

IL SUICIDIO IN CARCERE: LA CATEGORIZZAZIONE DEL RISCHIO COME TRAPPOLA CONCETTUALE ED OPERATIVA

PIETRO BUFFA¹

*Ognuno di noi è responsabile di tutto e di tutti
davanti a tutti, e io sono più responsabile degli altri.*

Feodor Michajlovic Dostoevskij

Una breve premessa

Nessuno potrà mai spiegare, sino in fondo, perché una persona decide e pone in essere la propria morte, tanti e inestricabili sono i grovigli di cause e motivazioni insondabili che stanno alla base di questo gesto estremo.

Già di Gennaio a metà degli anni '70, riflettendo sull'analisi dei suicidi avvenuti in carcere nel decennio precedente², rinunciava a proporre una teoria generale esplicativa propendendo, viceversa, per lo studio clinico dei singoli casi attraverso un inquadramento multifattoriale e pluridisciplinare. Secondo l'Autore era impossibile comprendere, e secondo noi lo è ancora, l'esatta combinazione ed i suoi effetti dei fattori endogeni e di quelli esogeni, ovvero di quegli elementi critici insiti nella struttura di personalità assommata a quelli esperienziali e relazionali, tra l'altro, così diffusi nel tempo e difficilmente scomponibili.

Ancora ultimamente Baccaro e Morelli³ hanno avuto modo di affermare

1 Dirigente penitenziario. Come di consueto un particolare e sentito ringraziamento va al Personale operante presso l'Ufficio Ispettivo e del Controllo del D.A.P., primo fra tutti all'Ispettore Capo Luciano Paduano e ai suoi collaboratori, gli Assistenti Roberta Marini, Maria Nella Cataldi e Debora Fiordigiglio e agli Agenti Scelti Antonello Imperoli e Niccolò Infante. Senza il loro lavoro, la loro dedizione e pazienza, questo lavoro non sarebbe stato possibile.

2 Direzione Generale per gli Istituti di Prevenzione e di Pena, *Il suicidio nelle carceri. Indagine preliminare sui suicidi consumati e tentati dal 1960 al 1969*, Quaderni dell'Ufficio Studi e Ricerche della Direzione Generale per gli Istituti di Prevenzione e di Pena, Ministero di Grazia e Giustizia, n. 11, Mantellate, Roma, 1976.

3 Baccaro L., Morelli F., *Il carcere: del suicidio ed altre fughe*, Ristretti Orizzonti, pag. 71, Padova, 2009.

che i suicidi sono una risposta individuale, multifattoriale e pluricausale, ognuno dei quali è dotato di una propria motivazione che non riusciamo a comprendere in quanto celata “nel cuore e nella testa della persona e sono proprie e uniche di quel particolare momento”.

Secondo questa condivisibile prospettiva noi riusciamo tragicamente a cogliere solamente l’atto finale di un complesso e doloroso percorso fatto di interazioni e quotidianità che non siamo in grado di comprendere.

Per questi Autori il suicidio “è l’ultimo atto in cui il soggetto, per non sentire male, si nasconde buttandoci in faccia la nostra incapacità di comprenderlo, ancora una volta”.

Crediamo che proprio questa imponderabilità delle cause ci ponga di fronte e ci trasmetta tutta l’angoscia che sta in radice e questo ci spinga a ricercarne una logica che ci consenta di pensarne una prevedibilità e la possibilità di ovviare in modo da placare la nostra dolorosa e disorientata irrequietudine. Ma questo è difficile, spesso impossibile.

Nel caso dei suicidi in carcere, la perdita della libertà, la separazione dalla vita esterna e da tutti i suoi elementi affettivi e materiali, la logica della detenzione, proprio per la loro macroscopica evidenza, diventano da subito elementi che catalizzano l’attenzione degli osservatori che li assumono come cause dirimenti. Troppo comodo e, allo stesso tempo, poco utile. Certamente la condizione detentiva è tale da costituire una situazione stressante importante che può rientrare nel novero delle condizioni facilitanti l’angoscia essenziale dalla quale si cerca di sfuggire ponendo fine alla propria sofferente esistenza.

Lo stato della conoscenza sul fenomeno in generale concorda su questo assunto al punto da far rientrare tutti i detenuti tra i soggetti a rischio di suicidio, affermazione sancita anche dall’Organizzazione Mondiale della Sanità⁴.

Ma, seppur assumibile quale fattore privilegiato, è opportuno chiarire che tra le varie esperienze dell’individuo che, coniugate con le sue caratteristiche endogene, possono spingere al suicidio, la detenzione rimane una delle tante. D’altra parte lo stesso Comitato Nazionale per la Bioetica, riprendendo le riflessioni dell’Organizzazione Mondiale, riconosce che il sistema penitenziario è anche un luogo che importa dall’esterno il rischio suicidiario preesistente e legato allo stato precario

4 O.M.S. - Management of mental and brain disorders – Department of mental health and substance abuse : *La prevenzione del suicidio nelle carceri*, WHO Press, Ginevra, 2007.

di salute psicofisica della popolazione in ingresso⁵.

A riprova di quest'ultima affermazione si tenga conto che la stessa letteratura esaminata da Baccaro e Morelli riporta il fatto che il tasso di mortalità dei detenuti scarcerati risulta maggiore, sino a 3,5 volte, rispetto a quello della popolazione in genere, a causa di overdose da droghe, malattie cardiovascolari, omicidi e suicidi.⁶

Se da un lato il ritorno della libertà rappresenta un momento di rischio in ragione di una maggiore fragilità indotta dalla frattura affettiva, sociale, professionale, ecc. determinata dallo stato di carcerazione, è pur vero che tale fragilità è anche riconducibile anche alle criticità preesistenti in queste varie aree personali.

Questo deve far riflettere rispetto alla facile tentazione di ricondurre tutto ad un unico fattore, la detenzione appunto, tralasciando lo sguardo da una rosa di fattori più ampia.

E ancora, rispetto al fattore detenzione, è necessario ben sondare quali elementi della stessa devono considerarsi importanti da questo punto di vista. Si sottolineano queste ovvietà sulla scorta del fatto che, viceversa, adottando una visione tendenzialmente monofattoriale e monolitica, l'unica prevenzione possibile non potrebbe essere che l'abolizione del carcere. Atteso che, allo stato, questo non può realisticamente essere, diventa necessario studiare il fenomeno attraverso un'ottica più allargata che consenta la proposizione di linee programmatiche tese alla prevenzione del fenomeno.

Questo è il preciso intendimento del presente contributo che si pone l'obiettivo di fornire un contributo di conoscenza per far fronte, innanzitutto, alla responsabilità morale in capo all'Amministrazione penitenziaria ma anche per rispondere alla raccomandazione del Comitato Nazionale di Bioetica del 25 giugno del 2010 con la quale si chiede di elaborare un piano di azione nazionale per la prevenzione dei suicidi in carcere, secondo le linee indicate dagli organismi europei.

Il modello di prevenzione indicato dal Comitato supera un nodo metodologico di non poco conto. Viene infatti richiesto di svolgere, tra le altre cose, azioni non tanto rivolte alla selezione dei *soggetti a rischio* suicidiario quanto alla tempestiva individuazione ed intervento sulle

⁵ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Il suicidio in carcere: Orientamenti bioetici*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, pag 11, 25 giugno 2010.

⁶ In particolare si veda Binswanger I, et al. "Release from prison: a high risk of death for former inmates", in *New England Journal of Medicine.*, 11, 356 (2), 157- 165, 2007.

situazioni a rischio in grado di travolgere la soglia di resistenza delle persone. Questa indicazione è molto interessante atteso che gran parte degli studi in materia, così come le stesse direttive impartite negli anni si sono rivolte, viceversa, all'individuazione delle *categorie* più che alle *situazioni* a rischio. Uno dei dati più frequentemente evidenziati nell'odierno dibattito scientifico e pubblico riguarda il fatto che in carcere ci si suiciderebbe più che nella vita libera.

Il dato, secondo uno studio comparativo⁷, ha portata internazionale atteso che la media dei suicidi per 10.000 detenuti nei Paesi dell'Europa Occidentale è risultata pari a quattordici casi contro i due per 10.000 abitanti. Per inciso il dato medio italiano si collocherebbe, secondo lo studio citato, intorno ai dieci casi.

Approfondiremo in seguito l'argomento, per il momento è sufficiente sottolineare che qualunque riflessione si intenda fare non si può prescindere da questi dati ma neppure può omettersi una trattazione rigorosa, sia dal punto di vista metodologico che da quello strettamente sociologico. Lo stesso Comitato Nazionale per la Bioetica riconosce che la popolazione detenuta non rappresenta lo specchio della società esterna in quanto si caratterizza per una maggiore vulnerabilità bio-psico-sociale. Coloro i quali compongono la popolazione detenuta sono più giovani, più poveri, meno integrati in termini sociali, economici, culturali e con tassi maggiori di patologie fisiche e psichiche⁸.

Già nel 2003 il Comitato, affrontando in generale la questione penitenziaria, aveva sottolineato il fatto che la popolazione penitenziaria risulta "ormai comprensiva nella sua quasi totalità di individui caratterizzati da condizioni specifiche di grave disagio sociale" e, sette anni dopo, ne ha denunciato il palese aggravamento.

Si tratta, in altre parole, di quella *detenzione sociale* evocata da Margara che avrebbe, nel tempo, sostituito quella penale, portando in carcere frange di popolazione marginale ed ingestibile nella società libera a causa della riduzione degli investimenti nelle politiche sociali.

È ormai noto⁹ che negli anni la popolazione detenuta ha visto una

⁷ Pompili M., Ferrara C., Galeandro P.M., Narciso V., Olivieri C., Cecchitelli C., Tatarelli R., "Suicidio nelle carceri: La situazione italiana ed elementi di prevenzione", *Psichiatria e Psicoterapia*, 25, 4, 2006.

⁸ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Il suicidio in carcere: Orientamenti bioetici*, pag. 4, op. cit.

⁹ Si veda in particolare De Vito C.G., *Camosci e girachiavi: storia del carcere in Italia 1947 - 2003*, Laterza, Bari, 2009. La questione è stata successivamente ripresa da svariati autori e, in ultimo, anche riconosciuta dal Comitato Nazionale di Bioetica nell'ambito del parere espresso in materia di suicidio in carcere.

radicale modificazione strutturale nel senso che risulta maggiormente frammentata in termini di coesione sociale e culturale.

Tale frammentazione implica un maggior individualismo e l'aumento della solitudine e questo ha reso il sistema ancor più vulnerabile rispetto al rischio dei suicidi.

Questo gesto, precedentemente ritenuto estraneo alla sub cultura carceraria e censurabile dal gruppo dei pari, è oggi diventato una modalità reattiva possibile e culturalmente tollerata.

La stessa architettura penitenziaria ha inciso, trasformando i luoghi della detenzione, restringendoli, e inducendo una detenzione più cellulare ed isolata rispetto a quella precedente, caratterizzata da una maggiore socialità, seppur promiscua e, per tale motivo, non sempre adeguata.

Tornando alla maggiore fragilità sociale e personale dei detenuti oggi presenti negli istituti penali italiani, vale la pena considerare che questo cambiamento ha anche inciso pesantemente sull'elemento essenziale sul quale si fonda l'intero impianto penitenziario, ovvero l'impianto trattamentale, orientato a trasformare l'esperienza detentiva dalla semplice neutralizzazione ad un percorso alternativo alla detenzione finalizzato al reinserimento sociale del condannato.

In questo senso la detenzione assumerebbe un senso di utilità sociale ed individuale generando quello che Nicolò Amato, molti anni fa, chiamò il *carcere della speranza*¹⁰. La modificazione strutturale della popolazione detenuta e l'inasprimento normativo nei confronti di alcune delle categorie che la compongono, quali gli stranieri, i recidivi, coloro i quali sono soggetti ai regimi di maggiore rigore, sono tutti fattori che hanno sostanzialmente ridotto quella speranza.

Se Berzano, all'inizio degli anni '90, stimava in circa il 26% del totale delle persone in carcere l'aliquota di fatto esclusa dalla possibilità di rientrare nei criteri utili per la concessione delle misure alternative a causa delle loro caratteristiche connotate da marginalità¹¹, oggi tale gruppo risulterebbe salito a circa il 70% del totale al quale deve aggiungersi tutta la parte delle persone soggette ai rigori dell'art. 4-bis dell'ordinamento penitenziario¹².

10 Amato N., *Il carcere trasparente*, Edizioni delle Autonomie, Roma, 1987.

11 Berzano L., *La pena del non lavoro*, Franco Angeli, Milano, 1994.

12 Buffa P., *Amministrare la sofferenza: logiche, dinamiche ed effetti dell'organizzazione penitenziaria*, tesi dottorato di ricerca, Dipartimento Scienze Giuridiche, Università degli Studi di Torino, 2011.

Alla ricerca delle categorie a rischio: breve analisi delle direttive nazionali in materia

L'Amministrazione ha ripetutamente affrontato la questione dei suicidi e della loro prevenzione attraverso una serie di direttive.

L'analisi di questo corpus di prescrizioni ci consente di capire l'evoluzione delle interpretazioni e degli approcci adottati, in particolare rispetto ai modelli di comprensione eziologica del fenomeno adottati e, conseguentemente, alle scelte operative.

La data iniziale di questo percorso può essere fissata il 30 dicembre 1987 allorquando venne emanata, dalla Direzione Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena, la ormai nota circolare che istituì il Servizio Nuovi Giunti¹³. In realtà l'Amministrazione aveva già trattato l'argomento con altre disposizioni interne.

Baccaro e Morelli¹⁴ hanno censito altre sei direttive precedenti il 1987. In questa fase il focus di queste indicazioni pare essere *l'efficacia del controllo e della sorveglianza*. Il fine perseguito è l'individuazione dei detenuti da considerare a rischio e delle soluzioni utili per metterli in condizione di non cagionarsi del male. Nel 1986, per la prima volta¹⁵, si definirono alcune categorie di detenuti ritenuti più fragili.

Tra essi "in particolare i malati di mente, i tossicodipendenti, i giovanissimi, coloro che fanno ingresso in carcere per la prima volta, tutti coloro i quali, in generale, vivono la privazione della libertà in maniera particolarmente sofferta e traumatica".

L'anno successivo viene emanata la circolare che istituisce il Servizio Nuovi Giunti.

Il motivo che la generò fu la preoccupazione legata all'aumento del numero dei suicidi e, più in generale, dei fenomeni autolesivi che si registrarono in quel ristretto periodo storico.

L'approccio e la metodologia scelta fu quella di costituire un presidio che valutasse i detenuti in ingresso ritenendo questo momento tra i più significativi dal punto di vista traumatico.

Si insistette molto sul fatto che tale *screening* venisse effettuato

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

14 Baccaro L., Morelli F., *Il carcere: del suicidio ed altre fughe*, op. cit.

15 Circolare Direzione Generale Istituti di Prevenzione e Pena n. 3182/5632.

nell'immediatezza dell'accesso in istituto e comunque entro le prime ventiquattro ore.

In coerenza con le direttive che precedevano, si continuarono a prospettare alcune categorie di soggetti ritenute a rischio di suicidio in quanto "l'esperienza insegna, infatti, che frequentemente provengono dalla libertà soggetti giovanissimi o anziani, tossicodipendenti, soggetti in condizioni fisiche o psichiche non buone o comunque in condizioni di particolare fragilità".

Allegata alla circolare si ritrovava l'elencazione dei parametri epidemiologici – anamnestici e prognostici che descrivevano un profilo patologico del soggetto a rischio, fragile dal punto di vista fisico e psichico. I rimedi proposti conseguivano direttamente da questa visione e furono fortemente improntati ad un approccio clinico.

Il presidio, infatti, si connotava come un servizio psicologico affiancato alla visita medica di primo ingresso, finalizzato a captare eventuali debolezze o vulnerabilità.

Si istituirono anche i reparti detentivi destinati al primo accomodamento. L'esperienza ha poi evidenziato che tali reparti, per la concentrazione di situazioni personali problematiche, per la transitorietà delle permanenze e la carenza delle risorse a disposizione, non solo non riuscivano a generare un clima positivo ma, addirittura, risultavano controproducenti al punto che è stato fatto notare¹⁶ che, in quel modo, si poteva attivare un meccanismo che, aggravando il bisogno, poteva indurre il soggetto a porre in essere proprio quei comportamenti autolesionistici che l'intervento intendeva prevenire.

La stessa Amministrazione, almeno dal 1998, giunse alla conclusione che tali reparti fossero "del tutto controproducenti, risultano in genere sovraffollati, mal tenuti e in degrado, con situazioni di pericolosa ed inopportuna commistione di soggetti di varie categorie, tipologie e provenienza"¹⁷.

Chiariamo meglio come la valutazione e soprattutto l'inserimento nei reparti può generare effetti perversi.

L'essere stigmatizzato penalizza la persona incrementandone la depressione e la reattività.

16 Costa C., "La pena tra retribuzione e rieducazione", *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 1990.

17 Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Segreteria Generale, nota n° 148719/4-2-I del 10 febbraio 1998, *Bozza di linee guida per possibili apporti migliorativi al sistema di prevenzione e di intervento, ai fini di una riduzione del numero dei suicidi nelle carceri*.

Si rischia così l'attivazione di una spirale di azioni e reazioni che confermano l'etichettamento del soggetto per la sua fragilità che lo rende pericoloso dal punto di vista istituzionale al punto da dovermene, innanzitutto, autotutelare.

Allo stesso modo la sua fragilità lo metterà nelle condizioni di non poter fruire di quelle opportunità che l'istituzione offre che verranno, viceversa, indirizzate nei confronti di quei detenuti che garantiscono una maggiore tenuta ed affidabilità.

Questo aumenterà il disagio di queste persone che avranno così maggiori motivi per innescare i processi depressivo – reattivi che stanno alla base di quella *morte esistenziale* che sembrerebbe restringere le prospettive della persona al punto da indurla ad una fuga radicale dalla vita.

Tornando alla disamina delle disposizioni emanate nel tempo, l'anno successivo vide l'emanazione di altre due direttive di chiarimento¹⁸.

Esse confermavano il modello descritto salvo chiarire alcune questioni tra le quali il fatto che le procedure selettive, di allocazione e supporto, dovessero intendersi, essenzialmente, come un primo intervento diretto ad eliminare, o quantomeno ridurre, i rischi connessi all'ingresso in carcere. Si introduceva, in questo modo, l'indicazione dell'opportunità di intervenire a sostegno anche nel corso della detenzione e, in particolare, “in coincidenza con particolari avvenimenti che possano costituire causa di particolare trauma o turbamento per il detenuto (condanne sopravvenute, disgrazie familiari, ecc.), accrescendo dunque i rischi che egli commetta atti autolesionistici”.

Due anni dopo¹⁹ la Direzione Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena affrontò un'altra questione essenziale.

Partendo dal fatto che in materia vi era, e vi è tuttora, una lacuna legislativa e regolamentare si ritenne opportuno chiarire i contenuti delle misure di vigilanza nei confronti delle persone ritenute a rischio di suicidio. Venne a tal fine coniato il termine *grande sorveglianza* per definire una “vigilanza più attenta e un'opera trattamentale di sostegno” finalizzata ad impedire eventuali gesti anticonservativi.

18 Circolare Direzione Generale per gli Istituti di Prevenzione e Pena, n° 3245/5695, *Chiarimenti relativi all'applicazione della circolare n. 3233/5683 del 10.12.1987 (Istituzione e organizzazione del servizio nuovi giunti)*. Circolare Direzione Generale per gli Istituti di Prevenzione e Pena, n° 3256/5706 del 10 ottobre 1988, *Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati. Servizio nuovi giunti*.

19 Lettera circolare Direzione Generale per gli Istituti di Prevenzione e Pena – Ufficio V, n° 518189 del 9.05.1990, *Detenuti sottoposti a grande sorveglianza*.

Si chiarì che tale tipo di attenzione differiva dalla sorveglianza disposta per motivi di sicurezza e, per questo motivo, si impose che nelle disposizioni impartite fossero chiariti ed evidenziati i motivi e le valutazioni sanitarie che le avevano ispirate²⁰, in modo che il personale operante avesse piena consapevolezza delle problematiche oggetto di attenzione.

Questo invito a personalizzare ogni ordine di servizio ha determinato il fatto che le varie direzioni abbiano adottato diciture e prassi diversificate al punto che oggi si rilevano disposizioni interne che individuano vari gradi di attenzione denominati in modo variegato: *grande sorveglianza*, *massima sorveglianza*, *attenta sorveglianza*, *attentissima sorveglianza*, ecc.

Al di là di queste considerazioni è da far notare che la lettera circolare del 1990 affianca, sino a determinarne l'integrazione, al momento preventivo di tipo custodiale anche quello del supporto clinico e trattamentale. Sino al 1998 il modello sino a qui descritto rimase invariato. Tra l'agosto del 1997 e il gennaio dell'anno successivo intervennero una serie di disposizioni finalizzate alla costituzione dei c.d. *circuiti penitenziari* in ossequio al principio ordinamentale del raggruppamento omogeneo dei detenuti in ragione della loro posizione giuridica e di altre categorie penitenziarie.

20 A tal proposito è da far notare che oggi alcuni Autori confondono i provvedimenti di grande sorveglianza adottati per motivi di cautela personale rispetto al rischio autolesionistico e di suicidio con quelli di sorveglianza particolare. E' il caso di Ubaldi S., *Il suicidio in carcere*, su www.altrodiritto.unifi.it e dello stesso Comitato Nazionale di Bioetica che, nella citata elaborazione del 2010, probabilmente per ridondanza bibliografica, afferma che "nei confronti di chi ha tentato il suicidio, sono spesso applicate le stesse misure che vengono erogate come sanzioni contro i detenuti che turbano l'ordine degli istituti. In particolare, sia che il carcerato turbi l'ordine dell'istituto e ne metta in pericolo la sicurezza, sia che tenti di togliersi la vita, è in genere applicato il regime di "sorveglianza particolare": le misure di prevenzione vengono con ciò a coincidere con quelle di punizione". È da ricordare che la c.d. "sorveglianza particolare" è prevista e disciplinata dall'art. 14-bis dell'Ordinamento penitenziario. Non solo tra le fattispecie previste non rientra quella del tentativo di suicidio ma il provvedimento non è adottato dal direttore dell'istituto ma dal Capo del Dipartimento che prende in esame il parere del consiglio di disciplina integrato da due esperti ex art. 80 dello stesso Ordinamento. Ai sensi dell'art. 14-ter è previsto che l'interessato possa presentare reclamo innanzi al tribunale di sorveglianza e l'art. 14-quater ne stabilisce i contenuti. La lettura delle norme citate e la dottrina (in particolare: di Gennaro G., Bonomo M., Breda R., *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione*, Giuffrè, Milano, 1991; Canepa M., Merlo S., *Manuale di diritto penitenziario*, Giuffrè, Milano, 1993; Battigaglia B., Cirignotta S., *Elementi di Diritto Penitenziario*, Laurus Robuffo, 2001, Roma) non lasciano spazio ad interpretazioni che consentano confusioni di sorta sul tema. La sorveglianza particolare è esclusivamente finalizzata a far fronte alla c.d. *pericolosità penitenziaria* di quei detenuti che mantengono un comportamento aggressivo e violento o comunque diretto a sopraffare i compagni, ciò che li accomuna è la difficoltà che essi creano in un ambiente di vita collettiva e l'esposizione al rischio dei loro compagni.

In tal senso l'equiparazione prospettata è da ritenersi frutto di un macroscopico equivoco terminologico.

Con l'occasione vennero impartite disposizioni che abolirono le sezioni nuovi giunti²¹.

In ragione di dette innovazioni si prescrisse che il detenuto in ingresso venisse smistato al reparto di assegnazione subito dopo la visita di primo ingresso e l'intervento degli operatori del servizio nuovi giunti.

Nella nota del '98 si sottolineava nuovamente la necessità di evitare improprie omologazioni tra i detenuti sottoposti ad isolamento giudiziario e i nuovi giunti o coloro i quali erano destinatari di provvedimenti cautelari di grande sorveglianza o sorveglianza a vista che, pertanto, dovevano permanere nei loro reparti di assegnazione.

È nel 2000 che si assiste ad un cambio di passo delle linee guida per la prevenzione del suicidio e dell'autolesionismo in genere²². Le nuove direttive partirono, anche in questo caso, da alcune considerazioni di fondo. Innanzitutto la presa d'atto del perdurare del fenomeno indusse ad una elaborazione di una "strategia operativa realmente efficace e non di facciata". Venne altresì riconosciuta la necessità di "un più rigoroso e puntuale rispetto delle direttive più volte emanate ma ancora più volte disattese o parzialmente applicate" segno, questo, di una diffusa e cronica difficoltà operativa.

La lettura della circolare evidenzia che l'impianto della prevenzione e della tutela della vita si fondava ancora su tre elementi: il servizio nuovi giunti, il servizio di psichiatria, i controlli e l'attenzione nei confronti dei soggetti classificati a rischio.

Si inizia, tuttavia, a registrare l'inserimento di nuove riflessioni, proposte ed indicazioni finalizzate all'avvio di una nuova strategia finalizzata a "tentare di eliminare, o quanto meno ridurre nella misura massima possibile, le condizioni di disagio, di trascuratezza, d'insensibilità, di difficile vivibilità".

Faceva capolino, per la prima volta, la considerazione non solo delle variabili endogene ma anche di quelle esogene e di contesto.

La circolare richiamava le linee guida emanate nel febbraio del 1998²³

21 Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio IV Detenuti e Trattamento, nota n° 547070 del 27 agosto 1997; Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio IV Detenuti e Trattamento, nota n° 548017 del 30 gennaio 1998.

22 Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio Centrale Detenuti, circolare n° 3524/5974 del 12 maggio 2000, *Atti di autolesionismo e suicidi in ambiente penitenziario. Linee guida operative ai fini di una riduzione dei suicidi nelle carceri.*

23 Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Segreteria Generale, nota n° 148719/4-2-I del 10 febbraio 1998, *Bozza di linee guida per possibili apporti migliorativi al sistema di prevenzione e di intervento, ai fini di una riduzione del numero dei suicidi nelle carceri.*

sulla base dell'analisi condotta da un gruppo di studio. In queste ultime linee, sul piano della prevenzione, veniva raccomandato uno sforzo per ridurre l'inattività, la noia, la solitudine, la spersonalizzazione e l'isolamento. Si auspicava una maggiore umanizzazione nei rapporti tra detenuti e staff e l'intensificazione e l'accrescimento dei contatti con la famiglia e gli affetti esterni al fine di attenuare quanto più possibile la frattura con il mondo esterno.

Sul punto della valutazione si confermava, accentuandola, l'idea che si potesse procedere ad una valutazione oggettiva del rischio sulla base di un profilo che contemplava soggetti tossicodipendenti, con pregressi tentativi suicidi, episodi depressivi, disturbi della condotta di tipo violento ed aggressività. Secondo le direttive in questione la valutazione del rischio all'ingresso "consente per così dire una "scrematura" degli elementi sui quali maggiormente concentrare l'attenzione e la prevenzione e su cui più oculatamente operare interventi terapeutici adeguati" all'inizio e nel corso della detenzione.

Permaneva, quindi, l'impostazione patologica del rischio e l'idea di poter individuare alcune categorie di persone più fragili. Se da questo punto di vista nulla era stato innovato, sul piano degli interventi vennero invece introdotte novità concettuali ed operative molto interessanti.

Quello che preme sottolineare è la convinzione che sia "illusorio sperare di contenere il fenomeno solo con l'impegno degli specialisti e senza un vero e concreto *coinvolgimento ambientale*".

Sulla base di tale premessa concettuale si prescrisse che concretamente si dovesse promuovere un coinvolgimento di tutti gli operatori penitenziari e non solo di quelli istituzionalmente preposti al servizio o degli specialisti. Si esce, almeno teoricamente, dalla cosiddetta *trappola della competenza*²⁴ che impedisce la diffusione dell'attenzione relegandone l'onere solo ad alcune categorie professionali considerate competenti il cui intervento, tuttavia, deve fare i conti con le risorse umane a disposizione.

