto a quello previsto dagli Istituti penitenziari, tutte le altre regioni riportano un numero di detenuti maggiore rispetto alla norma e nel caso della Campania, Emilia Romagna, Sicilia, Trentino Alto Adige e Veneto si registra una densità di popolazione carceraria maschile che non solo non rientra nella norma, ma

addirittura travalica i limiti di tollerabilità. Per quanto riguarda la condizione delle donne recluse “soltanto” la Campania eccede oltre il limite di tollerabilità (il Trentino Alto Adige rasenta tale condizione), mentre Abruzzo, Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Molise, Puglia, Sicilia, Umbria, Valle d’Aosta e Veneto rientrano nella norma, e le restanti regioni hanno, rispetto alla norma, un numero maggiore di donne recluse all’interno delle loro carceri ma ancora rientrante nel limite di tollerabilità.

Manconi e Boraschi (2006), in seguito a uno studio sui comportamenti anticonservativi messi in atto in carcere con riferimento al periodo che va dal 2002 al 2004, arrivano ad affermare che *“nelle carceri non affollate ci si uccide 15 volte di più di quanto si faccia fuori; nelle carceri affollate ci si uccide 18 volte di più”*, con particolare riguardo ai dati che mostrano come nel 2002 il 93% delle morti si è consumato in istituti penitenziari sovraffollati e nel 2003 tale percentuale ha subito una lievissima fluttuazione arrivando al 90,8% (Manconi, Boraschi, 2006).

Il sovraffollamento genera inevitabilmente dei disagi quali condizioni igieniche pessime, insoddisfacente fruizione dei servizi a causa di un surplus di detenuti rispetto a figure quali educatori, psicologi, personale sanitario, che dunque si trovano a dover svolgere la loro attività in situazioni precarie in cui molto spesso si lavora sull'emergenza non potendo intervenire sui bisogni del detenuto (Manconi, Boraschi, 2006). Vengono così lesi i diritti dei detenuti e la funzione ricreativa della pena rischia di venire meno in quanto il personale di custodia, essendo spesso caratterizzato da un numero di unità non sufficienti a gestire tutti i detenuti, al fine di mantenere adeguate condizioni di sicurezza, è costretto a impedire l'accesso ad attività lavorative, formative e ricreative (Manconi, Boraschi, 2009). A tal proposito si mettono a disposizione i dati inerenti al rapporto numerico tra detenuti e agenti in forza (TAB. 1.11), facendo attenzione al fatto che non tutti gli agenti sono presenti all’interno degli istituti penitenziari e dunque i turni portano a una proporzione tra detenuti e agenti ben più sbilanciata rispetto a quella indicata da tali dati, secondo cui complessivamente sono in forza due agenti ogni tre detenuti.

TAB. 1.11. Rapporto tra detenuti presenti e agenti in forza: situazione al 13 Febbraio 2009

Regione	Detenuti presenti	Agenti in forza
Abruzzo	1741	1306
Basilicata	563	490
Calabria	2367	1682
Campania	7332	5010
Emilia Romagna	4262	1838
Friuli Venezia Giulia	777	507
Lazio	5458	5414
Liguria	1486	925
Lombardia	8086	4211
Marche	1021	662
Molise	393	386
Piemonte	4600	2746
Puglia	3718	2824
Sardegna	2169	1371
Sicilia	7120	4768
Toscana	3892	2352
Trentino Alto Adige	347	218
Umbria	909	798
Valle d'Aosta	154	145
Veneto	3024	1503
Totale	59419	39156

Fonte: Dati del Ministero della giustizia – Elaborazione del Centro Studi di Ristretti Orizzonti (da www.ristretti.it)

Nella realtà statunitense il maggior numero di suicidi si verifica all'interno degli istituti penitenziari più piccoli (167 ogni 100.000 detenuti) rispetto agli istituti penitenziari più grandi dove il tasso è pari a 27 suicidi ogni 100.000 detenuti. Nel 2002 i suicidi nelle carceri più piccole (meno di 50 detenuti) erano addirittura cinque volte maggiori rispetto ai suicidi nelle carceri contenenti più di 2000 carcerati.

Anche in Italia, uno studio di Buffa (2008) ha rilevato una distinzione dei fenomeni suicidari in relazione alla dimensione dell'istituto penitenziario. Rispetto

a quello che accade nella popolazione generale, gli istituti *molto grandi* (capienza superiore alle 700 unità) presentano una minore incidenza di suicidi e tentati suicidi ma una maggiore incidenza di comportamenti autolesivi, in quelli *grandi* (tra le 500 e le 700 unità) vi è un maggior tasso sia di suicidi sia di comportamenti autolesivi infine in quelli *medi, piccoli e molto piccoli* si registrano più atti di astensionismo e una minore incidenza di comportamenti autolesivi ma, mentre nei primi i suicidi sono sottorappresentati, nelle altre due tipologie di istituti i suicidi hanno una proporzione maggiore rispetto a quella nazionale (Buffa, 2008).

Questo tipo di fenomeno non sembra essere diffuso in egual misura anche in altre nazioni. In Francia risulta che la curva del sovraffollamento carcerario e quella dei suicidi non sono parallele (Duthé *et al*, 2009) al punto che la densità di popolazione carceraria, diminuita a partire dagli anni '90 fino ai primi anni del nuovo millennio (agli inizi del 2001 la Francia registra meno di 100 detenuti ogni 100 posti previsti), si accompagna a un aumento dei tassi di suicidi in quel lasso temporale. Viceversa dal 2002, anno in cui la densità di popolazione carceraria comincia a crescere fino ad arrivare nel 2008 a 119 detenuti ogni 100 posti previsti, i tassi di suicidio in ambiente detentivo cominciano a decrementare (Duthé *et al*, 2009).

Il sovraffollamento risulta comunque essere associato in generale a un aumento dei comportamenti autolesivi e ostili nei confronti dell'ambiente detentivo e di chi ne fa parte (Buffa, 2008).

1.3 Il significato dell'autolesionismo in carcere

Tradizionalmente suicidio e autolesionismo sono stati trattati come eventi non connessi tra di loro, dimenticando che possono invece essere intesi come tappe diverse collocate però su un medesimo *continuum di autodistruzione* (Caglio, Piotti, 2007). Si può parlare di comportamenti che sottendono a motivazioni diverse tra loro (Caglio, Piotti, 2007) ma risulta erroneo e riduttivo considerare l'autolesionismo esclusivamente in qualità di gesto manipolativo (Buffa, 2008). Esso è in molti casi un'espressione diversificata di un disagio, tesa a

“interrompere” “stati di morte emotiva” (Caglio, Piotti, 2007) e alla riduzione della tensione (World Health Organization, 2007). *“La strategia autolesionistica [...] può essere letta anche come astuzia, manipolazione, ma si tratta comunque dell'astuzia e della capacità di manipolazione di un soggetto che è stato totalmente deresponsabilizzato e che reagisce in modo impotente alla sua stessa impotenza [...] Chi non ha l'abilità, i mezzi anche economici, la tenacia per muovere le cose strategicamente, in modo calcolato, verso l'ottenimento di benefici, sconti di pena, condizioni di vita più tollerabili, lo fa impulsivamente, senza calcolo o calcolando a sproposito. [...Si] parla di “atteggiamento rivendicativo”, come se l'ingerire pezzi di vetro potesse essere considerata una normale azione di tipo sindacale che prevede una contrattazione tra due controparti ben individuabili”.* (Concato, Rigione, 2005 cit. in Ponti, Merzagora Betsos, 1999)

Tenendo sempre in considerazione che le motivazioni al suicidio sono tante quanti sono gli episodi di suicidio (Manconi, 2003), Ubaldi (1997) ha tracciato una tabella riassuntiva nel tentativo di delineare ciò che la stessa autrice definisce una *“mappa generale dei significati del suicidio carcerario”*. Come precedentemente accennato, i significati in questione vanno a costituire dei modelli indicativi da utilizzare con la massima flessibilità e sempre nel rispetto dell'individualità di ognuno.

TAB. 1.12. *Mappa generale dei significati del suicidio carcerario*

Carattere - Emotività	Suicidio aggressivo (eteroaggressivo)	Suicidio anaggressivo (autoaggressivo)
Devianza	Attiva	Passiva
Tipologia di atti	Ribelli - Innovatori	Rinunciatari
Significato suicidio	Eteropunitivo Protesta - Appello - Delitto - Vendetta Minaccia - Ricatto	Autopunitivo Depressione - Castigo - Melanconia - Lutto - Fuga - Razionale - Irrazionale

Fonte: *“I Suicidi in carcere”* (Ubaldi, 1997)

La classificazione si rifà al modello di Parsons che distingue tra devianza attiva

(nel caso specifico Ubaldi parla di suicidio aggressivo che implica una forma di protesta) e devianza passiva (Ubaldi la traduce in suicidio anaggressivo che implica una rinuncia estrema). E' inoltre sottolineato che non è da escludere il caso in cui suicidio aggressivo e suicidio anaggressivo si alternino rischiando di sfumare l'uno nell'altro; a questo proposito la tipologia dell'atto (ribelle vs. rinunciatario) permette di conferire un'immagine più nettamente distinguibile alla condotta suicidaria in esame (Ubaldi, 1997). Per quanto riguarda i significati specifici che può assumere il suicidio è presentata, a seguire, una breve sintesi delle spiegazioni date da Ubaldi in merito alle diverse categorie:

- suicidi rinunciatarî, l'individuo non reagisce all'aggressività proveniente dall'ambiente in cui è inserito e subisce tali eventi ostili;
- suicidi per depressione, l'individuo non reagisce al proprio dolore ponendosi in maniera passiva e rinunciataria;
- suicidi castigo, il detenuto si comporta in senso autopunitivo;
- suicidi lutto e melanconia, l'ingresso in carcere determina la rinuncia a una serie di bisogni quali la libertà individuale e la perdita di importanti punti di riferimento e di ancoraggio, in primis l'immagine sociale che l'individuo ha di sé stesso;
- suicidi fuga, il detenuto si procura la morte, intesa come la forma più estrema di evasione dalle sue problematiche;
- suicidi irrazionali, il detenuto diviene la vittima di una serie di gesti le cui conseguenze non erano previste;
- suicidi razionali, il gesto del detenuto è una scelta razionale messa in atto per fuggire definitivamente dall'ambiente detentivo;
- suicidi appello/protesta, l'individuo strumentalizza il suicidio inteso come veicolo di richieste e contestazioni;
- suicidi minaccia/ricatto, lo scopo è quello di intimorire l'istituzione penitenziaria;
- suicidi delitto/vendetta, l'aggressività raggiunge il massimo grado di

espressione ma, non potendo essere indirizzata all'esterno, viene ripiegata verso sé stessi.

Quando riflettiamo sul significato del suicidio in carcere non si può ignorare il valore simbolico che il corpo assume in tale contesto. Il detenuto perde la sua libertà consegnando il proprio corpo alle Istituzioni, che avranno tra i loro obiettivi principali proprio la salvaguardia di questo. La comunicazione in ambiente detentivo avviene dunque, in misura maggiore che in altri contesti di vita, attraverso il corpo che diviene strumento per comunicare disagio, malcontento e tentativi di rivendicazione da parte dei detenuti (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2010). La comunicazione di tale disagio può assumere diverse manifestazioni; esistono infatti diverse modalità che il detenuto può agire nel tentativo di togliersi la vita in carcere. L'impiccagione è il metodo più comunemente usato per tentare il suicidio, generalmente le lenzuola fungono da cappio, ma possono essere utilizzati anche calzini, cavi, lacci delle scarpe o cinture. Il piano attuato solitamente consiste nel salire su una sedia e legare il cappio da un'estremità a qualche tubatura, e dall'altra estremità al collo. In seguito si può saltare dalla sedia o questa può essere allontanata con calci. Questo metodo richiede solitamente circa cinque minuti di tempo (*Inside Prison*, 2006). Si può inoltre tentare il suicidio procurandosi delle ferite. Queste possono essere inferte mediante lame, rasoi, pezzi di vetro, posate e tagliaunghie. Ogni zona del corpo può essere colpita e, in alcuni casi, vengono utilizzati simultaneamente diversi strumenti in diverse aree corporee (*Inside Prison*, 2006). Esistono anche dei casi in cui questi oggetti vengono ingeriti allo scopo di generare un'emorragia interna. Si può poi tentare il suicidio mediante l'overdose. La maggior parte delle sostanze psicoattive, se assunta in quantità elevate, è potenzialmente mortale ma in carcere ovviamente si presenta il problema dell'ottenimento di tali sostanze in un dosaggio elevato. Per questo, spesso, si ricorre a un cocktail di farmaci che hanno un effetto sinergico; ad esempio, l'assunzione di benzodiazepine in concomitanza all'assunzione di ipnotici o sedativi può avere un effetto deprimente sul sistema respiratorio, determinando la morte dell'individuo per soffocamento (*Inside Prison*, 2006). Inoltre, vi è un'ulteriore modalità che prevede l'inalazione

di elevate quantità di gas (reperibili grazie alla presenza di fornelli in alcune celle), fino al punto di giungere all'intossicazione.

CAPITOLO II

PRESENTAZIONE DEL PROGETTO DI RICERCA

2.1 Premesse, obiettivi e prospettive

Gli studi epidemiologici a disposizione (Buffa, 2008; Centro Studi di Ristretti Orizzonti; Duthé, Hazard, Kensey, Pan Ké Shon, 2009; Manconi, 2002, 2003, 2006; Ponti, Merzagora, 1999) segnalano la gravità della situazione italiana per quanto concerne i comportamenti anticonservativi agiti all'interno dell'ambiente penitenziario, stimandone (seppur con delle differenze in base alle fonti) un'incidenza che risulta nettamente maggiore rispetto a quella registrata nella popolazione non detenuta. Lo studio in questione non si pone l'obiettivo di puntare il dito contro le Istituzioni né di ergersi a difesa delle stesse. Piuttosto, nel lavoro di ricerca bibliografica, è emersa una quantità esigua di studi in merito all'argomento, e questo è ancor più vero per la realtà italiana; a ciò va aggiunto che questi fanno spesso riferimento a una raccolta di dati che, se non contestualizzati e analizzati scientificamente a partire da una precisa ipotesi di ricerca, nulla ci consentono se non la rilevazione dell'incidenza statistica e delle variazioni di questa nel corso degli anni e in merito ad alcune specifiche variabili che, non necessariamente, correlano direttamente con essa. Dunque l'auspicio è quello di poter contribuire a colmare tali lacune che non permettono né di avere dei dati scientifici in grado di verificare alcun tipo di ipotesi, né di poter programmare degli interventi preventivi sufficientemente mirati e dunque in grado di poter affrontare adeguatamente la questione. L'intuito e la logica non sono sufficienti a supportare questo tipo di interventi, inoltre esistono una serie di relazioni che intercorrono tra le diverse variabili che non necessariamente suppongono un vincolo di causalità che, invece, viene erroneamente attribuito a queste.

I fenomeno dei comportamenti anticonservativi in carcere ha subito nel corso degli anni un cambiamento di inquadramento, che ha portato questo a diventare

problema. Tale cambiamento implica un diverso interesse rivolto a tale argomento e dunque diverse prospettive. Affinché un fenomeno sociale possa essere considerato un problema sociale è necessario che interessi una porzione significativa di persone, comporti costi ingenti, sia a carattere ricorsivo, si allontani dalle norme sociali e legali e si possano prospettare interventi atti a risolverlo (Gulotta, 2008). Alla luce di ciò che è stato detto nel capitolo precedente, i criteri appena citati sembrano essere soddisfatti: si pensi alla *circolare Amato* del 1987 relativa all'istituzione del "Servizio Nuovi Giunti" e alla circolare del 6 Giugno 2007, direttive che tentano di affrontare una questione che, a distanza di numerosi anni, continua a costituire uno degli aspetti più controversi del sistema penitenziario. Inoltre i dati americani (BJS) indicano il suicidio come la causa di morte più frequente tra i detenuti con un'età inferiore ai 24 anni e la terza causa di morte tra i detenuti ultra trentacinquenni; infine si vuole ricordare l'aspetto giuridico relativo all'autolesionismo in carcere che, in particolare, fa riferimento agli articoli dell'Ordinamento Penitenziario rivolti alla tutela del diritto alla salute psichica e fisica del detenuto e alle responsabilità penali e civili assunte dall'Amministrazione Penitenziaria al momento dell'ingresso del detenuto in carcere. I suicidi e gli atti di autolesionismo in carcere sono dunque un problema sociale, ma solo dopo averlo definito in quanto tale è possibile capire che tipo di ripercussioni esso ha sulla nostra società (Gulotta, 2008) e quali potrebbero esseri le potenziali risoluzioni. Aver riconosciuto l'entità di tale problematica non è inoltre garanzia di un corretto inquadramento e descrizione di questa. La correlazione causale che viene generalmente stabilita tra la reclusione (variabile indipendente) e l'aumento dei tassi suicidari (variabile dipendente) è un'operazione che intuitivamente può sembrare plausibile tanto da definirla come "logica", in realtà questa visione risulta essere semplicistica e infondata scientificamente, poiché la ricerca scientifica nulla ci dice in merito alle potenziali variabili intervenienti, confuse e confondenti.

I dati epidemiologici che abbiamo a disposizione non hanno una validità scientifica tale da permetterci la formulazione di teorie in quanto le variabili non sono controllate dallo sperimentatore come deve invece avvenire in un progetto di ricerca. Il fatto che in carcere i suicidi avvengono con una frequenza 19 volte

maggior rispetto all'ambiente esterno (Manconi, 2003; Ponti, Merzagora Betsos, 1999) non è di per sé una dato in grado di permetterci di affermare che il carcere determina una maggior propensione ai comportamenti anticonservativi. Per poter dire ciò dovremmo prima poter affermare che gli individui che si suicidano all'interno delle strutture penitenziarie non lo farebbero se non fossero reclusi. I confronti statistici tra ciò che avviene in carcere e ciò che avviene al di fuori di esso rischiano di essere affrettati e grossolani se non si tiene in considerazione che le due popolazioni a cui si fa riferimento non sono equiparabili. L'unicità dell'individuo è un assunto dal quale non si può prescindere. Secondo il paradosso della personalità (Caspi & Moffitt, 1993), le differenze di personalità hanno una maggior probabilità di emergere nei periodi di transizione verso nuove situazioni, periodi nei quali avviene un'alterazione dei precedenti equilibri. Caspi e Moffitt (1993) parlano a proposito di *cultures shock* per fare riferimento alla condizione in cui l'individuo è portato a muoversi, agire e sperimentarsi in una nuova cultura. I due autori fanno inoltre una fondamentale distinzione tra situazioni forti⁵ e situazioni deboli⁶ e affermano che mentre nelle situazioni deboli avviene un'*accentuazione* delle differenze individuali, nelle situazioni forti può avvenire il cambiamento. A questo punto risulta fondamentale cercare di capire se il carcere costituisca una situazione forte o debole. Indubbiamente esso rappresenta una rottura rispetto agli equilibri precedenti e al suo interno esiste una forte pressione a comportarsi secondo modelli comportamentali predefiniti. E' pur vero, però, che il detenuto non sempre ha a disposizione informazioni chiare e univoche su quali potrebbero essere i comportamenti adattivi da tenere all'interno di tale ambiente, e questo potrebbe rappresentare una condizione favorente l'*accentuazione* delle sue modalità relazionali rispetto all'ambiente e a ciò che ad esso appartiene, modalità che sono state strutturate in epoche e condizioni precedenti alla reclusione. Inoltre, poiché la continuità non è concettualizzabile solo in termini di continuità comportamentale, possiamo affermare che essa si può manifestare anche attraverso una continuità delle modalità che l'individuo mette in atto per

5 Situazioni di transizione in cui c'è una forte pressione a comportarsi in determinati modi, sono fornite informazioni su come comportarsi in maniera adattiva e i precedenti repertori comportamentali vengono sistematicamente scoraggiati.

6 Situazioni di transizione in cui c'è una forte pressione a comportarsi in determinati modi ma l'individuo non è a conoscenza di come comportarsi in maniera adattiva.

modificare l'ambiente in relazione al proprio comportamento, la cui espressione può però risultare differenziata (Caspi & Moffitt, 1993).

A maggior ragione l'attenzione rivolta alle differenze individuali ci porta a non poter trascurare le peculiarità che contraddistinguono la popolazione carceraria. Gli individui che appartengono a tale popolazione sono persone che hanno commesso azioni aventi la qualifica di reato secondo la legge, e dunque possiamo supporre la presenza di fattori di rischio per la messa in atto di tali comportamenti nella storia di vita dei detenuti. I fattori di rischio possono essere distinti in disposizionali, storici, contestuali e clinici (Zara, 2010), ma è bene parlare di processi di rischio piuttosto che di fattori poiché questi ultimi non agiscono linearmente, né in maniera univoca e assoluta, e dunque non generano un outcome comportamentale definito (Zara, 2005). L'interazione dei fattori di rischio con i fattori protettivi porta a processi multidimensionali per cui non è possibile pensare che gli individui che non hanno commesso reati siano esenti dall'esposizione ai fattori di rischio, ed inoltre è fondamentale considerare i concetti di resilienza e vulnerabilità. La vulnerabilità è *“la condizione di sensibilità di un individuo ad una particolare condizione influenzante, indipendentemente dalla presenza di fattori di rischio esercitanti un impatto diretto”* (cfr. Zara, 2006, p.28), mentre la resilienza è la capacità di riuscire ad affrontare competentemente le esperienze critiche, traendone forza (Higgins, 1994).

La premessa appena fatta indica l'erroneità dello studio dell'andamento del fenomeno dei comportamenti anticonservativi in carcere tramite l'utilizzo della popolazione generale come gruppo di controllo. Individuando nella popolazione detenuta il gruppo sperimentale, sappiamo che il gruppo di controllo dovrebbe essere costituito da un insieme di individui che presenta le medesime caratteristiche del gruppo sperimentale, e dunque differisce da questo solo ed esclusivamente in relazione alla condizione sperimentale a cui è sottoposto. Nel caso specifico degli studi che prendono le mosse dall'ipotesi che il carcere sia il fattore di rischio preponderante o, comunque, un luogo che implica la sottoposizione a numerosi fattori di rischio per la commissione di atti autolesivi, dovrebbe risultare che gli individui che commettono atti rientranti in tale categoria durante la carcerazione, differiscono da coloro che non li commettono in ambiente

non detentivo solo per quanto concerne la loro condizione detentiva. Per innumerevoli ragioni, che possono rientrare nell'ordine della presenza di minori fattori di rischio, della minore vulnerabilità a questi o della maggiore capacità di resilienza, gli individui che non commettono reati possiedono o non possiedono specifiche caratteristiche (che in ambito metodologico possiamo definire variabili) che non ci permettono di effettuare un immediato confronto tra i tassi di autolesionismo tra i detenuti e quelli all'interno della popolazione generale.

L'obiettivo di questo progetto di ricerca è appunto quello di individuare la presenza o meno di pattern ricorrenti in individui che hanno messo in atto comportamenti autolesivi all'interno dell'ambiente penitenziario, che prescindono dalla loro condizione detentiva. Solo dopo ciò sarà possibile poter prendere in considerazione la detenzione in qualità di esperienza in grado di far insorgere tendenze anticonservative, o slatentizzare tali nuclei, che si possono ragionevolmente supporre come esistenti nell'individuo già in precedenza. I risultati, non solo di questo studio ma di progetti più ampi aventi tale obiettivo, sono preziosi per poter stabilire nuove prospettive riguardanti tale problema e attivare meccanismi preventivi rivolti alla soluzione dello stesso. Nel caso in cui dovesse risultare che la reclusione non costituisce effettivamente il principale fattore di rischio nella messa in atto di comportamenti anticonservativi, si potrebbe ipotizzare la possibilità di individuare preventivamente gli individui a rischio e progettare interventi specificatamente mirati ad essi. Infatti, in questo caso, gli individui che hanno agito atti di aggressività auto diretta sarebbero individui il cui outcome comportamentale è stato determinato dall'esposizione, in epoche precedenti, a determinati fattori di rischio che potrebbero essere individuati tramite un'anamnesi accurata. Riconoscere tempestivamente i detenuti che hanno una maggiore probabilità di commettere suicidio assume un'importanza notevole anche in relazione alla variabile tempo, poiché è stato evidenziato quanto siano delicate e a rischio le prime fasi della reclusione (Buffa, 2008; Duthé *et al*, 2009; Manconi, 2002, 2006, 2009; Shaw *et al*, 2004). In caso contrario, se dunque fosse verificata l'ipotesi di una correlazione causale diretta tra detenzione e messa in atto di comportamenti autolesivi, i diversi dati a disposizione e gli studi epidemiologici (BJS, Centro Studi di Ristretti Orizzonti,

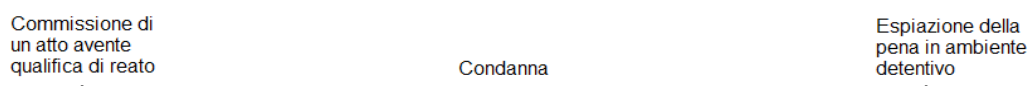
Fruehwald *et al*, 2004, Manconi, 2003, Marcus & Alcabes, 1993) che fanno emergere la differente incidenza di comportamenti anticonservativi in relazione a fattori quali la grandezza degli Istituti penitenziari, il sovraffollamento, il personale a disposizione e la possibilità di svolgere attività rientranti nel progetto rieducativo, potrebbero risultare una fonte valida per l'individuazione degli aspetti che rendono il carcere un ambiente a rischio, sempre nell'ottica dell'elaborazione e la messa in atto di progetti preventivi mirati e di conseguenza maggiormente efficaci.

2.2 Ipotesi di ricerca e metodologia

Considerando il concetto di continuità eterotipica⁷ quanto ci è permesso di escludere dal nostro ventaglio di ipotesi che i comportamenti anticonservativi dei detenuti siano in realtà una manifestazione fenotipicamente differente di costrutti sottostanti che hanno portato, in tempi e situazioni differenti, alla commissione del reato? Rispondere a questa domanda sembra essere essenziale per fugare il dubbio che in carcere ci sia una popolazione che, per quanto concerne la propensione alla commissione di atti autolesivi, abbia una baseline sfalsata rispetto alla popolazione non reclusa.

Proviamo a tracciare ora una linea temporale su cui collocare gli eventi che portano alla carcerazione.

GRAFICO 2.1.



Si vuole appositamente tralasciare, nell'ipotesi che stiamo prendendo in

⁷ La manifestazione comportamentale si modifica ma riflette un medesimo processo sottostante. (Zara, 2005)

considerazione, il caso dei falsi positivi; ovvero i casi in cui persone che non hanno commesso alcun reato vengono condannate in sede processuale. La vittimologia forense è un argomento connotato da aspetti a sé stanti per cui merita una trattazione a parte che non trova spazio in questo elaborato. Allo stesso modo, volendo analizzare il tipo di relazione sussistente tra suicidi e carcerazione, non saranno presi in considerazione i casi di condanna a pene non detentive.

Come si può evidenziare dal *grafico 2.1.*, su un piano ideale (considerando le affermazioni precedentemente esposte in merito ai falsi positivi), possiamo constatare che la detenzione è una condizione conseguente a una condanna, a sua volta determinata, e dunque temporalmente successiva, dalla commissione di un atto avente qualifica di reato. Non possiamo dire con altrettanta fermezza e linearità causa-effetto che gli atti di autolesionismo sono causati della reclusione. Questa, infatti, potrebbe essere proprio l'effetto della presenza di fattori di rischio che in ambiente libero hanno portato alla commissione del reato e in ambiente carcerario, dove per ovvi motivi il detenuto ha minori occasioni per commettere illeciti ma ne ha molte di più per effettuare una revisione del suo corso di vita comprendente anche le traiettorie criminali, hanno condotto alla commissione di atti anticonservativi.

Tentando una schematizzazione simile a quella precedentemente effettuata si presentano perciò due possibili scenari.

GRAFICO 2.2.

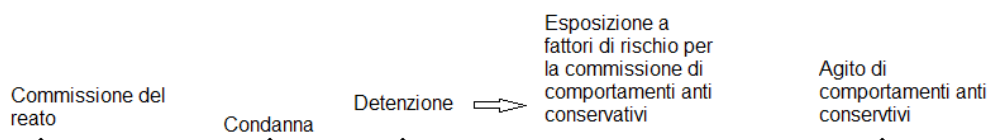
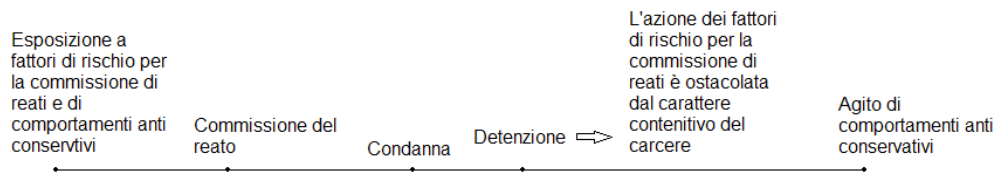


GRAFICO 2.3.