Essendo queste, in genere, ridotte ai ruoli sanitari, psicologici ed educativi, l'attenzione concretamente realizzabile risulta puntiforme e discontinua e, come tale, inefficace.

L'allargamento a tutte le categorie professionali implica il coinvolgimento anche agli operatori di polizia penitenziaria che, per

24 Lippi A., Morisi M., *Scienza dell'Amministrazione*, Il Mulino, Bologna, 2005.

la loro continua contiguità con i detenuti, rappresentano importanti figure di riferimento. Ma, così raccomandava la direttiva in questione, il coinvolgimento di tutti gli operatori, per poter risultare uno strumento efficace di prevenzione ed intervento, doveva poter generare e fruire della circolarità e di uno scambio di informazioni e segnalazioni tra quelli coinvolti.

Rispetto al coinvolgimento si giunse a ritenere “molto utile anche un coinvolgimento degli stessi detenuti, i quali potrebbero essere in qualche misura interessati e responsabilizzati nel seguire e nel segnalare la situazione di qualche compagno eventualmente a rischio”.

Anche questa fu una innovazione di non secondaria importanza che, come vedremo, ha precedenti applicazioni interessanti. La circolare del 2000 riprese e rimandò ai concetti e alle raccomandazioni delle linee guida del 1998 e ne aggiunse altre, anche queste di estremo interesse.

Ad esempio sottolineò che l’operatività doveva evitare “prassi stratificate nel tempo e logiche di routine che sovente ingenerano o acuiscono, specie in soggetti al primo ingresso o nei più giovani e meno temprati sensazioni di solitudine, d’insensibilità e di abbandono”. Si tentò di incidere, in questo modo, sulle pratiche di prevenzione marcatamente routinarie e istituzionalmente auto difensive che, come tali, vengono percepite dalle persone che vi sono soggette, tentando di dotarle di quella attenzione ed umanità che differenzia un approccio empatico da uno sterilmente burocratico e adempimentale.

A questo fine e sull’onda della preoccupazione che l’intervento del servizio nuovi giunti rimanesse fine a se stesso e non si riducesse alla mera individuazione e classificazione di rischio, si raccomandò una *effettiva presa in carico* sia da parte del personale di custodia sia, soprattutto, degli operatori trattamentali e sanitari e, in particolare tra questi ultimi, quelli psichiatrici.

Si precisò che la presa in carico si sostanziava in un “adeguato ed individualizzato trattamento con il coinvolgimento di tutti gli operatori, il volontariato, le famiglie e i compagni di detenzione.

Nel 2007 l’Amministrazione emanò nuove linee guida²⁵ riguardanti le *procedure di accoglienza* per le persone provenienti dalla libertà.

²⁵ Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria – Direzione Generale Detenuti e Trattamento, lettera circolare n° 0181045 del 6 giugno 2007, *I detenuti provenienti dalla libertà: regole di accoglienza*.

Le nuove disposizioni non abolirono il vecchio servizio nuovi giunti e anzi, raccogliendone il testimone, lo potenziarono laddove presente.

Venne istituito un *servizio di accoglienza* in tutti gli istituti presenti sul territorio nazionale, anche in quelli laddove il servizio nuovi giunti non era stato strutturato dalla circolare del 1987.

Le direttive fecero espressamente riferimento al fatto che negli anni erano intervenute modifiche legislative importanti che avevano trasferito la competenza sanitaria dall'Amministrazione Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale.

Alla luce di tale innovazione le direttive auspicavano stabili raccordi tra carcere e territorio anche rispetto alla prevenzione dell'autolesionismo e dei suicidi. Nel nuovo impianto rimaneva ferma la convinzione che i primi momenti della detenzione dovevano essere considerati tra i più delicati. Al fine di prevenire i rischi suicidari connessi il servizio in questione si poneva l'obiettivo di segnalare ai detenuti, al momento dell'ingresso, la possibilità di avere operatori con cui instaurare un dialogo, di informarli delle regole della vita interna, di accertare e trattare tempestivamente gli stati di disagio psicologico, o le patologie fisiche o psichiatriche sussistenti. Si prevede la riorganizzazione di apposite *sezioni di accoglienza* che riecheggiano le già abolite sezioni nuovi giunti.

In sintesi queste sezioni, separate da quelle ordinarie, dovevano essere dotate di un maggiore comfort, possibilmente situate in prossimità delle infermerie o dei centri clinici e tutti i detenuti in ingresso dovevano esservi allocati anche se, pure in questo caso, si delinea un profilo delle persone ritenute a maggiore rischio.

Tali dovevano essere considerati i soggetti alla prima esperienza detentiva, i giovani che transitano dagli istituti minorili al compimento della maggiore età e coloro i quali affrontano una detenzione dopo molto tempo da una precedente carcerazione.

Le prescrizioni imponevano che la permanenza nelle sezioni di accoglienza non potesse protrarsi oltre un certo limite, fissato convenzionalmente in una settimana, e che in questo periodo si dovesse garantire, nella misura più ampia consentita, la permanenza fuori dalla cella per fruire di aria aperta e socialità con altri detenuti se non a diverso avviso dell'Autorità Giudiziaria.

Con questa circolare si costituì anche uno *staff di accoglienza*

multidisciplinare al quale veniva affidato il compito di “prendere in carico” i detenuti nuovi giunti. Dall’analisi della direttiva si evince che la composizione di tale staff riunisce tutte le figure professionali di vertice dell’istituto (il direttore, il medico incaricato, il capo dell’area educativa, il comandante del reparto di polizia penitenziaria) e quelle a carattere specialistico, sia interne che esterne (l’infermiere, lo psicologo, lo psichiatra, gli operatori del Ser.T., gli assistenti sociali, i mediatori culturali e sociosanitari) ai quali si aggiungono gli i volontari “con specifiche qualifiche”.

Scompare l’indicazione dell’impiego dei *peer supporter* che, come abbiamo visto, era stata accennata più volte nelle direttive degli anni precedenti.

La stessa direttiva riconosce che molte delle figure professionali previste non risultano inserite nell’organigramma e pertanto si invitano le direzioni a richiedere alle Aziende Sanitarie Locali e agli Enti Locali competenti territorialmente, la disponibilità a garantire l’impiego delle professionalità necessarie.

Con il senno del poi possiamo dire che queste indicazioni appaiono controverse perché presuppongono disponibilità, esterne ed interne, di risorse economiche ed umane in gran parte ipotetiche.

Non è l’unica criticità. La permanenza all’interno delle sezioni di accoglienza, e la stessa possibilità di accedervi, è legata al livello di sovraffollamento e a quello relativo all’intasamento dei processi di mobilità interna e, se questi risultano elevati, il rischio di rimanervi a lungo o non entrarvi affatto è decisamente alto.

Per quanto riguarda le funzioni e l’operatività dello staff di accoglienza, si prescrive che si riunisca periodicamente per determinare le linee operative, ovvero gli viene assegnato un ruolo di programmazione con riferimento alla ricerca delle migliori soluzioni trattamentali ma, allo stesso tempo, viene incaricato anche della “presa in carico” delle persone in ingresso. Quest’ultima funzione si configura su due livelli.

Il primo coincide con le funzioni del vecchio servizio nuovi giunti, ovvero con lo *screening* dei rischi auto ed etero aggressivi e del disagio psichico o dei quadri patologici sia fisici sia mentali.

Il secondo livello è essenzialmente diretto a fornire informazioni sui diritti esigibili nel corso della detenzione e i servizi a disposizione, e contatti con gli operatori interni ed esterni.

È opportuno riportare la sintesi delle finalità e degli strumenti così

come riportate dalla circolare. Secondo queste indicazioni il servizio di accoglienza deve occuparsi della "scelta dell'allocazione più confacente ai bisogni del detenuto nuovo giunto; riduzione dell'impatto con la realtà carceraria e delle tensioni che possono verificarsi alla prima esperienza detentiva; osservazione immediata, diretta e congiunta della persona detenuta da parte di operatori delle diverse aree del carcere; approfondimento diagnostico, promozione di richiesta di cura, attivazione di immediati interventi di sostegno, progettazione concordata di uno schema di massima a medio – lungo termine degli interventi sanitari, sociali, psicologici, educativi, formativi di cui il detenuto può usufruire".

Rispetto agli strumenti e alle procedure da adottare le indicazioni sottolineano un approccio caratterizzato dalla *differenziazione multiprofessionale e specialistica*. In questo senso si elencano: "colloqui quotidiani con lo staff, il Ser.T. per i tossicodipendenti, i mediatori culturali per gli extracomunitari, gli infettivologi per i sieropositivi, il servizio psichiatrico per le patologie ad esso attinenti, gli educatori per la parte di competenza mentre l'agente di polizia penitenziaria, l'infermiere, il medico del servizio e lo psicologo possono rappresentare l'elemento unitario di raccordo tra tutti gli operatori. A tal scopo sono quindi necessari momenti di incontro (riunioni di équipe) ed anche momenti guidati di gruppo con i detenuti". Grande attenzione viene posta ai bisogni primari del detenuto in ingresso ai quali la direttiva impone una risposta immediata.

Si prescrive che si garantiscano la possibilità di ottenere del cibo e di lavarsi adeguatamente, a prescindere dal momento dell'ingresso in istituto.

Rispetto ad altre esigenze quali la possibilità di contattare telefonicamente o di effettuare colloqui con i propri familiari e conviventi, questa deve essere favorita fatta salva l'eventuale autorizzazione dell'Autorità Giudiziaria.

Si delinea anche la costituzione di un *centro di ascolto* che nell'ambito della sezione di accoglienza curi il sostegno morale e/o materiale, genericamente affidato ad operatori di tutte le aree con il compito di realizzare e garantire la soluzione di problemi familiari o personali ingenerati dalla cesura repentina con la vita libera e le sue relazioni, i bisogni materiali e di prima necessità, quali il vestiario e il materiale per l'igiene personale, l'assistenza ai bisogni legati allo status di straniero ed, infine, il sostegno di carattere psicologico.

L'impianto descritto, se da un lato è chiaro negli obiettivi che si pone non lo è altrettanto rispetto a quello più operativo.

In particolare non è ben chiara la titolarità del coordinamento degli interventi che oscilla dallo staff nell'ambito delle riunioni periodiche, ad alcune figure particolari a livello operativo. Si coglie, inoltre, una certa discrasia tra il livello di dettaglio delle disposizioni generali e le oggettive difficoltà operative in cui si trovano gli istituti penali italiani che avrebbero più opportunamente consigliato, viceversa, linee guida più adattabili ai vari contesti operativi.

Termini e procedure, infatti, non tengono conto del grande *turnover* degli ingressi²⁶, delle effettive risorse umane e finanziarie a disposizione e dello stato di reale concretizzazione del passaggio delle competenze sanitarie dal sistema penitenziario a quello della sanità nazionale.

L'intervento, nel suo complesso, appare molto concentrato alla prima fase della detenzione ma non al suo seguito, che, salvo qualche cenno, non viene esaminato.

In ultimo è da segnalare una importante innovazione. La direttiva, infatti, chiede alle Direzioni Generali competenti in materia di formazione di predisporre specifiche attività formative rivolte a tutto il personale coinvolto con particolare riferimento alle tematiche relative al rischio autolesivo o suicidiario. Il sempre più grave sovraffollamento e la presunta correlazione tra questo fenomeno e il suicidio, da più parti evocata, determina l'Amministrazione a riprendere l'argomento due anni dopo²⁷. Nella circolare che venne elaborata si passano in rassegna una parte delle criticità messe in evidenza nel commento della circolare che istituisce lo staff di accoglienza e che preoccupano rispetto all'adeguatezza delle risposte e degli strumenti di prevenzione adottati. Carenze di vario genere vengono esaminate, dagli spazi agli organici, così come si accenna al difficile processo di transito della medicina penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale.

Si fa leva sull'aspetto "qualitativo" delle risorse e sulla necessità di

26 Rispetto al grande *turnover* che caratterizza il sistema penitenziario italiano si veda, in particolare, Sidoni E., "Le detenzioni di brevissima durata" in *Le due città*, 6, IX, 2008; il contributo evidenzia, con riferimento al 2007 ma il dato è tuttora valido che delle 94.237 persone che hanno fatto ingresso circa 29.000, pari al 32% del totale, sono state rimesse in libertà entro i tre giorni successivi.

27 Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Direzione Generale Detenuti e Trattamento, circolare n° 3620/6070 del 6 luglio 2009, *Avvento della stagione estiva e conseguenti difficoltà derivanti dalla condizione di generale sovraffollamento del sistema penitenziario. Tutela della salute e della vita delle persone detenute o internate.*

sopperire, con esso, alle carenze quantitative attraverso nuove formule organizzative, sul grado di radicamento della cultura professionale e su un modello operativo fondato sul lavoro di gruppo per obiettivi in chiave progettuale e multidisciplinare.

Alla luce di tali premesse si chiede ai Provveditori di accertare che tutte le direzioni abbiano formalmente regolato il servizio di accoglienza e l'attività dello staff multidisciplinare e abbiano esteso le procedure di attenzione e tutela anche a tutti i detenuti che nel corso della detenzione, a prescindere dal momento dell'ingresso, abbiano evidenziato una qualche forma di disagio legato alla propria condizione che possa preoccupare dal punto di vista del rischio suicidiario, così come raccomandato in una direttiva di qualche mese prima²⁸. In queste raccomandazioni stanno le preoccupazioni per la tenuta del sistema e non a caso si insiste sulla necessità di concordare con i servizi sanitari delle A.S.L. competenti territorialmente interventi integrativi e migliorativi anche attraverso la stipula di convenzioni.

La suddetta preoccupazione, derivante dalla consapevolezza della limitatezza delle risorse a disposizione, spinge l'Amministrazione a proporre direttive tese ad "assorbirne" altre in modo da permettere quella auspicata "discreta ma capillare osservazione finalizzata ad individuare quei soggetti che necessitano di più attenti interventi sanitari e trattamentali". In tal senso si impartiscono direttive in modo che le direzioni predispongano progetti da proporre alla Cassa delle Ammende per il sostegno finanziario.

Per altro verso si raccomanda che le attività di sostegno nei confronti dei soggetti a rischio siano effettuate con il coinvolgimento del *Gruppo di Osservazione e Trattamento*, ovvero dell'équipe di osservazione e trattamento allargata a tutti i soggetti che collaborano al trattamento (educatori, operatori di polizia penitenziaria, assistenti sociali, esperti, insegnanti, volontari, ecc.) coordinati dall'educatore. Quest'ultima raccomandazione introduce, così, un terzo livello organizzativo, dopo il servizio nuovi giunti e lo staff di accoglienza multi-professionale, con il rischio evidente di ingenerare confusione atteso che molti degli operatori che li compongono, infatti, si sovrappongono senza, tuttavia, collimare esattamente e il coordinamento di detti modelli organizzativi

²⁸ Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Direzione Generale Detenuti e Trattamento, nota n° 434312 del 18 dicembre 2008, *Prevenzione dei suicidi e tutela della vita e della salute delle persone detenute e/o internate*.

è differente nei vari casi. Tornando alla circolare del 2009, si ribadisce che l'efficacia degli interventi passa necessariamente attraverso uno *screening* che eviti il livellamento verso l'alto del giudizio di rischio dei detenuti esaminati che comporta l'incremento dei soggetti in carico e, di conseguenza, l'appiattimento e la superficialità dell'intervento multidisciplinare. È una raccomandazione che riprende concetti già espressi nel 1988 in relazione alle attività del servizio nuovi giunti. Si chiede anche ai Provveditorati Regionali di accertare che le direzioni abbiano compiutamente disciplinato i cosiddetti regimi di sorveglianza intensificata (grande, grandissima, a vista) evidenziando, in tal modo, il fatto che la competenza organizzativa è da individuarsi nel livello decentrato degli istituti. Si chiarisce che tali misure cautelative "non devono esaurirsi solo in una maggiore frequenza dei controlli della Custodia lungo le sezioni detentive o in altri ambienti interessati alla permanenza all'aperto o alla socialità dei ristretti. La migliore efficacia dei singoli regimi, infatti, presuppone un'azione di impulso e di raccordo del Gruppo di Osservazione e Trattamento finalizzata alla predisposizione di piani di intervento in grado di attivare la Polizia penitenziaria, gli operatori dell'area psico-socio-educativa, il personale sanitario e gli assistenti volontari per dar vita, in modo integrato e coordinato, ad idonee valutazioni nella scelta dell'ubicazione detentiva, ad utili approfondimenti dell'osservazione della personalità, a programmi mirati di tipo diagnostico-terapeutico (con eventuale coinvolgimento del Ser.T.) alla intensificazione dell'opera di sostegno o di riabilitazione dei destinatari dei singoli regimi".

È interessante l'accento alla necessità che le direzioni debbano procedere "ad un attento esame degli eventi critici che si verificano negli istituti". In questo caso la direttiva è finalizzata a prevenire il pericolo di intossicazioni dovute all'assunzione, da sole o mescolate a bevande alcoliche, di eccessive quantità di farmaci e psicofarmaci ma deve farsi notare che già nel 2003 l'U.M.E.S. aveva proposto al Capo del Dipartimento di impartire disposizioni alle direzioni affinché dopo ogni evento suicidiario fosse compilata una scheda di rilevamento all'esito di un momento di riflessione multi-professionale guidato dal direttore dell'istituto²⁹.

²⁹ Relazione conclusiva del Direttore dell'Ufficio Studi Ricerche Legislazione e Rapporti Internazionali sull'attività dell'U.M.E.S relativa all'anno 2002.

Si trattava di un vero e proprio *debriefing* avente il duplice scopo di ottenere dati certi ed omogenei, come tali trattabili statisticamente, e nel contempo aiutare il gruppo degli operatori locali a riflettere sulla dinamica dell'evento occorso e sulla possibilità di prevenirlo. Tornando al commento della circolare, in essa si rileva la decisione di ribadire concetti e pratiche finalizzate a garantire il soddisfacimento dei bisogni primari e degli "spazi vitali", quali le attività trattamentali e di intrattenimento, i colloqui con i familiari e gli operatori.

Pochi mesi dopo queste ultime direttive, registrando un incremento del numero dei suicidi seppur "in misura direttamente proporzionale all'aumento della popolazione detenuta", l'Amministrazione sente il bisogno di tornare sulla questione³⁰. Nelle nuove disposizioni si indicano due variabili che si ritengono in grado di condizionare l'andamento dei gesti autolesionistici e suicidari: l'impatto con il carcere nei primi periodi della detenzione e il sovraffollamento che rende difficile assicurare interventi immediati e puntuali.

Nelle considerazioni che si accompagnano si evidenzia che la valutazione iniziale del rischio, così come il sostegno in itinere scontano, in termini di mancata efficacia, la scarsità delle risorse umane specialistiche, in particolare "nelle ore pomeridiane, serali e notturne in cui più di frequente si verificano gli eventi a maggiore criticità". Sulla base della constatazione che il supporto umano è spesso, di fatto, delegato al personale di polizia a presidio dei reparti detentivi, che costituisce "una risorsa utilmente spendibile e tale da assicurare ogni intervento di sostegno diretto ed immediato", si danno indicazioni per la costituzione di un *servizio di ascolto* "composto da personale di polizia penitenziaria e dell'area educativa, ed integrato da appartenenti al volontariato" .

Nella direttiva si specifica che tale servizio avrà il compito di soccorrere il detenuto nelle situazioni di imminente criticità attraverso l'individuazione delle problematiche scatenanti il disagio e l'attivazione delle misure d'urgenza del caso. Il dettaglio operativo viene tuttavia rimandato a successive linee guida e la circolare termina con la previsione di percorsi formativi per il personale che sarà incaricato di tale servizio.

L'exkursus delle direttive si completa con una lettera circolare emanata

³⁰ Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Direzione Generale Detenuti e Trattamento, nota n° 32296 del 25 gennaio 2010, *Emergenza suicidi: Istituzione unità di ascolto di polizia penitenziaria*.

nell'aprile del 2010³¹ che inizia con il sottolineare che tra i compiti dell'Amministrazione rientra quello di "contenere il disagio esistenziale dei soggetti privati della libertà personale ed a prevenire il compimento di atti autoaggressivi". In queste parole si ritrova l'approccio generalista dell'O.M.S. che, come abbiamo visto, classifica tutti i detenuti come persone a rischio per il solo fatto di vivere una condizione coatta. Sembrerebbe di essere usciti dalla concezione del rischio quale condizione individuale derivante dall'impatto con il carcere per entrare, viceversa, in un ambito di natura situazionale. Tuttavia le misure che vengono indicate si inseriscono nel solco tracciato nel ventennio precedente e, in tal senso, non abrogano o modificano le circolari precedenti che vengono richiamate e confermate. Si ritrovano, così, tutte le indicazioni relative all'accoglienza all'ingresso che continua ad essere visto come il "momento di maggior rischio", così come alcune categorie di detenuti, per la loro presunta fragilità, vengono ancora indicati come soggetti a rischio, come le persone dipendenti da sostanze psicotrope o affette da patologie psichiatriche o nuove all'esperienza detentiva. Per questo motivo si fa riferimento allo staff multidisciplinare per l'accoglienza e alla tempestività degli interventi e della presa in carico. Il volontariato viene più volte citato per il ruolo di sostegno umano e materiale che può svolgere, così come, in relazione alle patologie psichiche, si sollecita che vengano poste tutte le condizioni affinché le A.S.L. attuino gli interventi di loro spettanza. Al di là di queste considerazioni gran parte della direttiva è dedicata al miglioramento dei contatti *de visu* e per via telefonica tra il detenuto e la sua famiglia, il mondo esterno e la difesa e quindi alla necessità di fornire, soprattutto nelle prime fasi della detenzione, informazioni relative alla vita e alle regole intramurarie e alla vicenda giuridica ma anche delle opportunità offerte dal volontariato, dai servizi sanitari interni e sulle attività progettuali in atto. Si sottolinea l'importanza che il personale con cui si relaziona il detenuto "si faccia parte attiva nel recepire segnalazioni circa la sussistenza di eventuali problemi di tipo pratico che lo affliggono" e viene fortemente sottolineata la necessità di adottare, anche sperimentalmente, tutte le misure progettuali ed organizzative per garantire i momenti di affettività tra detenuti e familiari.

31 Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Direzione Generale Detenuti e Trattamento, lettera circolare n° 177644 del 26 aprile 2010, *Nuovi interventi per ridurre il disagio derivante dalla condizione di privazione della libertà e per prevenire i fenomeni auto aggressivi.*

Modelli di suicidio

La rinuncia al *profiling suicidiario*, oltre che tener conto delle raccomandazioni del succitato Comitato Nazionale di Bioetica, scongiura il rischio di attivare nella quotidianità una selezione stereotipata di soggetti a rischio, condotta attraverso griglie di caratteristiche che possono generare una inflazione di falsi positivi che, di conseguenza, possono venire sottoposti a regimi cautelari di per se stessi stressanti e penalizzanti, più finalizzati all'autotutela istituzionale che a quella personale. Viceversa la scelta di approfondire gli elementi critici della condizione detentiva rispecchia maggiormente le indicazioni dell'O.M.S. e consente di uscire dall'intervento singolo, emergenziale e routinario per invece entrare in un mondo di soluzioni organizzative di ampio respiro. In prima battuta possiamo dire che le soluzioni di cui sopra debbono essere finalizzate a diffondere maggiore attenzione e cura in genere. Tra l'altro una siffatta politica è in grado di generare risultati potenzialmente migliori rispetto a quelli ordinariamente ottenuti e non solo dal punto di vista della prevenzione del suicidio e dell'autolesionismo perché, per inciso, investire in tal senso significa investire sul benessere complessivo del sistema penitenziario, amministrazione compresa.

Ma per intraprendere questa via, pur nella consapevolezza di non poter far riferimento ad una teoria generale sul suicidio, riteniamo sia necessario riflettere sui modelli interpretativi del fenomeno. Nel tempo gli studi effettuati si sono spostati dalla ricerca dell'eziologia endogena e patologica a quella di natura esogena. Quest'ultimo approccio si caratterizza per l'approfondimento delle variabili d'ordine sociale ed istituzionale legate alle condizioni materiali ed ambientali delle strutture di reclusione. Tale orientamento favorisce il proposito preventivo proprio perché si concentra su fattori che possono essere oggetto di cambiamenti organizzativi generali contro, viceversa, gli approcci focalizzati sui quadri clinici individuali che richiedono invece interventi clinici mirati. Tornando alla riflessione teorica riteniamo opportuno iniziare le nostre considerazioni partendo dall'approfondimento relativo al rapporto tra il suicidio e gli altri comportamenti autolesivi svolto da Caglio e Piotti³² i

³² Caglio F., Piotti A., *L'autolesionismo in carcere: analisi del fenomeno e rapporti con il suicidio*, www.amicocharly.it, 2007.

quali hanno coniato una definizione di suicidio particolarmente efficace. Secondo questi Autori il suicidio rappresenta “una uscita attraverso la morte, un atto di fuga, mentre l’automutilazione è il tentativo di tornare ad uno stato di normalità, un atto patologico di rigenerazione”.

Da questo punto di vista, quindi, il suicidio sarebbe il gesto di una persona che, di fronte ad una *sofferenza emotiva* così angosciante da non più sopportarsi, non vede altre alternativa che annullare tale sofferenza sopprimendo la propria esistenza che la contiene.

Si differenzierebbe dal resto dei comportamenti autolesivi per l’intensità dell’angoscia.

Livelli di minima intensità lascerebbero al protagonista la possibilità di ovviarvi attraverso una lesione auto inferta che produrrebbe così una decompressione psicologica di quello stato stressante³³ ripristinando così un nuovo equilibrio, almeno temporaneo.

In questi casi l’automutilazione non sarebbe espressione di un pressante ed inderogabile impulso di fuga da una vita percepita come dolorosa ed insostenibile ma, viceversa, uno scarico emotivo e funzionale rispetto ad una situazione stressante e contingente. Nel caso dei suicidi Caglio e Piotti parlano di veri e propri *stati di morte emotiva* per descrivere le condizioni di angoscia che ne fanno da sfondo.

Nel già citato studio effettuato dall’allora Direzione Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena³⁴, Giuseppe di Gennaro constatava come ci fosse unanime accordo in letteratura nel ritenere che la volontaria auto soppressione fosse interpretata come la soluzione, per quanto abnorme ed aberrante, ad un conflitto vissuto con una tale intensità da superare e travolgere l’istinto di conservazione.

Baccaro e Morelli tornano sulla questione dei rapporti e delle differenze tra il suicidio e gli altri comportamenti autolesivi³⁵ proponendo l’elencazione delle caratteristiche più comuni alla maggior parte dei suicidi, individuate da Shneidman³⁶ e successivamente sviluppate da Pattison e Kahan³⁷, ed è significativa la corrispondenza tra le loro

33 Gonin D., *Il corpo incarcerato*, E.G.A., Torino, 1994.

34 Direzione Generale per gli Istituti di Prevenzione e di Pena, *Il suicidio nelle carceri. Indagine preliminare sui suicidi consumati e tentati dal 1960 al 1969*, Quaderni dell’Uffici Studi e Ricerche della Direzione Generale per gli Istituti di Prevenzione e di Pena, Ministero di Grazia e Giustizia, n. 11, Mantellate, Roma, 1976.

35 Baccaro L., Morelli F., *Il carcere: del suicidio ed altre fughe*, op. cit.

36 Shneidman E.S., “The componens of suicide”, *Psychiatric Annals*, 6, 51 - 66, 1976.

37 Pattison E.M., Kahan J., “The deliberate self-harm syndrome”, *American Journal of psychiatry*, 140, 867 - 872, 1983.

indicazioni e quelle più sopra riportate. Sintetizzando il loro punto di vista il suicidio sarebbe stimolato da un dolore insopportabile e ineliminabile generato da un evento stressante e frustrante sopportato per lungo tempo.

In tal caso la morte appare come l'unica soluzione per far terminare il dolore, in modo permanente, una vera e propria fuga definitiva dalla sofferenza. Se da un lato l'elemento scatenante sarebbe un profondo senso di impotenza, dovuta ad una percepita assenza di speranza, l'azione assumerebbe le dimensioni di una comunicazione ambivalente di un soggetto che da un lato desidera porre fine alla propria vita ma che, nel contempo, spera che qualcuno possa salvarlo.

Tale azione sarebbe agita, tuttavia, in uno stato cognitivo denotato da grande rigidità che precluderebbe vie d'uscita e che di fatto negherebbe ed interromperebbe la comunicazione stessa.

Più in generale è interessante l'affermazione che gli Autori fanno con riguardo al fatto che il suicidio all'interno del carcere deve essere visto "anzitutto come una scelta simile a quella che talora compiono gli uomini liberi, perché il suicidio appartiene alla storia dell'uomo, dentro e fuori le prigioni". Tutte queste riflessioni vengono approfondite e sistematizzate da Silvia Ubaldi³⁸ in un importante contributo che si fonda sullo studio dagli atti formali e del materiale allegato alle relazioni di servizio redatte dal personale in occasione dei suicidi avvenuti tra il 1992 e il 1996 negli istituti penali di Prato, Pistoia e Firenze – Sollicciano.

Il percorso teorico compiuto e i risultati ottenuti sono particolarmente interessanti perché consentono l'elaborazione di una *mappa dei tipi ideali di suicidio in carcere* che, nelle intenzioni della Ubaldi, dovrebbe cercare di comprendere il senso dei singoli casi attraverso l'etichettamento ufficiale operato dallo staff penitenziario.

L'Autrice svolge il suo lavoro partendo dai processi di etichettamento ufficiale operato dallo staff e si dice convinta, e noi aderiamo a tale convinzione, che il trovare questo senso abbia anche una utilità in termini di prevenzione perché ci aiuta a comprendere quanto, nel singolo caso, prevalga il fattore esogeno – ambientale e quanto, viceversa, quello endogeno – individuale.

38 Ubaldi S., *Il suicidio in carcere*, [http://dex1.tsd.unifi.it/altro dir.](http://dex1.tsd.unifi.it/altro_dir.), 1997.

Capire questo e carpirne i segni premonitori può significare la possibilità di programmare le azioni cautelari e preventive più opportune. Il punto di partenza dell'analisi della Ubaldi sono le considerazioni di Page³⁹ relative al modo in cui l'organizzazione penitenziaria e i suoi componenti etichettano i tentativi di suicidio, riusciti o meno che siano. Secondo questo Autore se l'atto non lascia dubbi rispetto all'adeguatezza dei mezzi e dei modi posti in essere, il gesto è interpretato come frutto di una patologia mentale; se, invece, mezzi e modi non paiono perfettamente idonei questo fa sorgere il convincimento di trovarsi di fronte ad una simulazione e questa viene interpretata come una devianza disciplinare.

In un caso come l'altro il suicidio in ambito penitenziario sarebbe vissuto come una forma di devianza rispetto ad una normalità psichica o comportamentale.

L'introduzione di questo canone interpretativo consente alla Ubaldi di far riferimento alle teorie sulla devianza per giungere, in termini weberiani, alla costruzione di un sistema di tipi ideali di suicidi.

Dalla categorie mertoniane in tema di comportamenti devianti in ambito sociale estrae, in particolare, quelle dei *ribelli* e quella dei *rinunciataria*. I primi tendono a sfogare il carico di tensione ed aggressività, accumulata per la frustrazione generata dall'inadeguatezza tra i fini culturalmente prospettati e i mezzi, concretamente dati ed insufficienti, attraverso l'eteroaggressività. I secondi, di fronte al medesimo senso di frustrazione, reagiscono passivamente rinunciando sia ai mezzi che alle mete, rifugiandosi nell'evasione.

Il richiamo a queste categorie comportamentali è utile all'Autrice per introdurre due tipi ideali di suicidi. Il *ribelle* risponderebbe aggressivamente alla frustrazione attraverso l'*acting out* contro se stesso anche se, in realtà, la realizzazione concretizzerebbe idealmente un progetto etero - aggressivo, mentre il *rinunciataria* risponderebbe in maniera anagressiva attraverso l'introversione dell'aggressività.

Nel primo caso il soggetto all'aggressione psicologica, sentendosi rifiutato, oppresso dall'odio e dal senso di rivalsa, reagisce ponendo in essere una esasperata forma di protesta aggredendo simbolicamente gli altri attraverso l'aggressione a se stesso.

³⁹ Page S., "Suicide and total institution", in *Deaths in custody: international perspectives*, Whiting & Birch Ltd, London, 1994.

Nel secondo caso il suicida, viceversa, subisce passivamente l'aggressività esterna senza reagirne ma assecondando passivamente l'infausto destino ponendo alla fine termine alla propria vita.

Creata la dicotomia tra introversione ed estroversione dell'aggressività della condotta, Ubaldi riprende da Baechler⁴⁰ i possibili significati degli atti suicidari. Secondo quest'ultimo Autore esistono almeno otto differenti possibili significati del gesto suicida, che riassumono i punti salienti delle principali teorie psicoanalitiche sull'argomento:

- Il *significato di fuga*. Il soggetto con il suicidio cerca di fuggire da una situazione sentita come insopportabile.
- Il *significato di lutto*. Ci si priva della propria vita in conseguenza della perdita, reale o immaginaria, di un effettivo elemento della personalità o dell'ambiente che ci circonda.
- Il *significato di castigo*. Ci si uccide per espiare un proprio errore o colpa reale o immaginaria.
- Il *significato di delitto*. Il suicidio diventa strumento per trascinare con sé, nella morte, un'altra persona.
- Il *significato di vendetta*. Il soggetto si toglie la vita per provocare il rimorso altrui o per infliggere il segno dell'infamia.
- Il *significato di richiesta e di ricatto*. Il suicida in questo modo fa pressione sull'altro, ricattandolo.
- Il *significato di sacrificio e di passaggio*. Ci si uccide per raggiungere un valore o una condizione considerata superiore.
- Il *significato di ordalia di gioco*. È una sorta di sfida al destino, la messa in gioco di se stessi, in modo da rimettere la scelta tra la vita e la morte ad una entità metafisica.

Silvia Ubaldi incrocia i significati di Baechler con le categorie attive e passive della devianza, tralasciando il significato di ordalia e gioco e quello di sacrificio e di passaggio.

L'incrocio disegna quello che l'Autrice ha definito la mappa dei significati del suicidio carcerario che, con qualche lieve modifica, riportiamo di seguito (fig.1) e che, ella stessa avverte, non deve essere intesa in rigidi termini classificatori ma, più semplicemente, in senso euristico e finalizzato ad una lettura più ordinata dei singoli casi.

40 Baechler A., *Les suicides*, Gallimard, Paris, 1989.

Fig. 1-Mappa dei significati del suicidio carcerario		
	Carattere / Emotività	
	Suicidio aggressivo Etero aggressivo Devianza attiva Suicidi ribelli	Suicidio anaggressivo Auto aggressivo Devianza passiva Suicidi rinunciatari
Significato del suicidio	Protesta / Appello Delitto / Vendetta Minaccia / Ricatto	Castigo Lutto Fuga
Fonte: Ubaldi S., <i>Il suicidio in carcere</i> , 1997.		

I fattori di resilienza al suicidio

Esplorati i modelli teorici che abbiamo valutato tra più utili ai fini del presente contributo, che inquadrano le dinamiche e il senso dei vari tipi di suicidio, si ritiene necessario accennare anche agli elementi che la teoria ha individuato come i più efficaci con riferimento alla resilienza e all'inibizione degli impulsi suicidari.

Baccaro e Morelli raggruppano i fattori di resilienza, utili alla gestione del trauma derivante dall'incarcerazione e alla vita coatta quotidiana, in tre grandi insiemi.

Il primo raggruppa tutti quegli elementi che vertono sul *soggetto stesso inteso come risorsa* ovvero le sue *risorse interiori* e quelle *intellettive* che consentono l'instaurarsi ed il mantenimento di stati di *coping* efficaci, lo *stato di salute pre - carcerazione*, nel senso che una storia di benessere psichico e di non dipendenza sembra essere un fattore prognostico positivo nella gestione del trauma detentivo, *l'ironia*, che consente di affrontare una situazione critica con un grado di

coinvolgimento adeguato per non farsene travolgere, il *coraggio*, inteso come la capacità di investimento affettivo e di responsabilità rispetto ad un progetto autonomo, e la *capacità di sognare*, cioè di proiettarsi in futuro diverso e migliore partendo da un fondato esame di realtà e da un bilancio delle proprie competenze.

Un secondo gruppo ricomprende la *progettualità individuale*, ovvero la *capacità di stare nel qui ed ora*, *l'esame di realtà*, le *attività occupazionali interne all'istituto*, il *permesso di soggiorno per gli stranieri*.

Il terzo insieme di fattori raggruppa le *capacità relazionali e sociali*, ovvero la presenza di *una rete sociale e familiare* e di *risorse civili*, ovvero il sostegno da parte dei propri familiari o di altri soggetti esterni durante e dopo la carcerazione, la capacità e l'opportunità di potersi relazionare con gli altri detenuti e gli operatori nel corso della carcerazione e il possesso di una prospettiva credibile di reinserimento sociale al termine della stessa, e la *disponibilità al cambiamento*.

Ciò che colpisce è che tutte queste categorie sono sovrapponibili a quelle impiegate da Berzano⁴¹ nel descrivere la condizione detentiva nei primi anni '90 e nel dare conto del fatto che il possesso di *risorse individuali e sociali* è determinante nel percorso modificativo della detenzione in ragione delle opportunità interne, lavorative, formative e relazionali, e della possibilità di fruire di misure alternative alla detenzione.

Berzano ebbe modo di dimostrare che a scarse risorse corrispondeva una incapacità complessiva di entrare nella competizione per l'acquisizione delle risorse e, conseguentemente, per la modificazione in termini migliorativi ed alternativi della detenzione.

Nei ragionamenti di Berzano riecheggia il modello interpretativo di Goffman⁴² che, trent'anni prima, aveva coniato il termine *sistema di reparto* per dare conto del fatto che, in ogni istituzione totale, le persone ristrette pongono in essere strategie personali finalizzate a migliorare la propria condizione attraverso percorsi che li portano a trasferirsi dai reparti considerati peggiori dal punto di vista del comfort e delle opportunità che offrono con riferimento al regime di vita, all'occupazione, alle relazioni umane, al grado di libertà di movimento, ecc. Il legame intercorrente tra risorse e strategie migliorative è un elemento

41 Berzano L., *La pena del non lavoro*, op. cit.

42 Goffman E., *Asylums: le istituzioni totali – i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, 1968.

rilevante e lo è tanto più se consideriamo che se ai tempi del lavoro di Berzano l'incidenza delle fasce più deboli della popolazione detenuta venivano valutate pari a circa il 14%, oggi una nuova stima della fragilità umana in carcere ha evidenziato che tale aliquota è salita a circa il 30% del totale mentre le persone che possono contare su risorse e caratteristiche personali utili per l'accesso a misure alternative è ormai pari al 25 – 30% del totale della popolazione detenuta⁴³.

Tale affermazione è corroborata anche dall'analisi storico – penitenziaria che ha recentemente evidenziato come negli anni si sia assistito ad un progressivo aumento delle condizioni di frammentazione e depauperamento della popolazione internata.⁴⁴

Tutto questo rileva anche sul fenomeno che stiamo trattando essendo ormai accertato che l'autolesionismo, nel suo complesso, è legato a variabili di tipo ecologico.

Tali comportamenti, e tra questi il suicidio, oltre alle infrazioni disciplinari, si concentrano in misura macroscopica nei reparti peggiori, segno di una multiforme reattività a condizioni di vita che inducono disperazione e conflitto che possono riverberarsi in pratiche etero o autoaggressive⁴⁵. L'aumento della quotaparte dei ristretti connotati da fragilità lascia intravedere anche l'allargamento della fascia di persone più a rischio e all'ampliarsi dei settori detentivi più degradati e forieri di fare da scenario a dinamiche socio-relazionali anomiche. D'altra parte il fatto che i meccanismi di queste dinamiche istituzionistiche siano ormai noti ci permette di meglio riflettere sulle possibili azioni di prevenzione e di contrasto al fenomeno suicidiario.

Alla ricerca delle situazioni a rischio

Come abbiamo già visto le direttive impartite negli anni hanno, quasi costantemente, delineato un *profilo di rischio* al fine di facilitare l'individuazione dei soggetti considerabili più fragili, soprattutto al momento dell'ingresso in carcere.

La stessa letteratura ha lungamente percorso questo sentiero cercando di cogliere le caratteristiche endogene dei suicidi. Non è certo un caso

43 Buffa P., *Amministrare la sofferenza: logiche dinamiche ed effetti dell'organizzazione penitenziaria*, op. cit.

44 De Vito C.G., *Camosci e girachivi: storia del carcere in Italia*, op. cit.

45 Buffa P., "Il disagio psichico in carcere: un'esperienza presso la casa circondariale di Torino", in *Autonomie locali e servizi sociali*, Il Mulino, Bologna, 1/2003.

anche perché, come nota la Ubaldi⁴⁶, l'organizzazione penitenziaria ha sempre delegato ai medici la trattazione di questo fenomeno.

È per questo motivo che la letteratura specifica, per lungo tempo, è stata prevalentemente costituita da contributi di natura clinica, al punto che si è anche parlato di una sorta di *medicalizzazione* del problema.

Negli ultimi anni, a questo genere di studi, se ne sono affiancati altri d'ordine sociologico, finalizzati a sondare gli aspetti endogeni del fenomeno. Il presente contributo può farsi rientrare in questo filone.

Una questione da sciogliere preliminarmente riguarda l'utilità stessa degli studi, alla luce delle citate indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che, vogliamo ricordare, inserisce tra le categorie a rischio di suicidio l'intera popolazione carceraria proprio per la sua condizione coatta. In tal senso, ricerche ed indicazioni sarebbero superate. Crediamo, tuttavia, che il tentativo di prevedere la volontà suicida meriti comunque una riflessione soprattutto alla luce del fatto che un progetto di prevenzione non può fondarsi sulla generale previsione dell'O.M.S. per evidenti questioni afferenti alle risorse a disposizione e alla loro conseguente organizzazione.

Dal punto di vista metodologico è nostra intenzione sottoporre a riscontro e comparazione alcune delle indicazioni riportate negli studi pregressi e nelle direttive operative dettate, nel corso del tempo, dall'Amministrazione penitenziaria al fine di verificarne l'attualità.

Ad esempio, tra le caratteristiche che sono generalmente considerate, dalle direttive in questione, quali predittive di un possibile comportamento suicidiario vogliamo ricordare la *giovane o giovanissima età*, così come essere *anziani*, l'essere alla *prima esperienza detentiva*, oppure il *rientro nel circuito detentivo dopo molto tempo*, comunque si sottolinea la criticità legata *all'impatto con il carcere nelle prime ore o giorni della carcerazione*. Vengono altresì ritenute molto importanti, l'esistenza di *pregressi tentativi autolesivi o suicidari*, di *quadri depressivi*, o di *disturbi della condotta* in particolare se connotati da *aggressività* o, più in generale, di *quadri psicopatologici*, lo *stato di tossicodipendenza*.

In letteratura alcune di queste caratteristiche vengono riprese e altre se ne aggiungono.

È il caso di un contributo⁴⁷ che tra le altre variabili cita *l'essere in attesa*

46 Ubaldi S., *Il suicidio in carcere*, op. cit.

47 Manconi L., Boraschi A., Voi E., *Così si muore in galera: 2° rapporto sui suicidi nelle carceri romane e italiane*, Associazione a Buon Diritto, <http://www.abuondiritto.it>, 2004.

di giudizio. Rispetto alla posizione giuridica Baccaro e Morelli riportano dati dai quali si evince che gli *internati* si suicidano con un tasso superiore, nell'ordine agli *imputati* e ai *condannati* (rispettivamente 22 su 10.000 contro l'11.9 dei secondi e l'8.4 dei terzi), anche se una ricerca⁴⁸ ha evidenziato che la posizione di imputato è quella a maggior rischio nei primi quindici giorni di detenzione e quella di condannato è comunque a rischio.

Sempre gli stessi Autori, in altro contributo⁴⁹, hanno sottolineato la connessione tra il suicidio e il *sovraffollamento penitenziario* che determina la diminuzione degli spazi, il deterioramento delle condizioni igieniche e delle relazioni interpersonali e con lo staff e, più in generale, la maggiore difficoltà ad accedere alle opportunità trattamentali che sarebbero più "diluite". Anche l'"Osservatorio permanente sulle morti in carcere" pochi mesi fa ha sottolineato questa relazione in un suo studio⁵⁰. Sul punto si deve registrare una documentata e diversa conclusione da parte di Baccaro e Morelli che, viceversa, hanno prospettato la crescita dei suicidi con la sempre maggiore *fragilità personale* dei soggetti che compongono la popolazione detenuta.

Tra questi si citano i *tossicodipendenti* e gli *stranieri*, anche se gli stessi Autori citano una ricerca austriaca dalla quale si evince che in quel paese, dal 1975 al 1999, la maggior parte dei suicidi in carcere era di nazionalità austriaca ed il fatto che i tassi di suicidio tra queste categorie non si discosta proporzionalmente da quello del resto della popolazione detenuta. Baccaro e Morelli⁵¹ riportano, quali fattori di rischio, il fatto di essere *ultraquarantenne*, essere *senza fissa dimora*, aver commesso *reati violenti*, a forte *riprovazione sociale*, diretti contro la propria famiglia, l'essere in *trattamento psicofarmacologico*, essere *socialmente isolati*. Essere sottoposti a regimi di vita interna che comportano l'*isolamento detentivo* viene citato quale fattore di rischio sia dagli Autori su riportati che dall'O.M.S⁵²

48 Tatarelli R., Mancinelli I., Taggi F., Polidori G., "Suicide in Italian Prisons in 1996 and 1997: a descriptive epidemiological study", *International Journal of offender therapy and comparative criminology*, 43, 1999.

49 Manconi L., Boraschi A., "Quando hanno aperto la cella era già tardi perché: suicidi ed autolesionismo in carcere 2002 – 2004" in *Rassegna Italiana di Sociologia*, 1, gennaio – marzo 2006.

50 Osservatorio Permanente sulle morti in carcere su www.ristretti.org, 16 dicembre 2010.

51 Baccaro L., Morelli F., *Il carcere: del suicidio ed altre fughe*, op. cit.

52 Organizzazione Mondiale della Sanità - Management of mental and brain disorders –

Department of mental health and substance abuse – World Health Organization: *La prevenzione del suicidio nelle carceri*, op. cit.

Le *festività*, almeno per Baccaro e Morelli, sono momenti di particolare rischio rimarcando la solitudine e la lontananza dagli affetti e coincidendo con i momenti di maggiore inattività e relazione.

Anche l'ansia determinata dalla *scarcerazione* e dai problemi connessi all'incertezza del rientro nella società libera pare essere un evento scatenante. Se queste sono le indicazioni e le evidenze prodotte dagli studiosi che si sono cimentati pare opportuno andare a verificare la loro tenuta con riferimento ai dati rilevati dalla nostra ricerca, iniziando con una panoramica generale relativa all'andamento del fenomeno.

Anche se in modo poco strutturato, iniziano ad essere disponibili dati e riflessioni sul suicidio in carcere in Italia che coprono alcuni decenni e questo ci ha facilitato nel compito.

Disponiamo, infatti, del già citato studio pubblicato nel 1976 dalla Direzione Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena e riferito al decennio intercorrente dal 1960 al 1969⁵³ e abbiamo potuto analizzare anche studi riferiti al 1997⁵⁴ e agli anni che vanno dal 2002 al 2005⁵⁵.

In ultimo si è fatto riferimento ad un nostro precedente studio che ha trattato l'autolesionismo, nel suo insieme fenomenologico, registrato tra il 2006 e il 2007⁵⁶. Il presente contributo prende in considerazione esclusivamente i casi di suicidio registrati dal 1 gennaio 2008 al 30 aprile del 2010 negli istituti penali per adulti distribuiti sull'intero territorio nazionale.

La registrazione di riferimento è quella avvenuta, a seguito delle comunicazioni di rito effettuate dalle direzioni penitenziarie interessate, all'Ufficio Ispettivo e del Controllo del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria⁵⁷. Partendo dall'elenco nominativo degli autori dei gesti si è provveduto a richiamare i dati a disposizione

53 Direzione Generale per gli Istituti di Prevenzione e di Pena, *Il suicidio nelle carceri. Indagine preliminare sui suicidi consumati e tentati dal 1960 al 1969*, Quaderni dell'Ufficio Studi e Ricerche della Direzione Generale per gli Istituti di Prevenzione e di Pena, Ministero di Grazia e Giustizia, n. 11, Mantellate, Roma, 1976.

54 Tatarelli R., Mancinelli I., Taggi F., Polidori G., "Suicide in italian prisons in 1996 and 1997: a descriptive epidemiological study", op. cit.

55 Pompili M., Ferrara C., Galeandro P.M., Narciso V., Olivieri C., Cecchitelli C., Tatarelli R., "Suicidio nelle carceri: La situazione italiana ed elementi di prevenzione", op. cit.

56 Buffa P., "Alcune riflessioni sulle condotte auto aggressive poste in essere negli istituti penali italiani (2006 – 2007)", in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 2, 2008.

57 A seguito della circolare del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ufficio del Capo del Dipartimento, n° 3590 del 29 settembre 2003, a partire dal 1 gennaio 2004 tutte le direzioni penitenziarie sono tenute a comunicare tutti gli eventi critici che hanno caratterizzato l'operatività quotidiana e, tra questi, tutti gli eventi autolesivi.

relativamente a *tre aree di conoscenza* ritenute essenziali rispetto ad ognuno dei casi in esame.

Le prima riguardante le *variabili personali* d'ordine anagrafico, sanitario, comportamentale e giuridico – penitenziario, raccolti con l'intento di esplorare gli stati personali che possono aver destabilizzato la persona, sfilacciandone il contatto emotivo e sociale con la propria rete affettiva e relazionale.

La seconda riferita al dato strutturale, ovvero alle condizioni del regime detentivo e delle *concrete condizioni di vita* che possono aver contribuito all'instaurarsi di stati di angoscia personale ed, infine, l'area più focalizzata allo studio della *dinamica dell'evento*, al fine di coglierne le concrete modalità di svolgimento.

La scelta delle variabili e dei dati è stata condotta, ovviamente, alla luce dell'ipotesi di fondo che ci guida, ovvero che il rischio che una persona possa suicidarsi nel corso della detenzione è una eventualità che corre lungo tutta la storia detentiva del soggetto e non solo nella prima fase di questa.

Ciò premesso riteniamo che la ricerca di costanti tra le variabili personologiche di queste persone non consenta la possibilità di individuare categorie a rischio al punto da ottenere una capacità predittiva e prognostica efficace ed utile in assoluto nell'attività di prevenzione. Siamo invece convinti che le variabili temporali e personali di cui sopra debbano essere messe in relazione alla capacità organizzativa di aumentare selettivamente l'attenzione migliorando la rete relazionale e di sostegno in modo da diminuire le condizioni di isolamento relazionale e sociale all'interno del carcere.

Le fonti documentali alle quali si è attinto sono state essenzialmente tre. In primo luogo la *banca dati S.I.A.P./A.F.I.S.* (Sistema Informativo Amministrazione Penitenziaria/Automatic Finger Print Identification System) che archivia tutti i dati personali, giuridici e penitenziari che vengono ordinariamente rilevati all'atto dell'ingresso e nel corso dell'intera detenzione.

Rientrano tra questi *l'età*, il *genere*, lo *stato civile*, la *categoria detentiva*, la *posizione processuale*, la presenza di eventuali *carcerazioni pregresse*, i *precedenti comportamenti autolesivi* anche nelle eventuali altre carcerazioni, il numero e i tempi delle eventuali *movimentazioni* da istituto ed istituto e all'interno dello stesso istituto.

In secondo luogo il *fascicolo dell'inchiesta amministrativa*, disposta dopo il fatto, che riporta i presupposti e la dinamica dei fatti e, in ultimo, la stessa *direzione dell'istituto* per completare i dati eventualmente non rilevati dalle altre due fonti.

Dal fascicolo si sono espunti i dati relativi, ad esempio, alla *presenza di lettere di commiato*, le *motivazioni* del gesto eventualmente riportate, l'eventuale stato di *alcool o tossicodipendenza*, la presenza di *disturbi o patologie psichiatriche* nel soggetto e la prescrizione di eventuali *terapie*, la *valutazione di rischio autolesivo* rilevata al momento dell'ingresso, l'adozione di particolari *misure di cautela custodiale* riferite al momento del fatto, lo *stato occupazionale* del soggetto al momento del fatto, la *frequenza dei colloqui* con persone esterne all'istituto, i *trasferimenti* intercorsi prima dell'evento nel corso dell'ultima carcerazione, il *reparto detentivo di allocazione*, la *presenza di compagni* nella cella di destinazione, le *modalità suicidarie* utilizzate, gli *strumenti impiegati*, *l'ora*, il *luogo* in cui è avvenuto, il *luogo del decesso*, il *soggetto che ha scoperto il fatto*.

Terminata la prima raccolta dei dati ci si è poi rivolti alle direzioni degli istituti per integrare quei dati non rilevabili con le altre fonti, ad esempio la frequenza dei *contatti telefonici*, lo *stato disciplinare*, il *tempo intercorso dall'ultimo trasferimento interno*, il tipo di *regime detentivo* del reparto, *l'attività svolta* dal detenuto nel periodo precedente il fatto. I dati sono stati presi in esame singolarmente e, in alcuni casi, tra loro incrociati.

L'andamento nel tempo dei suicidi in carcere

Abbiamo già accennato al fatto che una delle affermazioni più spesso riportate è che l'andamento del suicidio in carcere sia in crescita e, per altro verso, che il rapporto di questo con il tasso di suicidio nella società libera sia nettamente a sfavore per il primo, al punto da poter affermare che il carcere e la sua esperienza possa essere vista come variabile determinante. Sul primo punto, innanzitutto, occorre intendersi su una questione metodologica di non lieve momento già, peraltro, trattata in un altro contributo⁵⁸.

⁵⁸ Buffa P., "Alcune riflessioni sulle condotte auto aggressive poste in essere negli istituti penali italiani (2006 – 2007)", op. cit.

Il tasso d'incidenza dei suicidi è generalmente calcolato in rapporto al numero dei detenuti presenti in un giorno dell'anno.

Ribadiamo che tale opzione non consente una corretta descrizione del fenomeno alla luce del fatto che la popolazione detenuta è notevolmente più fluttuante di quella libera e che, per altro verso, se si intende correlare il suicidio all'esperienza detentiva non si può che far riferimento all'intero gruppo di soggetti che sperimenta tale esperienza nello stesso periodo esaminato.

Chiarito questo aspetto i dati (tab. 1) evidenziano un sostanziale equilibrio nella curva dei tassi che oscilla mediamente intorno a 6.0 casi ogni 10.000 detenuti fatto salvo il dato riferito al 2001 pari a 8.77 casi ogni 10.000 detenuti e quello del 1991 che fece segnare il tasso più basso nell'ultimo ventennio, pari a 3.82 casi ogni 10.000 detenuti.

La letteratura esaminata⁵⁹ riporta tassi notevolmente maggiori e questo è esclusivamente determinato dalla scelta di calcolare il tasso di incidenza sulla base di una popolazione riferita ad un giorno convenzionale.

Baccaro e Morelli riportano i dati che coprono quasi un trentennio calcolando tassi che mediamente si attestano a 11.28 casi ogni 10.000 detenuti con picchi che arrivano ai 17.80 nel 1982, 16.60 nel 1981, 15.10 nel 1987.

Gli Autori fanno altresì rilevare che tali tassi sono decisamente diminuiti in corrispondenza dell'implementazione del servizio "nuovi giunti".

Se nel periodo anteriore il tasso medio risultava pari a 13.18 casi ogni 10.000 detenuti nel periodo successivo tale proporzione è scesa a 10.32 casi.