La condizione rappresentata dal *grafico 2.2* rappresenta l'ipotesi in base alla quale il carcere presenta fattori di rischio di per sé sufficienti alla commissione di atti di autolesionismo. I detenuti che si suicidano o si feriscono sarebbero dunque individui che all'esterno dell'ambiente detentivo non avrebbero commesso atti rientranti in tale categoria, e che nella propria vita non sono mai stati sottoposti a condizioni di rischio in epoche precedenti alla carcerazione. Diversa è la prospettiva del *grafico 2.3*, che presenta l'ipotesi di ricerca da cui prende le mosse tale elaborato. In questa si ipotizza che i detenuti che hanno messo in atto comportamenti anticonservativi in carcere siano individui esposti a condizioni di rischio già in fasi pre-detentive, e che l'impatto di tali condizioni generi l'output comportamentale osservato solo in ambiente detentivo, in linea con i concetti di *ripple effect* e *sleeper effect* (Zara, 2005) che saranno esposti a breve.

A tal proposito risulta utile individuare i fattori che la letteratura e la ricerca indicano come fattori di rischio per la commissione di comportamenti anticonservativi e capire da una parte quanto questi siano presenti nella storia di vita dei detenuti suicidatisi, e dall'altra quanto questi siano sovrapponibili ai fattori di rischio per la commissione di reati. Nel caso in cui alcuni fattori di rischio dell'autolesionismo rappresentino anche dei fattori di rischio per il coinvolgimento in una carriera criminale, non possiamo escludere che proprio l'esposizione a suddetti fattori sia causa della commissione del reato e, in carcere, della messa in atto di condotte anticonservative.

Uno studio di Cheng *et al.* (2000) ha esaminato i fattori psicosociali presenti nella storia di vita di un campione di individui che si sono suicidati in società orientali e la loro interazione con eventuali disturbi psichiatrici. È emerso che gli individui che hanno commesso suicidio presentavano maggiori tentativi di suicidio rispetto al gruppo di controllo e, più frequentemente, avevano vissuto esperienze precoci

di deprivazione genitoriale. Inoltre coloro i quali si erano suicidati avevano una maggiore probabilità di avere parenti di primo grado con una passato di comportamenti suicidari o di patologie a carattere depressivo, ed è stata sottolineata l'importanza dei *recent life events*, in quanto i risultati indicano che le recenti esperienze di perdita costituiscono un importante fattore di rischio (Cheng *et al*, 2000). Per quanto concerne i disturbi di psichiatri associati al comportamento suicidario, è emerso che i tre disturbi mentali con un alto rischio di suicidio sono un episodio depressivo maggiore, la dipendenza da sostanze (in particolar modo l'alcol) e un disturbo di personalità emotivamente instabile (EUPD) sia di tipo borderline che di tipo impulsivo (Cheng, 1995; Cheng *et al*, 1997). I disturbi depressivi, i disturbi da abuso di sostanze psicotrope, le psicosi primarie non affettive e alcuni disturbi rientranti nell'asse II del DSM quali disturbo paranoide, antisociale, evitante, dipendente e borderline sono significativamente associati a un aumentato rischio di suicidio (Foster *et al*, 1999). Balestrieri (2004) fa una distinzione dei fattori di rischio del suicidio in:

- Fattori biologici ovvero il sesso maschile, l'età, il funzionamento dei sistemi neurotrasmettitoriali e in particolar modo il sistema serotoninergico;
- Fattori personologici nei quali include impulsività, aggressività, sensibilità alle ferite narcisistiche, pensiero *helplessness*;
- Fattori esperienziali tra cui una famiglia di origine non supportiva e/o autoritaria, esperienze traumatiche, una storia di tentati gesti autosoppressivi, problemi sul lavoro e *recent life events* negativi, tra cui si sottolineano in particolare le questioni controverse con amici, vicini o parenti, e la rottura di una relazione significativa (Foster *et al*, 1999);
- Fattori socio-ambientali personali tra cui la disoccupazione, il vivere in uno stato di indigenza e l'isolamento sociale;
- Fattori clinici quali disturbi psichiatri (disturbo depressivo, schizofrenia, disturbo bipolare) e la dipendenza da sostanze.

Gulotta (2011) distingue tra fattori di rischio per il suicidio predisponenti e fattori di rischio precipitanti⁸. Nella prima categoria rientrano “[...] *le condizioni di vita, lo stato di integrazione nel gruppo, la presenza di conflitti interpersonali, le difficoltà nell’inserimento lavorativo e il rischio di disoccupazione, la presenza di problemi di salute fisica e/o psichica*” (cfr. Gulotta, 2011, p. 384). I fattori precipitanti sono invece “[...] *la condizione di crisi psicologica, la rottura di un equilibrio affettivo, il vivere stati di sofferenza fisica o psichica, la presenza di vissuti di rabbia, impotenza, paura o disperazione, le sensazioni di perdita di controllo e sentimenti forti di colpa e incapacità*” (cfr. Gulotta, 2011, p.384).

Per quanto concerne invece i bisogni criminogenici⁹ facciamo riferimento in maniera sintetica agli otto principali, i cosiddetti *big 8* (Andrews & Bonta, 2006).

Questi sono:

- Personalità antisociale, emozionalità negativa e mancanza di autocontrollo;
- Attitudini e cognizioni pro-criminali;
- Network pro criminale;
- Storia di comportamento antisociale
- Monitoraggio genitoriale ed educativo inappropriato;
- Abuso di sostanze;
- Problemi nel contesto scolastico o occupazionale;
- Mancanza di attività ricreative pro sociali.

Oltre ai bisogni criminogenici sopracitati, menzioniamo i fattori di rischio minori ovvero scarsa intelligenza verbale, bassa autostima, bassi livelli di emozionalità positiva e di spiritualità, presenza di psicopatologia, storia di vittimizzazione o abuso, bassa estrazione sociale, anomalie biologiche, paura di punizioni ufficiali (Andrews & Bonta, 2006).

⁸ Fattori presenti nei sei mesi precedenti alla commissione del gesto suicidario.

⁹ Fattori di rischio dinamici la cui modifica determina un cambiamento del comportamento criminale (Zara, 2010).

La distinzione tra bisogni criminogenici e bisogni non criminogenici¹⁰ risulta fondamentale per le attività di valutazione del rischio e di prevenzione. In questo caso la prevenzione fa riferimento ad attività rivolte alla riduzione dei tassi di recidivismo ma è importante considerare come tali concetti siano passibili di traslazione anche all'ambito dei comportamenti anticonservativi. Infatti la prevenzione dell'autolesionismo in carcere è un'operazione che necessariamente si deve focalizzare su fattori di rischio dinamici che, dunque, possono essere modificati, e la cui modifica genera un cambiamento del coinvolgimento in condotte auto aggressive. Prendiamo ad esempio i fattori di rischio del suicidio precedentemente citati (Balestrieri, 2004; Cheng, 1995, Cheng *et al*, 1997, 2000; Foster *et al*, 1999; Gulotta, 2011): per quanto l'età, il sesso maschile o fattori storici quali la famiglia di provenienza, le esperienze fortemente traumatiche, e i *life events* negativi siano significativamente associati a un aumento del rischio di suicidio, sono fattori imm modificabili appunto perché di carattere biologico e/o storico e dunque hanno già esercitato un loro impatto sull'individuo in epoche precedenti. L'attenzione deve perciò essere rivolta a quei fattori di rischio che possono essere soggetti a cambiamento.

Confrontando i fattori di rischio per la commissione di comportamenti anticonservativi e i fattori di rischio per il coinvolgimento in attività criminali è possibile notare che gran parte di questi sono presenti in ambedue le categorie. Dunque, l'esposizione a determinati fattori di rischio aumenta la probabilità di commissione di atti previsti dalla legge come reato, ma anche di atti anticonservativi. In particolare emergono l'aggressività e l'impulsività (indicatori di personalità antisociale, emozionalità negativa e mancanza di autocontrollo), l'aver vissuto esperienze traumatiche (tra le quali sono incluse esperienze di abuso e di vittimizzazione), una storia familiare caratterizzata dalla presenza di genitori non supportivi, una condizione di disoccupazione, uno stato di dipendenza e/o abuso di sostanze, l'appartenenza a una classe sociale bassa, la presenza di disturbi psichiatrici quali disturbi affettivi o schizofrenia¹¹, e bassi livelli di

10 Aspetti clinici la cui modifica non necessariamente determina un cambiamento nei tassi di persistenza criminale (Andrews & Bonta, 2003).

11 Segnalati come irrilevanti nella commissione di crimini.

serotonina e dell'acido 5-idrossindolacetico, suo metabolita, nel LCS¹². Quest'ultimo fattore risulta di notevole importanza in quanto, pur non essendo considerato quale fattore di rischio per il coinvolgimento in attività antisociali, è associato all'esposizione a comportamenti a rischio e al comportamento antisociale (Mehlman *et al*, 1998; Moore, Scarpa & Raine, 2002).

L'identificazione del problema delle condotte auto lesive in carcere porta alla formulazione di diversi quesiti. In particolare l'ipotesi da cui parte questo studio, e che lo stesso intende verificare, è appunto che la popolazione carceraria sia maggiormente propensa alla messa in atto di suddetti comportamenti non soltanto a causa delle condizioni carcerarie che, soprattutto nel caso degli Istituti penitenziari sovraffollati (Buffa, 2008; Manconi, Boraschi, 2006; Marcus, Alcabes, 1993), costituiscono comunque degli importanti fattori di rischio. Si ipotizza dunque la presenza di diversi fattori di rischio che agiscono contemporaneamente, inclusi alcuni fattori preesistenti rispetto alla commissione del reato, al coinvolgimento nelle vicissitudini processuali e alla reclusione. È corretto ribadire, a tal proposito, le caratteristiche dei fattori di rischio (Zara, 2005):

- sommatività o cumulatività;
- specificità;
- temporalità;
- regolarità;
- continuità intergenerazionale;
- sequenzialità;
- significatività;
- mediazione;
- equifinalità;

12 Liquido cerebrospinale.

- multifinalità;
- predittività.

Prendendo in considerazione alcune caratteristiche tra quelle sopra citate, cercherò di rendere chiari i motivi che rendono plausibile l'ipotesi che gli individui che in carcere si suicidano, o si feriscono, possano essere sottoposti, o esserlo stato in tempi precedenti, all'esposizione a fattori di rischio indipendenti rispetto alla loro condizione di detenzione. Quando si parla di *cumulatività* si intende la condizione per cui maggiore è il numero di fattori di rischio compresenti, maggiore è il rischio che l'individuo compia un determinato atto (nella fattispecie a carattere autolesivo). A ciò fa riferimento l'ipotesi in base alla quale il carcere potrebbe acuire dei nuclei sottostanti già presenti a causa dell'apporto di nuovi fattori che ad essi si vanno a sommare: quello che nel gergo comune è definito *buttare benzina sul fuoco*. La *specificità* e la *significatività* dei fattori di rischio portano invece a considerare l'eventualità che questi restino latenti in alcune situazioni per poi agire in altre, e che la loro incidenza sia fortemente influenzata dal *background* sociale e culturale dell'individuo in una data fase della sua vita. A ciò si aggiunge la caratteristica di *temporalità*, per cui determinati fattori agiscono solo in specifiche fasi del corso di vita dell'individuo e non in altre. I concetti di *ripple effect* e *sleepers effect* sono imprescindibili in questo contesto e risultano essere particolarmente utili nel suffragare l'ipotesi di partenza. Mentre col primo intendiamo “[...] l'attività di propagazione dell'influenza dei fattori di rischio e la messa in atto dei processi di rischio” (cfr. Zara, 2005, p.286) per cui l'outcome sarà determinato dal fattore di rischio, dalla sua potenza, dal suo impatto ma anche dai fattori intervenienti, per *sleepers effect* si intende l'apparente assenza di impatto di un fattore di rischio che invece eserciterà la sua azione in tempi successivi (Zara, 2005). Risulterebbe dunque erroneo affermare che il detenuto, che prima della reclusione non ha mai manifestato tendenze auto aggressive, non sia stato sottoposto all'esposizione a fattori di rischio per la commissione di tali comportamenti in epoche precedenti. L'azione di questi potrebbe semplicemente essere stata sopita per tempo per poi essere riattivata in una fase della vita dell'individuo che indubbiamente si connota per la sua forte valenza di

drammaticità (*sleepers effect*), oppure il loro impatto potrebbe aver raggiunto il livello di soglia necessario per il passaggio all'atto solo in seguito all'interazione dei fattori di rischio con altre variabili presenti nel contesto detentivo (*ripple effect*). In riferimento a quest'ultima affermazione, è possibile rifarsi al modello di processo che si interessa della progressiva interazione tra caratteristiche di stato (di natura psicologica) e caratteristiche di tratto (di natura biologica), interazione che porta a una precipitazione verso il gesto anticonservativo nel momento in cui si confrontano dei fattori soglia (Mann *et al*, 1999).

Non si può prescindere dallo studio dell'interazione tra le diverse variabili presenti nell'ambiente detentivo e dalla considerazione che, essendo i fattori di rischio delle variabili, essi possono avere un effetto mediatore o moderante (Zara, 2005). L'azione congiunta di fattori di rischio preesistenti rispetto alla reclusione e fattori di rischio presenti nell'ambiente carcerario potrebbe dunque generare un esito comportamentale apparentemente ascrivibile alla condizione detentiva, ma in realtà dovuto all'azione mediatore di tali fattori e alle loro caratteristiche di cumulatività, specificità e temporalità. È da qui che prende le mosse l'ipotesi in base alla quale coloro i quali all'interno del carcere commettono atti di aggressività autodiretta, potrebbero arrivare alla fase di reclusione già con una serie di caratteristiche e di esperienze ascrivibili alla categoria di fattori di rischio per la commissione di tali comportamenti; ipotesi, questa, che trova parziale suffragio nelle ricerche che hanno dimostrato che circa la metà dei detenuti suicidatisi mostravano già all'accoglienza, o addirittura in epoche precedenti, comportamenti significativamente associati all'autolesionismo (Backett, 1987; Dooley, 1990; Marcus & Alcabas, 1993; Bogue & Power, 1995; Fruehwald *et al*, 2003, 2004).

D'altro canto l'ipotesi nulla (H_0), che rappresenta una verifica della mancanza dell'effetto ipotizzato, prevede che dai dati emerga una condizione per la quale è possibile affermare che i detenuti che hanno agito comportamenti anticonservativi non sono stati esposti all'azione di fattori di rischio per la commissione di questi comportamenti in epoche precedenti alla reclusione. Come è stato sottolineato prima, però, la sovrapposibilità tra le due categorie di fattori di rischio è significativa. Prendiamo tuttavia in considerazione la reclusione intesa come *life*

event negativo, l'eventuale insorgenza di disturbi dell'umore e dell'affettività durante la fase di detenzione, l'isolamento sociale e l'indebolimento dei legami significativi conseguenti a questa. Questi sono effettivamente dei fattori di rischio per la commissione di atti auto lesivi, e sono determinati dall'ingresso e dalla permanenza in istituto penitenziario. Per verificare l'ipotesi nulla, dalle cartelle anamnestiche e dai diari clinici dei detenuti autolesionisti dovrebbe emergere la presenza di fattori di rischio correlati alla detenzione come quelli appena citati. Inoltre si dovrebbe poter affermare che in assenza di questi, i fattori di rischio preesistenti non avrebbero raggiunto il valore soglia in grado di attivare l'agito di comportamenti anticonservativi.

In questo caso sarebbe utile individuare quali aspetti dell'esperienza detentiva possono portare alla costituzione di fattori di rischio; l'impossibilità di usufruire degli spazi di socializzazione e di organizzare attività ricreative, ad esempio, contribuisce a creare una situazione di isolamento sociale all'interno del microcosmo carcerario, così come la scarsità di attività rieducative e risocializzanti, o la limitatezza dei colloqui con i propri cari, rischiano di gettare un ponte per un futuro isolamento sociale al momento della rimessa in libertà. Ovviamente l'analisi di tali fattori risulterà ugualmente importante nel caso in cui dovesse essere dimostrata l'ipotesi alternativa (H_1) poiché il carcere inevitabilmente rischia di essere un fattore partecipante in grado di incrementare, aggravando, l'impatto di fattori di rischio ad esso estranei.

L'ipotesi alternativa sarebbe confermata da un'incidenza statisticamente significativa di detenuti suicidatisi che, in fasi di vita antecedenti alla reclusione, hanno manifestato tendenze anticonservative. Rintracciare nel campione di detenuti autolesionisti una presenza significativa di individui che sono stati esposti all'influenza di fattori di rischio per la commissione di reati e, conseguentemente a questi, hanno commesso illeciti sanzionati con una pena detentiva, ma non hanno subito l'impatto di fattori di rischio per l'autolesionismo prima della detenzione, è condizione che falsifica l'ipotesi alternativa.

Specularmente rispetto al lavoro fatto in precedenza, in cui sono stati evidenziati gli aspetti che costituiscono contemporaneamente fattori di rischio dell'antisocialità e dell'autolesionismo, mettiamo ora in evidenza i fattori di

rischio dell'antisocialità che non sono invece correlati ai comportamenti anticonservativi. Questi sono: attitudini e cognizioni pro-criminali, l'inserimento in un network pro-criminale, una storia di comportamento antisociale e la mancanza di attività ricreative pro-sociali. La presenza di questi fattori di rischio, non congiunta alla presenza di fattori di rischio del suicidio, verifica H_0 .

La metodologia che intendiamo utilizzare per la realizzazione di tale progetto di ricerca e per la verifica dell'ipotesi di ricerca appena esposta fa riferimento alla ricerca di archivio. Questa si basa sull'analisi di dati raccolti da persone diverse da chi svolge lo studio e, in questo caso, con scopi completamente differenti.

In particolare, l'attenzione sarà rivolta alla realtà della Casa Circondariale di Torino "Lorusso e Cutugno". Dopo aver individuato i casi di autolesionismo agiti in tale Istituto, saranno consultati gli archivi relativi ai detenuti che hanno commesso tali atti nell'arco temporale che va dal 2000 al 2010. L'anamnesi permetterà di individuare la presenza o meno di *life events*, comportamenti e patologie concettualizzabili come fattori di rischio o precursori di manifestazioni aggressive autodirette, ed eventuali contatti con i servizi di salute mentale in periodi precedenti all'espiazione della pena. Attraverso tale analisi si tenterà di individuare l'esordio dei comportamenti anticonservativi e la loro evoluzione durante l'iter detentivo, anche in relazione agli interventi messi in atto dal DAP in seguito alla comparsa di tali manifestazioni. Inoltre sarà possibile effettuare un'analisi relativa alla posizione giuridica di tali detenuti al momento della commissione del fatto, fattore che le ricerche segnalano come particolarmente rilevante in quanto la maggiore incidenza di suicidi è registrata tra coloro che scontano condanne definitive, coloro i quali sono in custodia cautelare e coloro che sono in attesa di rinvio a giudizio (Manconi, 2003). Allo stesso modo sarà preso in considerazione l'andamento dei comportamenti anticonservativi rispetto a fattori su cui si sono soffermati già in precedenza alcuni studi e alcune ricerche ,ovvero l'età (BJS), il sesso (BJS), il periodo di permanenza in carcere (Duthé *et al*, 2009; Manconi, 2003, 2006; shaw *et al*, 2004), il sovraffollamento dell'istituto penitenziario (Centro Studi di Ristretti Orizzonti; Duthé *et al*, 2009; Manconi, 2003, 2006; Marcus & Alcabes, 1993) e il rapporto numerico vigente tra operatori e detenuti (Centro Studi di Ristretti Orizzonti; Manconi, 2006, 2009)

(fondamentale per la realizzazione dei diversi interventi costituenti il progetto rieducativo). La ricerca d'archivio, infatti, ha come obiettivo la descrizione del fenomeno e l'individuazione di eventuali relazioni tra variabili che non sono necessariamente di carattere causale (Pedon & Gnisci, 2004). I vantaggi di questo metodo di ricerca sono dovuti sia al fatto che permette di verificare ipotesi di eventi accaduti in periodi passati sia all'assenza dell'effetto di reattività¹³ (Pedon & Gnisci, 2004), sia alla differente identità di chi raccoglie i dati e chi analizza i dati, caratteristica che permette di arginare parzialmente il bias confirmatorio¹⁴, ma che allo stesso tempo implica degli svantaggi che vedremo in seguito nell'ambito della descrizione dei limiti di tale studio.

13 Il comportamento dell'esaminato è necessariamente alterato dalla presenza del ricercatore che determina una data reazione.

14 La tendenza del ricercatore a favorire le informazioni in grado di confermare la propria ipotesi (Plous, 1993).

CAPITOLO III

LA REALIZZAZIONE DELLA RICERCA D'ARCHIVIO

Il progetto di ricerca continua ad essere realizzato mediante una ricerca di archivio, ma importanti modifiche sussistono in relazione ai documenti consultati e all'arco temporale preso in considerazione. Partendo da quest'ultimo aspetto, è bene specificare che negli archivi presenti all'interno della Casa Circondariale di Torino "Lorusso e Cutugno", sono presenti esclusivamente le cartelle dei detenuti al momento reclusi in tale istituto. Ciò porta a non poter svolgere un lavoro a ritroso nel tempo; nel caso specifico del progetto iniziale, è stato abbandonato l'intento di visionare i diari clinici dei detenuti reclusi negli anni che vanno dal 2000 al 2010. Inoltre, nella vasta gamma dei comportamenti anticonservativi emersi nel corso della realizzazione della ricerca di archivio, non possiamo annoverare il gesto autolesivo più estremo e più trattato in letteratura: il suicidio. Questo avviene perché nel momento in cui un detenuto si suicida, il suo diario clinico viene immediatamente sequestrato dalle autorità giudiziarie, e dunque non vi è traccia né della storia del detenuto, né del compimento dell'atto in questione, all'interno degli archivi della casa circondariale. Questo ha portato a spostare l'attenzione sugli altri comportamenti anticonservativi, ugualmente preoccupanti e d'interesse ai fini della tutela della salute dei detenuti; tra questi annoveriamo però anche i tentativi di suicidio che, in alcuni casi (quando la morte non sopraggiunge a causa di eventi o condizioni esterne e non a causa di una mancata intenzionalità del detenuto), ci danno indicazioni pressoché simili ai casi di suicidio.

3.1 Il campione

Per effettuare un confronto è stato deciso di prendere in considerazione due gruppi:

- un gruppo sperimentale, all'interno del quale rientrano i casi d'interesse

per il progetto di ricerca, ovvero detenuti che hanno messo in atto comportamenti anticonservativi;

- un gruppo di controllo, all'interno del quale rientrano i casi di detenuti che non hanno messo in atto comportamenti rientranti nella categoria precedentemente citata.

Il campione è stato costituito partendo dalla suddivisione presente all'interno dell'istituto penitenziario di Torino. Questo è infatti composto da cinque padiglioni: A, B, C, D, E; di questi sono stati visitati i primi tre, escludendo dunque il padiglione D che accoglie i detenuti di sesso femminile, e il padiglione E occupato dalla sezione Arcobaleno, all'interno della quale espiano la pena detenuti tossicodipendenti inseriti in un progetto terapeutico. I padiglioni A, B e C sono a loro volta composti da tre piani ed è stato deciso di visionare le cartelle di novanta detenuti per piano, selezionati mediante campionamento casuale. In base a ciò che è stato appena scritto, il campione sarebbe dovuto constare di 810 detenuti ma ci sono delle accortezze che è bene segnalare. In alcuni piani erano infatti presenti detenuti per un numero inferiore alle novanta unità, in questi casi sono state visionate tutte le cartelle presenti negli archivi di suddette sezioni. Inoltre, il padiglione A comprende delle sezioni al piano terra e dunque contiene ulteriori archivi e, infine, deve essere fatto un breve inciso per quanto concerne le cartelle cliniche poste in Grande Sorveglianza Custodiale (GSC), Massima Sorveglianza Custodiale (MSC) e sciopero della fame e/o della sete. Tale suddivisione è presente esclusivamente nel padiglione B quindi, in questo caso, oltre alle novanta cartelle per piano, sono state visionate anche le cartelle rientranti in tale ripartizione. Il campione definitivo è dunque composto da 789 detenuti di cui, in particolare, 70 appartengono al gruppo sperimentale e 81 a quello di controllo. Per quanto concerne il gruppo di controllo, esso è stato creato selezionando casualmente il 10% del campione specifico di ogni piano dei vari padiglioni (sono escluse le sezioni all'interno delle quali non è stato rintracciato il compimento di gesti anticonservativi). Il che significa che, ad esempio, al piano 1 del padiglione A sono state visionate novanta cartelle; di queste novanta, escluse quelle che sono entrate a far parte del gruppo sperimentale, ne sono state estratte a caso nove (il 10% del campione totale del piano), appartenenti al gruppo di

controllo.

Nello specifico, si illustra nelle tabelle a seguire la provenienza delle cartelle cliniche appartenenti al campione del progetto.

TAB 3.1. Distribuzione delle cartelle visionate all'interno del **Padiglione A**

COLLOCAZIONE	NUMERO CARTELLE VISIONATE
PIANO TERRA	12
PIANO 1	90
PIANO 2	
5^ SEZIONE	15
6^ SEZIONE	14
SESTANTE	34
PIANO 3	22
TOTALE	187

Come è possibile vedere dalla *tabella 3.1*, nel Padiglione A la consultazione delle cartelle presenti al secondo piano si rifà a una particolare suddivisione ivi presente. Innanzitutto qui troviamo il Sestante, ovvero una sezione di osservazione psichiatrica rivolta, dunque, ai detenuti portatori di patologie psichiatriche attuali o, più in generale, ai detenuti che necessitano di osservazione per motivi di vario ordine, tra i quali la possibilità di compiere atti anticonservativi. Inoltre, nella 5^ sezione sono presenti detenuti affetti da patologie organiche, e la 6^ sezione del padiglione è destinata alla realizzazione del progetto Prometeo, progetto rivolto ai detenuti sieropositivi, per il quale ci si avvale anche della presenza di detenuti sani in sezione.

TAB 3.2. Distribuzione delle cartelle visionate all'interno del **Padiglione B**

COLLOCAZIONE	NUMERO CARTELLE VISIONATE
PIANO 1 GSC/MSC/SCIOPERO DELLA FAME E/O SETE	25
PIANO 1 SENZA SUDDIVISIONE	90
PIANO 2 GSC/MSC/SCIOPERO DELLA FAME E/O SETE	11
PIANO 2 SENZA SUDDIVISIONE	90
PIANO 3 GSC(MSC/SCIOPERO DELLA FAME E/O DELLA SETE	16
PIANO 3 SENZA SUDDIVISIONE	90

Nella *tabella 3.2* emerge la peculiarità accennata precedentemente: da una parte il lavoro è proceduto secondo le linee standard, sono dunque state visionate novanta cartelle per ogni piano, dall'altra parte sono state visionate le cartelle dei detenuti per cui era al momento disposta Massima Sorveglianza Custodiale o Grande Sorveglianza Custodiale, e i diari clinici di coloro i quali, pur non essendo sottoposti a un regime particolare di sorveglianza, erano in sciopero della fame e/o della sete al momento della consultazione. Un breve inciso è dunque fondamentale per quanto concerne queste particolari forme di sorveglianza custodiale. In entrambi i casi si tratta di provvedimenti disposti per la tutela della salute del detenuto in questione e/o di altri individui reclusi all'interno dell'istituto penitenziario. L'applicazione di questi regimi particolari è stabilita dal medico in seguito a segnalazioni dei vari operatori penitenziari, di altri detenuti, o a seguito degli esiti di alcune visite specifiche o di eventi particolari. La MSC si dispone però nei casi che destano maggiore preoccupazione e, a differenza della GSC in cui avviene un controllo periodico e a intervalli regolari delle condizioni del detenuto in cella, il controllo del detenuto è costante e perpetuo. Inoltre, all'interno della MSC può rientrare la rimozione di alcuni oggetti quali gli effetti personali, effetti lettereschi e cavi. Gli eventi che portano all'applicazione di tale provvedimento possono essere di varia natura; sovente troviamo la commissione di gesti anticonservativi, ma è bene ricordare alcuni casi particolari che esulano da questa categoria. Innanzitutto è possibile che la GSC o la MSC siano disposte per detenuti che hanno manifestato delle forme di disagio psichico. In questo caso possiamo parlare di una sorta di prevenzione primaria, nel senso che il rischio di commissione di gesti autolesivi è valutato come alto seppure non ci siano sempre dei precedenti. Inoltre anche la tipologia di reato, la carriera criminale del detenuto e la vita all'interno dell'istituto penitenziario influenzano la decisione di disposizione o meno di tali misure. Esistono alcuni tipi di reato che, nei regolamenti interni del carcere, vengono reputati più gravi di altri. Tra questi ricordiamo in particolar modo la violenza sessuale e la violenza sui minori; esiste una subcultura carceraria in base alla quale il rischio di ritorsione da parte degli

altri detenuti risulta essere particolarmente elevato in specifiche situazioni. In questi casi il rischio che il detenuto in questione sia vittima di aggressione è ritenuto alto e, dunque, si mette in atto una tutela dello stesso rispetto alle aggressioni che possono coinvolgerlo in ambiente penitenziario. Discorso a parte è quello relativo ai reati di mafia, per cui gli appartenenti a un clan vengono tutelati in quanto rischiano di essere reputati scomodi dai loro ex o attuali consociati, in particolar modo ciò accade per i collaboratori di giustizia. La tipologia di reato non soltanto influenza il rischio di violenza subita ma anche il rischio di violenza autodiretta, in quanto la qualità della vita all'interno del carcere rischia di subire un notevole peggioramento tale da generare maggiore insofferenza e maggiore frustrazione nel detenuto. Inoltre è da considerare il processo di revisione che teoricamente dovrebbe avvenire durante la rieducazione del detenuto; all'interno di tale processo assume un ruolo fondamentale il meccanismo del senso di colpa che, per taluni reati e in talune condizioni, potrebbe diventare ingestibile per l'individuo. Per quanto concerne il discorso sulla carriera criminale, invece, si fa notare come spesso, nella valutazione del servizio Nuovi Giunti, viene segnalato tra i rischi il fatto che l'individuo è un primario¹⁵. Si considera come fattore di rischio, dunque, il primo ingresso in carcere, la perdita di un equilibrio che viene sperimentata per la prima volta e, nei confronti della quale, non si sa come reagirà l'individuo. In questo senso la distinzione tra recidivismo¹⁶ e persistenza¹⁷ risulta quasi marginale, poiché si prende in considerazione il rapporto dell'individuo rispetto al nuovo ambiente, che risulta essere tale a prescindere dal fatto che l'individuo abbia commesso o meno dei reati precedenti a quello per cui è stato condannato. In alcuni casi, ad esempio, se il detenuto è primario e a questo si associano altre variabili quali la giovane età, l'emergere di una serie di vissuti particolarmente negativi riferiti alla carcerazione, ecc. si può disporre GSC o MSC a scopo precauzionale.