Tuttavia comparando questi dati con quelli proposti nel presente contributo si scopre un notevole divario a parità di eventi luttuosi.

59 Baccaro L., Morelli F., *Il carcere: del suicidio ed altre fughe*, op. cit.

Tab. 1-Andamento dei suicidi in rapporto al numero degli ingressi (1991 – 2010)			
Anno	Ingressi	Suicidi	Tasso per 10.000 detenuti
1991	75.786	29	3.82
1992	93.328	47	5.03
1993	98.119	61	6.21
1994	98.245	50	5.09
1995	88.415	50	5.65
1996	87.649	45	5.13
1997	88.305	55	6.23
1998	87.134	51	5.85
1999	87.862	53	6.03
2000	81.397	61	7.49
2001	78.649	69	8.77
2002	81.185	52	6.40
2003	81.790	57	6.97
2004	82.275	52	6.32
2005	89.887	57	6.34
2006	90.714	50	5.51
2007	90.441	45	4.97
2008	92.800	46	4.95
2009	88.066	72	8.17
2010	84.641	66	7.79
<i>Fonte: Nostra elaborazione su dati D.A.P. – Ufficio per lo sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato – Sezioni Statistica.</i>			

Rispetto al secondo punto, quello relativo alla maggiore propensione al suicidio tra le persone in carcere rispetto alla popolazione generale,

Manconi si è più volte espresso⁶⁰ evidenziando tassi superiori sino a diciassette volte e Lanza di Scalea ha indicato un rapporto di circa venti volte superiore⁶¹. A titolo di esempio, dalle indicazioni di Manconi, nel 2000 il tasso registrato all'interno era pari a 11.4 per 10.000 detenuti contro un tasso esterno pari a 0.65 casi ogni 10.000 abitanti.

Nel 2001 i dati si allineavano rispettivamente a 12.7 contro 0.67 e l'anno successivo a 10.1 contro 0.65. Manconi e Boraschi⁶², con riferimento alle classi di età comprese tra i 18 e i 44 anni, rilevano una propensione al suicidio cinquanta volte superiore tra l'interno e l'esterno. A nostro parere tale indicazione non tiene sufficientemente conto delle differenze strutturali demografiche e della diversa propensione al suicidio tra le diverse classi di età all'interno e all'esterno del carcere.

Infatti dal primo punto di vista, a titolo di esempio, al 31 dicembre del 2010 l'insieme delle persone detenute che afferivano a tali classi di età erano pari al 73.92% del totale dei presenti⁶³ mentre, alla stessa data, nella popolazione generale tale dato rappresentava il 36.15% del totale. Dal secondo punto di vista, almeno con riferimento ai dati Istat⁶⁴ riguardanti il triennio 2005 – 2007, le classi di età che all'esterno evidenziano una maggiore frequenza di suicidi sono state quelle che vanno dai 45 ad oltre i 65 anni che, come abbiamo visto, sono meno rappresentate nell'ambito della popolazione detenuta.

Nel 2005 il 68.0% dei suicidi all'esterno è stato posto in essere da persone con età superiori ai 44 anni, 68.4% nel 2006 e 68.7% nel 2007. Estrapolando i dati riferiti alle età dall'elenco delle persone decedute in carcere curato dal Dossier "Morire di carcere"⁶⁵, con riferimento esclusivo ai decessi classificati suicidi, nel triennio 2005 – 2007, il 79.6% dei casi è stato posto in essere da persone con età comprese tra i 18 e i 44 anni, in misura quindi pressoché sovrapponibile con la composizione della popolazione detenuta in generale. Un contributo

60 In particolare si veda Manconi L., "Suicidi e atti di autolesionismo: i dati di una ricerca", in *Politica del diritto*, XXXIII, 2, giugno 2002, Manconi L., Boraschi A., Lo Voi E., "Così si muore in galera: secondo rapporto sui suicidi nelle carceri italiane", A Buon diritto – Associazione per le libertà, in www.ristretti.it, 2004 e Manconi L., Boraschi A., "Quando hanno aperto la cella era già tardi perché: suicidi ed autolesionismo in carcere 2002 – 2004" op. cit.

61 Lanza di Scalea I., "Eventi critici: l'emergenza suicidi" in *Antigone*, V, 1, 2010.

62 Manconi L., Boraschi A., "Quando hanno aperto la cella era già tardi perché: suicidi ed autolesionismo in carcere 2002 – 2004" op cit..

63 www.giustizia.it, Strumenti, Statistiche.

64 www.istat.it

65 www.ristretti.it

francese⁶⁶ conforta le nostre riflessioni laddove pone in evidenza che il tasso di suicidio di una popolazione è influenzato da due variabili: la composizione per genere e per classi di età.

Secondo questi Autori, in generale gli uomini si suicidano più delle donne e la frequenza dei suicidi aumenta con l'aumentare dell'età.

In Francia come in Italia le donne rappresentano una stretta minoranza e l'età media si attesta tra i 30 e i 35 anni. Questo dovrebbe dar conto delle differenze tra il genere e le classi di età all'interno e all'esterno del contesto penitenziario, al punto da spingere i suddetti autori ad affermare che la riduzione del campo di riferimento agli uomini con età compresa tra i 15 e i 59 anni potrebbe migliorare le comparazioni tra popolazione generale e quella penitenziaria.

Fatto questo inciso e tornando al rapporto tra il tasso di suicidio interno e quello esterno, altri Autori⁶⁷ hanno comparato i dati italiani con la letteratura internazionale⁶⁸ confermando che le percentuali di suicidio negli istituti penali sono superiori a quelle del resto della popolazione in un rapporto, tuttavia, nove volte superiore tra la fenomenologia interna e quella esterna.

Quest'ultimo dato appare molto più vicino alle nostre valutazioni già espresse in un già citato contributo⁶⁹ nell'ambito del quale il rapporto tra suicidi interni ed esterni era risultato essere di sette a uno. Il motivo del divario tra i dati di Manconi e quelli relativi a questi ultimi indici deriva dalla modalità adottata, già precedentemente evidenziata, per il calcolo del tasso interno di incidenza rapportato non con il numero complessivo degli ingressi nell'anno ma con la presenza convenzionale in un dato giorno dell'anno che viene adottato come dato medio.

Nel ribadire il convincimento che tale modalità sia metodologicamente errata, evidenziamo che secondo i nostri calcoli il rapporto tra il tasso

66 Duthé G., Hazard A., Kensey A., Pan Ke Shon J.L., "Suicide en prison: La France compare à ses voisins européens", *Populations & Sociétés*, I.N.E.D., 462, 2009.

67 Pompili M., Ferrara C., Galeandro P.M., Narciso V., Olivieri C., Cecchitelli C., Tatarelli R., "Suicidio nelle carceri: La situazione italiana ed elementi di prevenzione", op. cit.

68 In particolare; Bonner R.L., Correctional suicide prevention in the year 2000 and beyond, *Suicide life torea Behav*, 30,370-376, 2000; Eccleston L., Sorbello L., The RUSH program-real understanding of self help: a suicide self-harm prevention initiative within a prison setting, *Aust Psychologist*, 37, 237-244; Fruehwald S., Frottier P., Ritter K., et al, Impact of overcrowding and legislative change of the incidence of suicide in custody: experiences in Austria 1967 -1996, *Int J law psychiatry*, 25, 119-128, 2002; Hayes L.M., Rowan J.R., *National study of jail suicides:seven years later*, Alexandria,VA: National center for institutions and alternatives, 1998.

69 Buffa P., "Alcune riflessioni sulle condotte auto aggressive poste in essere negli istituti penali italiani (2006 – 2007)", op. cit.

interno e quello esterno riferito agli anni 2004, 2005, 2006 e 2007 per i quali è stato possibile reperire il dato della popolazione generale⁷⁰, è stato rispettivamente di 11.2, 12.9, 10.5 e 10.4 volte superiore per l'interno rispetto all'esterno.

Questi dati si avvicinano a quelli riportati dai citati Autori francesi e pubblicati dall'I.N.E.D.⁷¹ Secondo questo contributo i detenuti maschi si suicidano sei volte di più degli uomini liberi mentre, sempre in riferimento ai soli uomini, in Gran Bretagna, Portogallo ed Italia tale rapporto sarebbe di uno a otto-dieci volte sfavorevole per le persone in carcere. Dati citati dall'O.M.S. indicano rapporti compresi tra le 6 e le 7.5 volte maggiori tra interno ed esterno⁷². In conclusione, quindi, il tasso di suicidio negli istituti penali italiani, nel lungo periodo, risulta pressoché stabile. Dello stesso avviso è anche Pompili e coll.⁷³. Circa il rapporto tra i tassi interni e quelli esterni, i primi risultano superiori in una misura compresa tra le sette e le dodici volte.

Suicidi tentati e compiuti

In genere le analisi prendono in esame l'andamento dei suicidi, tralasciando quello dei tentativi oppure scindendo i due fenomeni.

Noi siamo viceversa convinti che i due fenomeni debbano essere trattati parallelamente partendo dalle considerazioni svolte da Caglio e Piotti⁷⁴ sui rapporti intercorrenti tra le varie condotte autolesive e il suicidio.

Questi Autori hanno infatti evidenziato, supportati da un'ampia analisi bibliografica, che tra le varie manifestazioni autoaggressive sussista una relazione tale da potersi configurare un *continuum di autodistruzione*, pur con tutte le differenze dovute in termini di intensità, obiettivi, modalità ed effetti delle singole categorie di gesti autolesivi.

Se è vero che l'unica macroscopica differenza tra un tentativo di suicidio

⁷⁰ Dati estrapolati da www.istat.it

⁷¹ Duthé G., Hazard A., Kensey A., Pan Ke Shon J.L., "Suicide en prison: La France compare à ses voisins européens", op. cit.

⁷² Jenkins R., Bhugra D., Meltzer H., Singleton N., Bebbington P., Bhugra T., Coid J., Farrel M., Lewis G., Paton J., "Psychiatric and social aspects of suicidal behavior in prisons", in *Psychological Medicine*, 35, 257-269, 2005.

⁷³ Pompili M., Ferrara C., Galeandro P.M., Narciso V., Olivieri C., Cecchitelli C., Tatarelli R., "Suicidio nelle carceri: La situazione italiana ed elementi di prevenzione", op. cit.

⁷⁴ Caglio F., Piotti A., "L'autolesionismo in carcere: analisi del fenomeno e rapporti con il suicidio", op. cit.

ed uno effettivamente compiuto è la sopravvivenza del suo autore e che una delle grandi difficoltà è quello di discernere empiricamente la sua effettiva volontà di darsi la morte, non potendo verificare l' idoneità dei modi e degli strumenti per raggiungere questo obiettivo, può ammettersi che la somma delle due categorie ci offre un quadro esaustivo dell' andamento dei tentativi di suicidio.

Mediamente, dal 1991 al 2010, l'incidenza percentuale media dei suicidi sul totale dei tentativi effettuati è stata pari al 6.52%, con punte di oscillazione comprese nel minimo al 5.18% registrato nel 1998 e nel massimo all'8.34% riferito al 1993 (tab. 2).

Se noi invertiamo questi dati ricaviamo un *indice di sopravvivenza* che mediamente si attesta al 93.48% del totale dei tentativi con punte massime pari al 94.82%, nel 1998, e minime pari al 91.66% nel 1993.

Se tale indice debba imputarsi all'efficienza del sistema, al prevalere dell'istinto di sopravvivenza del protagonista, all'intervento dei compagni, alla malcelata manipolazione dell'autore del gesto o al caso, è impossibile da stabilirsi con i dati a disposizione.

A parte queste considerazioni i picchi che contraddistinguono gli andamenti delle due variabili sono sostanzialmente sovrapponibili a parte la dissonanza riferita al periodo intercorrente tra il 1999 e il 2002 nel corso del quale ad una sostanziale costanza del dato riferito all'insieme dei tentativi si è riscontrato nel 2001 uno dei picchi maggiori dei suicidi.

In controtendenza invece il dato riferito al 2010 che vede la forte crescita dei tentativi e, per contro l'inversione del numero dei suicidi che passano dai 72 del 2009 ai 66 del 2010.

Più in generale il tasso d'incidenza di tutti gli atti suicidiari registra nel 2010 il massimo storico con un livello pari a 141.77 tentativi ogni 10.000 detenuti.

A contrario il livello minimo si è registrato nel 1992 con quasi 62 casi ogni 10.000 detenuti.

Tab. 2-Rapporti intercorrenti tra la somma dei tentati di suicidi e gli eventi compiuti (1991 – 2010)						
Anno	Ingressi	Tentativi di suicidio	Suicidi compiuti	Totale atti suicidari	Incidenza % dei suicidi sul totale degli atti	Atti suicidari per 10.000 detenuti
1991	75.786	516	29	545	5.32	71.91
1992	93.328	531	47	578	8.13	61.93
1993	98.119	670	61	731	8.34	74.50
1994	98.245	639	50	690	7.39	70.23
1995	88.415	868	50	918	5.44	103.82
1996	87.649	709	45	755	6.09	86.13
1997	88.305	773	55	828	6.64	93.76
1998	87.134	933	51	984	5.18	112.92
1999	87.862	920	53	973	5.44	110.74
2000	81.397	892	61	948	6.43	116.46
2001	78.649	912	69	981	7.03	124.73
2002	81.185	907	52	959	5.42	118.12
2003	81.790	859	57	916	6.22	111.99
2004	82.275	713	52	765	6.79	92.98
2005	89.887	750	57	807	7.06	89.77
2006	90.714	640	50	690	7.24	76.06
2007	90.441	610	45	655	6.87	72.42
2008	92.800	683	46	729	6.31	78.55
2009	88.066	860	72	932	7.72	105.82
2010	84.641	1.134	66	1.200	5.50	141.77

Fonte: Nostra elaborazione su dati D.A.P. – Ufficio per lo sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato – Sezioni Statistica.

Suicidi, sovraffollamento e dimensioni delle strutture detentive

Negli ultimi anni il sovraffollamento all'interno degli istituti penali italiani ha tenuto banco nel dibattito pubblico. Rispetto alle relazioni intercorrenti tra questo fenomeno e quello dei suicidi la letteratura esaminata si divide.

Come abbiamo già visto, secondo Manconi e Boraschi⁷⁵ l'aumento della popolazione all'interno del sistema penitenziario implicherebbe la conseguente diminuzione degli spazi, il deterioramento delle condizioni igieniche, delle stesse relazioni interpersonali con i compagni di detenzione e con lo staff e una proporzionale maggiore difficoltà ad accedere alle risorse e alle opportunità lavorative, formative e ricreative che l'Amministrazione penitenziaria conferisce. In tal modo si genererebbe l'incremento del disagio e della sofferenza che costituiscono premesse importanti per il passaggio all'atto dei più disperati.

Recentemente l'Osservatorio permanente sulle morti in carcere⁷⁶ ha confortato tale visione attraverso una elaborazione di alcuni dati. In questo caso gli Autori hanno preso in considerazione tutti gli eventi suicidari avvenuti nel 2010 e, partendo dall'ipotesi che almeno due suicidi in uno stesso istituto di pena non possono essere considerati come eventi riconducibili a situazioni personali in quanto ritengono "difficilmente contestabile l'esistenza di un fattore ambientale" tale da determinare gli stessi eventi, hanno calcolato il tasso di sovraffollamento dei nove istituti così individuati, evidenziandone un livello sovraffollamento superiore alla media nazionale.

L'approccio adottato in quest'ultimo contributo, a nostro parere, appare fragile nelle scelte di fondo che escludono *de plano* la multiforme e composita eziologia delle cause di morte auto inferta concentrandosi esclusivamente sull'indice numerico presunto di sovraffollamento e nella casistica esaminata.

In realtà, pur ritenendo più che plausibile una relazione tra il deterioramento della vivibilità e l'aumento della reattività, non solo auto diretta ma anche etero e pantoclasticamente diretta, abbiamo già dimostrato⁷⁷, tuttavia, che tale fenomeno si concentra non tanto in ragione del complessivo sovraffollamento dell'istituto bensì in riferimento alla fisiologica concentrazione nei luoghi più degradati degli istituti di pena delle persone meno dotate dal punto di vista delle capacità individuali e di reti sociali che, per questi motivi, hanno una minore capacità di resilienza.

75 Manconi L., Boraschi A., "Quando hanno aperto la cella era già tardi perché: suicidi ed autolesionismo in carcere 2002 – 2004" op. cit.

76 Osservatorio Permanente sulle morti in carcere su www.ristretti.it, 16 dicembre 2010.

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

Per altro verso anche Baccaro e Morelli⁷⁸, incrociando i dati relativi alla frequenza dei suicidi con il numero medio dei detenuti presenti negli anni compresi tra il 1980 e il 2007, concludono la loro analisi affermando che non esiste un rapporto direttamente proporzionale tra le due variabili.

Alla stessa conclusione giungono, con riferimento alla situazione francese, anche Duthé e coll.⁷⁹. Tornando alle riflessioni di Baccaro e Morelli l'andamento del numero dei suicidi potrebbe essere attribuito al cambiamento della composizione della popolazione detenuta e, in particolare, all'aumento di soggetti portatori di maggiori fragilità che come tali sarebbero più esposti al rischio autolesivo e autosoppressivo, ovvero i tossicodipendenti e gli stranieri.

Pur concordando sull'aumento del livello di fragilità individuale e sociale dell'attuale popolazione detenuta, almeno secondo le risultanze del presente studio, non sembra corretta la presunta relazione della condizione di straniero con il fenomeno suicidiario.

Trattata la relazione sovraffollamento/suicidio abbiamo ritenuto opportuno sondare un'altra relazione strutturale, anche questa già sondata in un precedente lavoro⁸⁰.

L'ipotesi di fondo, in quella come in questa occasione, è quella di verificare se le grandi dimensioni penitenziarie risultino più dispersive ed anomiche non permettendo, per questo motivo, la necessaria attenzione e cura delle situazioni più a rischio e determinando, quindi, un proporzionale maggior numero di suicidi nelle grandi case circondariali metropolitane rispetto al numero degli ingressi registrati.

Metodologicamente si è scelto di suddividere i vari istituti penali presenti sul territorio nazionale classificandoli in cinque tipologie diverse. Gli istituti *molto piccoli* con capienze al di sotto delle cento unità; i *piccoli* con capienze comprese tra le 100 e le 300 unità; i *medi* con capienze tra i 300 e le 500 unità; i *grandi* con capienze comprese tra le 500 e le 700 unità ed, infine gli istituti *molto grandi*, con capienze superiori alle 700 unità.

78 Baccaro L., Morelli F., *Il carcere: del suicidio ed altre fughe*, op. cit.

79 Duthé G., Hazard A., Kensey A., Pan Ke Shon J.L., "Suicide en prison: La France compare à ses voisins européens", op. cit.

80 Buffa P., "Alcune riflessioni sulle condotte auto aggressive poste in essere negli istituti penali italiani (2006 – 2007)", op. cit.

Nel precedente studio citato si concludeva nel senso che se, complessivamente, gli istituti molto grandi, grandi e medi riportavano proporzioni di autolesionismo, nelle sue varie manifestazioni, superiori ai loro ingressi, contrariamente a quanto avveniva per i piccoli e i molto piccoli, tuttavia per quanto riguardava specificatamente il suicidio, gli istituti molto grandi e quelli medi risultavano proporzionalmente meno colpiti dal fenomeno contrariamente a quelli grandi, piccoli e molto piccoli.

Si è quindi deciso di ampliare l'analisi prendendo in esame un *range* temporale più vasto

Tra il giugno del 2003 e il primo quadrimestre del 2010 sono stati censiti 337 casi di suicidio (tab. 3).

I casi distribuiti per dimensioni strutturali ci permettono alcune riflessioni.

Il 42.0% degli istituti non hanno registrato casi di suicidio (87 istituti su un totale di 207) e un altro 19.3% ne ha registrato uno (40 istituti).

Le strutture penitenziarie classificate come *molto grandi* non rientrano tra gli istituti citati e, globalmente, hanno fatto registrare 111 casi, pari al 32.9 del totale dei suicidi registrati.

Due dei 16 istituti classificati come *grandi*, pari al 12.5% di queste strutture non hanno registrato casi nel periodo esaminato e, per contro, gli altri 14 ne hanno sommati 50, pari al 14.8% del totale dei suicidi.

Il 23.3% delle strutture considerate *medie* (10 istituti su 43) non ha visto episodi suicidari mentre le restanti hanno registrato 93 casi, pari al 27.6% dei suicidi.

43 istituti di *piccole* dimensioni, pari al 48.9% dell'insieme di queste strutture, non ha segnalato casi che, viceversa, nei rimanenti, sono assommati a 72, pari al 21.4% del totale dei casi.

In ultimo, la stragrande maggioranza degli istituti *molto piccoli*, ovvero 32 su 41, pari al 78.0% di questa categoria, non ha registrato suicidi che si sono attestati, nei restanti istituti, complessivamente ad 11 casi, pari al 3.3% del totale.

Tab. 3-Distribuzione dei suicidi per dimensione dell'istituto (dal 1.06.2003 al 30.04.2010)							
Numero di suicidi registrati	Dimensione dell'istituto					Totale istituti	Totale suicidi
	Molto piccoli	Piccoli	Medi	Grandi	Molto grandi		
0	32	43	10	2		87	0
1	7	24	8	1		40	40
2	2	17	10	3	2	34	68
3		2	7	3	3	15	45
4		2	3	4	2	11	44
5			1	1	3	5	25
6			1	1	1	3	18
7			3	1	2	6	42
8					2	2	16
9					2	2	18
10					1	1	10
11					1	1	11
Totale Istituti	41	88	43	16	19	207	337
Totale suicidi	11	72	93	50	111		337

Fonte: Ufficio Ispettivo e del Controllo.

Se si mettono in relazione l'incidenza degli ingressi⁸¹ e quella dei suicidi in rapporto alla dimensione degli istituti (tab. 4) si evidenzia che gli istituti piccoli e molto piccoli registrano una percentuale di suicidi sul totale proporzionalmente inferiore a quella degli ingressi negli stessi istituti pari, rispettivamente al 21.4% contro il 25.8% e il 3.3% contro il 5.4%. Viceversa in quelli di maggiore dimensione tale relazione sembra essere inversa. Gli istituti medi registrano una proporzione di ingressi sul totale pari al 22.2% e un rapporto di suicidi equivalente al 27.6%.

⁸¹ Il dato medio è stato calcolato su dati del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato – sezione statistica. Nel dettaglio la proporzione degli ingressi negli anni compresi dal 2003 al 2010 si è così distribuita.

Analogamente i grandi istituti che registrano rapporti rispettivamente pari al 9.8% del totale degli ingressi e il 14.8% di quello dei suicidi. Nel caso degli istituti molto grandi si registra un'inversione di tendenza. Infatti a fronte di una incidenza di ingressi pari al 36.8% del totale si registra una percentuale inferiore di eventi, pari al 32.9% del totale. Sostanzialmente, pertanto, si conferma quanto già evidenziato nello studio precedente che aveva preso in considerazione tutti gli eventi autolesivi e, tra questi, ovviamente anche quelli suicidari, in un periodo più limitato di tempo peraltro ricompreso in quello preso in esame in questa sede⁸². Per precisione l'unica eccezione tra le due rilevazioni riguarda i dati riferiti agli istituti piccoli che precedentemente risultava registrassero una proporzione di suicidi superiori al numero degli ingressi.

Tab. 4-Incidenza delle dimensioni delle strutture in relazione agli ingressi e ai suicidi (dal 1.06.2003 al 30.04.2010)

Dimensioni delle strutture	% ingressi medi	% suicidi
Molto piccoli	5.4	3.3
Piccoli	25.8	21.4
Medi	22.2	27.6
Grandi	9.8	14.8
Molto grandi	36.8	32.9

Fonte: Nostra elaborazione.

Incidenza degli ingressi per dimensione dell'istituto						
Anno	Dimensione					Totale
	Molto piccoli	Piccoli	Medi	Grandi	Molto grandi	
2003	4.8	25.6	22.2	10.9	36.5	100.0 (81.780)
2004	7.1	25.7	20.6	9.7	36.9	100.0 (80.418)
2005	6.5	26.3	20.9	9.1	37.2	100.0 (89.887)
2006	5.0	25.8	22.5	9.8	36.9	100.0 (90.714)
2007	4.8	25.7	22.4	9.1	38.0	100.0 (90.441)
2008	5.1	26.5	22.6	9.6	36.2	100.0 (92.800)
2009	4.9	26.0	22.8	10.1	36.2	100.0 (88.066)
2010	4.8	25.0	23.8	10.2	36.2	100.0 (84.641)
Media	5.4	25.8	22.2	9.8	36.8	

⁸² Buffa P., "Alcune riflessioni sulle condotte auto aggressive poste in essere negli istituti penali italiani (2006 – 2007)", op. cit.

La “geografia del suicidio”

L’analisi di tutte le condotte auto lesive registrate tra il 2006 e il 2007 aveva evidenziato il fatto che alcuni distretti penitenziari si caratterizzavano per quote di fenomeni proporzionalmente maggiori rispetto al flusso degli ingressi negli istituti che li componevano.

Rispetto al fenomeno suicidiario i dati sono risultati sostanzialmente sovrapponibili ad un precedente studio condotto da Manconi e Boraschi⁸³ i quali concludevano evidenziando che in Sardegna, Marche, Campania, Lazio, Liguria, Sicilia ed Emilia Romagna il rapporto in questione risultava particolarmente sfavorevole.

Le uniche eccezioni riguardavano il fatto che l’Emilia Romagna usciva dal gruppo dei distretti con un livello maggiormente critico e vi facevano ingresso la Toscana, l’Abruzzo e Molise e la Calabria. In questa sede si è ritenuto opportuno reiterare l’analisi comparandola con i precedenti e citati studi (tab. 5). Alcuni distretti confermano nel tempo e in tutte e tre le rilevazioni i rapporti tra il flusso di ingresso e il numero dei suicidi. Possiamo separare un primo gruppo di territori caratterizzati da una incidenza di fenomeni inferiori alla proporzione nazionale di ingressi da un secondo gruppo che, viceversa, evidenzia la tendenza contraria.

Un terzo gruppo di distretti si caratterizza per andamenti non omogenei nel tempo pur potendosi individuare una linea di tendenza. Nel primo gruppo si colloca il Piemonte, che nell’ultima rilevazione segnava il 4.9% di suicidi contro il 9.6% di ingressi, la Puglia, 4.9% contro 8.5%, la Lombardia, 9.1% contro 15.6% e la Basilicata che non registra alcun suicidio nel corso degli ultimi anni. Nel secondo insieme si raggruppano la Sardegna, che in questa tornata segna il 3.3% di suicidi contro appena l’1.6% di ingressi, la Sicilia, 10.7% contro il 9.0%, la Campania, 13.2% contro l’11.7%. Il terzo gruppo si suddivide in due sottoinsiemi a secondo che la variazione registrata tenda ad un peggioramento o ad un miglioramento dell’incidenza funesta dei suicidi rispetto ai flussi d’ingresso. Nel primo rientrano la Toscana che nell’ultimo periodo esaminato registra il 13.2% dei suicidi nazionali contro il 5.8% di tutti gli ingressi, confermando la tendenza già assodata nel periodo precedente ma non da Manconi e Boraschi nel 2002 – 2004, la Calabria,

⁸³ Manconi L., Boraschi A., “Quando hanno aperto la cella era già tardi perché: suicidi ed autolesionismo in carcere 2002 – 2004” op. cit.

8.3% contro il 3.5%, che conferma il dato precedente ma non quello della prima rilevazione, il Triveneto, 9.9% contro l'8.9%, e l'Abruzzo – Molise, 4.1% contro il 2.3%. Nel secondo sottogruppo si annoverano l'Emilia Romagna che dopo la rilevazione negativa riferita al periodo 2002 – 2003 fa segnare una tendenza inversa per il periodo 2006 – 2007 e ancora per il 2008 – 2010 e, in particolare il 4.1% di suicidi in rapporto al dato nazionale contro il 6.3% sul totale degli ingressi, e la Liguria, 0.8% contro il 3.0, dopo due risultati negativi.

Rimangono tre regioni, Lazio, Marche ed Umbria, che nell'ultima rilevazione fanno segnare un sostanziale equilibrio seppur con qualche leggera differenza rispetto alla tendenza precedente.

Tab. 5-Raffronto percentuale dell'incidenza dei suicidi per P.R.A.P. e per ingressi

P.R.A.P.	2006 – 2007		2008 – 2010	
	Suicidi	Ingressi	Suicidi	Ingressi
Abruzzo – Molise	4.9	2.5	4.1	2.3
Basilicata	-	0.6	-	0.7
Calabria	7.4	2.8	8.3	3.5
Campania	22.0	11.5	13.2	11.7
Emilia Romagna	2.4	6.6	4.1	6.3
Lazio	14.6	9.6	9.1	9.4
Liguria	4.9	2.7	0.8	3.0
Lombardia	4.9	16.8	9.1	15.6
Marche	2.4	2.0	2.5	2.0
Piemonte V.d.A.	2.4	11.2	4.9	9.6
Puglia	2.4	7.4	4.9	8.5
Sardegna	2.4	1.9	3.3	1.6
Sicilia	12.2	7.7	10.7	9.0
Toscana	12.2	6.2	13.2	5.8
Triveneto	4.9	9.2	9.9	8.9
Umbria	-	1.2	1.7	1.6
Totale	100.0 (41)	100.0 (89.391)	100.0 (121)	100.0 (84.641)

Fonte: Nostra elaborazione.

A titolo esemplificativo si riporta graficamente l'incidenza dei suicidi rispetto ai flussi d'ingresso suddivisi per distretto comparando le due rilevazioni riguardanti il periodo compreso tra il 2006 e il primo quadrimestre del 2010 (tab. 6).

Tab. 6-Rapporto tra la quota percentuale dei suicidi e la quota degli ingressi per distretto		
P.R.A.P.	2006 – 2007	2008 - 2010
Abruzzo – Molise	+	+
Basilicata	-	-
Calabria	+	+
Campania	+	+
Emilia Romagna	-	-
Lazio	+	= (-)
Liguria	+	-
Lombardia	-	-
Marche	+	= (+)
Piemonte V.d.A.	-	-
Puglia	-	-
Sardegna	+	+
Sicilia	+	+
Toscana	+	+
Triveneto	-	+
Umbria	-	= (+)
<i>Fonte: Nostra elaborazione.</i>		

Età

Abbiamo già accennato alla struttura per età della popolazione detenuta e alle differenze tra questa e quella della popolazione generale.

Ci occuperemo ora di analizzare l'età dei suicidi alla luce del fatto che tra i fattori di rischio, come abbiamo visto, la giovane o giovanissima età o, per converso, essere anziani vengono riportate come condizioni da sottoporre ad attenta valutazione⁸⁴.

I dati a disposizione riguardano tre periodi distinti, ovvero il decennio compreso tra il 1960 e il 1969, il biennio 2008 – 2010 (tab. 7) e l'anno a cavallo tra il 2006 e il 2007 anche se, in questo ultimo caso, i dati risultano aggregati. Rispetto alla giovane età la quota di giovani adulti è rappresentata da una aliquota che oscilla tra il 7.3% del 2006 – 2007 e il 3.3% del 2008 – 2010, registrando un 4.0% negli anni '60.

⁸⁴ In tal senso si veda Ubaldi S., *I suicidi in carcere*, 1997, op. cit. e ancora di recente Baccaro L., Morelli F., "Morire di carcere: suicidi, autolesionismo e altri incidenti", in Cardinalini L., *Impiccati!: storie di morte nelle prigioni italiane*, DeriveApprodi, Roma, 2010.

Negli stessi periodi considerati il dato generale sui giovani adulti⁸⁵ era, rispettivamente, del 2.9% nel 2006, del 3.2% nel 2007, del 2.6% nel 2008, del 2.3% nel 2009 e dell' 1.9% nel 2010.

Rispetto agli anni '60 e al biennio 2008 – 2010 siamo in possesso del dato disaggregato e questo ci consente di notare che nell'ultimo biennio vi è una maggiore concentrazione tra i 31 e i 40 anni e che, più in generale, l'88.5% dei casi si è concentrato tra i 22 e i 50 anni.

Altri studi⁸⁶, riferiti al biennio 1996 – 1997 si allineano con questi dati se solo si pensa che nel 1996 l'età media dei suicidi era 34.8 anni, stabilita entro un *range* di età compreso tra i 23 e i 55 anni. Il 25% di questi aveva un'età inferiore ai 31 anni e il rimanente 25% un'età superiore ai 39 anni. L'anno successivo l'età media era di 33 anni con un *range* di età compreso tra i 21 e i 57 anni.

Il 25% di questi aveva un'età inferiore ai 26 anni e il rimanente 25% aveva invece un'età superiore a 40 anni.

L'insieme di questi dati sono nettamente diversi da quelli rilevati negli anni '60 che registrano, viceversa, una maggiore dispersione tra tutte le fasce d'età. Per quanto riguarda le classi di età più anziane, la somma dei detenuti presenti con età superiore ai 60 anni è stata, negli anni 2008, 2009 e 2010, rispettivamente pari al 3.8%, 5.0% e 4.4% dell'intera popolazione detenuta⁸⁷.

Incidenza sulla popolazione detenuta delle fasce di età comprese tra i 18 e i 20 anni e tra i 60 e oltre.					
Anno	Presenze al 31/12	18 – 20 anni	%	60 e oltre anni	%
2005	59.523	1.370	2.3	2.136	3.6
2006	39.005	1.168	2.9	1.688	4.3
2007	48.693	1.584	3.2	1.865	3.8
2008	58.127	1.537	2.6	2.237	3.8
2009	64.791	1.494	2.3	2.666	5.0
2010	67.691	1.302	1.9	3.006	4.4

Fonte: D.A.P. – Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato – sezione statistica

85 www.giustizia.it, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato – sezione statistica. Nel dettaglio:

86 Tatarelli R., Mancinelli I., Taggi F., Polidori G., "Suicide in Italian Prisons in 1996 and 1997: a descriptive epidemiological study", op. cit.

87 Vedi nota 85

Le rilevazioni effettuate hanno, viceversa, registrato, per questa fascia di età, una proporzione di suicidi pari all'1.6% del totale.

Alla luce dei dati, quindi, si registra una certa sovra rappresentazione dei suicidi all'interno del gruppo dei più giovani e, per converso, una sotto rappresentazione nelle fasce più anziane.

Tab. 7-Età al momento dell'evento		
Fascia di età	Periodi esaminati	
	1960 – 1969	2008 – 2010
18 – 21	4.0	3.3
22 – 30	11.4	27.4
31 – 40	20.1	38.8
41 – 50	22.8	22.3
51 – 60	16.9	6.6
61 – 70	22.8	1.6
71 – 80	2.0	-
Totale	100.0 (149)	100.0 (121)
<i>Fonte: Nostra elaborazione.</i>		

Genere

Alcuni Autori consultati⁸⁸ sostengono che le donne in carcere si ucciderebbero con una frequenza proporzionalmente maggiore degli uomini. Con riferimento a questo aspetto (tab.8) le donne, nelle rilevazioni comprese tra il 1996 e il 2010, hanno costituito la netta minoranza di tutti i casi registrati, passando da una proporzione minima pari al 4.5% nel 1996 ad una massima pari al 7.7% nel 2004.

Anche in questo caso grande difformità si registra tra questi dati e quelli riferiti agli anni '60 rispetto ai quali la proporzione delle donne suicide si attesta al 35.6% rispetto al totale dei casi. In generale negli ultimi anni l'incidenza percentuale degli ingressi femminili in carcere è risultata attestarsi poco al di sotto dell'8% del totale⁸⁹.

In particolare nel 1996 il 7.8%, nel 1997 il 7.4%, nel 2004 l'8.7%, nel

⁸⁸ Baccaro L., Morelli F., "Morire di carcere: suicidi, autolesionismo e altri incidenti", in Cardinalini L., *Impiccati!: storie di morte nelle prigioni italiane*, op. cit.

⁸⁹ www.giustizia.it, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato – sezione statistica.

2008 il 7.8%, nel 2009 il 7.7% e nel 2010 il 7.6%.

In ogni caso l'incidenza dei suicidi femminili è risultata sempre inferiore alla quota percentuale riferita agli ingressi e, in tal senso, l'affermazione per la quale le donne sarebbero più a rischio degli uomini viene confutata.

Tab. 8-Suicidi per genere					
Genere	Periodi esaminati				
	1960 - 1969	1996	1997	2004	2008 - 2010
Maschi	64.4	95.5	94.5	92.3	94.2
Femmine	35.6	4.5	5.5	7.7	5.8
Totale	100.0 (149)	100.0 (45)	100.0 (55)	100.0 (52)	100.0 (121)

Fonte: Nostra elaborazione su dati Autori vari.

Stato civile

L'isolamento sociale è citato spesso quale fattore di rischio anche se la carcerazione, "tagliando" le relazioni umane con l'esterno, genera pure la sofferenza nei rapporti affettivi esistenti.

Diventa quindi difficile stabilire come gli effetti di queste contrapposte condizioni giochino un ruolo nel contenere o amplificare la possibilità di un fatale passaggio all'atto.

Dal punto di vista della nostra ricerca abbiamo inteso verificare la variabile dello stato civile, assumendo che lo stato di coniugato/convivente fosse indice di una maggiore integrazione socio-affettiva rispetto alle altre condizioni possibili. Il 53.7% dei suicidi registrati a cavallo del biennio 2006 - 2007 non avevano dichiarato un legame stabile oppure quel legame risultava spezzato da una separazione o dal decesso del coniuge (tab. 9).

I dati disponibili, riferiti alla popolazione detenuta in generale negli stessi anni⁹⁰, evidenziano una sostanziale sovrapposizione con le proporzioni riferite al campione alla popolazione dei suicidi nel senso che i soggetti che, all'ingresso in istituto, hanno dichiarato l'assenza o la perdita di un vincolo familiare stabile sono stati rispettivamente nel 2005 il 57.8%, nel 2006 il 54.4% e nel 2007 il 53.9%.

⁹⁰ www.giustizia.it, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato - sezione statistica.

Nel biennio successivo la proporzione dei suicidi che non risultavano avere rapporti stabili e certificati sale al 66.1% e, per contro, nel 2008 all'ingresso in istituto il 52.7% dell'intera popolazione detenuta ha dichiarato una condizione analoga, così nel 2009 il 51.3% e nel 2010 il 50.1%.

Rispetto a questo periodo, quindi, i suicidi hanno dichiarato legami affettivi proporzionalmente più instabili anche se si è coscienti che il dato formale poco illumina rispetto ai rapporti affettivi concreti.

Tab. 9-Suicidi per stato civile		
Stato civile	Periodi esaminati	
	2006 – 2007	2008 – 2010
Celibe / nubile	34.1	56.2
Coniugato / convivente	31.7	33.9
Separato / divorziato / vedovo	19.6	9.9
Non rilevato	14.6	-
Totale	100.0 (41)	100.0 (121)

Fonte: Nostra elaborazione.

Nazionalità

Nel 2004 Pompili et al. Riportano una percentuale di stranieri suicidi pari al 26.9% (14 casi su un totale di 52 eventi)⁹¹, stessa proporzione nel periodo da noi esaminato a cavallo tra il 2006 e il 2007 e, seppur di poco superiore, nel biennio 2008 – 2010 (tab. 10).

Sul piano generale⁹², almeno negli ultimi anni, la percentuale di cittadini stranieri che hanno fatto ingresso in carcere è risultata nettamente superiore.

Nel 2006 rappresentava il 47.7%, nel 2007 il 48.5%, nel 2008 il 46.4%, nel 2009 il 45.5% e nel 2010 il 44.0%.

Anche Baccaro e Morelli⁹³ confermano la minor frequenza dei suicidi degli stranieri proporzionalmente alla loro complessiva presenza nel sistema penitenziario.

⁹¹ Pompili M., Ferrara C., Galeandro P.M., Narciso V., Olivieri C., Cecchitelli C., Tatarelli R., "Suicidio nelle carceri: La situazione italiana ed elementi di prevenzione", op. cit.

⁹² www.giustizia.it, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato – sezione statistica.

⁹³ Baccaro L., Morelli F., "Morire di carcere: suicidi, autolesionismo e altri incidenti", in Cardinalini L., *Impiccati!: storie di morte nelle prigioni italiane*, op. cit.

Tab. 10-Suicidi per nazionalità		
	2006 – 2007	2008 – 2010
Italiani	73.1	72.7
Stranieri	26.9	27.3
Totale	100.0 (41)	100.0 (121)
<i>Fonte: Nostra elaborazione.</i>		

Posizione giuridica

La vicenda processuale è indubbiamente un iter foriero di stress, timori, speranze e frustrazioni e non è difficile immaginare che assorba molte energie e tensioni e che tutto questo possa incidere sull'equilibrio delle persone che ve ne sono sottoposte. Tra i vari periodi esaminati (tab. 11) solamente nel 2004 si è registrata la prevalenza di soggetti condannati definitivamente. Se si comparano questi dati con quelli generali riferiti alle presenze al 31 dicembre di ogni anno a partire dal 2004⁹⁴ si può agevolmente notare che i condannati in via definitiva sono proporzionalmente meno interessati dal fenomeno suicidiario. Per contro coloro i quali sono ancora interessati da uno dei tre gradi di giudizio sono sovra rappresentati nel gruppo dei suicidi.

Presenze dei condannati definitivi e degli internati					
Anno	Presenti al 31/12	Definitivi	%	Internati	%
2004	56.068	35.033	62.5	999	1.8
2005	59.523	36.676	61.2	1.185	2.0
2005	39.005	15.468	39.5	1.392	3.6
2006	48.693	19.029	39.1	1.476	3.0
2007	58.127	26.587	45.7	1.639	2.8
2008	64.791	33.145	51.1	1.837	2.8
2009	64.791	33.145	51.1	1.837	2.8
2010	67.961	37.432	55.0	1.774	2.6
<i>Fonte: Nostra elaborazione su dati Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato – sezione statistica</i>					

⁹⁴ www.giustizia.it, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato – sezione statistica. In particolare:

È difficile sostenere quali possano essere le variabili che determinano questi andamenti. Una ipotesi potrebbe essere che i condannati definitivi, mediamente, vivono regimi detentivi migliori, in istituti dotati di maggiori opportunità e che questo aumenta la possibilità di relazione e di progettazione individuale.

Per il quadriennio 2006 – 2010 disponiamo anche del dato disaggregato riferito agli internati.

Nel primo biennio si sono registrati 6 casi di suicidio tra questa particolare popolazione contro i 7 casi del biennio successivo, rispettivamente pari al 14.6% e al 5.8% del totale dei suicidi registrati negli stessi periodi.

In generale, in quegli stessi anni, l'incidenza degli internati sul totale dei detenuti presenti risultava oscillare tra il 2.6% del 2010 e il 3.6% del 2006. Si conferma, quindi, sul punto degli internati quanto evidenziato da Baccaro e Morelli⁹⁵ e, prima ancora, da Manconi e Boraschi⁹⁶.

Tab. 11-Posizione giuridica				
Posizione giuridica	Periodi esaminati			
	1960 – 1969	2004	2006 – 2007	2008 – 2010
Non definitiva	72.0	46.2	65.9	64.4
Definitiva	20.0	50.8	19.5	29.8
Internato	8.0	3.8	14.6	5.8
Totale	100.0 (100)	100.0 (52)	100.0 (41)	100.0 (121)

Fonte: Nostra elaborazione.

Categorie di appartenenza e regime detentivo

Il 76.8% delle persone che si sono suicidate nel periodo considerato non appartenevano ad alcuna particolare categoria detentiva (tab. 12).

L'8.3% era soggetto ad un regime di maggiore rigore, quale quello previsto ex art. 41bis o.p. o, comunque, a quelli di alta sicurezza.

A questi si aggiunge un altro 8.3% di persone che, per incompatibilità con gli altri detenuti e per la conseguente necessità di tutelarne l'incolumità personale, si trovavano allocati in sezioni a loro dedicate.

⁹⁵ Baccaro L., Morelli F., "Morire di carcere: suicidi, autolesionismo e altri incidenti", in Cardinalini L., *Impiccati!: storie di morte nelle prigioni italiane*, op. cit.

⁹⁶ Manconi L., Boraschi A., "Quando hanno aperto la cella era già tardi perché: suicidi ed autolesionismo in carcere 2002 – 2004" op. cit.

È il caso dei collaboratori di giustizia e dei loro famigliari e di tutte quelle persone che, al di là di tali categorie, per il loro tipo di reato o comportamento processuale o penitenziario risultano inive al resto della popolazione secondo le note regole della subcultura carceraria.

Residua un 6.6% di casi di semidetenuti ed internati.

Tali dati confuterebbero quanto viceversa fatto rilevare dall'Osservatorio Permanente sulle morti in carcere⁹⁷ che ha valutato una proporzione molto più contenuta di detenuti suicidi tra coloro ai quali è applicato un regime detentivo ordinario, pari al 40% dei casi registrati.

Secondo tale analisi i regimi caratterizzati da maggiore rigore inciderebbero in misura proporzionalmente maggiore sul fenomeno suicidiario. In realtà, approfondendo, i due dati sono poco comparabili in quanto nel primo caso si prende in esame il regime classificatorio e formale, nel secondo si sovrappone questo con il regime effettivamente applicato e, in particolare, rispetto alla limitazioni di relazione e di opportunità utili per trascorrere la pena costruttivamente.

Tab. 12-Suicidi per categoria detentiva di appartenenza (2008 – 2010)	
Categoria	Frequenza
Comuni	76.8
Alta sicurezza, 41bis, Elevato Indice di Vigilanza	8.3
Protetti, Collaboratori, Famigliari di collaboratori	8.3
Semidetenuti e Internati	6.6
Totale	100.0 (121)
<i>Fonte: Nostra elaborazione.</i>	

Nel tentativo di comparare i dati si può far riferimento a due variabili sondate nel corso del presente studio riguardanti, rispettivamente, la condivisione della cella con altri compagni e il tipo di regime della sezione di appartenenza, con particolare riferimento alla possibilità o meno di socializzare nel corso di tutta la giornata grazie ad orari prolungati di apertura delle celle. Nel primo caso (tab. 13) il 61.2% dei suicidi avevano almeno un compagno di cella.

97 www.ristretti.it, 19 dicembre 2010

Tab. 13-Suicidi per presenza di compagni in cella (2008 – 2010)	
Presenza di compagni	Frequenza %
Si	61.2
No	38.8
Totale	100.0 (121)
<i>Fonte: Nostra elaborazione.</i>	

Ma l'incrocio dei dati ci consente di approfondire l'analisi e così meglio valutare l'incidenza dell'isolamento di fatto sul fenomeno. Il 68.6% delle persone che formano il campione dei suicidi, 83 casi su un totale di 121, risulta fosse allocato in sezioni il cui regime non prevedeva, durante l'intero arco della giornata, la possibilità di socializzare con gli altri detenuti oltre al compagno di cella o durante la fruizione dei passeggi (tab. 14). Non si è in grado di comparare questo dato con l'omologo nazionale al fine di stabilire se il tasso di "chiusura", nel nostro caso, sia o meno superiore alla media generale.

Tab. 14-Suicidi per regime all'interno del reparto (2008 – 2010)	
Tipo di regime	Frequenza %
Aperto	31.4
Chiuso	68.6
Totale	100.0 (121)
<i>Fonte: Nostra elaborazione.</i>	

Siamo tuttavia in grado di approfondire e affinare ulteriormente l'aspetto della qualità della vita. Degli 83 soggetti allocati in sezioni "chiuse", 40, pari al 48.2% , non avevano un compagno di cella e quindi vivevano per larga parte della giornata in solitudine (tab. 15).

Se questo dato viene comparato con la somma delle persone suicidate questo significa che il 33.% di tutto il campione viveva in questa condizione. È interessante riportare il dato storico riportato da di Gennaro⁹⁸ secondo il quale, nel decennio compreso tra il 1960 e il 1969, la percentuale di detenuti che si erano suicidati in condizione di isolamento era pari al 46% del totale dei casi.

⁹⁸ Direzione Generale per gli Istituti di Prevenzione e di Pena, *Il suicidio nelle carceri. Indagine preliminare sui suicidi consumati e tentati dal 1960 al 1969*, op. cit.

Tab. 15-Presenza di compagni in cella tra i ristretti in sezioni a regime chiuso (2008 – 2010)	
Presenza	Frequenza %
Si	51.8
No	48.2
Totale	100.0 (83)
<i>Fonte: Nostra elaborazione.</i>	

Precedenti detenzioni

Tamburino⁹⁹, nel 2003, evidenziava, non senza sorpresa, il grave ritardo sul piano conoscitivo in materia di recidiva penitenziaria.

Se esistevano i dati sulla recidiva dei condannati, che nel 2000 risultava pari al 63% del totale, non erano disponibili misurazioni relative ai detenuti a causa della difficoltà di calcolo. Ancora l'anno successivo Baccaro e Mosconi¹⁰⁰ sottolineavano la carenza di studi e fonti adeguate seppure tale indice fosse comunemente fissato intorno all'80% dei detenuti. Leonardi¹⁰¹ fissa tale proporzione al 68.45% delle persone scarcerate dal carcere.

Successivamente Jocteau e Torrente¹⁰², studiando gli effetti dell'ultimo indulto, confermano l'esiguità degli studi in materia e, con riferimento alle statistiche Istat, fissano in circa il 60% i condannati recidivi anche se la condanna non implica necessariamente l'ingresso in carcere.

Nel campione esaminato il 57.9% è risultato aver già vissuto almeno una detenzione. Per contro il restante 42.1% non aveva mai provato questa esperienza (tab. 16).

Se assumiamo come più pertinente il dato citato da Leonardi dobbiamo constatare la sotto rappresentazione dei recidivi rispetto al fenomeno suicidiario.

Se da un lato la conoscenza reiterata del carcere può rendere meno traumatizzante il momento del reingresso, la comprensione e la pratica

⁹⁹ Tamburino G., "La recidiva: dimensione giuridica e criminologica" in Atti del convegno *Never Again: recidiva e responsabilità a partire dal gruppo*, Bologna, 21-23 febbraio 2003.

¹⁰⁰ Baccaro L., Mosconi G., "Il girone dei dannati: ovvero il fenomeno della recidiva", *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 2, 2004.

¹⁰¹ Leonardi F., "Le misure alternative alla detenzione tra reinserimento sociale e abbattimento della recidiva", *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 2, 2007.

¹⁰² Jocteau G., Torrente G., "Indulto e recidiva: uno studio dopo sei mesi dall'approvazione del provvedimento", in *Il carcere indultato*, Antigone, II, 1, 2007.

delle dinamiche penitenziarie e l'inserimento nella sua quotidianità, è anche vero che l'ennesima carcerazione può significare una ulteriore sconfitta personale e un fatto pregiudizievole per la propria vita affettiva, lavorativa, relazionale, esterna con forti contraccolpi alla propria autostima e progettualità. Questi rappresentano elementi essenziali per la vita di una persona, senza i quali la scelta suicidiaria può prendere forma. Difficile, quindi, interpretare i dati registrati.

Precedenti detenzioni	Frequenza %
Si	57.9
No	42.1
Totale	100.0 (121)

Fonte: Nostra elaborazione.

Se si va ad esaminare la durata delle pregresse esperienze detentive (tab. 17) si rileva che quasi la metà dei casi, il 47.1% per la precisione, ha sofferto detenzioni inferiori ai sei mesi ai quali si aggiunge il 28.6% di persone la cui precedente esperienza si è conclusa entro l'anno. L'insieme delle esperienze detentive temporalmente più significative e superiore all'anno è pari al 24.3% del campione. Per lo più, quindi, si tratta di esperienze brevi e poco strutturate.

Durata	Frequenza
< 1 semestre	47.1
Da 1 semestre ad 1 anno	28.6
Da 1 a 2 anni	7.1
Da 2 a 3 anni	4.3
> i 3 anni	12.9
Totale	100.0 (70)

Fonte: Nostra elaborazione.

Ozio ed occupazione

Nell'arco di quarant'anni la proporzione dei suicidi occupati è più che dimezzata. Nell'ultima rilevazione il tasso dei suicidi inoccupati è pari al 90.9% (tab. 18). D'altra parte a livello nazionale il livello di occupazione non è molto alto. I dati semestrali a disposizione¹⁰³ evidenziano che il totale dei detenuti occupati in lavori per conto dell'Amministrazione o di terzi all'interno degli istituti, nel periodo compreso tra il 31 dicembre del 2007 e il 31 dicembre 2009 oscilla tra il 27.37% e il 21.07% .

A questo dato occorrerebbe aggiungere il numero delle persone che frequentano i vari corsi scolastici e le attività ricreative e sportive, dati questi di non facile reperimento. Sono infatti consultabili solo quelli semestrali relativi alle iscrizioni ai soli corsi professionali¹⁰⁴ e l'incidenza sul totale dei detenuti presenti oscilla, all'incirca tra il 5.1% e il 6.5% del totale dei presenti. In ogni modo possiamo stimare che il 30 - 40% dei detenuti sia occupato in qualche attività e che, quindi, il livello di inoccupazione tra i detenuti che hanno posto in essere il proprio suicidio è sicuramente superiore a quello generale.

103 www.giustizia.it nel dettaglio:

Detenuti lavoratori – 31.12.2007 – 31.12. 2009			
Data rilevazione	Detenuti presenti	Detenuti lavoratori	% lavoratori
31/12/2007	48.693	13.326	27.37
30/06/2008	55.057	13.413	24.36
31/12/2008	58.127	13.990	24.07
30/06/2009	63.630	13.409	21.07
31/12/2009	64.791	14.271	22.03

Fonte: Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato – Sezione Statistica

104 www.giustizia.it nel dettaglio:

Detenuti iscritti a corsi professionali – 1/01/2008 – 1/06/2008			
Semestre	Detenuti presenti	Detenuti iscritti	% detenuti iscritti
I 2008	55.057	3.570	6.5
II 2008	58.127	2.959	5.1
I 2009	63.630	3.864	6.1

Fonte: nostra elaborazioni su serie storiche Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato – Sezione Statistica

Tab. 18-Suicidi per condizione di ozio od occupazione		
Status occupazionale	Periodi esaminati	
	1960 – 1969	2008 – 2010
Occupato	21.3	9.1
Inoccupato	78.7	90.9
Totale	100.0 (80)	100.0 (121)

Fonte: Nostra elaborazione.

Stati di tossicodipendenza

La ricerca evidenzia, rispetto a quella riferita al biennio precedente, un aumento di casi di suicidio di persone di cui era nota una dipendenza da sostanze psicotrope (tab. 19). Si è infatti registrata una proporzione pari al 35.5% di tossicodipendenti rispetto al 9.8 del periodo precedente. Peraltro la proporzione di tossicodipendenti nella popolazione detenuta in generale¹⁰⁵, negli anni considerati, è risultata oscillare tra il 21.44% del 31 dicembre 2006 e il 27.57% dello stesso giorno dell'anno successivo¹⁰⁶. Questi dati confermerebbero le tesi che individuano in questi soggetti un gruppo connotato da una maggiore fragilità e un correlato livello di maggiore rischio autolesivo.

Tab. 19-Suicidi per stato di tossicodipendenza		
Stato	Periodi esaminati	
	2006 – 2007	2008 – 2010
Tossicodipendente	9.8	35.5
Non tossicodipendente	90.2	64.5
Totale	100.0 (41)	100.0 (121)

Fonte: Nostra elaborazione.

¹⁰⁵ Fonte Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato – Sezione Statistica

¹⁰⁶ Nel dettaglio:

Detenuti tossicodipendenti – 30.06.2006 – 30.06.2009			
Data rilevazione	Detenuti presenti	Detenuti tossicodipendenti	% tossicodipendenti
30/06/2006	61.264	16.145	26.35
31/12/2006	39.005	8.363	21.44
30/06/2007	43.957	10.275	23.38
31/12/2007	48.693	13.424	27.57
30/06/2008	55.057	14.743	26.78
31/12/2008	58.127	15.772	27.13
30/06/2009*	63.630	15.396	24.20

Fonte: Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato – Sezione Statistica

* La fonte ha precisato che i dati risultano sottostimati in quanto non tutti gli istituti hanno risposto al questionario, alcuni adducendo problemi organizzativi legati al passaggio delle competenze al S.S.N., altri per motivi non definiti.