15 In questo caso per primario si intende un individuo che per la prima volta subisce una sentenza di condanna.

16 Fa riferimento a un processo di reiterazione criminale: l'individuo che ha commesso un illecito penale (atti antigiuridici penalmente perseguibili e di diversa gravità) riporta delle precedenti condanne passate in giudicato (Zara, 2005, 2010).

17 Fa riferimento a un processo di reiterazione criminale: l'individuo che ha commesso un illecito penale ha commesso, in passato, altri illeciti ma, in tal caso, manca la dimensione giuridica. Non esiste dunque una condanna passata in giudicato (Zara, 2005, 2010).

Un ulteriore caso in cui è altamente probabile che si disponga MSC o GSC è quando il detenuto ha manifestato tendenze anticonservative in epoche precedenti.

In questo caso possiamo trovarci davanti due diverse opzioni:

1. un individuo recidivo ha messo in atto comportamenti anticonservativi durante pregresse carcerazioni;
2. un individuo, che può essere recidivo o primario, ha agito atti autolesivi all'esterno dell'ambiente carcerario.

In quest'ultimo caso si fa riferimento a una situazione di particolare interesse ai fini del progetto di ricerca presentato in questo elaborato. In tale circostanza, i fattori di rischio per la commissione di atti anticonservativi sono indipendenti rispetto alla condizione carceraria, in quanto l'output comportamentale si è verificato all'esterno di essa; è dunque interessante analizzare l'andamento di tali fattori in relazione all'ambiente detentivo, in quanto questi potrebbero perdere di intensità o aumentare la stessa durante l'esecuzione penale, ma allo stesso tempo potrebbe accadere che il carcere non abbia alcuna influenza su di essi.

TAB 3.3. Distribuzione delle cartelle visionate all'interno del **Padiglione C**

COLLOCAZIONE	NUMERO CARTELLE VISIONATE
PIANO 1	90
PIANO 2	90
PIANO 3	90
TOTALE	270

Per quanto concerne le cartelle cliniche dei detenuti, che rientrano nei due gruppi analizzati, ovvero il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo, si presenta a seguire la loro distribuzione all'interno dei padiglioni.

TAB 3.4. Distribuzione delle cartelle appartenenti ai due gruppi all'interno dei vari padiglioni

COLLOCAZIONE	NUMERO GRUPPO SPERIMENTALE	CARTELLE	NUMERO GRUPPO DI CONTROLLO	CARTELLE
PADIGLIONE A				
PIANO TERRA	1		2	
PIANO 1	12		9	
SESTANTE	12		4	
5^ SEZIONE	1		1	
6^ SEZIONE	/		/	
PIANO 3	4		3	
TOTALE PADIGLIONE A	30		19	
PADIGLIONE B				
PIANO 1 GSC/MSC/SCIOPERO DELLA FAME E/O SETE	8		3	
PIANO 2 GSC/MSC/SCIOPERO DELLA FAME E/O SETE	3		2	
PIANO 3 GSC/MSC/SCIOPERO DELLA FAME E/O SETE	5		3	
PIANO 1 SENZA SUDDIVISIONE	3		9	
PIANO 2 SENZA SUDDIVISIONE	3		9	
PIANO 3 SENZA SUDDIVISIONE	1		9	
TOTALE PADIGLIONE B	23		35	
PADIGLIONE C				
PIANO 1	7		9	
PIANO 2	5		9	
PIANO 3	5		9	
TOTALE PADIGLIONE C	17		27	
TOTALE PADIGLIONI	70		81	

3.2 Rilevazione dei dati

Il campione del progetto di ricerca è costituito da 789 detenuti reclusi all'interno della Casa Circondariale di Torino "Lorusso e Cutugno". Nella realizzazione del progetto, dunque, sono state consultate 789 cartelle cliniche; di queste ne sono state trascritte, per la successiva analisi, 156 (considerando sia il gruppo di controllo, sia il gruppo sperimentale). Le restanti 633 cartelle sono state visionate allo scopo di rintracciare l'eventuale compimento di gesti autolesivi, ma non sono state trascritte in quanto non rientravano né nel gruppo sperimentale (detenuti che quindi non hanno avuto agiti anticonservativi), né in quello di controllo (detenuti che non sono rientrati nel campionamento casuale del gruppo di controllo).

Le cartelle cliniche raccolgono informazioni ed eventi significativi della vita del detenuto all'interno dell'istituto penitenziario, ma anche una serie di dati che non hanno nulla a che vedere con la carcerazione, quali ad esempio i dati anagrafici. Nonostante ciò, anche queste informazioni risultano essere fondamentali ai fini della realizzazione del progetto di ricerca. Ovviamente è stata fatta una selezione delle informazioni da prendere in considerazione per la successiva analisi, questo perché non è possibile raccogliere l'intera storia di un detenuto che, sovente, è entrato da svariati anni all'interno del sistema penitenziario e, dunque, presenta una quantità di dati che risulterebbe essere di difficile di gestione se considerata per intero. La letteratura a disposizione è stata importante in tal senso: conoscere le variabili che sono state valutate come fattori di rischio o, viceversa, fattori protettivi per i comportamenti anticonservativi (sia all'interno che all'esterno del carcere), ha permesso di poter selezionare i dati di interesse all'interno della moltitudine di dati a disposizione.

Si presentano in appendice le tabelle contenenti i dati raccolti. Innanzitutto si specifica che le tabelle contengono una serie di dati sensibili¹⁸ dunque, per tutelare la privacy dei detenuti, non è riportato il luogo di nascita e la data di nascita è stata sostituita dall'età del detenuto. Per evitare di riportare informazioni che permetterebbero, eventualmente, l'individuazione del detenuto, non vengono riportati i padiglioni e le sezioni di provenienza, le date in cui sono stati commessi i gesti autolesivi, le date dei trasferimenti e quelle di alcuni eventi significativi. La

18 Il nome e il cognome del detenuto non sono inseriti in tabella in quanto, ai fini della tutela della privacy, ad ogni detenuto è stato assegnato un codice alfanumerico necessario ai fini dell'analisi.

data di ingresso in carcere è stata sostituita, anche in questo caso, dall'età del detenuto al momento della carcerazione. Tutti i dati che non vengono presentati e che sono appena stati citati, sono comunque stati trascritti e, successivamente, utilizzati per l'analisi del fenomeno dell'autolesionismo.

A seguire verranno esposte le diverse variabili prese in considerazione, al fine di esplicitare il perché della loro scelta.

Alcuni dati sono risultati essere oggetto di interesse in quanto la loro rilevanza è già segnalata in letteratura. Tra questi abbiamo dati personali quali la cittadinanza (BJS), lo stato civile (Balestrieri, 2004; Pompili,) e altri fattori socio-ambientali (Balestrieri, 2004) quali la professione e il titolo di studio. Inoltre la data di nascita permette di stabilire l'età del detenuto nel momento in cui è avvenuto l'evento di interesse, e ciò aiuta a individuare le fasce d'età maggiormente a rischio. Allo stesso modo, la data di ingresso in carcere dà un'indicazione sui tempi trascorsi dall'accesso al sistema penitenziario al compimento di eventuali gesti anticonservativi; tale scelta deriva dai risultati degli studi che sottolineano una maggiore incidenza di tali comportamenti (e dunque un maggior rischio) nelle fasi immediatamente successive alla carcerazione (Manconi, 2003; Manconi, Boraschi, 2006; Duthé *et al*, 2009).

Inoltre vengono valutate le precedenti carcerazioni (l'essere un individuo primario è considerato un rischio nella valutazione dei Nuovi Giunti) e le tipologie di reato commesse, in quanto alti indici di offending violento vengono ritenuti da Duthé *et al* (2009) e da Fruehwald *et al* (2004) degli importanti predittori di manifestazioni aggressive auto dirette.

Anche la posizione giuridica del detenuto è indicata da Manconi (2003) e Duthé *et al* (2009) quale variabile d'interesse, per cui in tabella viene riportata la posizione dell'individuo preso in esame lungo l'iter giudiziario che sta espletando. Altri predittori rintracciati in letteratura, e dunque analizzati nella realizzazione del progetto, sono l'abuso di sostanze stupefacenti (Backett, 1987; Dooley, 1990; Shaw *et al*, 2004), le patologie di natura psichiatrica (Marcus & Alcabes, 1993; Bogue & Power, 1995; Joukamaa, 1997; Fruehwald *et al*, 2004) e le terapie a base di sostanze psicoattive (Fruehwald *et al*, 2004).

Oltre a quanto appena esposto, è stato deciso di valutare un'altra serie di variabili

quali:

- le patologie organiche, nel tentativo di comprendere il rapporto che il detenuto instaura nei confronti della malattia e come questo rapporto genera degli effetti sui comportamenti presi in esame;
- i trasferimenti, che implicano l'abbandono di un ambiente che, per quanto ostile, potrebbe essere diventato familiare o viceversa, danno la possibilità di allontanarsi da una struttura particolarmente ostica e difficile;
- le sezioni di detenzione, in quanto all'interno della Casa Circondariale di Torino i diversi padiglioni accolgono detenuti con specifiche caratteristiche, e quindi la localizzazione del padiglione di detenzione può essere d'aiuto nel tentativo di identificare i profili maggiormente a rischio all'interno del carcere;
- la valutazione del detenuto fatta presso il servizio Nuovi Giunti, in cui varie figure professionali (tra cui il medico psichiatra e lo psicologo) effettuano un assessment del rischio di suicidio, di violenza autodiretta e di violenza eterodiretta ed emettono un giudizio sulle condizioni di salute del detenuto al momento dell'ingresso in istituto;
- i comportamenti anticonservativi posti in essere e le rispettive date, e ulteriori eventi significativi trascritti nel diario clinico che potrebbero avere attinenza con l'esplicitazione delle spinte autoaggressive in qualità di precursori, eventi precipitanti o conseguenze dei gesti autolesivi.

Dopo aver illustrato le modalità con le quali si è proceduto per la rilevazione dei dati, si rimanda al capitolo successivo per l'analisi degli stessi e per il confronto dei risultati rispetto agli obiettivi del progetto e alle ipotesi di ricerca.

CAPITOLO IV

ANALISI DEI DATI E DISCUSSIONE

4.1 Analisi dei dati

L'analisi dei dati è consistita nella rilevazione dell'andamento delle variabili prese in considerazione, in relazione alla messa in atto di comportamenti anticonservativi. In particolare si valutano quattro cluster di variabili: uno riguardante i dati anagrafici dei detenuti e altri dati più prettamente personali, uno relativo alla detenzione e alla condizione giuridica, uno relativo alle condizioni fisiche e psicologiche dei detenuti e, infine, un ultimo cluster riguardante le valutazioni effettuate presso il servizio Nuovi Giunti.

4.1.1 Dati anagrafici e altri dati personali

Facendo riferimento all'età dei detenuti al momento della consultazione delle cartelle, si evince che l'età media del gruppo sperimentale è 35.96 anni, la moda è pari a 31 anni, mentre la mediana è pari a 34,5 anni. Per quanto concerne la variabile età, nel gruppo sperimentale abbiamo una deviazione standard corrispondente a 10.2384. Nel gruppo di controllo è da evidenziare una peculiarità: in un caso abbiamo un detenuto con diverse date di nascita riportate in cartella. La data di nascita riportata nella cartella Nuovi Giunti è, infatti, diversa rispetto a quella riportata in matricola, per questo sono state effettuate due analisi, ognuna contenente una diversa data di nascita. In entrambi i casi la media è pari a 33 anni, mentre la moda e la mediana sono pari, rispettivamente, a 23 e 30 anni. La differenza risiede nella deviazione standard, infatti in un caso essa è pari a 11.33, mentre nell'altro è pari a 11.4.

L'età media dei due gruppi non differisce significativamente, in quanto quella del gruppo sperimentale è superiore di quella del gruppo di controllo di soli tre anni.

Il valore più frequente nelle due distribuzioni, ovvero la moda, differisce invece di otto anni nei due gruppi considerati. Questo sembra dirci che la fascia d'età più a rischio per la messa in atto di gesti autolesivi, considerando anche la deviazione standard e la mediana del gruppo sperimentale, va orientativamente dai 25 anni ai 45 anni. All'esterno dell'ambiente carcerario l'incidenza del suicidio aumenta con l'età e, il picco, si riscontra a partire dai 45 anni (Pompili, 2006). Ovviamente parlare di suicidio e parlare di atti autolesivi implica analisi differenti, ma se in alcuni casi si potesse considerare l'atto anticonservativo quale anticamera del tentato suicidio (Caglio, Piotti, 2007), sarebbe utile notare che la condizione detentiva costituisce un importante fattore di rischio per le fasce d'età che non superano i 45 anni.

Le tabelle 4.1 e 4.2 rendono conto della variabile cittadinanza. In particolare, la *tabella 4.1* rappresenta la distribuzione della cittadinanza all'interno del campione di detenuti che hanno compiuto atti anticonservativi, mentre la *tabella 4.2* fa riferimento al gruppo di controllo.

TAB. 4.1. Cittadinanza dei detenuti che hanno agito comportamenti autolesivi

CITTADINANZA	NUMERO DI DETENUTI	%
Italiana	24	34.2
Marocchina	15	21.4
Tunisina	11	15.7
Rumena	7	10
Algerina	5	7.1
Albanese	1	1.4
Croata	1	1.4
Dominicana	1	1.4
Egiziana	1	1.4
Francese	1	1.4
Guineana	1	1.4
Irachena	1	1.4
n.d.	1	1.4

TAB. 4.2. Cittadinanza dei detenuti che non hanno agito comportamenti autolesivi

CITTADINANZA	NUMERO DI DETENUTI	%
Italiana	35	43.2
Marocchina	16	19.7
Gaboniana	6	7.4
Nigeriana	6	7.4
Rumena	6	7.4
Albanese	2	2.5
Cinese	2	2.5
Tunisina	2	2.5
Cubana	1	1.2
Egiziana	1	1.2
Francese	1	1.2
Guineana	1	1.2
Mauritana	1	1.2
Senegalese	1	1.2
Serba	1	1.2
n.d.	1	1.2

In entrambi i gruppi la cittadinanza italiana è quella maggiormente frequente. Nel gruppo sperimentale, però, risulta essere presente una significativa percentuale di detenuti provenienti dal Marocco (21.4%), dalla Tunisia (15.7%) e dall'Algeria (7.1%); insieme, queste tre nazioni costituiscono il 44.2% del campione sperimentale. Tra i detenuti del campione di controllo, invece, non sono annoverati individui di nazionalità algerina, e l'incidenza di detenuti tunisini è nettamente inferiore della loro incidenza nel gruppo sperimentale (13.2 punti di scarto percentuale). Questo fa rivolgere l'attenzione alla prevalenza di detenuti algerini e tunisini rispetto al fenomeno dell'autolesionismo in carcere. Ciò è ancor più vero se si prendono in considerazione i dati forniti dalla Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno", in base ai quali il 56.6% dell'intera popolazione attualmente reclusa all'interno dell'istituto è di nazionalità Italiana, e il 25.3% è proveniente dall'Africa del Nord. Ciò significa che i detenuti marocchini, algerini e tunisini, dovrebbero essere all'incirca la metà rispetto quelli italiani, e questo è quello che riscontriamo nel gruppo di controllo ma non nel gruppo sperimentale in cui i detenuti provenienti dal Nord Africa sono numericamente maggiori rispetto a quelli italiani. I dati sembrano suggerire che gli individui provenienti dall'Africa Settentrionale si coinvolgono più frequentemente, rispetto agli individui di altre nazionalità, nella commissione di gesti anticonservativi; ciò può essere ascritto a

motivi che intuitivamente sono riferiti a questioni culturali, questioni che influenzano le modalità di utilizzo del corpo al fine di esprimere pensieri e sentimenti di varia natura. Questo è ancor più vero se si prendono in considerazione i detenuti di alcune nazionalità specifiche. Infatti, interessante è notare come, all'interno del campione di detenuti che non hanno commesso comportamenti anticonservativi, siano presenti individui provenienti da paesi assenti nel campione sperimentale. Tra questi evidenziamo, in particolar modo, detenuti di nazionalità Gaboniana (7.4%), Nigeriana (7.4%) e Cinese (2.5%).

Da sottolineare anche l'incidenza di detenuti rumeni all'interno del gruppo che ha commesso atti anticonservativi. Questa, però, non si discosta significativamente dall'incidenza di detenuti rumeni nel gruppo di controllo. Oltre ai detenuti delle nazionalità appena nominate, si evidenzia la presenza di un detenuto di cui è sconosciuta la nazionalità e di detenuti di cittadinanza Albanese, Croata, Dominicana, Egiziana, Francese, Guineana e Irachena (in questi ultimi casi abbiamo un detenuto autolesionista per ogni nazionalità).

Tra i dati personali annoveriamo inoltre lo stato civile. Il 42.9% dei detenuti appartenenti al campione che ha messo in atto comportamenti anticonservativi, è celibe. Di questi, però, tre detenuti sono conviventi. Il 28.6% è invece coniugato, il 5.7% è separato o divorziato e del 20% del campione sperimentale non è specificato lo stato civile. In due casi, sulla cartella clinica sono riportate informazioni discrepanti (ad esempio lo stesso detenuto risulta essere sia celibe che coniugato), dunque non siamo in grado di inserire tali dati all'interno delle statistiche. Nel gruppo di controllo il 48.1% dei detenuti è celibe (tra questi vi sono due conviventi), il 21% è coniugato, il 6.2% è separato o divorziato, mentre del 23.4% non è conosciuto lo stato civile. Come è accaduto nel gruppo sperimentale, anche nel gruppo di controllo abbiamo un caso in cui vi sono informazioni in contrasto tra loro.

Si osserva che tra i detenuti che hanno commesso atti anticonservativi, gli individui coniugati sono numericamente maggiori rispetto a quelli celibi, a differenza di ciò che accade nel gruppo di detenuti che non hanno manifestato tendenze anticonservative. In particolare, tra i due gruppi, c'è una differenza di oltre sette punti percentuali per quanto riguarda lo stato coniugato; se questa

differenza dovesse essere considerata significativa, si potrebbe avanzare l'ipotesi che la condizione carceraria aumenta il rischio di atti autolesivi anche in quanto condizione di allontanamento e interruzione dei propri legami sentimentali e, più in generale, familiari. In svariati casi in cartella viene segnalata la presenza di momenti di disperazione e sconforto dovuti alla lontananza dal proprio nucleo familiare e alla preoccupazione per le condizioni di vita dei propri cari, in quanto l'individuo perde completamente il controllo sugli eventi familiari e si ritrova a non poter contribuire nella risoluzione di eventuali problematiche. Sempre consapevoli della distinzione tra comportamenti autolesivi e comportamenti suicidari, sottolineiamo che studi condotti sulla popolazione non reclusa indicano la separazione, il divorzio, e la vedovanza come importanti fattori di rischio nella maturazione di suicidi e tentati suicidi (De Risio, Sarchiapone, 2002); in carcere sembra essere invertita tale tendenza. Per quanto concerne tale variabile, dunque, si può notare come la condizione carceraria vada a modificare la sua valenza in quanto gli individui coniugati, nel momento in cui vengono reclusi, diventano più a rischio nella commissione di atti anticonservativi rispetto alla restante popolazione detentiva, cosa che non accade invece all'esterno del carcere.

Si analizzano ora le variabili relative all'istruzione e all'occupazione del campione.

Nel gruppo sperimentale il 25% dei detenuti ha conseguito la licenza media inferiore, il 19% ha proseguito negli studi, ma solo il 10.5% ha conseguito la licenza media superiore. Il 7.4% dei detenuti ha concluso la scuola elementare e in un caso (1.5%) si riscontra analfabetismo. Infine si precisa che del 47.1% del campione sperimentale non si è a conoscenza del grado di istruzione, e due casi non rientrano nell'elaborazione statistica in quanto in un caso c'è una discrepanza tra le informazioni riportate nella cartella clinica, e in un caso risulta esclusivamente un attestato di tornitore. Per il 50% del gruppo di controllo non è stato possibile individuare il grado di istruzione, il 34.2% di questo ha conseguito la licenza media inferiore, il 14.4% ha proseguito nel percorso scolastico e, per la precisione, l'8% è arrivato al diploma. Tra questi si riporta un detenuto che ha conseguito la laurea e vi è poi un detenuto con licenza elementare, in entrambi i casi la percentuale è pari all'1.3% del campione di controllo. Dal calcolo del

valore percentuale sono esclusi cinque detenuti in quanto per due di questi non era univoca l'informazione relativa all'istruzione, e nei restanti tre casi sono indicati gradi di istruzione non codificabili (sesta classe, seconda classe e tre anni di scolarità).

Come è possibile vedere, nel campione sperimentale vi è un minor numero di detenuti con licenza media inferiore e un maggior numero di detenuti con licenza elementare rispetto al campione di controllo, ma vi è anche un numero maggiore di detenuti che hanno terminato la scuola media superiore. Oltre a ciò, va però sottolineato che, ad eccezione di quanto accade per la conclusione del percorso scolastico della media inferiore, le altre differenze tra i gruppi non sono particolarmente pronunciate e, inoltre, in entrambi i gruppi vi è una percentuale elevata di detenuti di cui non è conosciuta la scolarità (addirittura la metà del campione nel caso del gruppo di controllo). Ciò porta a non poter avanzare alcun tipo di ipotesi riguardo il ruolo giocato dalla variabile "titolo di studio" all'interno del fenomeno studiato in tale elaborato. Il grado di istruzione non discrimina tra coloro i quali tentano il suicidio, o comunque si auto procurano danno, e coloro che non lo fanno, e dunque non è possibile affermare che i detenuti più istruiti commettono più atti anticonservativi di quelli meno istruiti, o viceversa.

La professione dei detenuti viene presentata nelle tabelle 4.3 e 4.4.

La *tabella 4.3.* illustra il profilo professionale del gruppo sperimentale.

TAB. 4.3. Professione dei detenuti che hanno agito comportamenti autolesivi

PROFESSIONE	NUMERO DI DETENUTI	%
Disoccupato	23	32.9
Professione non qualificata	26	37.1
Professione qualificata	2	2.9
Pensionato	1	1.4
n.d.	18	25.7

Nella tabella successiva vengono riportate le professioni svolte dai detenuti del gruppo di controllo, e la distribuzione di tali professioni all'interno del campione.

TAB. 4.4. Professione dei detenuti che non hanno agito comportamenti autolesivi

PROFESSIONE	NUMERO DI DETENUTI	%
Disoccupato	15	19
Professione non qualificata	27	34.2
Professione qualificata	3	4.3
Studente universitario	1	1.3
Pensionato	1	1.3
n.d.	32	41

In questo caso il campione preso in considerazione non equivale all'intero gruppo di controllo. Non rientrano in tabella i casi di due detenuti, uno che risulta contemporaneamente muratore e imprenditore e uno che risulta essere impiegato e perito.

Tra i due gruppi presi in considerazione non si rivelano differenze sostanziali dal punto di vista della professione svolta prima della carcerazione. In entrambi la maggior parte dei detenuti non ha un lavoro, nel gruppo sperimentale la percentuale dei disoccupati è nettamente maggiore, anche se è da notare che nel gruppo di controllo c'è un'alta percentuale di detenuti di cui non è specificata l'occupazione. Ciò che emerge, dunque, è una condizione lavorativa precaria che accomuna il campione in toto e, dunque, non risulta essere particolarmente discriminante.

Come è possibile vedere dall'analisi dei dati personali, solo per quanto concerne

la nazionalità è possibile affermare che vi sono dei detenuti maggiormente a rischio di altri a prescindere dalla condizione detentiva. Negli altri casi, infatti, si evince l'irrelevanza di talune variabili quali la scolarità e la professione o, addirittura, un cambiamento della condizione di rischio determinata appunto dalla detenzione. È questo il caso dell'età e dello stato civile, in quanto è emersa un'incidenza maggiore di individui coniugati e di età inferiore ai 45 anni tra i detenuti autolesionisti, e ciò non corrisponde a quello che avviene all'esterno del carcere.

4.1.2 Dati relativi alla condizione giuridica e a quella detentiva

Per quanto riguarda l'aspetto più squisitamente legale, analizziamo le variabili relative al reato e alla posizione giuridica dei due campioni esaminati.

TAB. 4.5. Posizione giuridica dei detenuti che hanno agito comportamenti autolesivi

POSIZIONE GIURIDICA	NUMERO DI DETENUTI	%
Imputato	29	41.4%
Definitivo	16	22.9%
Ricorrente	3	4.3%
Fermo polizia giudiziaria	1	1.4%
n.d.	26	37.1%

Nella *tabella 4.5* viene riportato il numero di detenuti appartenenti al gruppo sperimentale che riveste una specifica posizione giuridica, e la rispettiva percentuale. Come si può ben notare, la somma delle diverse percentuali eccede rispetto al risultato che si dovrebbe ottenere, ovvero il 100%; questo accade perché quattro detenuti sono contemporaneamente imputati e definitivi, e in un caso c'è una concomitanza di posizione di imputato e di ricorrente. La medesima considerazione è valida per la tabella successiva, che presenta la posizione giuridica dei detenuti appartenenti al gruppo di controllo. In questo caso, abbiamo un solo detenuto che è contemporaneamente imputato e definitivo.

TAB. 4.6. Posizione giuridica dei detenuti che non hanno agito comportamenti autolesivi

POSIZIONE GIURIDICA	NUMERO DI DETENUTI	%
Imputato	35	43.2
Definitivo	14	17.3
n.d.	33	40.7

La condizione giuridica di imputato non differisce significativamente nei due gruppi, mentre appare sussistere un'incidenza maggiore di condanne definitive nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo. Questo conferma gli studi di Manconi (2003), che riportano un maggior tasso di suicidi tra i detenuti con condanna definitiva. Inoltre, sempre nel gruppo di controllo, sono presenti detenuti ricorrenti e detenuti in stato di fermo; questi dati sono difficilmente suscettibili ad analisi in quanto provengono da quattro casi complessivi, un numero decisamente irrisorio. Non è difficile immaginare che l'assenza di speranza determinata dal carattere definitivo della condanna, getti l'individuo nello sconforto, imponendogli una sorta di rassegnazione e mettendolo a confronto con una situazione irreversibile alla quale è possibile ribellarsi in pochi modi, uno di questi è senz'altro il suicidio (fuga da uno stato di cose non accettabili per l'individuo) o l'autolesionismo (protesta e/o tentativo di mutare le condizioni ritenute inaccettabili dal detenuto).

Le tabelle 4.7 e 4.8 illustrano l'incidenza dei reati commessi, rispettivamente, dal campione sperimentale e dal campione di controllo.

Nelle tabelle vengono raggruppate alcune tipologie di reato, mentre altre, pur rientrando in categorie più ampie di delitti, vengono lasciate con una propria autonomia in quanto si tratta di reati di particolare gravità che, in base ai regolamenti interni dei detenuti, vengono spesso puniti con comportamenti che deteriorano ulteriormente la qualità di vita all'interno dell'istituto penitenziario.

Per questo l'omicidio e il tentato omicidio, la violenza sessuale e la prostituzione minorile, pur rientrando nei delitti contro la persona, vengono considerati autonomamente.

TAB. 4.7. Reati commessi dai detenuti che hanno agito comportamenti autolesivi

REATO	NUMERO DI DETENUTI	%
Omicidio e tentato omicidio	3	4.3
Violenza sessuale	4	5.7
Prostituzione minorile	1	1.4
Mafia	3	4.3
Droga	13	18.6
Delitti contro la persona	8	11.4
Delitti contro il patrimonio	13	18.6
Altri delitti	40	57.1
n.d.	22	31.4

Nel caso del gruppo di controllo vale la premessa appena fatta per il gruppo sperimentale.

TAB. 4.8. Reati commessi dai detenuti che non hanno agito comportamenti autolesivi

REATO	NUMERO DI DETENUTI	%
Omicidio e tentato omicidio	5	6.2
Violenza sessuale	2	2.5
Prostituzione minorile	1	1.2
Droga	29	35.8
Delitti contro la persona	8	9.9
Delitti contro il patrimonio	25	30.9
Altri delitti	9	12.9
n.d.	12	14.8

Il confronto tra le due tabelle porta a notare che, in entrambi i casi, i reati di droga e i reati contro il patrimonio sono i reati con maggiore incidenza. Il gruppo di controllo, però, riporta un numero notevolmente maggiore di delitti patrimoniali e reati di droga, rispetto al gruppo sperimentale. Ciò va però letto considerando che tra i detenuti che hanno agito comportamenti autolesionisti, abbiamo un'alta percentuale di detenuti di cui non si conosce il reato commesso (corrisponde a più del doppio della corrispettiva percentuale nel gruppo di controllo). Sembra dunque che queste tipologie di delitti siano le più diffuse all'interno della Casa Circondariale, a prescindere dalla commissione o meno di *self injury*. Si sottolinea ora la diversa distribuzione di alcuni reati particolarmente importanti. In particolare, evidenziamo i reati di mafia che non sono presenti tra i detenuti non autolesionisti e, invece, riguardano il 4.3% dei reati compiuti da detenuti

autolesionisti. Inoltre, importante è il caso della violenza sessuale; nel gruppo sperimentale questa ha un'incidenza doppia rispetto al gruppo di controllo. Parliamo di un piccolo numero di casi, ma prendendo in considerazione l'alto numero di reati di cui non si è a conoscenza tra i detenuti autolesionisti, possiamo considerare rilevante tale dato. In un certo senso ciò porterebbe ad avvalorare l'ipotesi che alcuni reati, per l'impatto emotivo che generano e per i regolamenti interni al carcere, determinino un peggioramento delle condizioni di vita del detenuto e, di conseguenza, una maggiore difficoltà ad adattarsi alla condizione detentiva. Ricordiamo infatti che, a prescindere dall'aspetto codicistico, la violenza carnale è uno dei reati che subisce la più alta condanna morale, e ciò avviene anche in carcere dove spesso gli autori di tale reato sono posti in sezioni protette (sezioni per gli "incolumi"), al fine di evitare ritorsioni da parte degli altri detenuti.

A seguire si espone l'analisi delle variabili riguardanti gli aspetti detentivi.

Per quanto concerne l'età di inizio dell'ultima carcerazione, per il gruppo sperimentale la media è 32.64 anni, la moda dell'età è pari a 30 e la mediana è pari a 31. La deviazione standard è invece pari a 9.1. Nel gruppo di controllo l'età media di ingresso in istituto è 33 anni. La distribuzione dell'età di ingresso, in tale gruppo, ha mediana pari a 30 anni e moda pari a 23 anni e deviazione standard uguale a 11.1. I risultati sono identici considerate entrambe le età del detenuto in cui c'è una difformità di informazioni. Si precisa che nel gruppo sperimentale ci sono tre detenuti di cui non si è a conoscenza della data di ingresso, e due detenuti di cui si conosce la data di trasferimento all'interno della Casa Circondariale di Torino, ma non la data di inizio dell'ultima carcerazione. Questi casi non sono entrati a far parte dei calcoli appena esposti. Discorso analogo avviene per il gruppo di controllo, in questo vi sono due detenuti di cui non si conosce la data di inizio dell'ultima carcerazione, un detenuto di cui è segnalato l'inizio degli arresti domiciliari, e uno di cui è segnalata la data di riassociazione dagli arresti domiciliari.

Per quanto riguarda le precedenti carcerazioni, emerge che nel gruppo sperimentale il 54.3% (n = 38) dei detenuti è recidivo, il 11.4% (n = 8) è primario, e del 34.3% (n = 24) non si conosce la presenza o meno di pregresse

esperienze di carcerazione. Nel gruppo di controllo, invece, il 18.5% (n = 15) dei detenuti è alla prima esperienza in carcere, il 59.3% (n = 48) è recidivo, mentre non disponiamo di informazioni in tal merito per il 22.2% (n = 18) del campione costituito da coloro i quali non hanno agito comportamenti anticonservativi.

In entrambi i gruppi più della metà del campione ha già avuto almeno un'esperienza all'interno del carcere. Considerando esclusivamente i casi dei detenuti di cui si conoscono le precedenti carcerazioni, nel gruppo sperimentale vi sono più recidivi rispetto al gruppo di controllo. Ciò porterebbe all'impossibilità di considerare la prima carcerazione come fattore di rischio. Si tratterebbe infatti di detenuti che già hanno avuto modo di conoscere l'ambiente carcerario e di sperimentare condizioni di vita che, dunque, non sono più considerabili come nuove. Nonostante ciò, l'aver già vissuto l'esperienza della detenzione non è sinonimo di buon adattamento all'ambiente, né di una migliore capacità di gestire ciò che la condizione detentiva comporta. Inoltre, a livello statistico, si sottolinea che nel gruppo sperimentale c'è un alto numero di casi in cui non è possibile definire la condizione di individuo recidivo o primario, pertanto risulterebbe grossolano trarre delle conclusioni sulla base di una statistica che si compone di numerose zone d'ombra.

I trasferimenti risultano essere importanti nell'analisi che verrà successivamente fatta all'interno del gruppo dei detenuti che hanno commesso atti di autolesionismo. A partire dalle date di trasferimento e dalle date della commissione di gesti autolesivi, si tenterà di stabilire se cambiare ambiente, pur rimanendo in un contesto detentivo, eserciti un'influenza sull'andamento dei comportamenti anticonservativi sia nel senso di favorirli, sia nel senso di diminuirne l'incidenza, oppure se è totalmente insignificante da tale punto di vista. Intanto è possibile affermare che nel gruppo sperimentale il 55.7% dei detenuti non è stato trasferito nell'arco dell'attuale carcerazione, mentre il 44.3% è stato trasferito. Nel gruppo di controllo non abbiamo informazioni in merito nel 13.6% dei casi, il 72.3% sta espiando la sua pena sin dall'inizio presso la Casa Circondariale di Torino, e il 13.6% del campione ha effettuato almeno un trasferimento.

Facendo riferimento alla collocazione dei detenuti all'interno della Casa

Circondariale “Lorusso e Cutugno”, osserviamo la distribuzione di questi all’interno delle varie sezioni. Il 42.9% dei detenuti appartenenti al gruppo sperimentale è recluso nel padiglione A; in particolare, prendendo in considerazione le sezioni che accolgono detenuti “non ordinari”, troviamo che il 17.1% del campione sperimentale è collocato presso il Sestante, l’1.4% presso la 5^a sezione e il 5.7% presso il terzo piano. Nello stesso padiglione è collocato il 23.5% del gruppo di controllo, mentre il 43.2% di tale campione è detenuto presso il padiglione B. All’interno del padiglione B, inoltre, è collocato il 32.9% del gruppo sperimentale e, in particolare, il 19.8% dei detenuti che hanno messo in atto atti anticonservativi, era, al momento della consultazione delle cartelle, posto in Grande Sorveglianza Custodiale, Massima Sorveglianza Custodiale o stava svolgendo lo sciopero della fame e/o della sete. Il padiglione C, infine, accoglie il 24.3% del gruppo sperimentale e il 33.3% del gruppo di controllo. Importante è focalizzare l’attenzione su due aspetti relativi a quanto è appena stato esposto. Uno riguarda l’alta incidenza di detenuti che hanno agito comportamenti anticonservativi collocati presso il Sestante, e l’altro riguarda l’imponente numero di detenuti appartenenti al campione sperimentale le cui cartelle erano poste nella sezione dedicata agli individui in MSC, GSC e/o sciopero della fame. Quest’ultimo dato era prevedibile, partendo dal presupposto che la MSC e la GSC sono tipologie di sorveglianza disposte sempre, ma non solo, nei casi di tentativi anticonservativi. Considerando che il Sestante ospita detenuti con problemi psichiatrici acuti e/o cronici, vi è molto da riflettere sul fatto che una parte sostanziale del campione sperimentale è costituito da detenuti provenienti da tale sezione. Sembra infatti che il disturbo psichiatrico costituisca un fattore di rischio di notevole entità per la messa in atto di comportamenti anticonservativi, ma questo tipo di osservazione necessita dell’integrazione - esposta a breve - riguardante l’analisi dell’incidenza di patologie e disturbi psichici tra i detenuti del gruppo sperimentale.

4.1.3 Dati relativi alla salute psicologica e organica

In questa sezione si esporrà l'analisi delle patologie dei detenuti appartenenti al campione. Per patologie intendiamo sia patologie di carattere psichico, sia di carattere organico. Tale analisi è importante in quanto ci dice quanto la malattia influenza il rischio di messa in atto di gesti autolesivi considerando, in particolar modo, che nella maggior parte dei casi il detenuto era portatore di tali patologie già prima dell'ingresso in carcere.

Parlando delle patologie organiche, si illustrano le tabelle 4.9 e 4.10, le quali presentano le diverse malattie presenti nei due gruppi e la distribuzione di queste al loro interno.

Nel gruppo sperimentale le patologie sono state così raggruppate:

- patologie cardiovascolari, ipertensione, cardiopatie, aritmia cardiaca, IMA, insufficienza cardiaca;
- patologie respiratorie, bronchite, BPCO, dispnea, apnea notturna;
- patologie neurologiche, epilessia, paralisi del nervo radiale, TCE;
- patologie infettive, HBV+, HCV+;
- patologie epatiche e renali, litiasi renale, epatopatie;
- patologie motorie, paraparesi;
- altre patologie, fistole, obesità, iperglicemia, sonnambulismo, cervicalgia, diabete, crisi comiziali, ernia, ipotiroidismo, anemia.

TAB. 4.9. Patologie organiche dei detenuti che hanno agito comportamenti autolesivi

PATOLOGIA	NUMERO DI DETENUTI	%
Patologie cardiovascolari	13	18.6
Patologie respiratorie	6	8.6
Patologie neurologiche	5	7.1
Patologie infettive	4	5.7
Patologie epatiche e renali	3	4.3
Patologie motorie	1	1.4
Altre patologie	11	15.7
n.d.	45	64.2

Nel gruppo di controllo le patologie sono state così suddivise:

- patologie respiratorie, polmonite, BPCO, problemi polmonari, bronchite,

- asma;
- patologie gastrointestinali, occlusione intestinale, gastrite, disfagia, disturbi gastrointestinali, epigastralgia, gastrite, esofagia cronica, gastroduodenite;
 - patologie infettive, HBV+, HCV+;
 - patologie cardiovascolari, ipertensione, IMA, cardiopatie;
 - patologie neurologiche, cefalea, poliradicoloneurite, encefalite;
 - patologie motorie e linguistiche, afasia, emiparesi, gonartrosi;
 - patologie epatiche, epatopatie, risentimento epatico;
 - altre patologie, sarcoidosi, anemia mediterranea, diabete, ernia, adenoma, dislipidemia, orchiepididimite, psoriasi.

TAB. 4.10. Patologie organiche dei detenuti che non hanno agito comportamenti autolesivi

PATOLOGIA	NUMERO DI DETENUTI	%
Patologie respiratorie	8	9.9
Patologie gastrointestinali	7	8.6
Patologie infettive	7	8.6
Patologie cardiovascolari	5	6.2
Patologie neurologiche	3	3.7
Patologie motorie e linguistiche	3	3.7
Patologie epatiche	2	2.5
Altre patologie	9	11.1
n.d.	55	67.9

Innanzitutto si sottolinea che, per entrambi i gruppi, i casi in cui non sono disponibili le informazioni comprendono sia i casi di detenuti per cui non sono registrate le patologie in cartella clinica, sia i casi di detenuti che non sono affetti da alcun tipo di patologia. Quest'ultima ipotesi è la predominante, nel senso che in tutto il campione la maggior parte degli individui gode di un ottimo stato di salute. Questo ci porta a considerare il fatto che il comportamento autolesionista non è determinato in maniera significativa da uno stato di salute organica deteriorato. Ciò è ancor più vero se si considerano le osservazioni fatte sulla collocazione dei detenuti nei vari padiglioni. La sezione quinta del padiglione A e

il terzo piano del medesimo blocco accolgono, infatti, i detenuti portatori di patologie più gravi, ed è possibile vedere come solo il 6.1% dei detenuti che hanno agito comportamenti anticonservativi sono ivi reclusi. Tra i due gruppi si notano, come differenze significative, le incidenze delle malattie cardiovascolari, che hanno una frequenza doppia nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo, e delle patologie gastrointestinali che sono la seconda tipologia di patologia più diffusa nel gruppo di controllo, mentre sono del tutto assenti tra i detenuti autolesionisti. Queste differenze non ci permettono però di dire che una determinata classe di patologie è maggiormente rischiosa per la messa in atto di gesti anticonservativi, proprio perché le patologie organiche non risultano essere un fattore di rischio nell'agito di tali comportamenti in carcere. A differenza di ciò che potrebbe suggerire il senso comune, una qualità di vita inficiata dalla presenza di disturbi fisici di una certa gravità non sembra influire sull'autolesionismo. Questo è quello che accade in carcere, dove i detenuti che tentano di togliersi la vita, o comunque di procurarsi un danno, sono generalmente sani e dunque non presentano criticità per quanto concerne la speranza di vita da un punto di vista prettamente organico.

Per quanto concerne invece le malattie psichiche si presentano a seguire le tabelle che riassumono la distribuzione di queste all'interno dei due gruppi.

DISTURBO PSICHICO	NUMERO DI DETENUTI	%
Sindrome ansiosa e sindrome ansioso depressiva	9	12.9
Disturbo di personalità	6	8.6
Sindrome depressiva	6	8.6
Disturbo dell'umore	5	7.1
Disturbo dell'adattamento	4	5.7
Disturbo del comportamento e della condotta	3	4.3
Disforia	3	4.3
Psicosi	2	2.9
Altri disturbi	3	4.3
n.d.	44	62.9

In tabella, oltre che una serie di disturbi a sé stanti, sono stati riportati dei raggruppamenti così definiti:

- disturbo di personalità, APD, PPD, BPD;
- disturbo dell'umore, disturbo bipolare, disturbo depressivo maggiore, depressione secondaria;
- psicosi, psicosi non altrimenti specificata, psicosi di natura depressiva;
- altri disturbi, discontrollo degli impulsi aggressivi, disturbo fobico, disturbo delirante di tipo persecutorio.

La tabella 4.11 descrive l'incidenza delle malattie psichiche all'interno del campione sperimentale. La precisazione fatta per le patologie organiche è valida anche in questo caso e nel caso della tabella successiva. Infatti, i casi di detenuti di cui non disponiamo di informazioni in merito si dividono tra coloro i quali non hanno alcun tipo di disturbo psichico e coloro i quali, pur avendo una problematica psichica, non hanno tale informazione riportata in cartella. Pur non potendo definire precisamente dei numeri in proposito, è possibile affermare che nella grande maggioranza dei casi, se non è riportato un disturbo mentale, esso non è effettivamente presente. Vediamo dunque che più della metà del gruppo sperimentale non soffre di alterazioni patologiche dello stato psichico. Tra i disturbi presenti si denota una predominanza significativa dei disturbi dell'umore e delle sindromi ansiose e ansioso depressive; queste ultime, in particolar modo, potrebbero essere fortemente determinate dalla condizione detentiva, in quanto si

parla di sindromi e quindi di una costellazione di sintomi che può anche essere intesa come una reazione all'ambiente detentivo, piuttosto che di disturbi veri e propri che, generalmente, hanno radici profonde e spesso anche lontane nel tempo, e quindi possono esulare dalla situazione carceraria.

Nella *tabella 4.12* si presentano i disturbi psichici presenti nel gruppo di controllo.

In questo caso i raggruppamenti da esplicitare sono:

- disturbo di personalità, OCPD, BPD;
- altri disturbi, cleptomania, sindrome dissociativa, disturbo alimentare NAS, disturbo della condotta, disturbo dell'adattamento, disturbo di panico, claustrofobia e agorafobia.

TAB. 4.12. Disturbi psichici dei detenuti che non hanno agito comportamenti autolesivi

DISTURBO PSICHICO	NUMERO DI DETENUTI	%
Disturbo depressivo e sindrome depressiva	5	6.2
Sindrome ansiosa e sindrome ansioso depressiva	3	3.7
Disturbo di personalità	2	2.5
Altri disturbi	8	9.9
n.d.	69	85.2

L'incidenza dei disturbi mentali nel gruppo di controllo è minima, l'85.2% del campione infatti non riporta problematiche di questo tipo in cartella. Nonostante anche nel gruppo sperimentale buona parte del campione non sia affetto da disturbi di tale natura, si può notare che la percentuale di "n.d." nel gruppo di controllo è significativamente maggiore rispetto a quella del gruppo sperimentale. Questa differenza ci potrebbe portare a concludere che la presenza di un'alterazione dell'equilibrio psichico non è la causa che determina l'agito di comportamenti autolesivi, ma è probabilmente un importante fattore di rischio. Ciò è in parte confermato dall'osservazione che rende conto del fatto che il 17.1% dell'intero campione sperimentale è detenuto presso il reparto di Osservazione psichiatrica "Sestante".

Dire che i disturbi mentali sono dei fattori di rischio del comportamento

anticonservativo, però, non esaurisce completamente la questione in quanto non sappiamo se si tratta di disturbi preesistenti rispetto alla carcerazione, o subentrati in seguito ad essa, e non vi è alcuna garanzia sul fatto che i disturbi che si sono manifestati dopo la carcerazione siano connessi alla situazione detentiva. A tal proposito è importante analizzare la valutazione effettuata presso il Servizio Nuovi Giunti che è presentata nel prossimo sottoparagrafo.

Infine, nella valutazione degli assetti psicologici e fisici del detenuto annoveriamo l'uso di sostanze psicotrope, che determina effetti di notevole rilevanza su entrambi i versanti.

Le tabelle 4.13 e 4.13 rappresentano le eventuali condizioni di uso di sostanze psicoattive dei detenuti appartenenti, rispettivamente, al gruppo sperimentale e al gruppo di controllo. Quando si parla di sostanze psicoattive si intendono non soltanto le droghe, ma anche gli psicofarmaci. Le droghe consumate dai detenuti appartenenti ai due gruppi sono principalmente cannabinoidi, cocaina, eroina, vi è poi l'uso dell'alcol che non rientra tra le droghe e del metadone o della buprenorfina, i cui usi sono consentiti dalla legge seppur si tratti di oppioidi sintetici, solo ed esclusivamente se inseriti in un piano terapeutico. Queste ultime due sostanze sono infatti utilizzate nelle terapie scalari mirate alla disintossicazione dell'individuo (sia all'interno che all'esterno dell'ambiente detentivo) ma, se utilizzate senza la prescrizione medica, o in un dosaggio maggiore rispetto a quello prestabilito, risultano essere sostanze d'abuso alla pari degli altri oppioidi. Gli psicofarmaci sono invece appartenenti, principalmente, alle classi degli ansiolitici, antidepressivi, antipsicotici.

TAB. 4.13. Uso di sostanze psicoattive dei detenuti che hanno agito comportamenti autolesivi

USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE	NUMERO DI DETENUTI	%
-----------------------------	--------------------	---

Presente	38	54.3
Pregressa	8	11.4
Assente	16	22.9
n.d.	8	11.4

Come è possibile vedere dalla tabella appena presentata, il 54.3%, quindi più della metà del campione sperimentale, fa uso di sostanze psicoattive. L'11.4% di tali detenuti ha in passato usato tali sostanze, mentre il 22.9% non ha avuto contatto con queste neppure in epoche precedenti. Considerando che per l'11.4% del campione non è possibile stabilire se usa o ha usato, possiamo affermare che c'è una netta prevalenza di detenuti tossicodipendenti tra i detenuti autolesionisti. Facciamo però alcune precisazioni; il 7.1% dei detenuti che fa uso di sostanze è in terapia psicofarmacologica e non si tratta della classica tossicodipendenza, benché si ravvisino casi di abuso farmacologico. Nell'8.6% dei casi l'uso di sostanze è saltuario e/o moderato.

Nel gruppo di controllo, invece, il 38.3% dei detenuti non fa uso di alcun tipo di sostanza, il 3.7% ne ha fatto uso in passato, e il 44.4% fa un uso attuale di sostanze psicotrope. Di questi, il 4.9% fa uso esclusivamente di psicofarmaci, e l'11.1% fa uso saltuario e/o moderato di altri tipi di sostanze.

TAB. 4.14. Tossicodipendenza dei detenuti che non hanno agito comportamenti autolesivi

USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE	NUMERO DI DETENUTI	%
Presente	36	44.4
Pregressa	3	3.7
Assente	31	38.3
n.d.	11	13.6

Emerge chiaramente una distinzione tra i due gruppi per quanto concerne l'uso di sostanze psicotrope. Pur non considerando i casi di detenuti che fanno un uso occasionale e di coloro i quali non assumono droghe, bensì psicofarmaci, nel gruppo sperimentale vi è circa il 10% in più di detenuti che fanno uso di sostanze psicoattive. Ciò è ancora più evidente se si considera la percentuale di detenuti

che non hanno mai fatto uso nei due gruppi (38.3% per il gruppo di controllo e 22.9% per il gruppo sperimentale). Questi risultati suggeriscono che i detenuti tossicodipendenti sono maggiormente a rischio rispetto ai non tossicodipendenti nella commissione di gesti autolesivi. Va comunque precisato che non in tutti i casi si parla di abuso di sostanze, in alcuni casi si tratta di uso seppur non moderato, e inoltre non possono essere equiparate tutte le sostanze. Gli effetti e l'astinenza determinati da sostanze come l'hashish differiscono notevolmente rispetto a quelli dovuti all'uso di cocaina o eroina, ma in linea di massima riscontriamo una conferma degli studi che individuano un ruolo significativo della tossicodipendenza nella commissione di gesti autolesivi in carcere (Shaw *et al*, 2004; Buffa, 2008). Gli spiacevoli sintomi determinati dalla cessazione dell'assunzione delle sostanze aumentano inevitabilmente il malessere del detenuto. Per lui si configura una maggiore intolleranza degli stimoli esterni e delle condizioni in cui vive, a causa sia di una condizione fisica spesso dolorosa (tra i peggiori sintomi rammentiamo il dolore muscolare e osseo, il vomito, la diarrea e l'insonnia nel caso dell'eroina e il delirium tremens, tachicardia e disturbi gastrointestinali nel caso dell'alcol), sia di alterazioni del tono dell'umore di notevole entità (ansia e irritabilità in primis). A ciò si aggiunge che nel caso di altre sostanze, nel caso delle medesime sostanze assunte in maniera occasionale, e anche nel caso dell'assunzione del metadone o della buprenorfina all'interno una disintossicazione con metodo scalare, pur non manifestandosi la classica sintomatologia della crisi astinenziale, viene a mancare il rituale, aspetto significativo nell'assunzione di sostanze psicotrope, e al contempo emergono tutti quegli aspetti che attraverso la sostanza l'individuo tenta di assopire ed evitare.

4.1.4 Valutazione del servizio Nuovo Giunti

Come abbiamo visto prima, spesso i detenuti che entrano in contatto con il sistema carcerario sono recidivi, quindi può essere che i comportamenti adottati

nelle carcerazioni precedenti costituiscano uno degli elementi valutati presso il servizio. È però vero che queste valutazioni ci permettono di vedere i cambiamenti del detenuto dal momento dell'ingresso in poi, e dunque di analizzare l'impatto che il contesto carcerario ha sull'individuo specifico.

La valutazione del Servizio Nuovi Giunti riguarda la lucidità, la tranquillità, l'umore, l'orientamento nel tempo e nello spazio, la disponibilità alla collaborazione e la presenza o meno di ideazioni anticonservative nel detenuto al momento dell'ingresso in carcere. Non sempre la valutazione indaga tutti questi aspetti, o comunque non sempre in cartella è riportata la valutazione di ognuno di essi. Comunque è possibile parlare di una valutazione di massima, per cui se alcuni di questi aspetti sono valutati positivamente, si può inferire una condizione generale buona del detenuto al momento dell'ingresso. Generalmente la valutazione appena descritta è quella standard, dunque sono state prese in considerazione le valutazioni discrepanti rispetto a questa. Nel gruppo sperimentale non sono disponibili le valutazioni del 20% dei detenuti, mentre nel gruppo di controllo ciò accade nell'8.6% dei casi. Sempre nel gruppo di controllo rileviamo undici valutazioni effettuate presso il Servizio Nuovi Giunti, pari al 13.6% delle valutazioni del gruppo stesso, in cui sono riportate condizioni negative del detenuto. Emerge la presenza di un detenuto disorientato, un detenuto irritabile, irrequieto, reattivo ed oppositivo, uno poco collaborante, e otto detenuti con umore leggermente deflesso o addirittura depresso e/o ansioso. Nel gruppo sperimentale abbiamo invece quattordici valutazioni (20%) in cui si evidenziano condizioni non normative nell'atteggiamento del detenuto. In particolare si evidenziano i seguenti casi: un detenuto con precedenti episodi di natura psicotica, un detenuto con bassa tolleranza alla frustrazione e un detenuto poco collaborante, cinque detenuti con tono dell'umore deflesso o, in alcuni casi, addirittura depresso. Tra questi cinque detenuti ve ne è uno che presenta anche aspetti ansiosi, un detenuto che riporta precedenti di autolesionismo e un detenuto che presenta umore depresso, ansia e precedenti anticonservativi. A ciò si aggiunge un detenuto che manifesta ansia all'arresto (dunque la percentuale di detenuti valutati come ansiosi, considerati anche i casi precedenti, arriva al 4.3%), un detenuto che manifesta aspetti autolesivi (anche in questo caso si giunge a un

valore pari al 4.3% del campione sperimentale), un detenuto che manifesta impulsività e disadattamento al contesto carcerario, uno con condizione psicofisiche compromesse e, infine, un detenuto con tematiche persecutorie, irritato e irritabile.

Per completare la panoramica sul Servizio Nuovi Giunti, si considera anche la valutazione del rischio ivi effettuata. Per il gruppo sperimentale non è disponibile la valutazione del rischio del 27.1% del campione, nel gruppo di controllo non è disponibile, invece, per il 13.6%. Premessa indispensabile è che la valutazione del rischio non è uguale per tutte le Case Circondariali. Nella Casa Circondariale di Torino viene valutato il rischio di suicidio, di violenza autodiretta e di violenza eterodiretta (valutato come minimo, basso, medio o alto), mentre altre valutazioni riguardano il rischio di subire violenza, di autonocumento e autosoppressione. Inoltre, in alcuni casi di detenuti che sono stati trasferiti, la valutazione di talune Case Circondariali è globale e riguarda anche eventuali problemi psichici, TSO, terapie farmacologiche, e altro, e la presenza o meno di precedenti anticonservativi.

Nell'analisi della variabile "valutazione del rischio" emerge innanzitutto una peculiarità: nel gruppo di controllo non vi sono valutazioni medie o alte del rischio di suicidio e/o di violenza autodiretta. Per ambedue le voci, infatti, il giudizio è sempre pari a basso e, in quattro casi, addirittura a minimo. Nel gruppo sperimentale, invece, nel 30% dei casi abbiamo una valutazione particolare. La tendenza è, generalmente, quella di valutare il rischio di suicidio, violenza autodiretta e violenza eterodiretta come basso. Nei 21 casi che costituiscono il 30% delle valutazioni del rischio nel gruppo sperimentale, accade che la valutazione è media (quindi sopra la media) o addirittura alta. In questo 30% rientrano anche altre valutazioni che pongono degli importanti spunti di riflessione, in quanto queste valutano come minimo il rischio di violenza autodiretta e/o suicidio. Gli interrogativi che pone questa ultima condizione, nascono dal fatto che detenuti che hanno in seguito posto in essere condotte anticonservative, sono stati valutati come minimamente a rischio all'inizio della carcerazione. Il rischio di suicidio è stato valutato come minimo nell'8.6% dei detenuti appartenenti al gruppo sperimentale, mentre il rischio di violenza

autodiretta è valutato come minimo per il 4.3% dei detenuti che in seguito hanno agito comportamenti autolesivi. Per due detenuti il rischio di suicidio è ritenuto alto (2.9%) e per un detenuto è ritenuto medio (1.4%), mentre per quanto riguarda il rischio di violenza autodiretta, esso è stato valutato come significativo nel 17.1% del gruppo sperimentale. Quello che sembra emergere dall'analisi delle valutazioni generali e del rischio effettuate presso il servizio Nuovi Giunti è una certa cautela del servizio stesso, tale per cui non esistono casi in cui i detenuti ritenuti particolarmente a rischio non commettono gesti anticonservativi, in questo senso il valore predittivo del servizio raggiunge ottimi livelli. L'altra faccia della medaglia indica però che in molti casi i detenuti che commettono gesti anticonservativi non vengono individuati immediatamente come individui a rischio. Nel momento in cui più della metà delle valutazioni dei Nuovi Giunti indicano la presenza di detenuti con una condizione psicofisica generale nella norma, e considerando anche che metà delle restanti valutazioni non sono disponibili, si può affermare che, probabilmente, i detenuti si presentano al momento della carcerazione con un assetto globale che non sembra far sospettare il futuro compimento di gesti autolesivi. Di conseguenza si può ipotizzare che effettivamente ci siano delle condizioni esterne all'individuo che intervengono durante la reclusione, e che pongono il detenuto nella condizione di agire determinati comportamenti.