Il disagio psichico

Il dibattito sul tema del suicidio spesso incrocia quello del disagio psichico e della malattia mentale.

Queste ultime sono viste quale concausa e fattore di rischio ma, allo stesso tempo, non sono pochi quelli che sottolineano il rischio di ridurre la spiegazione del primo attraverso le seconde. La ricerca condotta evidenzia che al momento del fatto il 52.1% dei casi esaminati presentava una diagnosi psichiatrica (tab. 20) e che il 60.3% era sotto terapia di psicofarmaci (tab. 21). Molte considerazioni possono essere svolte a partire dalla letteratura esaminata.

Esposito¹⁰⁷, ad esempio, esaminando la recente letteratura internazionale evidenzia che l'incidenza di tutte le malattie psichiatriche e i disturbi psichici all'interno delle strutture penitenziarie sia maggiore rispetto a quella della popolazione libera, attestandosi sino all'80% tra i detenuti contro il 31% tra i non reclusi.

L'Autore cita una seconda ricerca scozzese secondo la quale il 70% dei detenuti hanno avuto un precedente contatto con servizi psichiatrici.

Sono dati che superano l'incidenza rilevata nel nostro caso ma che non possono essere adeguatamente comparati e solo semplicemente segnalati al fine di stimolare un dibattito. Certamente il ricorso alle cure dello psichiatra a fronte di quadri comportamentali che possono indurre il sospetto di probabili condotte auto lesive se non già addirittura conclamate, non è solo rispondere ad una direttiva impartita negli anni dall'Amministrazione penitenziaria ma, soprattutto, una prassi comune e auto tutelante. In questo senso la constatazione che le indicazioni farmacologiche superino le stesse diagnosi psichiatriche testimonia della cautela che si adotta al fine di scongiurare i passaggi all'atto e del ricorso massivo della componente terapeutica psichiatrica

Questo, di per sé, comporta che l'analisi clinica determina diagnosi e prescrizioni di natura psichiatrica o anche solo il fatto che la semplice constatazione dell'intervento psichiatrico porta poi a classificare come tale il caso. Se queste riflessioni hanno una loro logicità questo ci porta a dire che il campione in esame evidenzia una limitata influenza della patologia mentale rispetto al fenomeno suicidiario.

¹⁰⁷ Esposito M., (a cura di), *Malati in carcere: analisi dello stato di salute delle persone detenute*, Franco Angeli, Milano, 2007.

Tab. 20-Patologie psichiatriche in atto al momento del fatto (2008 – 2010)	
Presenza	Frequenza %
Si	52.1
No	47.9
Totale	100.0 (121)
<i>Fonte: Nostra elaborazione.</i>	

Tab. 21-Terapie psichiatriche in atto al momento del fatto (2008 – 2010)	
Presenza	Frequenza %
Si	60.3
No	39.7
Totale	100.0 (121)
<i>Fonte: Nostra elaborazione.</i>	

Provvedimenti cautelari

Si è spesso parlato di *suicidi annunciati* e, nei casi esaminati tale indicazione parrebbe confermata. Rispetto al campione dei suicidi esaminato, il 53.2% delle persone erano sottoposte ad un provvedimento cautelare finalizzato ad aumentare l'attenzione, a monitorare meglio il loro comportamento e a prevenirne conseguenze nefaste ritenute possibili (tab. 22).

Il dato porta naturalmente ad interrogarsi sull'effettiva applicazione dei provvedimenti e, più in generale, sulla loro effettiva efficacia.

Tab. 22-Provvedimenti cautelari adottati e in atto al momento del fatto (2008 – 2010)	
Tipo di provvedimento	Frequenza %
Nessuno	43.8
Grande sorveglianza	52.9
Massima sorveglianza	0.3
Totale	100.0 (121)
<i>Fonte: Nostra elaborazione.</i>	

La mobilità come fattore di rottura delle relazioni

Introduciamo un aspetto che riteniamo decisivo soprattutto in ragione degli interventi di prevenzione e cura dei casi di disagio che potenzialmente possono dare corso a tentativi di suicidio, la rottura delle relazioni interne quale ulteriore elemento di aggravamento del quadro personale e del suo equilibrio.

Il 59.5% dei suicidi era stato trasferito dal suo istituto prima dell'evento (tab. 23) e il 34.7% ha subito un trasferimento all'interno dell'istituto (tab. 24).

Tab. 23-Trasferimenti tra istituti nel corso della detenzione e prima dell'evento (2008 – 2010)	
Trasferimenti	Frequenza %
Si	59.5
No	40.5
Totale	100.0 (121)
<i>Fonte: Nostra elaborazione.</i>	

Tab. 24-Trasferimenti all'interno dell'istituto prima dell'evento (2008 – 2010)	
Trasferimenti	Frequenza %
Si	34.7
No	65.3
Totale	100.0 (121)
<i>Fonte: Nostra elaborazione.</i>	

Con riferimento alle movimentazioni interne si è valutato il tempo intercorso dall'ultimo movimento all'evento (tab. 25) scoprendo che il 66.7% delle persone si sono suicidate entro un mese dalla riallocazione e il 33.3% entro sette giorni.

Tab. 25-Tempo intercorso dall'ultima movimentazione interna e il suicidio (2008 – 2010)	
Tempo	Casi
1 settimana	14
2 settimane	3
3 settimane	5
4 settimane	6
2 mesi	2
3 mesi	3
4 mesi	2
5 mesi	1
6 mesi	1
Oltre 6 mesi	5
Totale	42
<i>Fonte: Nostra elaborazione.</i>	

I dati appaiono ancor più significativi se integrati ed incrociati tra loro (tab. 26).

Solamente il 30.6% dei suicidi non è stato interessato da alcuna movimentazione. È molto probabile che questo dipenda dall'atteggiamento diffuso di *trasferire* il rischio verso istituti o sezioni ritenuti, a torto o a ragione, più sicuri senza considerare più di tanto il fatto che questa decisione può coincidere con la ulteriore frattura di legami relazionali che, per quanto deboli, costituiscono pur sempre una rete di protezione.

Le stesse relazioni terapeutiche e le indicazioni farmacologiche eventualmente già instaurate possono lacerarsi, rendendo così vani i risultati già ottenuti.

Tab. 26-Suicidi per trasferimenti (2008 – 2010)	
Tipo di trasferimento	Frequenza %
Trasferimenti intra ed extra istituto	24.8
Trasferimenti extra istituto	34.7
Trasferimenti intra istituto	9.9
Non trasferiti	30.6
Totale	100.0 (121)
<i>Fonte: Nostra elaborazione.</i>	

Suicidi e territorializzazione della pena

L'Ordinamento penitenziario tutela la vicinanza della persona al suo territorio di residenza sulla base della considerazione che questa vicinanza dovrebbe garantire più frequenti contatti con la famiglia ed agevolare la ricerca di quelle risorse utili per la definizione di un progetto di reinserimento sociale durante l'esecuzione della pena, attraverso una misura alternativa, o al termine della pena stessa.

La realtà si discosta dalla norma a causa dei noti problemi di sovraffollamento che generano flussi di trasferimento dagli istituti metropolitani a quelli più periferici e che impediscono il ritorno nell'istituto territorialmente più vicino.

Sul punto non esistono dati ufficiali e comparabili. Ciò nonostante si è ritenuto opportuno analizzare il campione dei suicidi in ragione della corrispondenza tra la sede nel quale si è registrato l'evento mortale e quella del domicilio dichiarato al momento dell'ingresso (tab. 27).

Il presupposto è che una maggiore vicinanza territoriale dalla propria famiglia e dai punti di riferimento sociale, dovrebbe risultare utile per prevenire, indirettamente, tali gesti.

I dati ottenuti evidenziano che la corrispondenza in questione si integra a livello comunale nell'11.6% dei casi, a livello provinciale nel 28.1%, all'interno del proprio territorio regionale nel 21.5% e al di fuori di questo nel 28.9% del totale dei casi.

Un 9.9% ha dichiarato di essere senza fissa dimora.

Solamente il 39.7% di tutti i casi, sommando i dati comunali e provinciali, ha potuto contare su un livello di territorializzazione adeguata secondo i dettami della norma.

Nel rimanente 60.3% la distanza dal proprio domicilio è risultata a distanze medio-grandi e questo, probabilmente, ha voluto significare contatti meno frequenti e maggiori difficoltà relazionali con le proprie famiglie.

Tab. 27-Suicidi e territorializzazione della pena (2008 – 2010)	
Corrispondenza tra domicilio e sede penitenziaria	Frequenza %
Comune	11.6
Provincia	28.1
Regione	21.5
Fuori regione	28.9
Senza fissa dimora	9.9
Totale	100.0 (121)
<i>Fonte: Nostra elaborazione.</i>	

La dinamica suicidiaria

Prevenire comporta piani d'intervento che tengano conto anche della forma del suicidio, ovvero dello scenario e delle modalità che lo caratterizzano. Pare ovvio pensare che incidendo anche su questi aspetti, in modo metodico e strutturato, si potrebbero ottenere risultati positivi. Rispetto all'esterno la scelta dei luoghi, degli strumenti e delle modalità è maggiormente condizionata dai limiti posti dalla costrizione penitenziaria, al punto da apparire un dato storicamente consolidato. Alla luce di queste considerazioni ci siamo preoccupati di registrare, elaborare e commentare, alcuni dati salienti, appunto, dello scenario suicidiario.

I luoghi

La cella è, nel 97.5% dei casi, il luogo che costituisce lo scenario del gesto (tab. 28). Offre quella protezione che impedisce l'intervento di qualcuno che lo voglia impedire.

La persona che passa all'atto sceglie il momento più opportuno per farlo, cogliendo l'assenza dei propri compagni, nei casi di convivenza, e la flessione del controllo, per porre in essere le proprie intenzioni.

La movimentazione verso i passeggi o verso altre attività in luoghi comuni, quindi, diventa un momento delicato.

Il rifiuto di qualcuno e la decisione di permanere solo in cella assume la connotazione di un probabile, quanto preoccupante, sintomo di auto isolamento che merita approfondimento ed attenzione.

Tab. 28-Suicidi per luogo dell'evento (2008 – 2010)	
Luogo	Frequenza %
Cella	97.5
Fuori cella	2.5
Totale	100.0 (121)
<i>Fonte: Nostra elaborazione.</i>	

La scoperta

Dalle relazioni di servizio esaminate si rileva che, nello stragrande numero dei casi, è il personale in servizio a scoprire gli esiti dei tentativi di suicidio e precisamente nell' 86.8% dei casi (tab. 29).

In un altro 0.8% la scoperta viene effettuata congiuntamente dal personale e dai compagni di detenzione e per il rimanente 12.4% solo da questi ultimi.

Tab. 29-Soggetti che hanno scoperto il fatto (2008 – 2010)	
Soggetti	Frequenza %
Personale	86.8
Compagni	12.4
Personali e compagni	0.8
Totale	100.0 (121)
<i>Fonte: Nostra elaborazione</i>	

Il momento della scoperta può non coincidere con quello della morte e, prima ancora, con quello in cui la persona ha posto effettivamente in essere le azioni che ne hanno determinato la morte.

Quest'ultima, come noto, può intervenire quasi immediatamente per la rottura dell'epistrofeo oppure, dopo un certo lasso di tempo, per soffocamento.

Queste semplici considerazioni ci introducono correttamente all'analisi dei dati che riguardano il momento della scoperta che, quindi, non potrà essere intesa come il momento effettivo del gesto e che, di conseguenza, non potrà darci indicazioni utili per comprendere se esiste una correlazione tra alcune fasce orarie della giornata e il suicidio.

Tale momento, piuttosto, coincide di massima con il fatto che il suicida rientra nel campo visivo di qualcuno, operatore o compagno che sia.

Sono quindi soprattutto i ritmi del carcere che consentono i ritrovamenti e che quindi ne fissano i tempi. Tale ipotesi sembrerebbe confermata dal fatto che dei 96 casi di cui si è riusciti, dagli atti a disposizione (tab. 30), a fissare il momento esatto, ben 58, pari al 60.4% corrispondono a grandi linee alle procedure di cambio tra il personale smontante e quello montante che prevedono le operazioni di conta o all'apertura delle celle per l'invio dei detenuti ai passeggi, alle docce, o alla socialità.

Grossolanamente possiamo ripartire la giornata a partire dai suddetti ritmi per quantificare ipoteticamente la concentrazione di eventi pur nella consapevolezza che tra gli istituti ci possono essere differenze non lievi nell'organizzazione del tempo.

Mediamente le attività e quindi la movimentazione dei detenuti, sono concentrate tra le 8.00 e le 14.00.

E' il momento di maggiore vitalità e di compresenza dell'aliquota più alta di personale operante. In questo lasso di tempo si sono registrati 28 casi pari al 29.2% del totale degli eventi.

Le ore notturne fissate tra le 21.00 e le 8.00, le più sguarnite dal punto di vista della sorveglianza e quelle che prevedono la totale chiusura delle celle quindi anche la maggiore intimità possibile per una persona reclusa, registrano 40 casi, pari al 41.7% degli eventi.

Alla luce di questi dati non sembra esserci una relazione significativa tra gli eventi ed il momento della scoperta.

Probabilmente gli esiti degli esami autoptici, laddove disposti, potrebbero essere utili per affinare l'esame.

Tab. 30-Suicidi per ora del ritrovamento (2008 – 2010)	
Fascia oraria	Casi
00.00 – 01.00	5
01.01 – 02.00	3
02.01 – 03.00	2
03.01 – 04.00	3
04.01 – 05.00	1
05.01 – 06.00	2
06.01 – 07.00	3
07.01 – 08.00	5
08.01 – 09.00	4
09.01 – 10.00	4
10.01 – 11.00	2
11.01 – 12.00	2
12.01 – 13.00	5
13.01 – 14.00	2
14.01 – 15.00	6
15.01 – 16.00	3
16.01 – 17.00	5
17.00 – 18.00	8
18.01 – 19.00	4
19.01 – 20.00	7
20.01 – 21.00	4
21.01 – 22.00	5
22.01 – 23.00	8
23.01 – 00.00	3
Totale	96
<i>Fonte: Nostra elaborazione.</i>	

Seguendo il filone che pone in relazione l'organizzazione penitenziaria e il suicidio abbiamo ritenuto importante verificare se esistesse una relazione tra gli eventi e il giorno in cui si sono registrati, partendo dall'ipotesi che i giorni festivi, che vedono una minore presenza di operatori e l'assenza di attività, costituissero un momento di maggiore solitudine ed angoscia tali da aggravare l'angoscia esistenziale.

A questi abbiamo anche aggiunto le giornate prefestive, quali il sabato o i prefestivi rispetto alle feste infrasettimanali e i postfestivi in ragione degli effetti che le giornate festive possono aver lasciato.

Basandoci sull'elenco riportato nel dossier "Morire di carcere"¹⁰⁸

abbiamo suddiviso i 465 casi ivi registrati, riguardanti il periodo che va dal 1 gennaio del 2002 fino al 20 marzo del 2011, secondo il giorno settimana dell'evento (tab. 31)

Di primo acchito i dati sembrano non confermare la nostra ipotesi.

La domenica raggruppa il 13.1% degli eventi che assommano a 61 casi mentre la ripartizione media dei casi sui sette giorni è pari a poco più di 66 casi per giornata.

Risultano anche sottorappresentate le giornate di lunedì (59 casi pari al 12.7%) e martedì (65 casi pari al 14.0%).

Per converso le giornate di mercoledì (65 casi pari al 15.7%), giovedì (68 casi pari al 14.7%) e venerdì (70 casi pari al 15.0%) sono quelle più rappresentate.

Tab. 31-Distribuzione dei casi di suicidio per giorno settimanale (1.01.2002 / 20.03.2011)		
Giorno	Casi	Frequenza %
Lunedì	59	12.7
Martedì	65	14.0
Mercoledì	73	15.7
Giovedì	68	14.7
Venerdì	70	15.0
Sabato	69	14.8
Domenica	61	13.1
Totale	465	100.0
<i>Fonte: Nostra elaborazione.</i>		

Tuttavia, per sondare con precisione la nostra ipotesi, si deve tener conto anche degli eventi intercorsi nelle giornate festive infrasettimanali, di quelle pre e post festive che, nel periodo considerato, sommano a 24 e di quelli intercorsi nelle giornate di sabato e di lunedì che sono stati 59 e 69.

Complessivamente i suicidi avvenuti in giornate con una minore presenza di operatori e attività o nell'alone di tali situazioni, sono stati 213, pari al 45.8% del totale contro i 252 casi, pari al 54.2% di tutti i suicidi, occorsi nelle restanti giornate feriali.

Se si considera che in un anno le tre giornate a cavallo della domenica sommano a 156 e rappresentano il 42.7% del totale dei giorni contro le 209 giornate feriali, pari al 57.3% si può concludere per una leggera ma sostanziale sovra rappresentazione, pari a circa il 3%, dei casi di suicidio nelle giornate con minore attività, presenze e relazioni.

Il luogo del decesso

Manconi, in un suo intervento sul Manifesto del 28 maggio del 2008, ha sostenuto che il numero complessivo dei suicidi in carcere è probabilmente sottostimato in ragione del fatto che, se la morte interviene al di fuori della cinta muraria, durante il trasporto in ospedale o presso quest'ultimo, l'evento non verrebbe classificato come suicidio. In realtà presso l'Ufficio Ispettivo e del Controllo del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria vengono registrati tutti gli eventi critici ed il loro esito, a prescindere dal luogo dell'effettivo compimento. Su questi dati si è fondato il presente studio.

In tal senso la ricerca ha evidenziato che l'87.6% dei casi ha visto il decesso all'interno dell'istituto di pena e il rimanente 12.4% all'esterno (tab. 32).

In questo caso è molto probabile che l'intervento sia stato tempestivo al punto da poter ricorrere all'intervento di un'equipe esterna attrezzata che ha ritenuto possibile l'invio in ospedale in via d'urgenza.

Nei restanti casi la constatazione del decesso ha reso impossibile l'invio all'esterno.

Tab. 32-Luogo del decesso (2008 – 2010)	
Luogo	Frequenza %
Istituto	87.6
Esterno istituto	12.4
Totale	100.0 (121)
<i>Fonte: Nostra elaborazione.</i>	

Suicidio ed impatto con il carcere

La letteratura esaminata, costantemente, insiste sul fatto che l'impatto con il carcere induca uno shock così forte da generare i presupposti per il suicidio.

Indubbiamente l'arresto, la vicenda giudiziaria e l'impatto con la vita coatta induce profonde reazioni emotive nelle persone che ne sono soggette.

Il tempo che intercorre tra l'ingresso ed il fatto segna i tempi dello scadimento della capacità di resilienza emotiva della persona.

Su questo, come si è visto analizzando le direttive dell'Amministrazione penitenziaria, si innestano considerazioni organizzative che, ad oggi, tendono a concentrare nel primo periodo della detenzione e nelle modalità di accoglienza il massimo dell'attenzione. Se si pongono a confronto i dati rilevati nelle due ricerche espletate tra il 2006 e il 2010 (tab. 33) si evidenzia che una quota compresa tra il 26.8% e il 31.4% dei casi avviene nei primi novanta giorni dal momento dell'ingresso.

Nel corso dei successivi trimestri che completano il primo anno di carcerazione, la quota regredisce progressivamente e significativamente. Per inciso lo studio di Di Gennaro riferito agli anni '60¹⁰⁹ evidenziava una quota maggiore di suicidi entro il primo anno dall'ingresso che risultava pari al 75% del totale contro il 48.8% registrato tra il 2006-2007 e il 64.5% del biennio successivo.

I lavori di Manconi e Boraschi¹¹⁰ riportano percentuali di suicidio entro il primo anno di carcerazione pari al 64.5% nel biennio 2000-2001, 61.0% nel 2002 e 63.0% nel 2003. Un'altra quota importante di casi si registra dopo il primo anno. Nel primo biennio da noi esaminato tale proporzione era pari al 51.2% del campione e nel biennio successivo al 35.5% dei casi.

Rispetto a questi due gruppi crediamo possano rientrare motivazioni all'atto molto diverse, in genere non più riconducibili al distacco dalla propria vita e all'impatto con la detenzione bensì al deterioramento progressivo della vita di relazione con l'esterno e, in alcuni casi, al timore di rientrare nel mondo libero che viene vissuto con ansia rispetto alla consapevolezza delle difficoltà connesse in termini di effettivo reinserimento sociale e relazionale.

Tab. 33-Suicidi con riferimento al tempo intercorso tra l'evento e l'ingresso in carcere		
Trimestri	2006 - 2007	2008 - 2010
I trimestre	26.8	31.4
II trimestre	14.6	14.9
III trimestre	4.9	9.9
IV trimestre	2.5	8.3
> IV trimestre	51.2	35.5
Totale	100.0 (41)	100.0 (121)

Fonte: Nostra elaborazione.

¹⁰⁹ Direzione Generale per gli Istituti di Prevenzione e di Pena, *Il suicidio nelle carceri. Indagine preliminare sui suicidi consumati e tentati dal 1960 al 1969*, op. cit.

¹¹⁰ Manconi e Boraschi vedi CNB pag 8-----

Tornando allo *shock da ingresso* siamo in grado di comparare ancor più in dettaglio l'evolversi temporale degli eventi (tab. 34).

Nella prima settimana di detenzione si concentra all'incirca la metà dei suicidi che avvengono nel primo trimestre ma, se rapportato all'intero campione tale rapporto si riduce, in particolare, al 12.2% per il campione del 2006 - 2007 e al 18.2% di quello del 2008 - 2010.

La riferita ricerca di Di Gennaro evidenziava una frequenza di suicidi nel corso della prima settimana di detenzione pari al 25.0% del totale dell'intero campione.

Tab.34-Suicidi con riferimento al tempo intercorso tra l'evento e l'ingresso in carcere entro il primo trimestre e rispetto al totale dei casi.		
Periodo	2006 - 2007	2008 - 2010
I settimana	12.2	18.2
II settimana	2.4	3.3
III settimana	-	2.5
IV settimana	-	0.8
II mese	7.3	3.3
III mese	2.4	3.3

Fonte: Nostra elaborazione.

I segni premonitori

Una delle questioni essenziali, trattate da molti Autori, riguarda la possibilità di predire il comportamento suicidiario per il tramite di alcune caratteristiche delle persone. La letteratura e le direttive indicano nei precedenti autolesivi un segno predittivo da tenere in considerazione. Nel nostro campione il 17.4% aveva già posto in essere un tentativo di suicidio nel corso della sua esperienza detentiva, anche considerate quelle precedenti a quella che ne ha visto il decesso (tab. 35). Al fine di comparare il dato con un parametro generale, si è creato un indice relativo all'incidenza generale dei tentativi di suicidio sul totale degli ingressi con riferimento al quinquennio 2006-2010¹¹¹.

¹¹¹ I dati utilizzati sono del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato – Sezione Statistica. Nel dettaglio:

I dati evidenziano una incidenza di suicidi di gran lunga superiore nel nostro campione rispetto a quella generale che si attesta tra lo 0.67% del 2007 e l'1.33% del 2010.

Tab. 35-Precedenti tentativi di suicidio posti in essere anche nel corso delle precedenti detenzioni (2008 – 2010)	
Precedenti tentativi	Frequenza %
Si	17,4
No	82,6
Totale	100.0 (121)
<i>Fonte: Nostra elaborazione.</i>	

Rispetto ai gesti autolesivi il campione ha evidenziato una maggiore familiarità nel 38.8% del totale dei casi esaminati contro il 24.4% del campione relativo al biennio precedente (tab. 36). A livello generale l'incidenza dell'autolesionismo sull'intera popolazione detenuta è, anche in questo caso, molto inferiore.

Come per il caso dei tentativi di suicidio, ma con riferimento al triennio 2006-2008, abbiamo calcolato un indice mettendo in relazione il numero degli ingressi per anno con il numero di gesti auto lesivi registrati nello stesso periodo¹¹². Il rapporto, nei tre anni esaminati, è pari rispettivamente al 4.7%, 4.0% e al 5.3%.

Tab. 36-Precedenti gesti auto lesivi nel corso dell'ultima detenzione		
Precedenti	Periodi esaminati	
	2006 – 2007	2008 – 2010
Si	24.4	38.8
No	75.6	61.2
Totale	100.0 (41)	100.0 (121)
<i>Fonte: Nostra elaborazione.</i>		

¹¹² I dati utilizzati sono del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato – Sezione Statistica. Nel dettaglio:

Nel complesso, quindi, l'aver posto in essere dei gesti autolesivi e, in particolare, aver tentato il suicidio, ci porta a considerare che quel soggetto ha già scaricato il disagio sul proprio corpo superando, in tal modo, la barriera del dolore fisico e dell'istinto di conservazione.

Incidenza dei tentativi di suicidio sul totale degli ingressi (2006-2010)			
Anno	Totale casi	Totale ingressi	% tentativi di suicidio
2006	640	90.714	0.70
2007	610	90.441	0.67
2008	683	92.800	0.73
2009	860	88.066	0.97
2010	1134	84.641	1.33
<i>Nostra elaborazione</i>			

Incidenza dei gesti auto lesivi sul totale degli ingressi (2006 – 2008)			
Anno	Totale casi	Totale ingressi	% gesti autolesivi
2006	4.276	90.714	4.7
2007	3.687	90.441	4.0
2008	4.928	92.800	5.3
<i>Nostra elaborazione</i>			

I modi e gli strumenti del suicidio

L'impiccagione risulta essere il modo più comune per darsi la morte (tab. 37) all'interno di un istituto di pena.

Nel biennio 2006 – 2007 i dati a disposizione comprendevano sia i tentativi che i suicidi effettivamente compiuti e l'87.6% dei casi avevano adottato questa modalità.

Nel biennio successivo la proporzione, che in questo caso riguarda solo i suicidi, è praticamente sovrapponibile attestandosi all'88.4% dei casi. È interessante comparare questo dato con la serie storica di Porcu e Stara¹¹³, riportate da Baccaro e Morelli, e riguardante le modalità suicidiarie nella popolazione italiana tra il 1866 e il 1995.

Nella vita libera l'impiccamento non è la causa più frequente di morte e si registra un ventaglio molto più articolato di modalità, alcune delle quali obiettivamente impossibili da porre in essere all'interno delle mura di un carcere, quali l'annegamento, la precipitazione,

¹¹³ Porcu M., Stara F., "Dinamiche evolutive e alcune caratteristiche del fenomeno del suicidio in Italia e in Europa", in *Quaderni del Dipartimento di ricerche economiche e sociali*, 2001.

l'investimento o il procurarsi ferite mortali con un'arma da fuoco. Tutto questo è segno dell'ovvio fatto che le persone perseguono la propria volontà autodistruttiva in ragione delle "risorse" e delle "opportunità" possibili. Se questo è ovvio è altrettanto pacifico che un ragionamento sulle modalità potrebbe limitare e prevenire le suddette "opportunità".

Modalità	Periodi considerati	
	2006 – 2007*	2008 – 2010
Impiccamento	87.6	88.4
Inalazione gas	7.0	11.6
Ferite da taglio	0.3	-
Ingestione	2.7	-
Altro	0.1	-
N.r.	2.3	-
Totale	100.0 (585)	100.0 (121)

Fonte: Nostra elaborazione.
* Il dato comprende anche i tentativi di suicidio

Gli strumenti impiegati sono ovviamente legati alle modalità utilizzate (tab. 38) e, in questo senso, il vestiario e il cordame di fortuna, spesso ricavato da effetti lettereci, rappresenta la porzione più importante nella misura dell'88.3% nell'ultimo biennio e del 61.0% in quello precedente.