4.2 Analisi within group: il gruppo sperimentale

Si procede ora con un'analisi più mirata, che fa riferimento esclusivamente al gruppo sperimentale. Si analizzeranno, infatti, i gesti autolesivi compiuti dai detenuti appartenenti al gruppo sperimentale in modo da poter descrivere le diverse modalità e tipologie del fenomeno stesso e, in particolare, in modo da tentare di interpretare i tentativi di suicidio in base alla distribuzione delle variabili fino ad ora esaminate. Il numero medio di atti conservativi compiuti è pari a 2.72, mentre moda e mediana sono rispettivamente pari a 1 e 2. La deviazione standard è pari a 3. Complessivamente abbiamo 188 comportamenti

anticonservativi, la tabella successiva presenta la distribuzione di questi all'interno del campione, la variabile x rappresenta il numero di atti anticonservativi compiuti.

TAB. 4.15. Distribuzione del numero di atti autolesivi all'interno del campione sperimentale

NUMERI DI ATTI ANTICONSERVATIVI PER DETENUTO	NUMERO DI DETENUTI	%
x=1	34	48.6
1<x<6	24	34.3
5<x<11	8	11.4
x>10	3	4.3
n.d.	1	1.4

Come è possibile vedere dalla tabella, circa la metà dei detenuti che abbiamo esaminato ha compiuto un solo atto anticonservativo durante la detenzione. Esiste poi un 34.3% di detenuti che ne ha commessi al massimo cinque, l'11.4% ne ha commessi tra sei e dieci, e il 4.3% del campione ne ha messi in atto più di dieci. In un caso non possiamo stabilire il numero di comportamenti autolesivi compiuti in quanto si tratta di un detenuto che ha agito comportamenti anticonservativi in una precedente carcerazione, e non abbiamo informazioni in merito.

È importante non generalizzare e distinguere tra chi mette in atto comportamenti autolesivi in maniera unica o sporadica e chi, invece, compie numerosi gesti di questa natura. Oltre a questo vanno anche valutati i diversi tipi di comportamenti anticonservativi, in quanto un tentativo di suicidio assume una rilevanza completamente diversa rispetto a numerosi scioperi della fame, si effettuerà dunque una distinzione sulla base della tipologia del gesto e lo scopo del suo agito.

Analizzando i diversi atti anticonservativi emerge che più della metà di questi consistono nello sciopero della fame e/o della sete. Con un'incidenza notevolmente minore, la seconda modalità più diffusa è il tagliarsi in diverse aree del corpo. Vi sono poi i tentativi di impiccagione, che sono la modalità più diffusa tra i casi di detenuti a cui viene esplicitamente attribuita un'intenzione suicidaria.

Ovviamente ciò accade perché procurarsi ferite da taglio può essere più o meno letale a seconda della zona corporea d'interesse e della profondità della ferita stessa. Ciò, in linea di massima, può essere intenzionalmente stabilito da colui il quale se le procura, mentre nel caso dell'impiccagione la morte per soffocamento, a meno che non vi sia un intervento esterno o qualche deficit nella realizzazione dell'atto, sopraggiunge in ogni caso. I tentativi di impiccagione, all'interno del campione di atti anticonservativi compiuti, sono 18. Esistono poi altri atti anticonservativi quali l'ingestione di pile, lamette e altri oggetti, il procurarsi contusioni o escoriazioni sbattendo parti del proprio corpo contro il blindo della cella e/o ciò che vi è al suo interno, e altri gesti che hanno un'ancor più minima incidenza quali ingestione di quantitativi non ben definiti di psicofarmaci, inalazione del gas, cucimento di alcune aree corporee, blocco del catetere, tentativo di strangolamento tramite le sbarre della cella e tentativo di appiccarsi fuoco. Vi sono inoltre casi in cui il detenuto presenta cicatrici derivanti da atti anticonservativi compiuti in carcerazioni precedenti, e dunque nulla si sa a proposito di tali comportamenti, e altri casi in cui il gesto autolesivo non risulta essere meglio specificato. L'età media di commissione del gesto anticonservativo è pari a 34.5 anni, moda, mediana e deviazione standard sono invece pari, rispettivamente, a 23, 33.5 e 10.6. anche in questo caso vediamo che tentano di togliersi la vita con più frequenza individui al di sotto dei 45 anni, età a partire dalla quale, nella popolazione non reclusa, il rischio di suicidio aumenta esponenzialmente. Nuovamente si osserva che il carcere genera una sorta di anticipazione dell'insorgere di tendenze anticonservative.

In una prospettiva temporale è interessante capire quando sono stati commessi gli atti anticonservativi. Si presenta a seguire una tabella in cui si indica il numero di atti autolesivi compiuti in una data fase detentiva. In particolare, prendiamo in considerazione i suddetti archi temporali: al momento dell'arresto o durante la permanenza presso il Servizio Nuovi Giunti, entro una settimana dall'inizio della detenzione, entro un mese dall'inizio della detenzione, entro sei mesi dall'inizio della detenzione, entro un anno dall'inizio della detenzione, dal secondo al terzo anno di detenzione, dal quarto al quinto anno di detenzione, oltre il quinto anno di reclusione ed entro il decimo anno.

TAB. 4.16. Numero di suicidi per periodo di detenzione

PERMANENZA IN CARCERE	NUMERO DI ATTI COMPIUTI
Arresto o Servizio Nuovi Giunti	2
1-7 giorni	10
Primo mese	10
Primi sei mesi	30
Primo anno	17
Primi tre anni	55
Primi cinque anni	10
Primi dieci anni	9
n.d.	11

Dalla tabella emerge che, nel gruppo sperimentale, l'arco temporale in cui sono stati commessi più tentativi anticonservativi è quello che va dal primo anno di detenzione al terzo. Notevole è anche l'incidenza dei comportamenti anticonservativi agiti dopo il secondo mese di detenzione ma non oltre il sesto. I dati confermano in parte ciò che dice la letteratura specialistica (Manconi, 2003; Manconi, Boraschi, 2003): un'attenzione particolare deve essere rivolta ai primi sei mesi di detenzione. Lo stato dell'arte suggerisce la presenza di un maggiore rischio entro i primi sei mesi di reclusione e, in seconda battuta, nell'arco dei primi tre anni. Lo studio presentato in questo elaborato giunge alle medesime conclusioni ma con ordine inverso, la maggiore incidenza di comportamenti autolesivi è tra il secondo e il terzo anno di detenzione e, a seguire, tra il primo e il sesto mese. Un'attenzione particolare va dunque rivolta a queste fasi e si sottolinea nuovamente la delicatezza del primo periodo di carcerazione, in cui il detenuto si trova a confrontarsi con la necessità di riassetto il proprio stile di vita e il proprio mondo interiore, nel tentativo di adattarsi a un sistema che si presenta ostile e deprivato sotto ogni punto di vista. Si ribadisce, inoltre, che gli studi presi in considerazione fanno riferimento al comportamento suicidario, mentre i dati a nostra disposizione prendono in considerazione una gamma più ampia di comportamenti anticonservativi.

All'interno degli istituti penitenziari i gesti anticonservativi hanno diversa valenza.

Essi possono essere a scopo manipolativo e quindi mirano all'ottenimento di qualcosa da parte del DAP o anche di protesta. La protesta può essere a carattere giudiziario e quindi, in linea di massima, consiste in un professamento della propria innocenza, o può essere rivolta a una serie di condizioni del detenuto determinate dalla sua condizione di recluso, che egli stesso ritiene ingiuste. Le richieste avanzate dai detenuti, espresse in queste modalità, possono essere di vario genere. Nel campione analizzato le principali richieste sono rivolte all'ottenimento di trasferimenti (per avvicinarsi ai proprio familiari, per allontanarsi da determinati detenuti o per poter essere collocati in reparti di osservazione speciale), di colloqui con diverse figure quali il direttore del carcere o il magistrato di sorveglianza, di specifiche terapie farmacologiche. Inoltre vi sono alcuni atti anticonservativi che, in cartella, vengono trascritti come dovuti ad episodi specifici quali discussioni con altri detenuti, momenti di nervosismo o di sconforto. Esistono gesti anticonservativi che, infatti, non vengono agiti a scopo dimostrativo, ma mirano esclusivamente all'alleviamento della tensione che, in alcuni casi, viene visto possibile solo mediante la morte.

4.2.1 I detenuti che hanno tentato il suicidio

A seguire viene effettuata un'analisi specifica per i casi di autolesionismo che sono stati segnalati esplicitamente come tentativi di suicidio. Questi sono 22, e sono stati commessi da 18 detenuti, dunque riguardano il 25.7% del campione sperimentale. La *tabella 14.17* descrive i tipi di atti compiuti.

TAB. 4.17. Tentativi di suicidio agiti nel gruppo sperimentale

TIPO DI ATTO	VALORE ASSOLUTO
Tentato suicidio mediante impiccagione	18
Tentato suicidio mediante recisione delle vene	1
Tentato suicidio mediante strangolamento	1
Tentato suicidio non altrimenti specificato	2

Come è possibile vedere, la modalità più utilizzata per tentare il suicidio è l'impiccagione che, in un caso, è stata effettuata mediante l'utilizzo dei lacci delle scarpe. Vi è poi un caso di tentato suicidio mediante taglio delle vene, e uno mediante strangolamento (con l'ausilio delle sbarre della cella). Infine si rilevano due casi di tentato suicidio per cui non sono specificate le modalità. L'età media dei detenuti che hanno tentato tale comportamento anticonservativo è pari a 33.6 anni, la moda è pari a 29 anni, la mediana a 34 anni e la deviazione standard a 9.7. Per quanto riguarda l'inizio dell'ultima carcerazione, vediamo che l'età media di ingresso in carcere è 30.9 anni, la moda e la mediana sono pari a 35 e a 30.5 anni, e la deviazione standard è uguale a 9.6. I risultati non differiscono significativamente rispetto ai risultati ottenuti nell'analisi di tali variabili all'interno dell'intero gruppo sperimentale.

Per completare questa analisi, ci soffermiamo ora sulla presenza di eventuali trasferimenti. Si cerca di capire, dunque, se alcuni tentativi di suicidio sono stati commessi a ridosso di un trasferimento in quanto questo segna un ingresso in un nuovo ambiente penitenziario e, dunque, richiede l'attivazione di capacità riorganizzative al fine dell'adattamento. Innanzitutto si premette che sui 18 detenuti considerati, 10 sono stati trasferiti e 8 no. Dei 10 che hanno cambiato istituto penitenziario, 6 sono stati trasferiti per assegnazione a un reparto psichiatrico e in molti casi è segnalato un avvenuto trasferimento ma non è specificata la data in cui questo è avvenuto. Non sembra raggiungibile la conclusione che il trasferimento, in quanto causa di un cambiamento di ambiente di vita, determini un maggior rischio di suicidio e/o autolesionismo. Esso, piuttosto, è talvolta eseguito al fine di assicurare un'assistenza adeguata a detenuti con problemi psicologici che, come abbiamo visto, influenzano l'agito di comportamenti anticonservativi.

L'ultima carcerazione è anche la prima carcerazione per uno solo dei detenuti che hanno commesso un tentativo di suicidio, in sei casi non si hanno informazioni in merito e, infine, i restanti undici detenuti che hanno tentato il suicidio sono recidivi. In simmetria con ciò che è emerso nel gruppo sperimentale in toto, la prima carcerazione non sembra costituire un fattore di rischio. La maggior parte di coloro che hanno tentato il suicidio, infatti, avevano già avuto almeno

un'esperienza all'interno dell'ambiente carcerario.

Con l'obiettivo di valutare lo stato di salute dei detenuti, si analizza l'incidenza di patologie psichiche e/o organiche all'interno del gruppo di individui reclusi che hanno tentato il suicidio. Solo sei di questi detenuti sono affetti da malattie organiche, e dunque queste non sembrano influenzare la messa in atto di comportamenti anticonservativi in generale e, nello specifico, di tentativi di suicidio. Ciò è confermato dal fatto che la quinta sezione del padiglione A e il terzo piano dello stesso padiglione (in cui sono reclusi pazienti affetti da patologie organiche di una certa entità) non accolgono alcun detenuto che ha tentato il suicidio. La stessa osservazione non si può formulare per quanto concerne i disturbi psichici.

I dati informano che più della metà dei detenuti che hanno provato a togliersi la vita soffre di qualche disturbo psichico, in particolare si tratta principalmente di disturbi dell'umore e sindromi ansioso depressive. Si potrebbe dunque affermare che forme patologiche di malessere psichico costituiscono un fattore di rischio moderato per la messa in atto di comportamenti autolesivi, ma la loro influenza diventa ancor maggiore se si tratta di comportamenti autoaggressivi aventi come scopo la morte dell'individuo.

Concludiamo la disamina sullo stato di salute dei detenuti con la valutazione dell'incidenza dell'uso di sostanze psicotrope tra i detenuti che hanno tentato il suicidio.

Vi sono 13 casi di detenuti che, al momento della carcerazione, facevano uso di sostanze psicotrope. In particolare, tre di questi assumevano esclusivamente psicofarmaci, mentre nei restanti dieci casi si tratta di tossicodipendenza. Vi sono poi due detenuti che non fanno uso di sostanze psicoattive, e tre che ne hanno fatto un uso pregresso. Si riconfermano, dunque, i risultati che indicano che la tossicodipendenza costituisce un importante fattore di rischio dell'autolesionismo e, nel caso specifico, del suicidio. Il discorso è valido in parte anche per quanto riguarda l'uso di psicofarmaci, anche se vi sono delle precisazioni da fare. Gli individui in terapia psicofarmacologica sono persone che hanno problemi a livello del funzionamento psichico, dunque per loro possono essere valide le conclusioni raggiunte sul rapporto tra disturbo psichico e suicidio; vediamo infatti che la

correlazione tra i due eventi è nettamente inferiore rispetto a quella che sussiste tra suicidio e tossicodipendenza ma, considerando che in svariati casi c'è un uso congiunto di psicofarmaci e di droghe, non si può non rilevare la presenza di un rapporto tra disturbo psichico (e annesse terapie farmacologiche) e autolesionismo, suicidio compreso.

Per quanto concerne la nazionalità, notiamo che quelle maggiormente presenti nel campione sono la Marocchina (cinque casi), l' Italiana (quattro casi) e la Tunisina (tre casi). I risultati sono in parte sovrapponibili a quelli derivanti dall'analisi dell'intero gruppo sperimentale, in questo caso riscontriamo però un'incidenza leggermente maggiore di detenuti nord africani tra coloro i quali hanno tentato il suicidio, rispetto ai detenuti che hanno agito altri tipi di comportamenti autolesivi. L'analisi relativa alla scolarità è invece resa particolarmente difficile dalla presenza di un numero molto elevato di detenuti di cui non si sa il grado di istruzione (la metà dei detenuti considerati). In un solo caso vi è la licenza elementare, e in quattro casi c'è stata una prosecuzione degli studi oltre la scuola media (due di questi detenuti sono giunti al conseguimento del diploma), ma in conclusione non risulta possibile affermare che il grado di istruzione costituisca un fattore di rischio del suicidio. Allo stesso modo, la variabile "professione" risulta non influente, come si era già rilevato nell'analisi dei dati relativi ai detenuti che hanno agito comportamenti autolesivi. Infatti, metà della casistica è costituita da detenuti che non hanno un lavoro o di cui non si è a conoscenza della professione.

I dati relativi allo stato civile informano che i detenuti che hanno agito tentativi suicidari sono all'incirca equamente suddivisi in detenuti celibi e detenuti coniugati; considerando che in due dei sette casi di detenuti celibi è segnalata la presenza di figli, e considerando che dai dati analizzati in precedenza sia nel gruppo di controllo sia nel gruppo sperimentale è emerso che lo stato civile celibe è probabilmente quello maggiormente presente all'interno della popolazione detentiva, avere relazioni sentimentali o dei figli potrebbe aumentare il rischio di suicidio in carcere.

Come fatto precedentemente, si analizzano ora le variabili giuridiche relative alla posizione giuridica e ai reati commessi dai detenuti che hanno tentato il suicidio.

Oltre il 60% del campione considerato è imputato in attesa del primo grado di giudizio, mentre abbiamo quattro detenuti con condanna definitiva (valore percentuale pari al 22.2%). Oltre a ciò, notiamo la presenza di un individuo in stato di fermo e di un individuo ricorrente. Infine, vi sono quattro casi di detenuti di cui non si è a conoscenza della posizione giuridica. Ciò che emerge è che tendono a togliersi la vita con più frequenza detenuti in attesa del primo grado di giudizio. Sembra dunque che non sia soltanto l'assenza di speranza ad aumentare il rischio di comportamenti suicidari, ma ciò conferma i dati che segnalano una minima incidenza di suicidi e tentati suicidi all'interno della popolazione detentiva condannata a morte (Manconi, 2003). Per quanto riguarda i reati, la *tabella 4.18* illustra la distribuzione di questi all'interno del campione attualmente analizzato.

TAB. 4.18 Reati commessi dai detenuti che hanno tentato il suicidio.

REATO	NUMERO DI DETENUTI	%
Omicidio	3	16.7
Violenza sessuale	2	11.1
Droga	7	38.9
Reati contro il patrimonio	4	22.2
Immigrazione	2	11.1
Associazione di stampo mafioso	1	5.6
Possesso e fabbricazione di documenti falsi	1	5.6
n.d.	3	16.7

I delitti più frequenti tra i detenuti che hanno tentato il suicidio, sono reati di droga, a questi seguono i reati contro il patrimonio. Interessante è notare la presenza di alcuni detenuti incriminati per omicidio e violenza sessuale, ovviamente non si parla di un numero elevato di detenuti, ma considerando che il campione è costituito da 18 detenuti, l'incidenza di questi diventa più rilevante. In particolare, confrontando i dati con quelli relativi all'intero gruppo sperimentale, è possibile vedere che tutti i detenuti condannati o accusati di omicidio, hanno in seguito tentato il suicidio, e metà degli autori di violenza sessuale, hanno in

seguito tentato di darsi la morte. La tipologia del reato e la sua gravità sembrano quindi giocare un ruolo nelle dinamiche suicidarie, un ruolo non pregnante in quanto è possibile vedere che nella maggior parte dei casi di tentato suicidio il detenuto ha commesso altri reati ma, considerando che i reati di droga e i reati contro il patrimonio sono nettamente più frequenti nell'intera popolazione carceraria, è possibile dire che la commissione di un reato grave è un fattore di rischio per la messa in atto di gesti anticonservativi e, in particolare, per i tentati suicidi.

È ora possibile effettuare un'analisi a partire dalle valutazioni generali e dalle valutazioni del rischio effettuate presso il Servizio Nuovi Giunti. Vi sono esclusivamente tre valutazioni che differiscono dalla valutazione positiva generalmente effettuata presso il servizio. Per quanto riguarda invece il rischio di suicidio, esso è valutato come basso per metà dei detenuti che successivamente lo hanno tentato. In tre casi il rischio è valutato come medio, in cinque casi non è trascritta in cartella la valutazione e, in un caso, esso è addirittura valutato come minimo. Emerge dunque che nella maggior parte dei casi i detenuti non vengono valutati, all'ingresso in carcere, a rischio di comportamenti suicidari. Non vi è una sostanziale differenza tra la valutazione di coloro i quali tentano il suicidio e coloro i quali non agiscono comportamenti anticonservativi. Questo sembra suggerire che all'inizio della carcerazione i detenuti si presentano sostanzialmente con profili comportamentali e psicologici nella norma e che, dunque, sia nel periodo di carcerazione che intervengono dei fattori che slatentizzano nuclei silenti interagendo con fattori preesistenti o, addirittura, determinano autonomamente lo sviluppo di tendenze autolesioniste.

Cerchiamo ora di comprendere come il tentativo di suicidio si inserisce all'interno della gamma comportale anticonservativa agita dal detenuto. Tra i detenuti che hanno tentato il suicidio vi sono sei casi in cui questo essere l'unico gesto anticonservativo compiuto, in tutti i restanti casi si registra l'agito di altri atti di tale natura, tra questi se ne evidenziano tre in cui il detenuto ha commesso più tentativi di suicidio.

In quattro casi il tentativo di suicidio risulta essere il primo gesto anticonservativo posto in essere. Vi sono inoltre diversi casi in cui nei mesi precedenti al tentato

suicidio, il detenuto si è procurato una o più ferite da taglio. Per ultimo, sottolineiamo due casi in cui il giorno stesso del tentato suicidio sono stati messi in atto altri comportamenti anticonservativi, tra cui l'ingestione di candeggina e la procurata contusione al capo.

Purtroppo non esiste una formula generale, ma sembra possibile affermare che i detenuti tendono a lanciare una serie di campanelli d'allarme, costituiti dal compimento di altri atti anticonservativi che, però, come abbiamo visto nel restante gruppo sperimentale, non sempre culminano con tentativi di auto soppressione. L'unica cosa che è possibile affermare è che nella maggior parte dei casi il detenuto che tenta il suicidio non si ferma al compimento di un unico atto.

Infine, concludiamo l'analisi prendendo in considerazione alcune informazioni importanti contenute all'interno dei diari clinici, non rientranti nella descrizione delle variabili appena analizzate. Per alcuni detenuti vi sono degli eventi che hanno una vicinanza temporale notevole alla realizzazione del tentato suicidio. Questo potrebbe indirizzarci nel tentare di comprendere ciò che determina e/o contribuisce all'attivazione di dinamiche autoaggressive. In alcuni casi i detenuti che hanno tentato il suicidio avevano espresso, nei periodi o nei giorni immediatamente precedenti al gesto, l'intenzione di togliersi la vita. In molti di questi casi, le dichiarazioni del detenuto sono state interpretate come minacce piuttosto che in qualità di avvertimenti, a causa delle espresse tendenze manipolative dello stesso. Non è insolito riscontrare forme di aggressività eterodiretta o periodi di forte agitazione e ansia nelle fasi a ridosso del tentato suicidio. Oltre a ciò vi è il caso di un detenuto che

tenta l'impiccagione a distanza di poche settimane dalla conferma della condanna da parte della Corte d'Appello, uno che riferisce malessere e agitazione in seguito alla morte del fratello, e uno che è sospettato di aver subito un abuso sessuale durante la reclusione.

A queste osservazioni aggiungiamo, infine, alcune informazioni riportate in cartella, le quali sono state esplicitamente indicate come motivazioni del tentato il suicidio. In un caso l'atto è connesso all'incapacità di tollerare la condizione di isolamento in cui vive il detenuto, in un altro si fa riferimento a un momento di disperazione vissuto dall'individuo a causa delle condizioni economiche dei

propri familiari e, infine, in due casi il suicidio è ricondotto a motivazioni personali che, però, non vengono ulteriormente specificate.

4.3 I limiti dello studio

I limiti che verranno presentati hanno fortemente influenzato la realizzazione del progetto pur non impedendone il compimento. L'esposizione di tali problematiche è fondamentale per permettere una corretta taratura dei risultati esposti in tale elaborato. Il sistema carcerario è fondamentalmente un sistema chiuso e l'accesso al suo interno non è sicuramente reso scorrevole dalla moltitudine di controlli e di autorizzazioni necessaria per motivi di sicurezza; a causa dell'approfondita analisi compiuta gli uffici del Dipartimento di Sanità penitenziaria, l'iter necessario per l'ottenimento delle autorizzazioni, iniziato a Febbraio 2011, si è concluso a Maggio dello stesso anno, mese in cui il Provveditorato regionale del Piemonte e Valle d'Aosta inoltra, in riscontro alla richiesta della Direzione della Casa Circondariale di Torino, l'autorizzazione all'accesso all'istituto penitenziario. È pur vero che chi vuole lavorare con i detenuti e per i detenuti deve confrontarsi con tali limiti, prenderne atto e portarli all'altrui consapevolezza. Solo così è possibile portare avanti progetti di questo tipo per mettere a disposizione degli operatori del settore risultati che, assunti con i dovuti margini interpretativi determinati dalle condizioni sinora esposte, possono costituire un'importante risorsa nell'ottica della formulazione e dell'attuazione di interventi di prevenzione e di miglioramento della qualità della vita dei detenuti.

Il presente studio esplorativo presenta dunque numerosi limiti dovuti, in gran parte, all'ambiente in cui è stata effettuata la raccolta dei dati.

Innanzitutto, come abbiamo visto, il progetto iniziale ha subito delle modifiche sostanziali dovute all'impossibilità ad accedere alle cartelle cliniche dei detenuti che si sono suicidati. La questione della salute dei detenuti in carcere, e in particolare la vittimologia penitenziaria, non si esaurisce nei casi di coloro i quali si tolgono la vita all'interno dell'ambiente penitenziario.

È stato possibile consultare esclusivamente le cartelle cliniche dei detenuti al

momento reclusi all'interno della Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno"; ovviamente questo porta ad escludere la possibilità di analizzare le cartelle cliniche di coloro i quali si sono suicidati e, dunque, non sono più reclusi, e quelle dei detenuti che hanno tentato il suicidio o hanno agito altre tipologie di comportamenti anticonservativi ma non sono più presenti all'interno dell'istituto penitenziario per diversi motivi quali trasferimento presso un'altra Casa Circondariale, termine della detenzione o applicazione di misure alternative alla detenzione.

Alla luce di ciò è stato dunque deciso di consultare le cartelle a disposizione e a questo punto si è presentato un'ulteriore questione relativa al campionamento. Inizialmente l'intento era quello di consultare le cartelle cliniche dei detenuti posti in Massima Sorveglianza Custodiale (MSC), Grande Sorveglianza Custodiale (GSC) e dei detenuti in sciopero della fame e della sete. Tale documentazione doveva essere, in linea teorica, separata rispetto ai fascicoli dei detenuti che non rispondono a tali criteri, ma ciò è accaduto soltanto in un padiglione sui tre presi in esame. Infatti, mentre nel padiglione B, in ognuno dei tre piani, era presente suddetta suddivisione, negli altri due padiglioni, A e C, non era presente il raggruppamento di tali cartelle, riposte negli archivi insieme a tutti gli altri dossier. Ciò ha portato a dover effettuare un campionamento casuale, ma è bene evidenziare la presenza di alcune situazioni particolari. Il secondo e il terzo piano del padiglione A, così come il padiglione B per quanto concerne i detenuti raggruppati in MSC, GSC e sciopero della fame e della sete, constano di un numero di detenuti inferiore rispetto alle 90 unità, numero di cartelle da consultare per ogni piano dei diversi blocchi dell'istituto penitenziario. Ciò ha portato all'impossibilità di reperire un campione equamente suddiviso nelle varie sezioni. Inoltre, in questi specifici casi, non si esclude la possibilità che alcune cartelle non siano state visionate; sono state infatti prese in considerazione tutte le cartelle cliniche al momento disponibili, il che implica che le cartelle dei detenuti al momento in visita medica o a colloquio, dei detenuti che sono stati trasferiti in suddette sezioni o sono stati posti in MSC e/o GSC in periodi antecedenti o successivi rispetto alla rilevazione dei dati, con altissime probabilità non sono state esaminate. Risulta perciò impossibile affermare che alcuni raggruppamenti

della popolazione detentiva siano stati esaminati nella loro interezza. Partendo dal presupposto che nell'arco temporale in cui è stata svolta la ricerca (Luglio 2011 – Ottobre 2011) svariate volte sono state visitate le medesime sezioni, nel tentativo di reperire materiale in costante aggiornamento, ma è stato impossibile accedere a tutte quotidianamente, i vincoli che si sono presentati sono i seguenti:

- all'interno delle cartelle cliniche molte informazioni rilevanti per lo svolgimento dello studio non erano presenti. Vi sono una serie di zone d'ombra che, in alcuni casi, hanno assunto un'entità tale da inficiare l'analisi dell'andamento di alcune variabili;
- i diari clinici dei detenuti sottoposti a visita medica o impegnati in altri colloqui sono all'occorrenza prelevati dagli archivi e, dunque, momentaneamente assenti da questi e non consultabili;
- i detenuti che iniziano l'astensione volontaria da cibi solidi e/o liquidi dispongono di cartelle che sono poste in un raggruppamento a parte (come è stato detto precedentemente ciò accade solo nel padiglione B). Se lo sciopero della fame e/o sete è stato interrotto prima della fase di consultazione delle cartelle o è iniziato in un periodo successivo a suddetta fase, non vi sarà traccia di queste cartelle nel raggruppamento preso in considerazione;
- i detenuti posti in MSC e/o GSC rientrano nella suddivisione precedentemente presentata solo dal momento in cui vengono posti in un regime custodiale particolare, e ivi restano finché questo non viene revocato. Quindi, come accade per il punto precedente, le cartelle dei detenuti posti in MSC e/o GSC in periodi successivi alla consultazione dei fascicoli, e le cartelle di coloro i quali hanno subito una revoca della MSC e/o GSC in periodi precedenti alla fase di ricerca, non sono presenti nel raggruppamento a parte previsto.

Indubbiamente i limiti appena presentati hanno fortemente influenzato la realizzazione del progetto pur non impedendone il compimento. L'esposizione di tali problematiche è fondamentale per permettere una corretta taratura dei risultati esposti in tale elaborato. Il sistema carcerario è fondamentalmente un sistema chiuso e l'accesso al suo interno non è sicuramente reso scorrevole

dalla moltitudine di controlli e di autorizzazioni necessaria per motivi di sicurezza; è pur vero che chi vuole lavorare con i detenuti e per i detenuti deve confrontarsi con tali limiti, prenderne atto e portarli all'altrui consapevolezza. Solo così è possibile portare avanti progetti di questo tipo per mettere a disposizione degli operatori del settore risultati che, assunti con i dovuti margini interpretativi determinati dalle condizioni sinora esposte, possono costituire un'importante risorsa nell'ottica della formulazione e dell'attuazione di interventi di prevenzione e di miglioramento della qualità della vita dei detenuti.

CONCLUSIONI

Lo studio esplorativo presentato in tale elaborato è stato svolto mediante una ricerca d'archivio che ha permesso di raccogliere dati provenienti dai diari clinici dei detenuti. Sono state visionate le cartelle di 789 detenuti reclusi all'interno della Casa Circondariale di Torino; di queste, 70 sono entrate a far parte del gruppo sperimentale (detenuti che hanno agito comportamenti anticonservativi), e altre 81 cartelle hanno costituito il gruppo di controllo (detenuti che non hanno messo in atto tentativi anticonservativi). Le cartelle di entrambi i gruppi sono state trascritte e, in particolare, sono state prese in considerazione le variabili d'interesse selezionate a partire dallo stato dell'arte. Ciò ha permesso di confrontare i dati emersi nel tentativo di individuare la presenza o meno di differenze sostanziali tra i due gruppi.

Lo studio appena presentato indica che all'interno della popolazione carceraria vi è una concentrazione di detenuti che, per taluni aspetti quali la tossicodipendenza o la presenza di disturbi psichici, è a rischio anticonservativo a prescindere dalla situazione detentiva. È pur vero che la detenzione rischia di interagire con tali fattori intensificando l'impatto che questi hanno sull'individuo, basti pensare all'appena citato disturbo psichico la cui cura viene probabilmente ostacolata dall'isolamento e dall'ambiente penitenziario, senza dimenticare che vi sono dei casi in cui non è possibile stabilire se l'insorgenza del disturbo è avvenuta a causa della detenzione o era già presente. Inoltre è emerso che nella maggior parte dei casi i detenuti si presentano all'inizio della carcerazione in condizioni psicofisiche normative, che i profili dei detenuti autolesionisti sono spesso sovrapponibili a quelli dei detenuti che non agiscono comportamenti anticonservativi e che alcuni fattori di rischio per la commissione di atti anticonservativi all'esterno del carcere, quali le patologie organiche o l'età, in ambiente penitenziario perdono la loro valenza.

All'interno dell'ambiente carcerario vi è una tendenza a vedere

l'autolesionismo come gesto manipolativo. Questo tipo di posizione è ovviamente riduttiva da una parte perché vi sono casi in cui l'autolesionismo può essere considerato come precursore del suicidio o, comunque, come una tappa lungo un *continuum* che ha il suicidio a un estremo, dall'altra parte perché l'autolesionismo può essere visto come il gesto antisuicidario per eccellenza. In entrambi i casi si fa riferimento all'unico modo di comunicare a disposizione di chi non può parlare ma, mentre con il suicidio la comunicazione non avrà un seguito per il detenuto che si procurerà la morte, nel caso dei restanti comportamenti anticonservativi vi è una sorta di tentativo di ritornare in vita tramite tale comunicazione. Per questo l'autolesionismo può essere considerato controintenzionale rispetto al suicidio. L'autolesionismo, infatti, è un tentativo di alleviare stati di tensione e di sfogare la rabbia, è una sorta di interruzione di uno stato di morte emotiva in cui si aumenta la consapevolezza, a differenza di ciò che accade nel suicidio in cui la consapevolezza cessa definitivamente.

Svolgendo la ricerca d'archivio all'interno del carcere, è stato possibile avere dei feedback sul fenomeno da parte di alcuni operatori. Uno degli aspetti più problematici tra quelli che sono emersi, è la rassegnazione a una condizione di impossibilità di prevenzione totale dei gesti autolesivi. Un esempio riportato è emblematico in tal senso. Vi sono dei casi in cui il detenuto si procura ferite da taglio con il filtro delle sigarette che, essendo fatto di carta vetrata, se viene bruciato diventa tagliente. Esistono poi un'altra serie di oggetti che possono diventare all'occorrenza pericolosi quale ad esempio un pezzo di legno che, se rotto, produce schegge con cui potersi procurare lesioni di varia entità. Questo fa capire che, per quanto possano essere serrati i controlli e per quanto in alcuni casi siano predisposte misure quali la rimozione di cavi o effetti lettereci, risulta impossibile prevenire il compimento di atti che posso essere realizzati mediante una quantità elevatissima di strumenti di uso comune.

L'analisi effettuata sui dati rilevati durante la ricerca d'archivio ha mostrato che in carcere l'età a rischio è altra rispetto all'età a rischio indicata per la popolazione generale. Mentre in condizioni non detentive un maggior rischio di suicidio è presente a partire dai 45 anni in poi, per i detenuti la fascia d'età a

maggior rischio di comportamenti autolesivi corrisponde a quella che va dai 25 ai 45 anni. Per quanto riguarda la nazionalità, confrontando i dati del campione sperimentale e quello di controllo, ed effettuando un ulteriore confronto con i dati della popolazione all'interno della Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno", è emerso che vi è un'incidenza di detenuti nord africani tra i detenuti autolesionisti che arriva addirittura a superare quella dei detenuti italiani (numericamente i più diffusi all'interno dell'istituto penitenziario). Questo risultato potrebbe essere l'espressione di una condizione culturale che determina rapporti diversi con la dimensione corporea dell'individuo. Considerando l'autolesionismo come modalità comunicativa, è ipotizzabile che vi siano alcune popolazioni che, in base a un retaggio culturale, utilizzano il corpo in maniera atipica e accentuata quale veicolo di informazioni e di stati d'animo. È stata inoltre riscontrata un'irrelevanza del grado d'istruzione e della professione dei detenuti sul comportamento anticonservativo, mentre tra i detenuti che hanno agito comportamenti autolesivi vi è una maggiore incidenza di persone coniugate. Il carcere determina una condizione di allontanamento fisico ed emotivo dai propri cari per cui, a differenza di quello che accade all'esterno, essere coinvolti in relazioni stabili e durature rischia di determinare una maggiore intolleranza alle condizioni di vita in carcere.

Interessante è notare l'andamento dei comportamenti anticonservativi in relazione alle aspettative di vita futura. Emerge infatti che i comportamenti anticonservativi sono più diffusi tra i detenuti che scontano una pena definitiva, detenuti per cui la speranza di assoluzione è ormai nulla. Fin qui tutto sembra rientrare nelle previsioni che razionalmente farebbe chiunque. Gli aspetti più controversi della questione si presentano nel momento in cui emerge che i tentativi di suicidio sono commessi per lo più da detenuti che ricoprono la posizione giuridica di imputato e che la maggior parte dei detenuti autolesionisti riporta uno stato di salute fisica sostanzialmente nella norma. Questo indica che tentano di togliersi la vita con maggiore frequenza individui che potrebbero essere assolti e che non presentano patologie organiche tali da poter inficiare la loro qualità di vita in un'ipotetica condizione di libertà. Inoltre, per quanto riguarda la tipologia di reato

commessa, si potrebbe ipotizzare che reati più gravi determinino una peggiore qualità di vita all'interno del carcere e, dunque, un aumento del rischio di autolesionismo. Per reati più gravi si intendono non solo reati per cui sono previste pene elevate, ma anche quei reati che generano una sorta di repulsione nei confronti dell'autore e, in alcuni casi, un desiderio di vendetta. Si parla ad esempio dell'omicidio e dei reati che coinvolgono minori e bambini, ovvero quei reati che vengono puntati non soltanto dalla legge, ma anche dalla legge morale degli altrui detenuti in base a una serie di regolamenti impliciti del carcere. Dallo studio è emerso che la maggior parte dei reati commessi sono reati di droga o delitti contro il patrimonio. Nonostante si parli di piccoli numeri, statisticamente non significativi, è bene sottolineare che il numero di violenze sessuali nel gruppo sperimentale è il doppio rispetto al suo equivalente nel gruppo di controllo; ed inoltre si fa notare come in tutti e tre i casi di detenuti autolesionisti accusati di omicidio, vi è un tentativo di suicidio. Trarre conclusioni sulla base di questi piccoli numeri rischia di essere un passo affrettato, ma si può ipotizzare che forme di ritorsione o emarginazione peggiorino la qualità di vita del detenuto e deteriorino le sue capacità di adattamento, così come accade nei casi di reati, quali il reato di omicidio, che hanno maggiori probabilità rispetto ad altri di far insorgere un senso di colpa di notevole portata e difficile gestione.

Un aspetto interessante emerso nello studio è che le problematiche psichiche sono correlate alla messa in atto di comportamenti anticonservativi, ma la loro correlazione è ancor maggiore con il suicidio, per il quale sembrano costituire un importante fattore di rischio. Per problematiche psichiche si intendono forme di malessere di vario genere ed entità, dalle sindromi ansioso depressive (generalmente le più diffuse all'interno della popolazione carceraria), ai disturbi dell'umore, fino ai disturbi di personalità.

Gli studi indicano che la tossicodipendenza costituisce un fattore di rischio per la messa in atto di gesti autolesivi (Shaw *et al*, 2004; Buffa, 2008), in quanto è stato riscontrato che nei detenuti tossicodipendenti la tolleranza alla frustrazione scema sostanzialmente. Ovviamente parlare di tossicodipendenza rischia di diventare eccessivamente onnicomprensivo, ed è ovvio che un

individuo eroinomane in *craving* ha un assetto comportamentale e psicologico rispetto all'ambiente completamente diverso rispetto a un detenuto che fa uso saltuario di alcol o cannabinoidi. Nello studio sono state considerate in toto tutte le sostanze psicoattive (cannabinoidi, cocaina, oppiacei, oppioidi sintetici, alcol e psicofarmaci), ed è emerso che in entrambi i gruppi vi è un'alta incidenza di detenuti che facevano uso al momento dell'arresto, ma nel gruppo sperimentale ve ne sono circa il 10% in più rispetto al gruppo di controllo.

Dalle valutazioni effettuate presso il Servizio Nuovi Giunti, ovvero una valutazione generale sulle condizioni psicofisiche dell'individuo e una specifica sul rischio di commettere comportamenti anticonservativi tra cui il suicidio, emerge che all'ingresso in carcere una minima parte dei detenuti viene valutata a rischio medio o alto di violenza auto diretta, inoltre per metà dei detenuti che hanno successivamente tentato il suicidio il rischio di suicidio è valutato come basso e in un caso questo è valutato come minimo.

Il primo ingresso in carcere, valutato dal Servizio Nuovi Giunti come importante fattore di rischio dell'autolesionismo, si è rivelato essere meno influente di ciò che si pensava. Vi sono sostanzialmente più individui recidivi che primari tra coloro i quali hanno agito comportamenti anticonservativi.

Poco meno della metà del campione sperimentale ha compiuto un solo gesto anticonservativo, ma vi sono casi in cui si arriva a più di dieci gesti compiuti. Il numero di atti non è di per sé significativo, in quanto esistono casi in cui vi è un solo tentato suicidio e casi in cui vi sono diversi scioperi della fame e/o della sete, alcuni anche di durata minima; ovviamente le due tipologie sono di diversa gravità e implicano obiettivi differenti. La modalità più utilizzata per tentare il suicidio è l'impiccagione, mentre l'atto anticonservativo più diffuso in generale è l'astensione da cibi solidi e/o liquidi. La gamma di gesti anticonservativi è però molto più ampia e riscontriamo anche la presenza di percosse, contusioni e abrasioni autoinflitte, ingestione di corpi, tagli di diversa profondità e in diverse zone del corpo, inalazione di gas. Per alcuni di questi atti viene specificata la motivazione che ha condotto il detenuto al

compimento del gesto. In alcuni casi essi rappresentano una forma di protesta nei confronti dell'amministrazione penitenziaria o nei confronti delle sentenze del giudice, l'obiettivo può essere l'ottenimento di alcuni colloqui o di trasferimenti, in altri casi si parla di momenti di disperazione vissuti dall'individuo che spesso sono connessi alle condizioni familiari esterne, in altri casi ancora si segnala una incapacità di tollerare alcune condizioni detentive particolari quali l'isolamento.

Le prospettive future suggerite dai risultati ottenuti sembrano raccomandare l'importanza di individuare profili a rischio per la prevenzione di atti di *self injury*, e ciò va fatto con la consapevolezza che non esistono fattori di rischio a sé stanti, ma vi è un'interazione significativa dell'ambiente carcerario con gli aspetti del detenuto, e questa rischia di generare output comportamentali drammatici. Le condizioni di vita in carcere, la restrizione, l'ambiente chiuso, l'allontanamento dai propri affetti, la convivenza in un ambiente spesso aggressivo, le condizioni igieniche precarie e lo spesso carente sostegno psicologico, possono interagire con fattori di rischio già presenti e, in molti casi, possono determinare effetti che in ambiente esterno non avrebbero modo di esistere, coinvolgendo individui apparentemente esenti dal rischio di agiti anticonservativi.

APPENDICE A

TABELLA DEI DATI RILEVATI NEL GRUPPO SPERIMENTALE

GRUPPO SPERIMENTALE

N.	CITT	ETA'	STATO CIVILE	TITOLO DI STUDIO	PROFESSIONE	ETA' INGRESSO IN CARCERE	PADIGLIONE DI DETENZIONE	GSC/MSC/ SCIOPERO FAME, SETE	PRECEDENTI CARCERAZIONI	REATO	POSIZIONE GIURIDICA	PATOLOGIE ORGANICHE	PATOLOGIE PSICHICHE	VALUTAZIONE NG	VALUTAZIONE RISCHIO NG	TOSSICODIPENDENZA E SOSTANZE PSICOATTIVE	TRASF.	ATTO ANTICONSERVATIVO	ULTERIORI OSSERVAZIONI ED EVENTI SIGNIFICATIVI
1	Italiana	38	Celibe	Terza media	Disoccupato	37	3 B	si	no	385 c.p.	n.d.	n.d.	APD in relativo compenso terapeutico OBI per elevato rischio ripetizione gesto AC	Vigile, collaborante, lucido, tranquillo	suicidio: medio violenza autodiretta: medio violenza eterodiretta: medio	Pregresso uso di eroina e cocaina, consumo di alcol, thc, bdz, metadone (mercato grigio). Inizio assunzione a 16 aa	no	Si presenta ai NG con numerosi tagli.	n.d.
2	Algerina	27	Celibe	Licenza elementare	Disoccupato	27	3 B	si	si	Droga	n.d.	n.d.	n.d.	Lucido, orientato TS, vigile, tranquillo, no ideazioni ac	suicidio: medio violenza autodiretta: medio violenza eterodiretta: basso	Eroina, cocaina, alcol, hashish, metadone (mercato grigio). Inizio assunzione a 17 aa	no	Cicatrici derivanti da atti ac compiuti nelle precedenti carcerazioni.	n.d.
3	Algerina	33	Celibe	n.d.	Disoccupato	33 per trasferimento	3 C	no	si	n.d.	definitivo (fine pena 16/11/2014)	n.d.	n.d.	Tranquillo, lucido, collaborante, no ideazioni ac, in precedenza episodi di natura psicotica delirante	autolesivo: basso eterolesivo: basso	Pregresso uso di cannabinoidi e oppioidi	si	sciopero della fame per motivi personali. sciopero della fame per motivi personali. sciopero della fame per motivi personali. Si cuce la bocca con due punti sciopero della fame per trasferimento. sciopero della fame. sciopero della fame per motivi personali e di trasferimento. sciopero della fame per motivi personali (telefonate con familiari).	Si dispone GSC. Si revoca GSC.

4	Tunisi	43	Celibe/ Coniugato	Licenza media	Operaio	40	1 C	no	n.d.	ART. 23 DPR 309/10/ ART. 73 DPR 309/90	definitivo + imputato	ipertensione, bronchite, HCV +	sindrome ansiosa	Vigile, lucido, orientato TS	autoaggressività: basso eteroaggressività: basso	Pregresso uso di cocaina, consumo di eroina e metadone	no	Tentato suicidio (riferisce di avere problemi personali)	Si dispone GSC e cella priva di suppletivi. Aggredito da altro detenuto con lametta.
5	Marocchina	28	Coniugato (un figlio)	Licenza media	n.d.	24	3 C	no	4	droga	Definitivo	aritmia cardiaca, fistole perianale	n.d.	Lucido, tranquillo, orientato TS	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	pregresso uso di eroina e crack, uso di cocaina, alcol, hashish. Inizio assunzione a 17 aa	si	sciopero della fame e della sete si procura due ferite da taglio	Si dispone GSC. Dichiara di essere stato aggredito da agenti PP.
6	Guineana	19	celibe	10 anni	Disoccupato	17	1A	no	2	73 DPR 309/90 110 c.p.	n.d.	n.d.	n.d.	Lucido, tranquillo, orientato TS, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	consumo occasionale di alcol	no	Tenta di suicidarsi avvolgendo in orno al collo i lacci delle scarpe (successivamente nega di volersi impiccare).	Disposta MSC. In visita medica dichiara di voler morire impiccato.
7	Italiana	44	Coniugato	Licenza media	Commerciante di auto (in nero)	44	1A	no	no	600 bis + altro	n.d.	n.d.	n.d.	Lucido, tranquillo, orientato TS, no ideazioni ac, collaborante	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	consumo moderato di alcol	no	Si taglia braccio dx e polso con lametta (per attirare attenzione ispettore)	Si dispone MSC.
8	Italiana	37	n.d.	Licenza superiore	Lavora in un centro estetico	37	1A	no	si (CC Torino, Asti, Biella, Ivrea)	rapina + lesioni da armi	imputato	HCV +	sndrome ansiosa depressiva	lucido, tranquillo, orientato TS, no ideazioni ac, cosciente	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	pregresso abuso di psicofarmaci (precedente terapia farmacologica con Laroxyl)	no	sciopero della fame per motivi personali.	Valutato come rivendicativo e manipolativo. Si dispone GSC. Minaccia di compiere gesti ac. Disposta MSC.
9	n.d.	50	n.d.	n.d.	n.d.	45	3A	no	n.d.	n.d.	n.d.	cardiopatia ischemico- ipertensiva, IMA inferiore (2004), IMA anteriore (2006), bronco pneumopatia ostruttiva cronica, obesità, iperlicemia, sovente malessere gastrointestinale a causa di un'intolleranza ai latticini di cui continua a nutrirsi nonostante sia stato diffidato dal farlo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	no	sciopero della fame per motivi personali.	n.d.

10	Italiana	44	Coniugato (5 figli)/ separato (2 figli)	Licenza elementare	Muratore	n.d.	1A	no	2	ART. 7 L. 203/91 + altro (soggetto o ritenuto appartenente/affiliato alla cosca AS3)	definitivo (fine pena 17/7/2013)	n.d.	disturbo dell'adattamento o in soggetto con disturbo di personalità in cui prevalgono aspetti antisociali e paranoidei	bassa tolleranza alla frustrazione	autolesionismo: si eterolesionismo: si autosoppressione: no o subire violenza: no	n.d.	si	sferra un pugno al muro per riferita agitazione. sciopero della fame. sciopero della fame della sete e della terapia per motivi personali (vuole avvicinarsi a casa). Trauma contusivo mano dx per aver sferrato un colpo contro il blindo della propria cella. trauma contusivo mano dx per aver sferrato un colpo contro il blindo della propria cella. sciopero della fame. sciopero della fame. sciopero della fame per motivi giudiziari. sciopero della fame. sciopero della fame. sciopero della fame. sciopero della fame. sciopero della fame per motivi di giustizia. sciopero della fame e della sete.	riferisce propositi ac. riferisce vissuti allucinatori sotto forma di voci. trauma cranico. giunge in infermeria con aspetti di eretismo. psichiatrico e tendenza alla perdita dell'autocontrollo alto rischio di autoaggressività ed etero aggressività. ubicato nel reparto di osservazione ove il medesimo riferisce di non voler stare, minaccia gesti ac. psichiatri segnalano svariate volte l'urgenza di un trasferimento in CC vicina ai suoi familiari. tenuto per sorveglianza nella cella dell'infermeria (che lui rifiuta, accentuato e peggiorato il quadro clinico psichiatrico numerosi scontri con altri detenuti.
11	Tunisi	41	coniugato	n.d.	n.d.	34	1A	no	n.d.	ART. 74 DPR 309/90 (soggetto o AS 3)	n.d.	Obesità	disturbo di personalità, disturbo del comportamento	n.d.	n.d.	n.d.	si	sciopero della fame per motivi di giustizia sciopero della fame per motivi personali (vuole avvicinarsi a casa) tenta di darsi fuoco sciopero della fa,e per motivi personali sciopero della fame per motivi personali presenta estese graffiature sul torace dovute a gesto ac. agente PP riferisce che ha ingerito un quantitativo imprecisato di pastiglie	si dispone MSC. si revoca MSC. si dispone MSC. minaccia gesti ac se non ottiene ciò che ha richiesto. Si revoca MSC.
12	Tunisi	31	celibe	Licenza media inferiore	Disoccupato	31	1 B	si	si (CC Torino)	110 + 628 c.p.	imputato	n.d.	n.d.	lucido, tranquillo, orientato TS	suicidio: alto violenza autodiretta: alto violenza eterodiretta: medio	uso di alcol, cocaina, probabilmente hashish, assunzione rivotril	no	cicatrici derivanti da gesti ac compiuti durante le precedenti carcerazioni.	Si dispone MSC.

13	Tunisi	40	celibe	5 anni	Disoccupato	40	1 B	si	si (CC Torino, Alessandria)	497 bis + ART. 73	imputato	lieve dispnea e problemi respiratori (assume antiasmatico)	n.d.	lucido, tranquillo, no ideazioni AC	suicidio: minimo violenza autodiretta: minimo violenza eterodiretta: minimo	uso di cocaina, eroina, metadone, uso occasionale di alcol. Inizio assunzione 29 aa	no	ingerisce una lametta per motivi personali. si procura piccoli tagli sull'avambraccio sn a scopo dimostrativo (richiede un trasferimento di cella).	In Italia da 4 aa, vive da solo. riferisce ansia per situazione familiare. Si dispone GSC.
14	Tunisi	23	celibe	10 anni	pescatore	23	1 B	si	si (CC Bologna, Ancona)	110 + 423 c.p.	n.d.	n.d.	n.d.	tranquillo, collaborante, no ideazioni AC	suicidio: basso violenza autodiretta: medio violenza eterodiretta: basso	uso hashish, uso occasionale di alcol, assunzione rivotril e akineton	no	ingestione pile per protesta.	n.d.
15	Marocchina	24	n.d.	n.d.	n.d.	22	1 B	si	n.d.	n.d.	n.d.	disforia (con problemi convivenza in cella), disturbo bipolare	n.d.	n.d.	n.d.	uso eroina, cocaina, metadone, in trattamento con antipsicotici e/o antidepressivi	si	sciopero della fame e della sete per motivi di giustizia sciopero della fame. ingestione pila stilo e lametta per protesta verso psichiatra che non gli prescrive la terapia che faceva prima della detenzione. sciopero della fame per motivi di giustizia. si taglia dito della mano dx per protesta in seguito al cambio di cella, ingerisce lametta. sciopero della fame, della sete e della terapia. ingestione pile. si taglia a livello dell'ala nasale dx perchè stanco della situazione. tentato suicidio mediante impiccagione. si ferisce alla gamba dx con lametta. ingestione pile perchè vuole un maggior dosaggio della terapia. ingestione lametta. sciopero della fame. ingestione pile per motivi personali.	compagno di cella tentadi colpirlo con sgabello, detenuto reagisce alla aggressione. colluttazione con altro detenuto. Si dispone MSC con rimozione. si revoca MSC. situazione peggiorata dopo colloquio telefonico con la madre. riferisce di volersi impiccare. si dispone MSC.
16	Rumena	26	celibe	n.d.	disoccupato	25	1 B	si	si (3, CC Torino e altri Istituti)	n.d.	n.d.	epilessia dall'età infantile	n.d.	lucido, orientato TS, collaborante, no ideazione ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	sciopero della fame e della sete per motivi personali sciopero della fame per motivi personali	da circa 5 aa in Italia. crisi epilettica. riferisce di aver avuto due crisi epilettiche poco tempo fa crisi epilettica.

17	Italiana	33	celibe	licenza media inferiore	disoccupato	33	1 B	si	si (CC Torino)	n.d.	definitivo MM9	n.d.	n.d.	tranquillo, collaborante	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso di hashish, medio consumo di alcol	no	sciopero della fame per motivi di giustizia (non è d'accordo con la sentenza)	n.d.
18	Tunisi	30	celibe	8 anni	elettricista	30	1 B	si	no	110 + 423 c.p.	n.d.	TCE (2000) e successiva epilessia	n.d.	tranquillo, collaborante, no ideazioni AC	suicidio: medio violenza autodiretta: alto violenza eterodiretta: basso	saltuario uso di alcol, uso di akineton, rivotril	no	episodi di violenza autodiretta	precedenti gesti ac durante carcerazione. Si dispone MSC. in seguito a TCE nervosismo, episodi di violenza auto/eterodiretta.
21	Irachena	35	n.d.	n.d.	n.d.	33	1 B	si	n.d.	ART. 13 e 12 comma 1 e 3 decreto legislativo 286/98, 497 bis c.p.	imputato	epilessia in seguito a trauma bellico, litiasi renale	sindrome depressiva con tendenza suicidaria, depressione maggiore, disturbo di personalità misto in cui si evincono tratti di personalità borderline, disturbo dell'adattamento con alterazione dell'emotività e della condotta	n.d.	n.d.	in terapia con depackin, clonazepam, sertralina, lorazepam	si	tentato suicidio mediante impiccagione. sciopero della fame. tentato suicidio mediante impiccagione. tentato suicidio mediante impiccagione. tentato suicidio mediante impiccagione. sciopero della fame per motivi personali.	Non parla italiano. richiesto trasferimento da CC Brindisi a CC con guardia medica 24h al giorno. TSO. si dispone GSC senza rimozione. emerge tendenza alla manipolazione. minaccia gesti ac qualora non gli venga offerta la possibilità di lavoro intracarcerario. presenta ideazione suicidaria e propositi ac. si dispone MSC. si revoca MSC. si dispone GSC.
22	Marocchina	33	coniugato	n.d.	n.d.	33	2 B	si	si (5)	lex droga	imputato	n.d.	n.d.	tranquillo, collaborante, no ideazioni AC	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	sciopero della fame per motivi di giustizia (vuole dimostrare sua innocenza). sciopero della sete per motivi di giustizia.	n.d.
24	Tunisi	24	n.d.	licenza media	imbianchino	23	2 B	si	si (4-5, CC Torino)	ART. 73 DPR 309/90	imputato	n.d.	n.d.	lucido, orientato TS, cosciente	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso saltuario alcol	no	si procura 5 tagli sul viso e sulla gamba dx si procura 2 tagli superficiali sul braccio dx tentato suicidio mediante impiccagione	in Italia dal 2008, vive con amici. si dispone GSC. si dispone MSC. si revoca MSC, permane GSC. si dispone MSC. si revoca MSC, permane GSC.

25	Italiana	58	n.d.	n.d.	n.d.	57 per trasferimento	3 B (alta sicurezza)	si	n.d.	n.d.	appellante	cardiomiopatia ischemica, triplice bypass aorta, ipertensione arteriosa, dislipidemia, apnea notturna con utilizza CPAP otturatore	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	si	sciopero della fame, sete e terapia per motivi di giustizia. sciopero della terapia per motivi personali.	appartenenza al clan Panico-Perillo (AS).
26	Italiana	34	convivente/coniugato (un figlio)/separato	licenza media inferiore	allevatore	32	3 B (alta sicurezza)	si	n.d.	n.d.	imputato	n.d.	n.d.	precedenti autolesionistici: no precedenti tentativi di suicidio: no problematiche psichiatriche in famiglia: no orientamento TS: no ansie: no depressione: no insonnia: si propositi o manifestazioni auto/eterolesionisti che: no ideazione: corretta comportamento: corretto	suicida: minimo violenza: minimo	abuso alcol	si	sciopero della fame, sete e terapia per motivi di giustizia. sciopero della fame.	portato al pronto soccorso per dolore addominale e rialzo pressorio. lamenta disagio legato a problematiche familiari e giudiziarie.
27	Marocchina	18	celibe	attestato tornitore	Disoccupato	18	1 C	no	si (carcere minorile)	628 c.p.	imputato	n.d.	n.d.	tranquillo, lucido, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso saltuario alcol, hashish. Inizio assunzione a 14 aa	no	si procura ferite da taglio superficiali su braccio sn	convalida arresto. si presenta agitato, ansioso, si procura innocente e dice di voler uscire. si dispone MSC con rimozione. tranquillo, afferma che gesto ac è stato un impulso non controllato. si revoca MSC, permane GSC.
28	Italiana	32	celibe (un figlio)	n.d.	Disoccupato	30	2 C	no	n.d.	609 bis + ter	imputato + appellante	n.d.	n.d.	disponibile, lucido, orientato TS, disadattamento a contesto carcerario, condizione di impulsività	n.d.	pregresa tossicodipendenza	si	tentato suicidio mediante impiccagione perché non tollera più l'isolamento	condannato con sentenza emessa dal GIP. Corte d'Appello conferma condanna a 6 anni, 8 mesi e 1800 euro di multa per rapina pluriaggravata. posto in isolamento per rissa. necessita ricovero in ambiente psichiatrico. riferisce di essere stato aggredito da persone ignote in C Rebibbia. si dispone GSC. rigettata richiesta degli arresti domiciliari. si ritiene opportuno che venga trasferito in struttura più idonea. si intensifica GSC. in attesa di posto letto nella sezione incolumi.