Strumenti	Periodi considerati	
	2006 – 2007	2008 – 2010
Buste di plastica	2.4	-
Cinture	4.9	7.4
Cordame	9.7	51.2
Effetti lettereci	36.6	-
Gas	2.4	11.6
Lacci scarpe	4.9	9.9
Sostanze tossiche	2.4	-
Vestiario	4.9	19.8
N.r.	31.7	-
Totale	100.0 (41)	100.0 (121)

Fonte: Nostra elaborazione.

Le motivazioni

Dal fascicolo dell'inchiesta, dalle relazioni di servizio e dalle lettere di commiato in esso contenute, è stato possibile estrapolare una motivazione nel 19.0% dei casi esaminati (tab. 39).

Si tratta di indicazioni che, per la loro sinteticità e per l'elaborazione personale o istituzionale che le hanno generate, non consentono ovviamente generalizzazioni e conclusioni esaustive.

Permettono, viceversa, alcune suggestioni. *L'elemento familiare* ripercorre in più circostanze e assume una doppia valenza. Da un lato il *timore o l'effettività della perdita* di tale legame e, per altri versi, il *senso di colpa* nei confronti dei congiunti e il senso di vergogna per averli coinvolti in una vicenda vissuta come vergognosa e frutto di disagi suppletivi.

Se facciamo riferimento al modello prospettato dalla Ubaldi questi suicidi si potrebbero collocare nell'idealtipo del *suicida rinunciatario* che passivamente si infligge la morte mosso da sentimenti di *lutto e castigo*. In alcune compare il *rimorso* per il reato commesso e *l'onta* che da questo dipende.

Anche in questi casi ci si troverebbe di fronte ad un *suicida rinunciatario* mosso, tuttavia, da sentimenti di mero *castigo*. Sempre rispetto alla vicenda penale anche la *convinzione della propria innocenza* o la percezione di un *ingiusta condanna* vengono invocate nell'estremo messaggio. In questi casi l'orientamento dell'aggressività parrebbe essere attiva agita da un *suicida ribelle* mosso da volontà di *protesta e appello*. Emergono in alcune circostanze corti circuiti dovuti ad elementi di *rigidità culturale* che non lascerebbero scampo ad una situazione ritenuta, in modo angoscioso, senza uscita. È il caso in cui i propri comportamenti ed atteggiamenti determinano l'esclusione dal gruppo criminale con l'accusa di essere un "infame" o il fatto di essere, in quanto deviante e in carcere, in forte contrasto con la propria cultura religiosa soprattutto se connotata da profili di integralismo.

Anche in questo caso ci si troverebbe di fronte ad una aggressività etero diretta posta in essere da un *suicida ribelle* supportato da motivazioni oscillanti tra la *protesta/appello al delitto/vendetta*.

Per converso, anche il non essere appartenente alla subcultura carceraria è stato invocato come motivazione a porre in essere il proprio suicidio

nell'impossibilità di affrontare adeguatamente il regime e le dinamiche penitenziarie. Ci pare che motivazioni di questo genere appartengano ai *suicidi passivi e rinunciatari* motivati dalla angosciante e irrisolvibile necessità di *fuga* da una realtà percepita come insostenibile.

Si sono ritrovate motivazioni attinenti alla *perdita di uno status*, quali il lavoro o alla notizia di aver contratto *malattie* particolarmente gravi, come l'infezione da h.i.v.

Il *lutto* pare essere la motivazione che sostiene il gesto di questo *suicida rinunciatario*. Il quadro, nella sua sommarietà, si completa e conclude con due interpretazioni sostanzialmente opposte tra loro.

Da un lato si ritrovano motivazioni che fanno riferimento ad una *strumentalità autolesiva* non adeguatamente gestita e mal condotta al punto da generare un suicidio preterintenzionale. Paiono gesti riconducibili a *suicidi ribelli* motivati da sentimenti *minaccia e ricatto*. Per altro verso un generico richiamo a quadri non meglio precisati di *depressione reattiva* che risulta, per la pochezza delle informazioni di difficile collocazione rispetto al modello interpretativo adottato.

Tab. 39-Suicidi per ritrovamento lettere di commiato (2008 – 2010)	
Ritrovamento	Frequenza %
Si	19.0
No	79.3
n.r.	1.7
Totale	100.0 (121)
<i>Fonte: Nostra elaborazione</i>	

Facciamo il punto

Sin qui ci siamo limitati a descrivere l'andamento delle variabili sondate, ponendole in relazione a dati precedenti e al quadro riferito alla popolazione detenuta in generale, in modo da rilevare eventuali difformità o convergenze.

Al termine di questa carrellata possiamo concludere sostenendo che, salvo qualche eccezione, nessuna tra le variabili esaminate mostra un andamento in grado da far pensare a correlazioni statisticamente significative tali da spiegare in modo causale l'evento suicidiario.

Crediamo sia significativo segnalare che alle stesse conclusioni è

giunta, sostanzialmente, l'Organizzazione Mondiale della Sanità la quale ha affermato che molte delle caratteristiche dei detenuti suicidi sono comuni a quelle dei loro compagni e pochi studi hanno identificato elementi di differenziazione tra i due gruppi¹¹⁴. Riassumiamo, quindi, le valutazioni svolte per ognuna delle variabili da noi trattate.

Innanzitutto l'andamento nel tempo dei suicidi disegna una retta sinuosoidale che si muove indipendentemente dal numero di ingressi registrati e, quindi, dal *tasso di affollamento*.

Le *dimensioni strutturali degli istituti*, pur segnando una lieve sovra rappresentazione del fenomeno nelle strutture medio grandi, non sembrano incidere in modo lineare.

Le *età* dei suicidi vedono una maggiore incidenza dei più giovani e, al contrario, una sottostima di quelle più anziane, rispetto ai dati riferiti all'esterno. Tuttavia occorre considerare che la struttura demografica interna è decisamente diversa e risulta più giovane di quella esterna.

Anche in questo caso, quindi, la variabile non risulta decisiva nel tentativo di costruire una eziologia fenomenologica.

È stata confutata la tesi per la quale il *genere* femminile fosse proporzionalmente più rappresentato e anche gli *stranieri* non si suicidano proporzionalmente di più. La presenza di *rapporti affettivi* formalmente stabili sembra essere, almeno nel biennio preso in esame, una situazione sotto rappresentata nel campione rispetto al dato generale e, in tal caso, deporrebbe per una maggiore fragilità affettiva tra le persone che si sono date la morte.

Rispetto alla *posizione giuridica*, se è vero che i condannati in via definitiva contribuiscono in misura proporzionalmente inferiore al dato generale, diventa difficile spiegarne la causa che potrebbe oscillare tra una maggiore consapevolezza del proprio destino, all'influenza della loro condizione detentiva mediamente migliore, in termini di collocazione ed occupazione, rispetto a quella dei detenuti ancora soggetti a giudizio.

Spicca il dato degli internati che fanno costantemente segnare una quota di suicidi nettamente superiore al dato generale. Anche in questo caso diventa difficile stabilirne il motivo. La presenza di una misura di sicurezza potrebbe essere intesa come segno di una maggiore instabilità

114 Organizzazione Mondiale della Sanità - Management of mental and brain disorders - Department of mental health and substance abuse : *La prevenzione del suicidio nelle carceri*, op. cit.

sociale e, come tale, di maggiori difficoltà nel reinserimento nel mondo libero, ma questa è una ipotesi assolutamente non corroborata da studi ed evidenze scientifiche.

Il *regime detentivo* è stato assunto come fattore di spiegazione e determinante anche se il nostro contributo confuta tale ipotesi nella misura in cui non pare essere il dato formale, ovvero la classificazione e l'inserimento in circuiti a custodia inasprita, quanto quello sostanziale relativo alle *condizioni detentive* caratterizzate da una minore possibilità di socializzazione e di relazione interpersonale a risultare più rappresentate nel campione dei suicidi. Le *pregresse esperienze detentive* appartengono ad oltre la metà dei 121 suicidi esaminati e proporzionalmente questo dato è tuttavia inferiore a quello relativo al tasso di recidiva che si stima essere quello della popolazione detenuta in generale. In questo senso il numero dei suicidi dei primari risulterebbe sovra rappresentato.

D'altra parte se si va ad esaminare il tipo di precedenti carcerazioni si scopre che sono in larga parte brevi o brevissime e, come tali, probabilmente incapaci di strutturare gli elementi esperienziali tipici della sub cultura carceraria. In ogni modo, anche in questo caso, non si può sostenere che è una o l'altra delle condizioni sia determinante rispetto alla decisione di togliersi o meno la vita.

Il dato dei suicidi senza una *occupazione* è uno tra i più netti tra tutti quelli esaminati, superiore di gran lunga a quello riferito al livello di occupazione della popolazione detenuta generale. In tal senso pare che l'ozio abbia una sua importanza nel fenomeno.

Sovrastimata sembra essere anche la quota dei suicidi che avevano dichiarato uno stato di *tossicodipendenza* al momento del loro ingresso. Leggermente diverse le considerazioni relative al dato relativo al *disagio psichico* che pur coinvolgendo oltre la metà del campione dei suicidi, parrebbe essere sottostimato rispetto alle stime generali. Innanzitutto sussiste un problema definitorio di non lieve momento a partire dal fatto che nel concetto di disagio psichico vi rientra tutto lo spettro dei disturbi psichici, da quelli di tipo reattivo sino a quelli decisamente espressione di una vera e propria patologia mentale. D'altra parte occorre considerare che di fronte ad anomalie comportamentali, quali quelle auto lesive, l'istituzione penitenziaria fa tradizionalmente riferimento alla professione medica e, in particolare, agli psichiatri che, ovviamente

operano per il tramite delle loro categorie diagnostiche e delle loro metodologie terapeutiche. In tal senso il campione può essere stato “inquinato” dagli effetti di tali pratiche e risultarne sovradimensionato attraverso un vero e proprio processo di etichettamento.

Se questo è plausibile, allora, il disagio psichico non parrebbe essere una variabile decisiva nel tentativo di spiegare il fenomeno suicidiario in carcere. Peraltro è da sottolineare che il campione esaminato esprime un livello di *autolesionismo* pregresso decisamente maggiore di quello della generalità dei detenuti.

La qualcosa potrebbe essere segno di una propensione a superare le proprie angosce attraverso il passaggio all’atto contro se stesso e giustificherebbe un livello di terapie farmacologiche addirittura superiori alle diagnosi psichiatriche.

Discorso analogo potrebbe farsi relativamente alla “mobilità” del campione esaminato che, in poco meno del 70% dei casi ha subito, nel corso della detenzione, un trasferimento prima di suicidarsi indebolendo in tal modo la propria rete relazionale frammentata dall’allontanamento da situazioni conosciute e dall’inserimento in contesti, viceversa, sconosciuti. Quello che comunque sembra emergere, come già accennato, è una grande incertezza nel perseguire la strada che tenta di individuare caratteristiche personali tali da potersi considerare predittive di un rischio suicidiario. Gli unici dati che risultano sovra rappresentati sono quelli legati all’instabilità affettiva, la tossicodipendenza, la tendenza all’autolesività, le cure psicofarmacologiche, l’inoccupazione all’interno dell’istituto e, come abbiamo visto, una inusuale mobilità nel sistema penitenziario.

Vi è una relativa corrispondenza tra questa elencazione e quella effettuata da una ricerca austriaca¹¹⁵ citata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità che individua quattro fattori specifici che differenzierebbero il gruppo dei suicidi da quello dei non suicidi e che sono: precedenti tentativi di suicidio o di comunicazione di intenti di questo genere, diagnosi psichiatrica, trattamento psicofarmacologico durante la detenzione, reato ad alto indice di violenza e la sistemazione in cella singola. Le nostre prime quattro caratteristiche richiamano scenari di abbandono, instabilità, fragilità e marginalità che dall’esterno

115 Fruehwald S., Matschnig T., Koenig F., Bauer P., Frottier P., “Suicide in custody: a case-control study”, in *British Journal of Psychiatry*, 185, 494-498, 2004.

tracimano all'interno con il loro portato di disagio determinato da un maggiore livello di povertà relazionale con l'esterno, di povertà materiale dovuto al mancato aiuto e sostegno e di scarsa prospettiva al momento dell'uscita dal carcere.

Le seconde due evocano quadri di ozio forzoso, destrutturazione sensoriale, povertà indotta dall'impossibilità di guadagnare anche solo una magra mercede, privazioni materiali, fratture relazionali, paura dell'incognito, solitudine. Tutte le variabili in questione e, in particolare la gestione dei quadri loro correlati, riguardano dati organizzativi e di contesto penitenziario.

Indubbiamente ogni caso di suicidio fa riferimento a motivazioni specifiche di varia e, per certi versi, incontrollabile origine; certamente, tuttavia, intervenire su quelle situazioni che, come abbiamo visto, risultano sovrarappresentate è possibile da un punto di vista organizzativo e questo potrebbe essere la strada da percorrere per ottenere una migliore prevenzione generale orientata a tessere o ritessere intorno alla persona una rete di relazioni ed opportunità viceversa impoverita al punto da non reggere il peso di situazioni personali di difficile intercettazione.

Quattro diversi scenari

Anche sulla scorta delle considerazioni su esposte si è scelto di verificare come l'attuale sistema di intercettazione del rischio e di prevenzione riesca ad intercettare e cogliere alcuni degli stati di disagio tra quelli statisticamente sovrarappresentati.

Si è anche deciso che fosse più utile mettere in relazione tra loro le varie variabili in questione, incrociandone i parametri rilevati empiricamente, ottenendo, quindi, una relazione dinamica.

Il punto di partenza è stata la valutazione del rischio e il tempo di latenza intercorso tra l'ingresso e il suicidio. L'incrocio tra queste due variabili ha consentito di separare quattro distinte sottopopolazioni (tab. 40).

Isolati i soggetti che si sono suicidati entro i primi trenta giorni dall'ingresso da quelli che, viceversa, sono passati all'atto in epoche successive, si sono individuati due insiemi discriminandoli tra quelli che erano stati valutati a rischio all'atto dell'ingresso e quelli che non lo erano stati. Si è così individuato un primo gruppo che si è suicidato nei primi trenta giorni e con una valutazione di rischio positiva. Tale

insieme che chiameremo i *conclamati reattivi* è costituito da un unico soggetto ed incide per lo 0.8% sul totale dei casi. Un secondo gruppo è costituito da soggetti che si sono suicidati dopo i primi trenta giorni e la cui valutazione è risultata positiva.

Costoro, che chiameremo i *prevedibili latenti*, incidono sul campione per il 18.1% del totale.

Un terzo gruppo è composto da quei soggetti che non hanno dato luogo ad una valutazione di rischio ma che si sono suicidati entro i primi trenta giorni. Essi costituiscono il 24.0% dei casi e verranno denominati come i *silenti reattivi*. L'ultimo gruppo comprende tutti i rimanenti che si sono suicidati dopo i primi trenta giorni e che non erano stati valutati quali soggetti a rischio.

La consistenza di quest'ultimo gruppo, che abbiamo denominato gli *imprevedibili*, è consistente e riguarda il 57.0% del totale dei 121 casi di suicidio presi in esame.

Una delle prime considerazioni che possiamo fare riguarda il fatto che, nel caso del campione esaminato, l'81.1% dei casi non è stato intercettato e valutato all'ingresso come portatore di un rischio specifico.

Il dato è frutto della combinazione tra lo stato emotivo e psicologico del soggetto al momento della valutazione iniziale e le categorie diagnostiche utilizzate. I positivi rappresentano il restante 18.9% del campione e può essere interessante mettere in relazione questo dato con quelli relativi ad alcune delle caratteristiche dello stesso campione e indicate dalla letteratura e dalle direttive ministeriali come significative dal punto di vista del rischio.

Come abbiamo visto il 3.3% era un giovane adulto infra 21enne e un ulteriore 27.4% aveva un età compresa tra i 22 e i 30 anni; i primari il 42.1%; il 35.5% aveva dichiarato la propria tossicodipendenza. Al momento del fatto il 17.4% registrava almeno un precedente tentativo di suicidio. Se ne può concludere che la valutazione iniziale non aderisce automaticamente alla classificazione standardizzata e tende a sottovalutarla.

Ci sono tuttavia altri dati che indirettamente ci offrono la possibilità di riflettere sull'andamento in itinere della valutazione del rischio.

Abbiamo già accennato al ricorso specialistico psichiatrico nel trattamento dei quadri di difficoltà psichica e comportamentale e, in effetti, si registra che al 52.1% del campione era stata diagnosticata

una patologia psichiatrica e il 60.3% era in terapia psichiatrica. Complessivamente il 53.2% era, al momento della morte, sottoposto a provvedimenti cautelari.

Questi dati evidenziano che nel prosieguo della detenzione l'attenzione aumenta sino a triplicare i provvedimenti diagnostici, terapeutici e cautelari che, tuttavia, non riescono a coprire integralmente il campione per una parte stimabile in circa il 40% dei casi.

Tab. 40-Valutazione del rischio e momento dell'evento (2008 – 2010)		
	Entro un mese dall'ingresso	Dopo un mese dall'evento
Valutazione di rischio positiva	1 (0.8)	22 (18.1)
Valutazione di rischio negativa	29 (24.0)	69 (57.1)

Fonte: Nostra elaborazione.

Le quattro diverse sottopopolazioni selezionate sono state incrociate con i dati riferiti alle precedenti esperienze detentive congiunte con la familiarità ai gesti auto lesivi desunta dalla registrazione, nella biografia del soggetto, di gesti auto lesivi nell'ambito di tutte le carcerazioni subite (tab. 41).

In termini modali il 54.6% dei *prevedibili latenti* è risultato recidivo e non autolesionista seguiti da un 31.8% di primari autolesionisti. Il 51.7% dei *silenti reattivi* è risultato alla prima esperienza detentiva e non avvezzo a porre in essere gesti auto lesivi e il 37.9% con alle spalle altre carcerazioni senza tuttavia aver mai dato luogo a gesti auto lesivi. Allo stesso modo il 46.4% degli *imprevedibili* non ha mai avuto altre esperienze auto lesive nelle precedenti carcerazioni e nel 23.2% dei casi non ha neppure avuto altre detenzioni.

L'unico caso di *conclamato reattivo* è risultato un primario non autolesionista. Per la loro frammentazione sono dati di non facile lettura anche se, rispetto alla questione delle valutazioni falso negative, in particolar modo per i due gruppi dei silenti reattivi e degli imprevedibili, parrebbe giocare molto l'assenza di precedenti auto lesivi.

Popolazione	Precedenti esperienze				Totale
	Primario non autolesionista	Primario autolesionista	Recidivo non autolesionista	Recidivo Autolesionista	
Conclamati Reattivi	100.0	0	0	0	100.0 (1)
Prevedibili latenti	4.6	31.8	54.6	9.0	100.0 (22)
Silenti Reattivi	51.7	3.5	37.9	6.9	100.0 (29)
Imprevedibili	23.2	14.5	46.4	15.9	100.0 (69)

Fonte: Nostra elaborazione.

Rispetto ai provvedimenti cautelari adottati (tab. 42) si evidenzia che la grande maggioranza dei prevedibili latenti e il caso del conclamato nella misura rispettivamente dell'86.4% e del 100.%, al momento del fatto, erano sottoposti a una qualche forma di misura di cautela finalizzata a prevenire gesti inconsulti.

Per la verità anche i silenti reattivi e addirittura gli imprevedibili erano stati destinatari di una maggiore attenzione, rispettivamente nel 48.3% e nel 40.6%, segno di una presunzione di criticità nel loro comportamento incrementatasi nel corso dello svolgimento della carcerazione.

Rimane il fatto che per questi due gruppi oltre la metà non è stato destinatario di alcuna cautela segno di una difficoltà ad intercettare segni di disagio o la loro decisa assenza

In un caso come l'altro tali misure non sono state sufficienti e quindi si sono rilevate inadatte.

Popolazione	Provvedimenti cautelari		Totale
	Presenti	Assenti	
Conclamati reattivi	100.0	0.0	100.0 (1)
Prevedibili latenti	86.4	13.6	100.0 (22)
Silenti reattivi	48.3	51.7	100.0 (29)
Imprevedibili	40.6	59.4	100.0 (69)

Fonte: Nostra elaborazione.

Abbiamo già evidenziato che l'elemento mobilità è particolarmente rappresentato nei percorsi detentivi delle persone che si suicidano in carcere. Per questo motivo ci è parso utile mettere in relazione i quattro sottogruppi individuati con i dati riferiti a questa variabile (tabb. 43 e 44). Pare interessante il dato relativo al fatto che il 95.5% dei prevedibili latenti sia stato oggetto di almeno un trasferimento di sede e, nel 45.5% anche di trasferimenti all'interno dello stesso istituto.

L'unico caso conclamato, a sua volta, ha subito quest'ultima forma di mobilità. In altri termini la quasi totalità dei gruppi caratterizzati da una prognosi di rischio ha vissuto movimentazioni. Si confermerebbe, in tal senso, l'ipotesi che la prevedibilità di un evento critico inneschi un processo di mobilità della persona che viene indirizzata verso una nuova destinazione ritenuta tutelante per lui o auto tutelante per l'istituzione. Nel caso dei silenti reattivi si registra lo scenario opposto. Questo gruppo ha goduto di una stabilità pressoché totale considerato che il 96.6% non ha subito trasferimenti esterni e il 93.1% neppure trasferimenti interni. Discorso diverso deve essere fatto per il gruppo degli imprevedibili. Risulta infatti che il 72.5% di questo sottogruppo sia stato oggetto di almeno un trasferimento di sede e nel 42.0% dei casi di un trasferimento all'interno dell'istituto di appartenenza. Se consideriamo che, come abbiamo visto, il 40.6% degli appartenenti a questo insieme risultava destinatario di un provvedimento di cautela possiamo immaginare che almeno per questi casi si possa adattare l'ipotesi della movimentazione cautelare. Nei restanti casi il trasferimento potrebbe aver contribuito a determinare uno stato di sofferenza tale da slatentizzare un insopprimibile disagio.

Popolazione	Trasferimenti		Totale
	Presenti	Assenti	
Conclamati	0.0	100.0	100.0 (1)
Prevedibili latenti	95.5	4.5	100.0 (22)
Silenti reattivi	3.4	96.6	100.0 (29)
Imprevedibili	72.5	27.5	100.0 (69)

Fonte: Nostra elaborazione.

Tab. 44-Trasferimenti interni nell'ultimo istituto di assegnazione (2008 – 2010)			
Popolazione	Trasferimenti		Totale
	Presenti	Assenti	
Conclamati reattivi	100.0	0.0	100.0 (1)
Prevedibili latenti	45.5	54.5	100.0 (22)
Silenti reattivi	6.9	93.1	100.0 (29)
Imprevedibili	42.0	58.0	100.0 (69)

Fonte: Nostra elaborazione.

L'isolamento sociale, definito dalla irregolarità o assenza dei contatti con l'esterno, si distribuisce tra le quattro popolazioni in modo speculare. Tutti coloro che si sono suicidati entro i primi trenta giorni di detenzione non hanno avuto relazioni con l'esterno o li hanno avuti in modo sporadico ed irregolare (tab. 45).

Il dato potrebbe essere interpretato riflettendo sul fatto che i pochi giorni intercorsi dal momento dell'ingresso a quello della morte potrebbero essere stati insufficienti per attivare burocraticamente i colloqui, oppure sul fatto che effettivamente queste persone non potevano contare su una rete esterna di supporto.

Da questo punto di vista teniamo conto del dato, già commentato in precedenza, relativo al fatto che il campione in esame al momento dell'ingresso ha dichiarato un rapporto affettivo stabile solamente nel 33.9% dei casi. A questo sicuramente dovranno aggiungersi i legami relativi alle famiglie di origine

Coloro i quali hanno avuto un maggiore periodo di latenza prima di passare all'atto si sono sostanzialmente spezzati in due sottogruppi.

Nel 50% dei prevedibili latenti e nel 52,2% degli imprevedibili il maggior lasso di tempo non ha comunque consentito l'incremento e la regolarizzazione dei contatti con l'esterno.

Rimane il fatto che, per un motivo o per l'altro, la stragrande maggioranza dell'intero campione non ha potuto fruire di contatti regolari con l'esterno vivendo quindi un serio livello di isolamento detentivo.

Tab. 45-Grado di isolamento sociale presunto (2008 – 2010)			
Popolazione	Grado di isolamento		Totale
	Alto	Basso	
Conclamati reattivi	100.0	0.0	100.0 (1)
Prevedibili latenti	50.0	50.0	100.0 (22)
Silenti reattivi	100.0	0.0	100.0 (29)
Imprevedibili	47.8	52.2	100.0 (69)

Fonte: Nostra elaborazione.

Partendo dalla definizione di *comorbilità* quale condizione di coesistenza di una patologia mentale associata ad una dipendenza da sostanze psicotrope, in questa sede, la prima è stata considerata presente se il caso registrava una diagnosi psichiatrica o almeno una prescrizione terapeutica psichiatrica.

Lo stato di dipendenza è stato conferito se si è rilevato una dichiarazione di tossicodipendenza o di alcoldipendenza.

Rispetto alle sottopopolazioni (tab. 46) risalta il fatto che tra i *silenti reattivi* il 51.7% dei soggetti ascrivibili a questo gruppo non hanno manifestato segni o dichiarazioni di comorbilità e questo dato rappresenta la moda della distribuzione del gruppo. Se incrociamo i dati in modo da dissociare le due caratteristiche, il 62.1% non rileva dal punto di vista tossicomano e per il 75.8% dal punto di vista psichiatrico.

Viceversa nel 37.9% rileva rispetto al primo aspetto e nel 24.2% rispetto al secondo.

Nel 36.4% queste si sommano dando luogo ad un quadro di comorbilità. Tra i *prevedibili latenti* la moda è rappresentata, per il 59.1% dei casi, dai soggetti con diagnosi psichiatrica non associata ad un quadro di tossicodipendenza accertato.

Solamente il 4.5% dei casi non è inquadrabile in nessuna delle due categorie. La sola tossicomania incide per il 36.4% del totale mentre l'esistenza di un quadro psichiatrico è stato rilevato nel 95.5% dei casi. La comorbilità, viceversa, riguarda il 36.4% del totale dei casi e praticamente assorbe tutti i casi di tossicomania.

La caratteristica modale degli *imprevedibili* è esattamente la comorbilità che incide per il 34.8% dei casi.

Viceversa nel 24.6% del sottogruppo non si sono rilevati segni tossicomani o psichiatrici.

I quadri psichiatrici riguardano il 62.3% del totale contro quelli tossicomani che incidono per il 47.9%.

L'unico caso di *conclamato reattivo* risultato essere positivo ad una diagnosi psichiatrica senza, tuttavia, che ad essa si associasse una dipendenza accertata. Anche in questo caso la distribuzione non è di facile interpretazione anche se alcuni spunti ci consentono di proporre alcune riflessioni.

Dal punto di vista della valutazione la comorbidità incide relativamente poco se consideriamo che nel gruppo dei soggetti classificati a rischio al momento dell'ingresso, ovvero i conclamati e i prevedibili latenti, solo il 36.4% di questi ultimi riportavano una doppia positività.

Nel prosieguo della detenzione tale quadro diagnostico ha interessato il 34.8% degli imprevedibili e il 13.8% dei silenti reattivi. Nella valutazione iniziale di rischio risulta più rappresentato il disagio psichico se consideriamo che tra i prevedibili latenti il 95.5% dei casi è stato così classificato e che anche l'unico caso di conclamato reattivo era stato analogamente diagnosticato.

Più in generale i quadri afferenti al disagio psichico sono maggiormente rappresentati in tutti i sottogruppi ad eccezione dei silenti reattivi che, non a caso, in oltre la metà dei casi non vedono alcuna positività diagnostica, la quota più bassa di diagnosi psichiatrica e il 37.9% di positività alla dipendenza.