30	Algerina	36	coniugato	licenza elementare	commerciante	35	2 C	no	si (CC Firenze, Torino, Milano)	609 bis + 628 c.p.	fermo p.g.	n.d.	n.d.	lucido, tranquillo, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso di eroina, cocaina, alcol, hashish, metadone, rivotril	no	sciopero della fame e della sete per motivi di giustizia. tentato suicidio mediante impiccagione. sciopero della fame per motivi di giustizia.	si dispone GSC per tipologia del reato. si revoca GSC. si dispone MSC con rimozione. si revoca MSC, permane GSC. si revoca GSC.
31	Italiana	44	celibe	licenza media	trasportatore	41	2 C	no	si (20, CC Asti, Savona, Torino)	lesioni e resistenza a pubblico ufficiale	imputato	n.d.	n.d.	lucido, orientato TS, condizioni psicofisiche compromesse	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso di eroina, cocaina, occasionalmente alcol, uso tavor, rivotril. Inizio assunzione 22 aa	no	ingoia un pezzo di accendino e un pezzo di tagliaunghie	terapia sostitutiva con metadone e buprenorfina. portato al pronto soccorso per astinenza da oppiacei. si dispone MSC.
32	Italiana	33	coniugato (due figli)	licenza elementare / ragioniere	operaio	30	2 A (Sestante, AS)	no	no	110 + 81+ 73 + 416 bis +art. 7 L. 203/91	in attesa di giudizio	n.d.	sindrome depressiva, disturbo ansioso-depressivo, non contiene emotività, disturbo dell'adattamento	tranquillo, lucido, orientato TS, ansioso lucido, orientato, episodio depressivo nel 2005 in seguito al decesso della madre, per cui fu seguito da CSM ansioso, collaborante, depresso, lucido, orientato TS	suicida: medio violenza: medio autonocimento: si autosoppressione: si eteroaggressione: no subire violenza: no	pregresso abuso cocaina, in terapia con seroquel, nozinan, depakin, serenase, halcion, en, disipal	si	gesti autolesionistici. tentato suicidio mediante taglio delle vene.	si richiede invio in idoneo centro psichiatrico dell'amministrazione penitenziaria. crisi ansiosa. preso in carico da CSM Napoli per depressione maggiore. ricovero in SPDC, in seguito a gesto si consiglia GSC. stato di agitazione con riferite ideazioni ac . si dispone GSC. richiede di tornare in CC Spoleto per permettere ai familiari di andarlo a trovare.
33	Albanese	40	coniugato (un figlio)	12 anni	magazziniere	36	2 A (Sestante)	no	si (2, CC Torino)	omicidio	imputato	sonnambulismo infantile	disturbo dell'adattamento con umore deflesso, depressione secondaria di grado severo, fragilità personale con tendenza all'agito in condizioni di forte frustrazione emotiva	lucido, critico, orientato TS, collaborante	suicidio: medio violenza autodiretta: medio violenza eterodiretta: medio	uso saltuario di alcol	si	tentato suicidio mediante impiccagione.	si dispone MSC con rimozione. si revoca MSC, permane GSC. partecipa a gruppi di arte terapia. appare irritato per repentino trasferimento. si dispone GSC con rimozione in cella singola. si dispone MSC.

34	Marocchina	31	divorziato	n.d.	n.d.	30	2 A (Sestante)	no	n.d.	n.d.	n.d.	Cervicalgia	n.d.	lucido, orientato TS, collaborante, tono dell'umore molto depresso	n.d.	ansiolitici	si	si procura ferita da taglio sull'avambraccio. si procura ustione su braccio sn.	abuso sessuale subito a 9 anni. probabile lipotomia post dolore cefalgico. si dispone GSC per la notte. ideazione ossessiva sui traumi subiti durante l'infanzia. Riferisce disintere una doppia personalità, una buona e una cattiva. riferisce di non resistere a impulso di commettere gesti ac nei momenti di crisi. riferisce di avere momenti di impulsi incontrollabili e pensieri di suicidio. Necessario il trasferimento in Istituto con centro psichiatrico. si dispone MSC con rimozione.
35	Algerina	34	coniugato	analfabeta	muratore	29	2 A (Sestante)	no	n.d.	628 c.p.	fine pena 11/10/2014	n.d.	sindrome depressiva con disturbo antisociale di personalità	orientato, disponibile, tono dell'umore deflesso con tratti disforici, ansia e disturbi del sonno. Ideazione incentrata su distanza da familiari disponibile, tranquillo, no disturbi del pensiero, no dispercezioni, no ideazioni ac	n.d.	no	si	ferita da taglio a piega del gomito sn. sciopero della fame. sciopero della fame. sciopero della fame. sciopero della fame. dall'esame della cute emergono cicatrici su addome, torace, braccio sn. sciopero della fame.	si dispone GSC. si dispone sorveglianza a vista. si dispone GSC.
36	Italiana	59	coniugato in fase di separazione	diploma ragioneria	pensionato	59	2 A (Sestante, incolume)	no	n.d.	572 c.p.	n.d.	diabete	episodi di agitazione e ansia, umore disforico, discontrollo impulsi aggressivi	lucido, vigile, orientato TS, collaborante, manifesta aspetti auto/eterolesivi	suicidio: medio violenza autodiretta: medio violenza eterodiretta: medio	no	no	appena arrestato fugge dalla macchina e da, con la testa, dei colpi violenti contro l'asfalto. Manifesta verbalmente propositi ac	ricovero in psichiatria per agitazione psicomotoria. In passato due passaggi in DEA per crisi d'ansia. incolume.

37	Italiana	29	n.d.	n.d.	disoccupato	27	2 A (Sestante)	no	n.d.	n.d.	n.d.	crisi comiziali	sindrome depressiva e turbe della condotta	n.d.	n.d.	uso di eroina e crack. In terapia con antidepressivi e/o antipsicotici	si	sciopero della fame. si procura ferite da taglio a polso dx, polso sn, base del collo. si procura lieve escoriazione su avambraccio dx. si procura taglio superficiale avambraccio dx. tentato suicidio mediante impiccagione. si procura ferite da taglio su entrambi i polsi.	si dispone MSC con rimozione. crisi convulsive. Riferisce pregressi episodi convulsivi. si dispone Grandissima sorveglianza custodiale. si consiglia trasferimento presso Istituto con assistenza psichiatrica continua.
38	Domenicana	38	celibe (un figlio)	n.d.	n.d.	35	1A	no	si	n.d.	n.d.	n.d.	precedenti psichiatrici, grave depressione	n.d.	suicida: minimo violenza: minimo	in terapia con antipsicotici e/o antidepressivi	si	ingestione candeggina recente tentato suicidio mediante impiccagione e ferita da taglio superficiale	la figlia vive con l'ex convivente a New York. commissione gesti ac precedenti a carcerazione episodio psicotico acuto. Ricovero presso servizio psichiatrico. si dispone GSC. richiede sospensione somministrazione medicinali. recente condanna a 8 anni. Riferisce stato d'ansia acuto episodio lipotimico. apatico e inappetente da una settimana per problemi di carattere familiare.
39	Italiana	50	celibe	n.d.	grafico pubblicitario	38	1A	no	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	no ideazioni ac	n.d.	no	si	sciopero della fame per motivi di giustizia. sciopero della fame. sciopero della fame.	Vegano. si dispone isolamento giudiziario.
40	Rumena	39	n.d.	12 anni	muratore	36	1A	no	no	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	tranquillo, lucido, orientato TS, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	sciopero della fame e della sete per motivi di giustizia	in Italia dal 200, vive con i fratelli. atteggiamento fortemente manipolativo.

41	Marocchina	39	coniugato (due figli)	n.d.	n.d.	36	1A	no	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	lucido, collaborante	n.d.	pregresso uso di sostanze stupefacenti	si	sciopero della fame. sciopero della fame.	preoccupazione per il trasferimento. insonnia dovuta a pensieri legati alla famiglia. colluttazione con altro detenuto.
42	Marocchina	37	celibe	licenza media	operaio	31	1A	no	si (CC Torino)	575 c.p.	imputato	n.d.	n.d.	tranquillo, orientato TS, collaborante, critico, no ideazioni ac	suicidio: medio violenza autodiretta: medio violenza eterodiretta: medio	no	no	tentato suicidio mediante impiccagione in momento di disperazione dovuto alle condizioni economiche della famiglia.	isolamento giudiziario. si dispone MSC senza rimozione a scopo precauzionale. preoccupazione per la famiglia d'origine che è senza supporto economico a causa della carcerazione. si revoca MSC. scarsa tolleranza ad ambiente della sezione. vuole sezione comune per inserimento in ambito lavorativo. tono dell'umore volto al polo depressivo a causa di un forte senso di colpa. si dispone MSC. si revoca MSC, permane GSC. si dispone MSC. si revoca MSC, permane GSC.
43	Marocchina	37	coniugato	licenza media	macellaio	35	2 B	no	si (2, CC Torino)	droga	imputato	n.d.	n.d.	lucido, orientato TS, disponibile al dialogo, no ideazioni ac, precedenti gesti ac, difficoltà di integrazione	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso di eroina, cocaina, hashish, uso saltuario alcol	no	sciopero della fame per motivi personali. sciopero della fame per motivi personali.	dissenteria, ricovero in ospedale.
44	Rumena	31	coniugato	n.d.	n.d.	30	1 C	no	si (2)	385 c.p.	imputato	n.d.	n.d.	lucido, tranquillo, collaborante, orientato TS, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso di eroina, cocaina, metadone	si	sciopero della fame per motivi personali.	rifiuta terapia metadonica. intensa SAO.

45	Rumena	30	coniugato	11 anni	disoccupato	29	2 C	no	no	609 c.p. + altro	n.d.	n.d.	n.d.	tranquillo, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	sciopero della fame per motivi di giustizia.	si revoca GSC.
46	Rumena	23	convivente	n.d.	Disoccupato	22	1 C	no	si (3-4, CC Torino e altri)	56 + 628 + 110 + 605 c.p.	n.d.	n.d.	n.d.	tranquillo, collaborante, vigile, lucido, orientato TS	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso saltuario cocaina, uso valium	no	sciopero della fame per motivi personali.	n.d.
47	Italiana	46	convivente	n.d.	n.d.	45	1 C	no	si (CC Torino, Alessandria)	estorsione + rapina + lesioni armi + 416 bis c.p.	imputato	ernia discale	n.d.	lucido, tranquillo, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	sciopero della fame per motivi di giustizia.	isolamento giudiziario. da fuoco ad effetti lettereschi in cella. si dispone MSC con rimozione.
48	Tunisina	43	coniugato (due figli)	diploma scuola superiore	Operaio/commerciale auto	40	1 C	no	si (5, CC Torino)	73 DPR 309/90	definitivo + imputato	ipertensione, bronchite asmatica	disturbo fobico per luoghi ristretti, sindrome ansiosa	vigile, lucido, orientato TS, comportamento e ideazione corretta, umore tranquillo	autoaggressività: basso eteroaggressività: basso suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso di eroina, metadone, ansiolitici	si	tentato suicidio per motivi personali. sciopero della fame per motivi di giustizia.	si dispone GSC e cella priva di suppletivi. episodio di dispnea, a seguire lamentele per problemi di respirazione. violento verso agenti PP. si procura accidentalmente taglio superficiale su avambraccio.

49	Marocchina	19	celibe	n.d.	falegname	16	3 C	no	n.d.	624 + 625 +628 c.p.	definitivo	n.d.	n.d.	depressione, ansia, insonnia per morte di un compagno in carcere. Presenta tagli da autolesionismo su braccia, addome e cosce. Rallentamento psicomotorio e deflessione del tono dell'umore	n.d.	uso saltuario hashish	si	<p>si procura taglio sul braccio perché vorrebbe essere trasferito in un altro Istituto.</p> <p>tentato suicidio mediante impiccagione.</p> <p>si procura taglio sul braccio sn.</p> <p>si procura ferite lineari multiple su coscia e gamba.</p> <p>tentato suicidio mediante impiccagione.</p> <p>ingerisce detersivo liquido.</p> <p>sciopero della fame per protesta (vuole essere trasferito).</p> <p>si procura tagli sull'addome per motivi personali (rabbia nei confronti di persone pericolose).</p> <p>si procura tagli su braccio e avambraccio.</p>	<p>colluttazione con altro detenuto.</p> <p>lite con compagno di cella.</p> <p>rissa durante attività sportiva.</p> <p>mostra disturbi del pensiero, del controllo emotivo e pulsionale.</p> <p>colluttazione con compagno di cella.</p> <p>si dispone GSC.</p> <p>si revoca MSC, permane GSC.</p>
50	Italiana	44	n.d.	n.d.	n.d.	40	2 A (Sestante)	no	n.d.	n.d.	definitivo	diabete	disturbo delirante di tipo persecutorio	n.d.	n.d.	n.d.	si	<p>sciopero della fame.</p> <p>Termina con malore</p> <p>sciopero della fame per motivi di giustizia, richiede colloquio con magistrato di sorveglianza e protesta contro il mancato trasferimento in un centro clinico specializzato</p> <p>sciopero della fame e della sete, richiede colloquio con direttore.</p> <p>Termina con malore</p> <p>sciopero della fame e della sete per trasferimento in centro psichiatrico</p>	<p>invio presso reparto Sestante in regime di MSC per disturbo delirante.</p> <p>perdita dei sensi, abbassamento pressorio.</p> <p>sincope situazionale, disidratazione, modesto rialzo glicemico.</p> <p>si richiede intervento del 118 per ricovero urgente.</p> <p>lipotimia in doccia.</p> <p>presenta stato alterato di coscienza.</p> <p>personale PP richiede sorveglianza con particolare attenzione e frequenza a causa dello stato ansioso-depressivo.</p> <p>si dispone GSC.</p> <p>svenimento in cella.</p>

51	Croatia	24	Convivente	n.d.	n.d.	23	2 A (Sestante)	no	si	n.d.	definitivo + giudicabile	n.d.	n.d.	eloquio chiaro e coerente, umore leggermente deflesso, precedenti gesti ac	suicidio: minimo violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso alcol, cannabinoidi, uso saltuario cocaina, uso psicofarmaci	si	si procura ferite da taglio. superficiali su polpaccio sn in momento di sconforto. sciopero della fame per protesta contro trasferimento (allontanamento dai familiari).	si dispone GSC. stato di agitazione, ripetute aggressioni verso agente, viene isolato e sedato.
52	Francese	36	celibe	diploma albergiero	Disoccupato	35	2 A (Sestante)	no	si (Spagna, CC San Vittore)	624 + 625 + 708 c.p.	imputato	n.d.	disturbo paranoideo	lucido, tranquillo, collaborante, no ideazioni ac, orientato TS	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	tentato suicidio mediante impiccagione	si dispone MSC con rimozione e piantonamento a vista. morte del fratello. riferisce malessere e agitazione per motivi familiari. si dispone GSC precauzionale a causa del recente lutto in famiglia.
53	Tunisi	25	n.d.	n.d.	operaio	22	2 A (Sestante)	no	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	psicosi non specificata, disturbo depressivo endoreattivo con comportamento protestatario	n.d.	n.d.	pregresso uso di sostanze stupefacenti e alcolici	si	sciopero della fame e della sete.	ricovero presso SPDC per sciopero della fame. si richiede ricovero in OPG. diagnosi di deperimento organico, pesa 38 kg. si richiede invio presso istituto per minorati psichiatrici. stato di agitazione motoria con delirio. si dispone MSC con rimozione e piantonamento a vista. inviato al Sestante, si dispone MSC. episodio psicotico, TSO, ricovero.
55	Rumena	29	coniugato	n.d.	n.d.	39	2 A (Sestante)	no	no	336 + 337+ maltrattamento in famiglia	imputato	n.d.	disforia	irritato e irritabile, tematiche persecutorie	suicidio: medio violenza autodiretta: alto violenza eterodiretta: medio	uso psicofarmaci	no	si procura ferite al collo. si procura piccole escoriazioni a livello del cuoio capelluto.	si dispone MSC con rimozione. preoccupazione per la figlia, umore deflesso.

56	Italiana	41	separato (un figlio. Attualmente convivente)	2^ media	disoccupato	41	A piano terra	no	si	640 + 648 + 368 + 369 c.p.	definitivo (fine pena 15/7/2015)	n.d.	depressione	poco collaborante	suicida: medio subire violenza: medio	uso di antipsicotici e/o antidepressivi	si	sciopero della fame sciopero della fame perché vuole tornare in CC di provenienza sciopero della fame sciopero della fame	evasione dagli arresti domiciliari per lavorare per aiutare convivente incinta. si eseguono operazioni peritali per valutare la capacità di intendere e di volere e la capacità di stare in giudizio. GUP ammette il detenuto al rito abbreviato. viene emessa la sentenza definitiva: condannato. si applica regime di sorveglianza particolare di cui all'art. 14 bis O.P.
57	Italiana	59	n.d.	n.d.	commerciale	n.d.	3A	no	n.d.	n.d.	n.d.	ipotiroidismo, insufficienza renale	sindrome ansioso reattiva	n.d.	n.d.	n.d.	si	sciopero della fame e della sete. sciopero della fame. sciopero della fame. sciopero della fame. sciopero della fame per motivi personali (trasferimento in altro carcere). sciopero della fame.	presenta un notevole calo ponderale, iniziale insufficienza renale. stato d'umore disforico. episodio sincopale e stato di incoscienza protratto in seguito al rifiuto della terapia per due mesi. risente della mancanza di contatti telefonici con i familiari. Questa la causa del suo stato depressivo. si dispone GSC.
58	Marocchina	56	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3A	no	n.d.	n.d.	n.d.	diabete mellito, bronchite cronica, ipertensione, diverticolosi del colonna, paraparesi con vescica neurologica, ernia discale	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	no	blocca il catetere sciopero della fame	ricovero nel reparto degenza detenuti con diagnosi di disidratazione e peggioramento degli indici ritentivi renali in corso. di sciopero della fame. ricovero nel reparto degenza detenuti con diagnosi di malessere e disidratazione dimesso dal reparto degenza detenuti con diagnosi di diverticolosi del colon, ipertensione arteriosa, paraparesi con vescica neurologica, ernia discale. viene sedato per sintomi ansiosi. detenuto non è ipocondriaco ma somatizza.
59	Italiana	59	separato	n.d.	n.d.	56	3A	no	n.d.	n.d.	n.d.	epatopatia steatosica, ipertensione arteriosa, insufficienza tricuspide	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	si	sciopero della fame per motivi personali.	n.d.

60	Marocchina	29	celibe	n.d.	n.d.	26	1A	no	si (3-4)	73 DPR 309/90	imputato	n.d.	n.d.	tranquillo, lucido, orientato TS, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso di alcol, eroina, cocaina, metadone, hashish	no	sciopero della fame. tira una testata volontaria contro la finestra della cella. tentato suicidio mediante impiccagione.	sospetta violenza sessuale subita. manifesta ansia, agitazione, crisi di rabbia, sbattendo contro la finestra si procura una ferita al dito si dispone MSC. manipolativo, istrionico, centra discorso sul suo malessere fisico in quanto non percepisce la rilevanza emotiva. si rinviene una corda che ha fabbricato con un lenzuolo.
61	Italiana	59	coniugato	n.d.	commerciante	57	1A	no	si	575 + 577 c.p.	imputato	anemia	sindrome depressiva	tranquillo, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	tentato suicidio mediante impiccagione. tentato suicidio mediante strangolamento alle sbarre della finestra.	riferisce cefalea, ansia, insonnia, umore depresso.
62	Italiana	48	celibe	diploma geometra	autista	48	2 A (5^ sezione)	no	n.d.	furto aggravato, tentata estorsione, contravvenzione del foglio di via, molestie, insolvenza fraudolenta, esercizio arbitrario delle proprie ragioni, truffa, violazione di domicilio, danneggiamento, ricettazione, violenza sessuale	definitivo (pena pari a 5 AA 11 MM 15 GG)	infarto miocardico acuto (2002/2005), portatore di due stent coronarici, episodi anginosi quasi quotidiani	n.d.	lucido, orientato, sufficientemente compensato, note depressive a causa della distanza dalla propria residenza	subire violenza: medio suicida: medio usare violenza: medio subire violenza: basso suicida: medio usare violenza: basso	uso pregresso di cocaina	si	sciopero della fame. sciopero della fame sciopero della fame per motivi di protesta contro l'amministrazione penitenziaria sciopero della fame diversi sciopero della fame per motivi di protesta in quanto dovrebbe essere trasferito in un centro specializzato a causa della sua patologia sciopero della fame	si richiede attenta sorveglianza per motivi autolesionistici. trovato con del cibo nascosto durante l'astensione volontaria dai cibi.

63	Tunisi	27	n.d.	n.d.	n.d.	25	3 C	no	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	disturbi del comportamento, umore disforico con atteggiamento oppositivo	lucido, orientato, tranquillo	autolesivo: basso eterolesivo: basso suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso di oppiacei	si	si procura dei tagli perché vuole essere trasferito in CC Torino o in CC Milano. sciopero della fame e della sete. sciopero della fame. si procura dei tagli a livello della faccia e della pancia. si procura una ferita da taglio sotto la vena. tira testate contro il muro e la finestra. sciopero della fame. si procura cinque ferite da taglio superficiale all'addome. si procura una ferita da taglio sull'avambraccio perché vuole essere trasferito. sciopero della fame. si procura ferite da taglio superficiale su addome, collo e avambraccio.	Sequestro di sostanze stupefacenti in cella. si dispone GSC. Durante una lite si procura un TC e ferite lacero contuse al cuoio capelluto. Richiesto invio in OPG o al Sestante. viene dimesso dal Sestante. atteggiamento oppositivo alle proposte di cura perché è in difficoltà nell'adattamento in carcere ed è polarizzato sulla richiesta di espulsione. Gesti autolesivi a scopo dimostrativo. Personalità non matura.
64	Italiana	39	celibe	n.d.	odontotecnico	29	1 C	no	si (CC Bologna, Napoli, Torino)	n.d.	n.d.	HCV +	n.d.	tranquillo, lucido, orientato TS, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: minimo violenza autodiretta: minimo violenza eterodiretta: minimo	uso saltuario di cannabis, uso di eroina, cocaina, subutex, uso di rivotril, citolopram	no	respira gas dal fornello per tirarsi su.	Si dispone GSC a scopo cautelativo. si dispone GSC con rimozione.
65	Italiana	47	separato (tre figli)	Licenza media inferiore	Disoccupato	47	2 C	no	si	582 + altro	definitivo	HCV +, cardiopatia	ansia	vigile, lucido, orientato TS, disponibile al colloquio, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso pregresso di cocaina, eroina, metadone, uso di tavor	no	sciopero della fame per motivi di giustizia.	episodio claustrofobico. Richiede blindo aperto ma non si può.
66	Marocchina	23	coniugato	licenza media	Disoccupato	22	1 B	no	si (CC Torino)	618 + 110 c.p.	imputato	n.d.	ansia	tranquillo, disponibile, ansia all'arresto	suicidio: basso violenza autodiretta: medio violenza eterodiretta: basso	uso occasionale di alcool, cocaina, hashish, psicofarmaci (benzodiazepine)	no	si procura, a scopo dimostrativo, lesioni superficiali sul braccio sinistro durante la permanenza in caserma.	Si dispone GSC. si revoca GSC.
67	Algerina	25	celibe	licenza media	ambulante	25	1 B	no	si (CC Aosta)	ART 73 DPR 309/90 + 110 c.p.	imputato	n.d.	n.d.	tranquillo, lucido, orientato TS, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: minimo violenza autodiretta: minimo violenza eterodiretta: minimo	no	no	si procura due tagli sull'avambraccio per nervosismo.	n.d.

68	Marocchina	28	celibe	n.d.	n.d.	26	1 B	no	si (CC Torino, Aosta)	624 + 625 + 427 c.p. 336 + 337 + 645 c.p.	definitivo + imputato	n.d.	n.d.	lucido, vigile, tranquillo, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	sciopero della fame per protesta.	presenta ematoma dovuto a una colluttazione durante l'arresto. presenta cicatrici procurate durante precedenti detenzioni
69	Marocchina	31	n.d.	Licenza media inferiore	ambulante	27	2 B	no	n.d.	n.d.	definitivo (fine pena 16/3/2013)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	uso satuario di cocaina	si	sciopero della fame. sciopero della fame per motivi di giustizia.	dichiara propositi ac. Si dispone GSC.
70	Italiana	37	celibe	n.d.	n.d.	34	2 B	no	n.d.	628 + 629 c.p.	ricorrente (fine pena 27/7/2014)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	no	si	sciopero della fame per essere trasferito in un istituto vicino Brindisi. presenta due tagli lineari.	n.d.
71	Marocchina	29	Coniugato (un figlio)	n.d.	n.d.	25	3 B	no	si	violazione legge sull'immigrazione	definitivo (fine pena 24/4/2014)	n.d.	n.d.	lucido, tranquillo, orientato TS, collaborante	suicidio : basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso di cocaina, eroina, psicofarmaci, uso saltuario di alcol. Inizio assunzione 16 aa	si	ingerisce almeno due pile. tentato suicidio mediante impiccagione. si procura ferita da taglio sull'avambraccio destro (in commemorazione della morte del padre).	si dispone GSC per precedenti atti ac. si dispone MSC.
72	Tunisina	31	celibe	8 anni	elettricista	30	3 B	si	no	110 + 423 c.p.	imputato	n.d.	n.d.	tranquillo, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: medio violenza autodiretta: alto violenza eterodiretta: basso	uso saltuario di alcol, uso di rivotril,	no	si procura profonda ferita da taglio a livello della piega dell'avambraccio sinistro (gesto in relazione a discussione con un altro detenuto).	presenta cicatrici derivanti da precedenti atti ac. si dispone MSC per precedenti atti ac. atteggiamento manipolativo. crisi dispneica. si dispone MSC.

73	Egiziana	29	celibe	9 anni	operaio	29	2 B	si	si	ART. 73 DPR 309/90	imputato	n.d.	crisi d'ansia	tranquillo, collaborante, orientato TS	suicidio: medio violenza autodiretta: alto violenza eterodiretta: basso	no	no	sciopero della fame per motivi di giustizia. tentato suicidio mediante impiccagione.	riferisce preoccupazione per il ricovero della madre. si dispone MSC con rimozione.
74	Rumena	40	coniugato	12 anni	Disoccupato	30	3 C	no	si (1)	rapina + lesioni da armi	imputato	HBV +, paralisi nervo radiale destro	n.d.	lucido, orientato TS, cosciente	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no.	sciopero della fame per motivi personali.	n.d.
75	Italiana	39	celibe	n.d.	n.d.	28	2 A (Sestante)	no	si (2, CC Torino)	628 + 629 c.p.	n.d.	n.d.	disturbo psichiatrico di natura psicotica - depressiva in compenso	vigile, orientato TS, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso pregresso di alcol, hashish, cocaina, eroina, metadone	no	si procura ferite superficiali sull'avambraccio.	riferisce di essere scappato da comunità psichiatrica. riferisce di essere spesso agitato e di avere pensieri auto/eteroaggressivi. Si dispone MSC con rimozione.

APPENDICE B

TABELLA DEI DATI RILEVATI NEL GRUPPO DI CONTROLLO

GRUPPO DI CONTROLLO

N.	CITT.	ETA'	STATO CIVILE	TITOLO DI STUDIO	PROFESSIONE	ETA' INGRESSO IN CARCERE	GSC/MSC/ SCIOPER O FAME, SETE	PRECEDENTI CARCERAZIONI	REATO	POSIZIONE GIURIDICA	PATOLOGIE ORGANICHE	PATOLOGIE PSICHICHE	VALUTAZIONE NG	VALUTAZIONE RISCHIO NG	TOSSICO DIPENDENZA E SOSTANZE PSICOATTIVE	TRASF.	ULTERIORI OSSERVAZIONI ED EVENTI SIGNIFICATIVI
1	Italiana	41	coniugato (quattro figli)	n.d.	imbianchino	40	no	si	110 + 628 c.p.	imputato	n.d.	n.d.	tranquillo, collbornte, lucido, orientato TS, cosciente	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso saltuario di alcol	no	n.d.
2	Senegalese	22	celibe	n.d.	disoccupato	22	no	si	ART. 73 DPR 309/90	n.d.	n.d.	n.d.	tranquillo, collaborante, no ansia, no ideazioni ac, umore in asse	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	probabile ingestione ovuli contenenti sostanze stupefacenti. si dispone isolamento sanitario per sospetta ingestione. Inizia l'espulsione di ovuli. termina l'espulsione di ovuli.
3	Francese	22	celibe	12 anni	panettiere	21	no	n.d.	ART. 73 DPR 309/90 + 337 c.p.	imputato	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	no	no	probabile ingestione ovuli contenenti sostanze stupefacenti. si dispone piantonamento a vista per sospetta ingestione espulsione ovuli.
4	Gaboniana	15	celibe	n.d.	n.d.	15	no	si	ART. 73 DPR 309/90	n.d.	n.d.	n.d.	lucido, orientato TS, tranquillo, collaborante, umore in asse, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	probabile ingestione ovuli contenenti sostanze stupefacenti. si dispone piantonamento a vista per sospetta ingestione. si dispone isolamento sanitario per sospetta ingestione. espulsione ovuli.
5	Marocchina	42	divorziato	laureato	autista	42	no	si	610 c.p.	imputato	n.d.	n.d.	lucido, orientato TS, tranquillo, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza	(4 birre/die)	no	n.d.

1 3	Italiana	24	celibe	n.d.	n.d.	23	no	no	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	orientato TS, tranquillo, collaborante,, umore in asse, no ansia, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	n.d.	n.d.
1 4	Mauritana	22	celibe	n.d.	disoccupato	22	no	si	ART. 73 DPR 309/90	n.d.	n.d.	n.d.	lucido, critico, orientato TS, collaborante, disponibile	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	n.d.	no	n.d.
1 5	Italiana	24	celibe	licenza media	muratore	23	no	si	110 + 628 c.p.	n.d.	n.d.	n.d.	lucido, orientato TS, collaborante, tranquillo, umore in asse, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	n.d.
1 6	Italiana	32	celibe	n.d.	n.d.	32	no	no	ART. 73 DPR 309/90	imputato	n.d.	umore depresso ansioso	umore depresso ansioso, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso di alcol, hashish, cocaina	no	si dispone GSC senza rimozione per umore deflesso in soggetto primario.
1 7	Italiana	22	celibe	licenza media	pizzaiolo	22	no	si	648 c.p.	n.d.	n.d.	personalità ossessiva compulsiva, cleptomania	lucido, cosciente, orientato TS, tranquillo, collaborante	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso di alcol, cocaina	no	riferisce di essere stato seguito da uno psichiatra all'esterno dell'ambiente penitenziario e di avere un impulso ad appropriarsi dei piccoli oggetti.
1 8	Marocchina	33	coiugato (un figlio)	n.d.	n.d.	30	no	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	autolesivo: no eterolesivo: no (CC Ferrara)	uso pregresso di alcol, cocaina, uso di ansiolitici	si	colluttazione con altri detenuti. si difende da un'aggressione si procura escoriazioni dietro l'orecchio destro e alla spalla destra in seguito a colluttazione con compagno di cella. assume una terapia ansiolitica a causa dell'insonnia. vive un periodo di crisi con la moglie.
1 9	Italiana	37	celibe	n.d.	disoccupato	36	no	si	56 + 575 c.p.	imputato	n.d.	n.d.	lucido, critico, orientato TS, collaborante, disponibile, tranquillo	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso di cannabinoidi, oppiacei, amphetamine	no	sottoposto a intervento chirurgico per l'asportazione di due cisti sebacee. sottoposto a intervento chirurgico per l'asportazione di un granuloma.

20	Italiana	33	convivente	n.d.	n.d.	30	no	si	omicidio	imputato	n.d.	n.d.	irritabile, irrequieto, reattivo, oppositivo	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso saltuario alcol, cocaiona. Inizio assunzione 14 anni	si	si dispone GSC per tipologia del reato, in attesa della valutazione psichiatrica per svariati mesi lamenta epigastralgia. colluttazione con altro detenuto. lamenta algie addominali. Intollerante alla coabitazione con più di due detenuti. manifesta ansia in relazione alla fase processuale.
21	Italiana	36	convivente	licenza media	imprenditore/muratore	27	no	si	110 + 81 c.p. + ART. 73 DPR 309/90	definitivo	ipertensione arteriosa	n.d.	tranquillo, lucido, orientato, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso pregresso cocaina, uso xanax, cipralex	si	n.d.
22	Italiana	69	n.d.	diploma scuola superiore	commerciante	69	no	si	ARTT. 73 + 74 DPR 309/90	imputato	n.d.	n.d.	tranquillo, vigile, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	si	soggetto AS 3.
23	Marocchina	20	n.d.	n.d.	n.d.	20 (riassociato dai domiciliari)	no	si	624 + 625 c.p.	imputato	n.d.	n.d.	tranquillo, collaborante, no ansia, no ideazioni ac, umore in asse	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso pregresso di hashish, cocaina	n.d.	n.d.
24	Rumena	29	coniugato (più di un figlio)	10 anni	meccanico	28	no	no	droga	imputato	n.d.	n.d.	tranquillo, orientato TS, collaborante	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	n.d.	arrestato in seguito a mandato di cattura europeo.
25	Cinese	30	n.d.	8 anni	n.d.	28	no	no	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	ideazione corretta, comportamento corretto, umore tranquillo	suicida: minimo violenza: minimo	no	si	presenta tumefazione allo zigomo in seguito a colluttazione con il compagno di cella.

26	Cinese	23	celibe	diploma scuola superiore	studente universitario	21	no	no	occupazione abusiva di appartamento	n.d.	n.d.	n.d.	ideazione corretta, comportamento corretto, umore tranquillo (CC San Vittore) no ideazioni ac, umore defesso per ingresso in carcere	n.d.	no	si	n.d.
27	Nigeriana	27	celibe	licenza media	disoccupato	26	no	no	ART. 73 DPR 309/90	imputato	n.d.	n.d.	vigile, tranquillo, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	probabile ingestione di ovuli contenenti sostanze stupefacenti. si dispone isolamento sanitario per sospetta ingestione espulsione ovuli. si revoca isolamento sanitario e piantonamento a vista.
28	Italiana	40	divorziato	licenza media	pizzaiolo	39	no	si	605 + 110 + 623 c.p.	definitivo	sarcoidosi	n.d.	tranquillo, vigile, collaborante, no ideazioni ac, orientato TS	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	si	n.d.
29	Italiana	23	celibe	licenza media	disoccupato	23	no	si	572 + 81 + 629 c.p.	n.d.	n.d.	n.d.	tranquillo, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	(1 l di birra/die)	no	Incolume. si dispone GSC senza rimozione per tipologia del reato. si revoca GSC.
30	Italiana	30	celibe	n.d.	n.d.	29	no	si	624 + 625 + 110 c.p.	n.d.	n.d.	n.d.	lucido, orientato TS, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso di cocaina, eroina, metadone, amphetamine. Inizio assunzione 23 anni	no	n.d.
31	Albanese	26	celibe	licenza media inferiore	disoccupato	21	no	no	associazione a delinquere per sfruttamento della prostituzione minorile	n.d.	n.d.	n.d.	tranquillo, lucido, collaborante, no ideazioni ac un po' preoccupato per la carcerazione	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	n.d.	n.d.

3 2	Italiana	40	celibe	n.d.	n.d.	33	no	si	628 c.p.	imputato	cefalea	n.d.	tranquillo, collaborante, no ideazioni ac, umore deflesso (molti dispiaceri ultimamente, sia nella sfera affettiva che in quella lavorativa)	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso saltuario di cocaina, uso di eroina, subutex	n.d.	n.d.
3 3	Nigeriana	23	celibe	n.d.	n.d.	23	no	si	ART. 73 DPR 309/90	n.d.	n.d.	n.d.	lucido, orientato TS, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	n.d.
3 4	Gaboniana	29	coniugato	n.d.	n.d.	29	no	si	110 c.p. + ART. 73 DPR 309/90	imputato	n.d.	n.d.	tranquillo, lucido, orientato TS, collaborante, umore in asse, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso moderato di alcol	no	n.d.
3 5	Marocchina	23	coniugato	n.d.	n.d.	22	no	si	n.d.	definitivo	n.d.	n.d.	lucido, tranquillo, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	dimissione da Ospedale Amedeo di Savoia per TBC polmonare.
3 6	Marocchina	29	coniugato (un figlio)	8 aa	artigiano	28	no	si	609 bis c.p.	definitivo	n.d.	n.d.	lucido, orientato TS, mnesico, tranquillo, collaborante, umore buono, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	Incolume. riferisce agitazione e insonnia per la carcerazione. colluttazione con altro detenuto, si procura tumefazioni a livello dello zigomo sinistro e a livello frontale sinistro, taglio superficiale all'interno del labbro inferiore. colluttazione con altro detenuto, si procura escoriazioni sul mento e sul sopracciglio.
3 7	Rumena	41	divorziato	n.d.	n.d.	41	no	si	furto aggravato	imputato	problemi polmonari	n.d.	tranquillo, lucido, orientato TS, no ansia, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	ricovero presso Ospedale Molinette per approfondimento diagnostico lesione nodulare polmonare. dimissione con esito di nodulo esito di infezione precedente.

38	Italiana	35	n.d.	licenza media	domatore di cavalli	31	no	si	110 + 628 c.p.	definitivo	HCV +	sindrome depressiva	tranquillo, umore in asse, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso di alcol, hashish, uso pregresso di cocaina, eroina, amphetamine darkene	si	presenta deflessione dell'umore. sindrome depressiva per motivi familiari. riferisce ansia e irrequietezza relativamente all'attesa della risposta all'istanza di trasferimento per riavvicinarsi ai familiari. riferisce ansia e irrequietezza relativamente alla perdita di speranza nella risposta all'istanza di trasferimento.
39	Rumena	23	celibe	licenza media	disoccupato	22	no	si	n.d.	definitivo (3 AA 11 MM 1 GG)	n.d.	n.d.	lucido, cosciente, orientato TS, collaborante, no ideazioni ac, lieve stato ansioso	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso saltuario di alcol	n.d.	n.d.
40	Tunisina	43	celibe	n.d.	n.d.	42	no	si	ART. 73 DPR 309/90	n.d.	bronchite cronica	n.d.	poco collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso saltuario di cocaina, uso di eroina, buprenorfina, rivotril	no	n.d.
41	Italiana	46	celibe	n.d.	n.d.	46	no	n.d.	n.d.	definitivo	n.d.	n.d.	tranquillo, lucido, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	n.d.
42	Cubana	39	coniugato	n.d.	cuoco	39	no	si	ART. 73 DPR 309/90	imputato	n.d.	n.d.	tranquillo, lucido. Collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso saltuario di alcol	no	n.d.
43	Italiana	56	coniugato (2 figli)	diploma scuola superiore	commerciante	55	no	si	n.d.	definitivo	asma bronchiale	depressione maggiore di grado elevato, sindrome ansiosa, sindrome dissociativa	tranquillo, vigile, orientato TS, lucido, disponibile, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso di psicofarmaci	no	si dispone GSC senza rimozione per umore deflesso in soggetto primario.
44	Rumena	24	celibe	8 anni	muratore	24	no	si	624 + 624 BIS + 625 c.p,	definitivo (7 MM 28 GG)	n.d.	n.d.	no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta:	no	no	n.d.

52	Marocchina	25 o 19	celibe	n.d.	n.d.	23 o 17	no	si	628 c.p.	n.d.	n.d.	n.d.	lucido, tranquillo, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso saltuario di hashish, uso di alcol, cocaina, rivotril	no	n.d.
53	Nigeriana	26	celibe	n.d.	n.d.	23	no	si	violenza, lesioni, stupro	imputato	gonartrosi, gastrite cronica	n.d.	lucido, orientato TS, tranquillo, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	ricovero in reparto degenza detenuti. dimesso con diagnosi di gonartrosi sinistra con artroprotesi consigliata. referto istologico indica la presenza di gastrite cronica con aspetti follicolari e grado di attività in lembi di mucosa centrale.
54	Marocchina	27	celibe	licenza media-professionale	elettricista	26	no	no	ART. 71 DPR 309/90	imputato	anemia mediterranea, asma bronchiale	n.d.	tranquillo, no ideazioni ac, vigile, orientato	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	n.d.
55	Italiana	###	coniugato	licenza media/facoltà di giurisprudenza	giardiniere	44	no	no	usura	n.d.	HCV +	n.d.	vigile, orientato TS, collaborante, umore leggermente deflesso, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso pregresso di cocaina, eroina, metadone. Inizio assunzione 18-20 anni	no	n.d.
56	Marocchina	25	coniugato	licenza media	commerciante	25	no	si	ART. 73 DPR 309/90	imputato	n.d.	n.d.	tranquillo, lucido, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	partecipazione in una rissa fra detenuti.
57	Nigeriana	24	celibe	n.d.	operaio	20	no	no	337 + 336 + 582 c.p.	imputato	n.d.	n.d.	tranquillo, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso minimo di alcol	no	n.d.
58	Gaboniana	26	n.d.	n.d.	ambulante	26	no	no	ART. 73 DPR 309/90	n.d.	n.d.	n.d.	tranquillo, lucido, vigile, orientato Ts, collaborante	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	n.d.

59	Marocchina	31	coniugato	8 anni	n.d.	31	no	si	ART. 73 DPR 309/90	imputato	n.d.	n.d.	collaborante, lucido	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso di hashish, alcol	no	n.d.
60	Gaboniana	26	n.d.	seconda classe	disoccupato	25	no	no	ART. 73 DPR 309/90	n.d.	n.d.	n.d.	vigile, orientato TS, collaborante, umore in asse	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	probabile ingestione di ovuli contenenti sostanze stupefacenti. si dispone isolamento sanitario per sospetta ingestione. inizia espulsione ovuli. termina espulsione ovuli.
61	Italiana	21	celibe	licenza media	operaio	20	no	no	624 + 625 c.p.	n.d.	n.d.	n.d.	vigile, orientato, umore in asse, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	n.d.
62	Marocchina	30	celibe	sesta classe	giardiniere	30	no	si	concorso in rapina aggravata	imputato	n.d.	n.d.	vigile, orientato TS, collaborante, umore leggermente deflesso, no ideazioni ac	n.d.	uso alcol, cocaina, eroina, metadone. Inizio assunzione 27 anni	no	n.d.
63	Rumena	24	n.d.	12 anni	n.d.	24	no	si	629 + 497 c.p.	definitivo + imputato	n.d.	n.d.	tranquillo, lucido, no ideazioni ac	suicidio: minimo violenza autodiretta: minimo violenza eterodiretta: minimo	no	no	riferisce disturbi agli occhi. colluttazione con altri detenuti.
64	Italiana	43	coniugato	licenza media	disoccupato	43	si	si	furto	imputato	n.d.	n.d.	lucido, collaborante, tranquillo, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	n.d.	no	riferisce recenti episodi di ansia. si dispone GSC senza rimozione per episodi di ansia.
65	Italiana	30	n.d.	n.d.	impiegato/perito professionale	30	si	n.d.	582 + 583 c.p.	n.d.	diabete tipo II	sindrome depressiva in ottimo compenso disturbo alimentare NAS	tranquillo, lucido, vigile, collaborante, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso saltuario di alcol, uso di fluoxetina	no	detenuto in trattamento c/o CSM Cuneo. si dispone GSC.

66	Marocchina	19	celibe	licenza media inferiore	panettiere	18	si	si	ART 73 DPR 309/90	imputato	n.d.	sindrome ansiosa	lucido, tranquillo, orientato TS, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	n.d.	no	riceve notifica di rifiuto della richiesta di soggiorno e della richiesta dei domiciliari. riferisce preoccupazione per la situazione giuridica.	
67	Albanese	29	coniugato	n.d.	n.d.	28	si	n.d.	628 c.p.	imputato	HBV +	sindrome depressiva	tranquillo, collaborante, disponibile al colloquio, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	n.d.	no	in CC Torino in seguito a ordinanza di custodia cautelare. si dispone GSC. riferisce rabbia per nuovo arresto.	
68	Italiana	35	celibe	licenza media	responsabile impresa pulizie	35	si	no	ART. 73 DPR 309/90	n.d.	n.d.	n.d.	vigile, orientato TS, collaborante, umore leggermente deflesso, no ideazioni ac	n.d.	uso di hashish	no	si dispone GSC per prima carcerazione.	
69	Tunisina	37	coniugato	licenza media	idraulico	36	si	si	ART. 73 DPR 309/90	imputato	n.d.	n.d.	lucido, orientato TS, collaborante	suicidio: minimo violenza autodiretta: minimo violenza eterodiretta: minimo	uso di cocaina, eroina, buprenorfina (mercato nero), rivotril. Inizio assunzione 22 anni	no	riferisce ansia e agitazione. si dispone GSC.	
70	Italiana	67	coniugato	n.d.	n.d.	66	no	n.d.	n.d.	n.d.	afasia motoria, disfagia per solidi, emiparesi destra, IMA (2010)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	si	ricovero c/o Ospedale Vercelli per ictus ischemico emisferico sinistro con emiparesi destra associata ad afasia motoria. ricovero c/o reparto degenza del Sant'Adrea per insorgenza ictale con emiparesi destra. ricovero c/o reparto degenza detenuti. dimesso dal reparto degenza detenuti.	
71	n.d.	###	n.d.	n.d.	n.d.	45	no	n.d.	n.d.	n.d.	cardiopatologia ipertensiva, cardiopatologia ischemica post IMA, IMA inferiore (2004), IMA anteriore (2006), disturbi gastrointestinali	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	riferisce dolori addominali da circa due anni. presenta deficit stenici ai quattro arti o ai nervi cranici. riferisce disturbi gastrointestinali per mancanza di igiene e per alimentazione non corretta.

7 2	Italiana	22	celibe	n.d.	n.d.	n.d.	no	n.d.	575 + 605 + 608 c.p.	n.d.	epigastralgia, erosioni dell'esofago	disturbo dell'adattamento acuto moderato con ansia e depressione misti	n.d.	n.d.	uso psicofarmaci	n.d.	riferisce crisi ansiose notturne, epigastralgia, insonnia. presenta esofago con erosioni precordiali. presenta deflessione del tono dell'umore con ansia libera riferisce tensione interna a causa del processo appena avvenuto che ha confermato un lungo periodo di detenzione. riferisce sensazione di essere stato abbandonato dal padre. manifesta grave e imponente vissuto depressivo di abbandono. non tollera assunzione di valium che lo rende confuso.
7 3	Gaboniana	23	n.d.	seconda elementare	ambulante	23	no	si	droga	n.d.	n.d.	n.d.	lucido, orientato TS, collaborante, tranquillo, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	no	no	probabile ingestione di ovuli contenenti sostanze stupefacenti. si dispone isolamento sanitario per sospetta ingestione. espulsione ovuli.
7 4	Serba	40	celibe	n.d.	n.d.	30	si	si	628 c.p.	n.d.	n.d.	disturbi comportamentali, sindrome depressiva	tranquillo, collaborante, lucido, orientato TS	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso di eroina	no	si dispone GSC per disturbi comportamentali. presenta un quadro psicologico complessivamente stabile.
7 5	Italiana	39	separato	licenza media	disoccupato	39	si	si	497 bis c.p.	imputato	ernia discale	n.d.	lucido, cosciente, orientato TS, collaborante, tranquillo	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	n.d.	no	n.d.
7 6	Italiana	50	coniugato	licenza media	pensionato	49 (inizio arresti domiciliari)	no	si	606 + 628 + 648 c.p.	definitivo (7 AA 2 MM 2 GG)	invalido civile all'80%, epatopatia HCV correlata, BCO con alterazioni ostruttive di grado severo, ernia iatale, esofagia cronica	n.d.	vigile, orientato TS, collaborante, umore leggermente deflesso, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	n.d.	n.d.	emissione sentenza di primo grado. emissione sentenza Corte d'Appello. emissione sentenza Cassazione. riferisce problemi respiratori. Sussiste incompatibilità con il regime detentivo. si dispone differimento dell'esecuzione della pena. si procede con l'interruzione dell'esecuzione della pena. sottoposto a ossigenoterapia.

7 7	Italiana	52	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	no	n.d.	n.d.	n.d.	cardiopatia ipertensiva, dislipidemia, gastroduodenite, ernia iatale, adenoma prostatico, cefalea tensiva, encefalite da parvo virus (2008)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
7 8	Italiana	30	n.d.	licenza media inferiore	n.d.	22	no	n.d.	n.d.	n.d.	HCV +, orchiepididimite destra (2007), orchiepididimite sinistra (2008)	disturbo borderline di personalità	alterazioni del contenuto del pensiero di tipo persecutorio (OPG Reggio Emilia) no ideazioni ac (CC Torino)	n.d.	uso pregresso di alcol, cannabinoidi, cocaina, eroina	si	episodio acuto delirante di tipo psicotico, traferito in OPG Reggio Emilia. sottoposto a terapia neurolettica in OPG Reggio Emilia. si denota una regressione dei contenuti deliranti, condizioni psicopatologiche migliorate. presenta un quadro caratterizzato da interpretazioni e tematiche megalomaniche, umore disforico, senso di onnipotenza, sospettosità, assenza di coscienza della malattia. costante conflitto con i compagni di cella. si dispone MSC.
7 9	Rumena	30	celibe	3 anni	disoccupato	30	no	no	110 + 337 + 356 + 624 bis c.p.	n.d.	risentimento epatico di possibile natura esotossica-alcolica	n.d.	collaborante, disorientato, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso saltuario di alcol	no	presenta escoriazioni all'ingresso in CC Torino. si dispone MSC senza rimozione. viene condotto in DEA forse in delirium tremens. si presenta in verosimile sindrome astinenziale da alcol in via di remissione.
8 0	Italiana	58	n.d.	diploma conservatorio	insegnante precario	58	no	n.d.	n.d.	n.d.	asma bronchiale, psoriasi a livello del cuoio capelluto	claustrofobia, disturbo di panico con agorafobia e condotte di evitamento	lucide, vigile, orientato TS, collaborante, umore deflesso, no ideazioni ac	n.d.	uso di elopram, alprazolam	si	tono dell'umore orientato sul versante depressivo con scarsa progettazione. riferisce ansia libera e somatizzazione sotto forma di attacchi di panico. presenza di ideazioni ac, si dispone GSC. si dispone MSC con rimozione. manifesta atteggiamento rischioso.

8 1	Italiana	47	n.d.	n.d.	autista	45	no	n.d.	99 + 628 + 628 bis c.p.	definitivo	n.d.	sindrome ansioso depressiva, umore a tratti disforico	lucido, tranquillo, orientato TS, umore buono, no ideazioni ac	suicidio: basso violenza autodiretta: basso violenza eterodiretta: basso	uso di paroxetina	n.d.	<p>riferisce algie lombari per tutto il mese. manifesta pensiero delirante grandioso. riferisce contatti intimi con detenuti omosessuali e relativa preoccupazione per il rischio infettivo. si denota maggior coerenza del pensiero, minori tematiche megalomane seppur persistenti. si dispone MSC. si revoca MSC per favorire stabilizzazione, permane GSC.</p> <p>partecipazione a gruppi di sostegno psicologico e gruppi di arte terapia.</p>
--------	----------	----	------	------	---------	----	----	------	----------------------------	------------	------	---	--	--	----------------------	------	---

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Andrews, D. A. & Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct* (3rd ed.). Cincinnati: Anderson Publishing.

Andrews, D. A., Bonta, J. & Wormith, S. J. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime and Delinquency*, 52, 7-27.

Backett, S. A. (1987). Suicide in Scottish Prisons. *British Journal of Psychiatry*, 151, 218-221.

Balestrieri, M. (2004). I fattori di rischio nel comportamento suicidario: l'applicazione delle conoscenze. *Studies on Aggressiveness and Suicide*, 3, 5-8.

Beck, A.T., Beck, R., Kovacs, M. (1975). Classification of Suicidal Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 132, 285-287.

Bogue, J & Power, K. (1995). Suicide in Scottish prisons, 1976-1993. *Journal of Forensic Psychiatry*, 6, 527-540.

Buffa, P. (2008). *Alcune riflessioni sulle condotte auto aggressive poste in essere negli Istituti Penali italiani (2006-2007)*. Consultato in data: 25 gennaio 2011, h.22:00.

Bureau of Justice Statistic. *Death in Custody Statistical Tables.State prison deaths, 2001-2007*, su <http://bjs.ojp.usdoj.gov/>. Consultato in data: 11 gennaio 2011.

Caglio, F., Piotti, A. (2007). *L'autolesionismo in carcere: analisi del fenomeno e*

rapporti con il suicidio, su www.amicocharly.it. Consultato in data: 14 febbraio 2011.

Canepa, M., Merlo, S. (2004). *Manuale di diritto penitenziario*. Milano: Giuffrè Editore.

Casa Circondariale di Torino. *Profili*, su http://www.circondarialetorino.it/Profili_complex.htm. Consultato in data 10 ottobre 2011.

Caspi, A., Moffitt, T.E. (1993). When do the individual differences matter? A paradoxical theory of personality coherence. *Psychological Inquiry*, 4, 247-271.

Centro Studi di Ristretti Orizzonti. *Suicidi in carcere: confronto statistico tra l'Italia, i Paesi Europei e gli Stati Uniti*, su http://www.ristretti.it/commenti/2010/giugno/pdf2/suicidi_confronto.pdf. Consultato in data: 25 gennaio 2011, h. 20:55.

Cheng, A.T.A. (1995). Mental illness and suicide: A case-control, study in East Taiwan. *Archives of General Psychiatry*, 52, 594-603.

Cheng, A.T.A., Mann, A.H. & Chan, K.A. (1997). Personality disorder and suicide. A case control study. *British Journal of Psychiatry*, 170, 441-446.

Cheng, A.T.A., Chen, T.H.H., Chen, C.C., Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. *British Journal of Psychiatry*, 177, 360-365.

Comitato Nazionale per la Bioetica (2010). *Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici*. Consultato in data: 11 gennaio 2011.

De Risio, S., Sarchiapone, M. (2002). *Il suicidio. Aspetti biologici, psicologici e sociali*. Amsterdam: Elsevier.

Dooley, E. (1990). Prison suicide in England and Wales, 1972-87. *British Journal of Psychiatry*, 156, 40-45.

DuRand, C., Burtka, G.J., Federman, E.J., *et al* (1995). A quarter century of suicide in a major urban jail: implications for community psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1077-1080.

Duthé, G., Hazard, A., Kensey, A., Pan Ké Shon, J.L. (2009). Suicide en prison: la France comparée à ses voisins européens. *Population & sociétés*, 462.

Foster, T., Gillespie, K., McClelland, R., Patterson, C. (1999). Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*, 175, 175-179.

Fruehwald, S., Matschnig, T., Koenig, F., Bauer, P., Frottier, P. (2004). Suicide in custody: Case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 185, 494-498.

Goss, R.J., Peterson, K., Smith, L.W., Kalb, K., Brodey, B.B. (2002). Characteristics of Suicide Attempts in a Large Urban Jail System with an Established Suicide Prevention Program. *American Psychiatric Association*, 53, 574-579.

Joukamaa, M. (1997). Prison suicide in Finland, 1969-1992. *Forensic Science International*, 89, 167-174.

Gulotta, G. (2008). *La vita quotidiana come laboratorio di psicologia sociale*. Milano: Giuffrè.

Gulotta, G. (2011). *Compendio di psicologia giuridico-forense, criminale e investigativa*. Milano: Giuffrè.

Higgins, G. (1994). *Resilient adults: Overcoming a cruel past*. San Francisco: Jossey-Bass.

Inside Prison (2006). *Suicide methods in prison*, su <http://www.insideprison.com/suicide-methods-in-prison.asp>. consultato in data 14 gennaio 2012.

Manconi, L. (2002). Così si muore i galera. Suicidi e atti di autolesionismo nei luoghi di pena. *Politica del diritto*, 2, 315-330.

Manconi, L. (2003). Suicidi e atti di autolesionismo: i dati di una ricerca. *Golem*, 1.

Manconi, L., Boraschi, A. (2006). Quando hanno aperto la cella era già tardi perchè: suicidi ed atti di autolesionismo in carcere 2002-2004. *Rassegna Italiana di Sociologia*, 1.

Mann, J.J., Waternaux, C., Haas, G.L. & Malone, K.M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.

Marcus P. & Alcabes, P. (1993). Characteristics of suicides by inmates in a urban jail. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 256-261.

Mehlman, P. T., Higley, J. D., Faucher, I., *et al* (1994). Low CSF 5-HIAA concentrations and severe aggression and impaired impulse control in nonhuman primates. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1485-1491.

Ministry of Justice. *Suicides in prisons in England and Wales 1996-2009, by gender and age*, su <http://www.justice.gov.uk/news/newsrelease010110a.htm>. Consultato in data: 11 gennaio 2011.

Moore, T. M., Scarpa, A. & Raine, A. (2002). A meta-analysis of serotonin metabolite 5-HIAA and antisocial behavior. *Aggressive behavior*, 28, 299-316.

Pedon, A., Gnisci, A. (2004). *Metodologia della ricerca psicologica*. Bologna: Mulino.

Plous, S. (1993). *The Psychology of Judgment and Decision Making*. McGraw-Hill.

Pompili, M. (2008). *Fattori di rischio per il suicidio*, su <http://www.prevenireilsuicidio.it/riskfactors.htm>. Consultato in data 10 novembre 2011.

Ponti, G., Merzagora Betsos, I. (1999). *Compendio di criminologia*. Milano: Cortina.

Shaw, J., Baker, D., Hunt, I.M., Moloney, A., Appleby, L. (2004). Suicide by prisoners: National clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 184, 263-267.

Ubaldi, S. *Il suicidio in carcere* (1997), su <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/asylum/ubaldi/>. Consultato in data: 23 gennaio 2010.

World Health Organization (2007). *Preventing Suicide in Jails and Prisons*. Consultato in data: 25 gennaio 2011, h.18:55.

Zara, G. (2005). *Le carriere criminali*. Milano: Giuffrè.

Zara, G. (2006). *La psicologia criminale minorile*. Roma: Carocci.

Zara, G. (2010). Persistenza e recidivismo criminale: il risk assessment in psicologia criminologica. In G. Gulotta & A. Curci, *Mente, società e diritto* (pp.

555-603). Milano: Giuffrè.