Tab. 46-Dipendenza e comorbidità (2008 – 2010)					
Popolazione	Quadro clinico				Totale
	Non dipendenti non psichiatrici	Non dipendenti psichiatrici	Dipendenza senza comorbidità	Dipendenza con comorbidità	
Conclamati reattivi	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0 (1)
Prevedibili latenti	4.5	59.1	0.0	36.4	100.0 (22)
Silenti Reattivi	51.7	10.4	24.1	13.8	100.0 (29)
Imprevedibili	24.6	27.5	13.1	34.8	100.0 (69)

Fonte: Nostra elaborazione.

Con riferimento alla reattività comportamentale si è scelto di valutare la distribuzione dei rilievi disciplinari evidenziando che tale comportamento incide marginalmente nei vari gruppi (tab. 47).

Non è praticamente presente tra i silenti che nel 96.5% dei casi non è mai stato rilevato e nell'unico caso di conclamato, probabilmente anche per la brevità dell'esperienza detentiva. È più marcato per i prevedibili latenti la cui esatta metà ha evidenziato comportamenti disciplinarmente rilevanti, e per gli imprevedibili (39.1%).

Tab. 47-Precedenti disciplinari (2008 – 2010)

Popolazione	Precedenti disciplinari		Totale
	Assente	Presente	
Conclamati reattivi	100.0	0.0	100.0 (1)
Prevedibili latenti	50.0	50.0	100.0 (22)
Silenti reattivi	96.5	3.5	100.0 (29)
Imprevedibili	60.9	39.1	100.0 (69)

Fonte: Nostra elaborazione.

Conclusioni e proposte operative

Approccio universalista vs approccio eccezionalista

Al termine di questo contributo riteniamo di poter puntualizzare alcune questioni. Innanzitutto crediamo di aver dimostrato, così come peraltro già teoricamente messo in abbondante evidenza dal Comitato Nazionale di Bioetica, la relativa inutilità di un approccio esclusivamente indirizzato alla ricerca delle categorie individuali di rischio.

D'altra parte, già nel 2007, L'Organizzazione Mondiale della Sanità¹¹⁶ evidenziava che le modalità di interazione dei fattori di vulnerabilità e di rischio suicidiario sfuggono ad un chiarimento scientifico. Per questo motivo l'O.M.S. ha scelto di individuare alcuni gruppi che statisticamente risultano suicidarsi con una frequenza superiore alla norma. Tra questi vengono fatti rientrare *tutte* le persone in stato di detenzione. È importante sottolineare che tra le altre sette categorie

(giovani maschi con età comprese tra i 15 e i 49 anni, persone anziane, soprattutto maschi, popolazioni indigene, persone con malattie mentali, persone abusanti di sostanze psicotrope, persone con precedenti tentativi di suicidio) almeno quattro sono particolarmente rappresentate in quella dei detenuti.

Rispetto al tipo di approccio da adottare, sia nello studio che nel modello di prevenzione da adottarsi, il Comitato Nazionale per la Bioetica propone di abbandonare gli sforzi tesi all'individuazione dei profili soggettivi di rischio¹¹⁷, ritenendo che approcci di tal genere "psichiatrizzino" il suicidio in carcere, aumentino la stigmatizzazione individuale e non colgano l'interazione tra l'individuo e l'ambiente.

Tale approccio, definito dalla letteratura esaminata dal Comitato come *eccezionalista*, concentrandosi sulle caratteristiche dell'individuo, come tali poco prevedibili e sondabili, ha il difetto di indurre una visione preventiva che rischia di limitarsi ad azioni prevalentemente custodiali e di controllo. Secondo lo stesso Comitato, pertanto, è preferibile un approccio *universalista*, intendendo così il tentativo di cogliere l'interazione tra l'individuo e l'ambiente e di agire attraverso il potenziamento delle opportunità ambientali in modo da promuovere le abilità dei soggetti, a partire da quelli più deboli¹¹⁸.

In altri termini scegliere una posizione universalista di prevenzione significa privilegiare una *prospettiva ecologica* che considera la posizione del soggetto nell'ambiente di vita e la relativa interrelazione che ne scaturisce, contrariamente all'idea diffusa che il suicidio sia una manifestazione psicopatologica di un disordine individuale.

Dal punto di vista organizzativo questo significa anche superare il limite dell'approccio specialistico che tende a relegare solo ad alcune figure professionali ritenute competenti l'onere della prevenzione e dell'intervento per passare a quello che il Comitato definisce come un *approccio comunitario* che coinvolga non solo tutto il personale ma anche gli stessi detenuti al fine di ottenere, così dice il Comitato, un carcere meno malato.

E' questo un approccio che consentirebbe di uscire dalle modalità tipiche di una organizzazione burocratico meccanicistica, frammentata da competenze e procedure rigide complessivamente inefficaci in

117 Comitato Nazionale per la Bioetica, *Il suicidio in carcere: Orientamenti bioetici*, pag. 11 op. cit.

118 Comitato Nazionale per la Bioetica, *Il suicidio in carcere: Orientamenti bioetici*, pag. 11 op. cit.

un'attività di servizio alla persona¹¹⁹. In uno degli ultimi contributi divulgativi sul suicidio e, più in generale, sulle morti in carcere¹²⁰, quello che emerge è esattamente questo.

Il gioco delle competenze, in alcune circostanze, grazie allo stesso rispetto pedissequo delle regole, può oscurare l'obiettivo della tutela delle persone sino a produrre risultati tragici e obiettivamente e giustamente incomprensibili agli occhi della società esterna.

Darsi un metodo

Cambiando prospettiva occorre sottolineare che gli stessi studi in materia, questo compreso, patiscono *limiti metodologici* di non poco conto e i loro risultati vengono citati con una presunzione di oggettività spesso non pienamente giustificata e foriera di conseguenze operative potenzialmente fallaci.

La letteratura¹²¹, sino a pochi anni fa, insisteva sul fatto che fossero pochi. Oggi queste considerazioni dovrebbero essere aggiornate anche se il Comitato Nazionale di Bioetica ancora li riporta nel suo Parere del 2010¹²². Al di là di questo lo stesso Comitato pone la questione dell'attendibilità dei dati di fonte istituzionale anche per la difficoltà a trovare criteri univoci di rilevazione e definizione¹²³.

Per questo motivo il Comitato definisce preziose le fonti indipendenti non governative¹²⁴, non tenendo però in debito conto il fatto che anche queste ultime, nelle loro elaborazioni, fanno in genere riferimento ai dati istituzionali o a rilevamenti di fonte giornalistica o autobiografica. L'impressione che si ricava dalla lettura dei vari contributi è che si corra seriamente il rischio di giungere ad una ridondanza bibliografica che contribuisce ad assodare come certi ed inoppugnabili dati viceversa meritevoli di aggiornamento e critica. Non trovarsi d'accordo neppure sul numero delle morti da imputarsi ad una scelta suicida evidentemente comporta, sin dall'inizio, conclusioni diverse.

119 Lippi A, Morisi M., *Scienza dell'Amministrazione*, Il Mulino, op. cit.

120 Cardinalini L., *Impiccati!: storie di morte nelle prigioni italiane*, DeriveApprodi, Roma, 2010.

121 Manconi L., Boraschi A., "Quando hanno aperto la cella era già tardi perché: suicidi ed autolesionismo in carcere 2002 – 2004", op. cit.

122 Comitato Nazionale per la Bioetica, *Il suicidio in carcere: Orientamenti bioetici*, pag. 8 op. cit.

123 Comitato Nazionale per la Bioetica, *Il suicidio in carcere: Orientamenti bioetici*, pag. 7 op. cit.

124 In particolare l'opera della redazione di *Ristretti Orizzonti* e dell'*Osservatorio Permanente sulle Morti in Carcere*, di cui questo stesso contributo è debitore di dati e riflessioni.

La questione della *comparabilità dei dati* è centrale. I tassi d'incidenza dei suicidi possono essere calcolati con riferimento a differenti dati di diversa composizione e con risultati ovviamente largamente difformi.

Una delle differenze più macroscopiche è quella della scelta del dato generale riferito alla popolazione rispetto al quale rapportare il numero dei suicidi. In Italia si è costantemente scelto il dato ufficiale riferito alle presenze giornaliere rilevate al 31 dicembre di ogni anno.

Noi abbiamo contestato questa opzione¹²⁵, e continuiamo a farlo, sulla base della semplice considerazione, già evidenziata, che se il dato dei suicidi si forma nel corso dell'anno e, quindi, costituisce un dato di flusso, ci pare scorretto compararlo con un dato puntiforme relativo alla presenza in un solo giorno dello stesso periodo. La considerazione ci pare rinforzata dalle stesse considerazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità secondo la quale la detenzione rappresenta, di per sé, un elemento di vulnerabilità. In tal senso allora il tasso non può che essere calcolato rispetto a *tutto* l'insieme delle persone che hanno sperimentato la detenzione nello stesso lasso di tempo.

La questione è ripresa anche a livello internazionale se consideriamo che una ricerca dell'Istitut National d'Estudes Démographiques francese¹²⁶ (I.N.E.D.) evidenzia che a livello europeo, almeno sino al 2005, esisteva una definizione univoca solamente in Francia, Germania, Finlandia, Lussemburgo e Svezia. L'assenza di univocità nel classificare la morte autoindotta è una questione che indubbiamente deve essere affrontata con chiarezza e omogeneità.

Il suddetto studio dell'I.N.E.D. propone di considerare nel novero dei suicidi tutti i tentativi di questo genere che hanno visto la morte dell'autore sia dentro un complesso penitenziario che all'esterno.

Lo stesso studio tratta anche le modalità di calcolo dei tassi di suicidio evidenziando la necessità che il numero annuo di casi venga rapportato al numero totale delle persone che hanno soggiornato in carcere nello stesso periodo. Ma è la stessa definizione di suicidio che merita un approfondimento particolare in modo da riuscire a classificare le morti in carcere come tali.

125 Buffa P., "Alcune riflessioni sulle condotte auto aggressive poste in essere negli istituti penali italiani", op. cit.

126 Duthé G., Hazard A., Kensey A., Pan Ke Shon J.L., "Suicide en prison: La France compare à ses voisins européens", op. cit.

La Ubaldi¹²⁷, sulla scorta della letteratura esaminata, evidenzia la grande difficoltà di giungere ad una definizione univocamente riconosciuta e cita quella introdotta dall'*International Association for Suicide Prevention* che mette in correlazione due variabili: il *suicidal intent*, ovvero l'intenzione più o meno seria di auto soppressione, e la *medical letality*, cioè la probabilità che una determinata condotta provochi la morte. Dalla combinazione dei vari gradi con le quali si presentano concretamente queste due variabili si ottiene una vera e propria scala di comportamenti.

Nella loro rispettiva massima e reciproca proporzionalità avremo il *suicidio completo*, in caso di media correlazione avremo il *suicidio tentato* e nella loro minima espressione il *parasuicidio*, ovvero una condotta che la letteratura definisce strumentale.

Baccaro e Morelli¹²⁸ riportano una definizione operativa molto simile dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che data 1975.

Anche in questo caso gli atti si suddividerebbero nelle tre suddette categorie. In questo caso:

- Il *suicidio* sarebbe un atto ad esito fatale che il soggetto, con la coscienza e l'aspettativa di un esito fatale, pianifica e porta a termine per ottenere lo scopo desiderato di morire;
- Il *tentato suicidio* sarebbe un atto non abituale con esito non fatale, deliberatamente iniziato e condotto a compimento dal soggetto;
- Il *parasuicidio* sarebbe un atto non abituale, ad esito non fatale, deliberatamente iniziato e condotto a compimento nell'aspettativa di un qualche esito, in grado di realizzare il desiderio auto lesivo, quale il rifiuto di terapie, la scarsa adesione a consigli terapeutici, ecc.

Crediamo che una riflessione tesa a coniugare l'essenza di queste due definizioni possa contribuire al raggiungimento di una definizione operativa che consenta di classificare correttamente le morti auto provocate in carcere. Non possiamo infatti dimenticare che una serie di suicidi per inalazione di gas costituiscono ancora oggetto di discussione

127 Ubaldi S., *Il suicidio in carcere*, op. cit.

128 Baccaro L., Morelli F., *Il carcere: del suicidio ed altre fughe*, op. cit.

che deve necessariamente essere chiarita in modo definitivo. Ad esempio la presenza di sacchetti, legacci, precedenti autolesivi e lettere di commiato potrebbe far propendere la classificazione nel senso suicidiario.

In ogni modo l'utilizzo di gas a fini non direttamente suicidiari non è sicuramente una condotta non indifferente alla volontà di prodursi dei danni fisici e, come tale, meritevole di approfondimento. Anche la comparazione storica appare problematica e fuorviante se non adeguatamente inquadrata. In questa sede abbiamo notato la grande differenza che intercorre tra i dati riferiti al decennio compreso tra il 1960 e il 1969 e quelli successivi alla Riforma penitenziaria del '75.

È tale il divario che Baccaro e Morelli giungono a parlare di *esplosione* del fenomeno anche se poi, correttamente, individuano una serie di ipotesi per spiegarne l'incremento.

Secondo questi Autori, e noi possiamo concordare con loro, il cambiamento delle caratteristiche della popolazione detenuta, oggi connotata da una maggiore "fragilità", una subcultura carceraria più frammentata sostanzialmente non avversa a questo genere di condotte, la minore coesione e solidarietà tra detenuti, la maggiore propensione alla simulazione per ottenere vantaggi e, ultimo ma non ultimo, il dato architettonico dell'edilizia penitenziaria che ha via via sostituito i grandi dormitori comuni in celle singole, possono aver facilitato l'incremento al suicidio. E lo stesso Alessandro Margara, nella prefazione del loro testo, corre in difesa della Riforma affinché questa non possa essere associata con la crescita dei suicidi. Egli concorda con lievi eccezioni con le ipotesi degli Autori e aggiunge il fatto che è la mancata attuazione dello spirito della Riforma stessa a scagionarla da eventuali "responsabilità" rilanciandola, in tal modo, come elemento che potrebbe aiutare nella compressione del fenomeno. Il Comitato Nazionale per la bioetica, da parte sua, pur scegliendo di non entrare nel dibattito, si dice anch'esso consapevole del fatto che l'afflizione penitenziaria è incompatibile con un equilibrato sviluppo della persona e giunge ad affermare che per eliminare tale situazione si dovrebbe giungere ad un ripensamento complessivo della funzione della pena e, al suo interno, del ruolo del carcere, citando la "sempre più diffusa convinzione che punire tramite la privazione della libertà sia ormai anacronistico"¹²⁹.

129 Comitato Nazionale per la Bioetica, *Il suicidio in carcere: Orientamenti bioetici*, pag. 3 op. cit.

Nel frattempo che si trovino modalità punitive diverse, tuttavia, è necessario porsi il problema di come tentare di prevenire il suicidio negli stessi contesti detentivi.

Vediamo come seguendo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che, in collaborazione con l'International Association for Suicide Prevention, nel 2007, ha edito una pubblicazione finalizzata a far conoscere ai responsabili delle strutture penitenziarie le componenti chiave per elaborare specifici programmi di prevenzione del suicidio in ambito penitenziario¹³⁰.

La stessa organizzazione non ha dubbi sul fatto che tale azione rientri nel più ampio obbligo di preservare la salute e la sicurezza dei detenuti e che una mancanza in tal senso possa essere perguita penalmente. D'altra parte viene messo in evidenza che la morte costituisce un evento stressogeno anche per il personale operante e, in tal senso, la prevenzione assume un valore trasversale per tutta l'organizzazione penitenziaria. Nel 2010 il Comitato Nazionale di Bioetica, per parte sua, ha espresso un parere in materia dando, a sua volta, alcune indicazioni. Tale modello di prevenzione, coerentemente con i presupposti del suo approccio al fenomeno, scarta l'opzione selettiva verso gli individui o i gruppi "a rischio" per scegliere *una prevenzione intesa come promozione di elementi idonei a sostenere in questa fase della vita un processo di sviluppo di identità*¹³¹ sottolineando il necessario impegno per rimuovere tutte le condizioni capaci di favorire o far precipitare l'evento. Questi due documenti sono essenziali punti di riferimento per qualunque programmazione in tal senso. Ad essi, quindi, faremo ampio riferimento nel prospettare alcune proposte operative.

Prima di procedere, tuttavia, vogliamo sottolineare un dato che ci pare essenziale. La letteratura esaminata è concorde nell'affermare che se si adottano protocolli e procedure finalizzate alla prevenzione i risultati non tardano a farsi notare¹³².

Ad esempio fino agli anni '80 il tasso di suicidio in carcere negli Stati Uniti era sostanzialmente pari a quello europeo. Nel 1988 il Governo decise di attivare un Ufficio composto, da circa 550 persone, dedicato

130 Organizzazione Mondiale della Sanità - Management of mental and brain disorders – Department of mental health and substance abuse : *La prevenzione del suicidio nelle carceri*, op. cit.

131 Comitato Nazionale per la Bioetica, *Il suicidio in carcere: Orientamenti bioetici*, pag. 3 op. cit.

132 Organizzazione Mondiale della Sanità - Management of mental and brain disorders – Department of mental health and substance abuse : *La prevenzione del suicidio nelle carceri*, op. cit.

alla formazione del personale penitenziario su questo particolare fenomeno. Nei venticinque anni successivi il tasso di suicidio si è ridotto di circa il 70%¹³³. Tra le raccomandazioni che fa l'O.M.S., la prima, riguarda il fatto che ogni istituto di pena dovrebbe avere un programma di prevenzione applicabile e completo.

La necessità di un programma

Si interpreta tale indicazione nel senso che ogni particolare contesto dovrebbe dotarsi di un disegno operativo che tracci le procedure necessarie attagliandole alle caratteristiche specifiche di quel particolare contesto detentivo. Partendo da indicazioni generali le varie direzioni, coinvolgendo gli operatori ad esse assegnate, dovrebbero delineare un piano di intercettazione, prevenzione, monitoraggio ed intervento rispetto al quale dispiegare le concrete risorse a sua disposizione.

Screening all'ingresso

Tra le raccomandazioni dell'O.M.S. ritroviamo quella relativa alla necessaria implementazione di uno screening a tutte le persone che fanno ingresso in carcere.

Su questo, come abbiamo visto analizzando le direttive impartite nel tempo, si deve rilevare una costante premura da parte dell'Amministrazione penitenziaria italiana. Si segnalano, tuttavia, elementi di novità che confermano alcune riflessioni condotte nel corso del presente studio. Si fa infatti riferimento alla opportunità che lo screening venga effettuato anche ogni volta che *cambiano le circostanze e/o le condizioni di detenzione*. Abbiamo visto empiricamente che il campione esaminato evidenzia un livello di mobilità e di cambiamento nell'ambito dei propri tracciati di vita superiore rispetto all'universo detentivo. La raccomandazione dell'O.M.S. coglie, quindi, questa particolarità quale fattore di criticità rimarcando la necessità di maggiore attenzione.

Il secondo elemento, che peraltro si inserisce nel filone dell'impiego di tutto il personale operante all'interno di una rete di ascolto e attenzione, riguarda la paventata necessità di munire il personale di

¹³³ Centro Studi di Ristretti Orizzonti: Suicidi in carcere: confronto statistico tra l'Italia, i Paesi Europei e gli Stati Uniti.

custodia di una *check list* che li aiuti a valutare il rischio premesso che, ovviamente, all'O.M.S. non sfugge il fatto che lo screening dovrebbe essere primariamente svolto nell'ambito di una valutazione medico-psicologica condotta da professionisti.

In assenza della disponibilità immediata di tali professionisti, tuttavia, anche il personale addetto alla sicurezza e alla custodia può effettuare una semplice batteria di domande che sondano la presenza di alcune condizioni indicate dalla letteratura quali condizioni generali di rischio in ragione di una fragilità esistenziale

Le domande infatti mirano ad accertare se il detenuto:

- è in uno stato di intossicazione da sostanze psicotrope o ha una storia pregressa in tal senso;
- esprime livelli insoliti di vergogna, colpa, preoccupazione per l'arresto e l'incarcerazione;
- mostra disperazione o paura per il futuro, segni di depressione come il pianto, l'appiattimento affettivo e l'assenza di comunicazione verbale;
- evidenzia pensieri riguardanti il suicidio o addirittura ammette di avere dei piani in proposito;
- ha già tentato una o più volte il suicidio;
- ha avuto diagnosi o è stato in trattamento psichiatrico in passato e tanto più al momento;
- riferisce di avere poche risorse interne e/o esterne di supporto;
- è stato segnalato, al momento dell'ingresso, dagli operatori di polizia che hanno eseguito l'arresto, dalla famiglia o dal legale, a rischio suicidiario.

Una considerazione a latere di questa raccomandazione solleva una questione più generale ma non di secondaria importanza rispetto alle responsabilità formali che ricadono sull'Amministrazione. L'O.M.S., infatti evidenzia l'importanza di tale *check list*, non solo perché costituisce un primo sondaggio che può agevolmente introdurre l'attività specialistica e perché offre, in ogni modo, al personale di custodia uno strumento di agevole orientamento, ma anche perché può costituire una documentazione legale attestante le procedure poste in essere.

Per inciso, infatti, il poter dimostrare la programmazione di procedure

certe di approfondimento e trattamento dei casi a rischio costituisce una salvaguardia per lo stesso personale che, di riflesso, dovrebbe potersi muovere con maggiore livello di consapevolezza ed un corrispondente minor livello di ansia. Viceversa, nell'incertezza e nella indefinitezza, il rischio è quello di muoversi in modo caotico, disarticolato e la percezione di casualità che può conseguire da un tale agire può ingenerare stati di ansia e, per reazione, un livello di formale o sostanziale autodifensività e di distacco che costituisce l'elemento essenziale del fallimento e da questo l'incardinarsi di responsabilità di varia natura da quella morale a quella penale.

Osservazione dopo l'ingresso

Un altro elemento costituente un programma di prevenzione viene indicato nella previsione che il monitoraggio non si limiti al momento dell'ingresso ma venga, viceversa, riproposto ad *intervalli regolari*, dal momento in cui, e i dati lo confermano, il rischio del suicidio si può proporre anche molto tempo dopo dal momento dell'incarcerazione.

L'O.M.S. insiste sul fatto che tutto il personale, debitamente addestrato, debba svolgere tale compito, uscendo, in tal modo, dallo schema specialistico e settoriale per approdare, viceversa, in un mondo di attenzione diffusa e costante.

È interessante riportare l'elencazione dei momenti e delle variabili da sottoporre all'attenzione degli osservatori che possiamo così sintetizzare:

- controlli di routine finalizzati a rilevare crisi di pianto, estrema irrequietezza, improvvisi sbalzi di umore, di abitudini alimentari o del ciclo sonno-veglia, gesti di "spoliazione" come, ad esempio, dare via oggetti personali, perdita di interesse in attività e/o relazioni, ripetuti rifiuti di cure o, a contrario, richiesta di dosi maggiori di farmaci;
- colloqui con i detenuti in prossimità di particolari circostanze quali udienze giudiziarie, separazioni familiari, divorzi, eventi che possono essere generatori di particolari tensioni, senso di perdita tali indurre sentimenti di disperazione;

- supervisione dei momenti di incontro con i familiari al fine di cogliere eventuali conflitti o problemi intercorso negli incontri. Si giunge anche ad ipotizzare la possibilità che si avvertano i familiari della opportunità e possibilità di rendere noto al personale della percezione di un intento suicidiario espresso dal parente detenuto;
- valutazione di compatibilità ogniqualvolta il detenuto viene assoggettato ad un regime di isolamento.

L'elenco termina con la raccomandazione secondo la quale il personale dovrebbe costituire con i detenuti rapporti tali da facilitare l'espressione di condizioni di disagio o di disperazione.

Gestione post-screening ed osservazione

Lo screening iniziale o periodico produce elementi di conoscenza che dovranno essere messi in comune al fine di generare le azioni più opportune per garantire, innanzitutto, l'incolumità delle persone e, contemporaneamente, per tentare di incidere sulle cause del disagio.

Si tratta, in altri termini, di stabilire un processo di gestione nell'ambito del quale siano definite le modalità di alloggiamento, il grado di attenzione custodiale sulla persona, gli interventi clinici e trattamentali necessari.

Rispetto all'alloggiamento e al livello di attenzione l'O.M.S. raccomanda la necessità che i detenuti considerati a rischio non siano mai allocati da soli e siano osservati in modo adeguato.

È interessante notare che la stessa Organizzazione distingue due livelli di osservazione a secondo che la persona sia in fase attiva o abbia, viceversa, suscitato solo un sospetto.

Nel primo caso l'osservazione dovrà essere costante; nel secondo l'osservazione viene indicata come frequente.

A tal proposito si offrono delle indicazioni precise prescrivendo una frequenza pari ad un passaggio ogni 5-15 minuti anche se, considerati i tempi entro i quali un tentativo di suicidio può diventare letale¹³⁴ la stessa Organizzazione ritiene la propria indicazione come potenzialmente

¹³⁴ In particolare l'O.M.S. considera che, nel caso dell'impiccamento che costituisce la modalità suicidiaria più frequente di suicidio in carcere, sono sufficienti solamente 3 minuti per provocare danni cerebrali permanenti e 5-7 minuti per trasformarsi in un gesto letale.

inefficace. Si ripropone, in tal modo, lo schema che l'Amministrazione penitenziaria italiana ha previsto almeno a partire dal 1990¹³⁵.

In tale direttiva, si prescrive, come abbiamo già evidenziato, una "vigilanza più attenta e un'opera trattamentale di sostegno".

L'indeterminatezza del richiamo ad una maggiore attenzione, che non precisa il livello di frequenza, e l'invito alle direzioni di adottare disposizioni di dettaglio ha dato luogo ad una serie di diversi provvedimenti che, in sintesi, corrispondono al modello citato dall'O.M.S. Indubbiamente il livello più lasco di sorveglianza necessita di una maggiore definizione e le indicazioni dell'Organizzazione costituiscono un parametro di riferimento importante.

Una seconda indicazione riguarda la temporalità nel senso che la notte viene indicata come un momento di alto rischio in ragione del diradamento della sorveglianza.

Rispetto alla fornitura di capi di vestiario o effetti lettereci particolari è da segnalare che, già nel 1998¹³⁶, l'Amministrazione penitenziaria ha ritenuto impossibile e controproducente cambiare abiti e corredo.

D'altra parte è di questi giorni la notizia¹³⁷ che un giovane detenuto francese di 23 anni si è suicidato nell'istituto di Saint-Aubin-Routot, a pochi chilometri da Le Havre, utilizzando il pigiama di carta contenuto nel kit anti-suicidio che l'Amministrazione penitenziaria francese fornisce ai nuovi giunti.

L'addestramento del personale

L'O.M.S. definisce *essenziale* l'addestramento del personale di custodia ritenendo che questo costituisca la *prima linea di difesa nella prevenzione del suicidio*.

Tutto questo sulla base della semplice considerazione che è l'unico personale che è disponibile sull'intero arco delle 24 ore.

Secondo questa Organizzazione l'addestramento dovrebbe far parte dei moduli formativi posti all'inizio della carriera ma anche di corsi di aggiornamento con frequenza annuale.

¹³⁵ Lettera circolare Direzione Generale per gli Istituti di Prevenzione e Pena – Ufficio IV, n° 518189 del 9.05.1990, *Detenuti sottoposti a grande sorveglianza*.

¹³⁶ Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Segreteria Generale, nota n° 148719/4-2-I del 10 febbraio 1998, *Bozza di linee guida per possibili apporti migliorativi al sistema di prevenzione e di intervento, ai fini di una riduzione del numero dei suicidi nelle carceri*.

¹³⁷ Liberation, *Un détenu se suicide avec son kit anti-suicide*, 20 aprile 2011.

I contenuti consigliati sono coerenti con l'obiettivo di mettere in condizione gli operatori di saper identificare e valutare il rischio. Essi, pertanto, spaziano dalla conoscenza degli elementi che fanno degli ambienti carcerari situazioni di rischio, allo studio dei potenziali dei fattori predisponenti, la capacità di saper leggere gli eventuali segnali d'allerta, allo studio di casi. Si consiglia anche l'addestramento alle tecniche di primo soccorso e di rianimazione cardio-polmonare, giungendo a prospettare la possibilità di effettuare esercitazioni concrete per assicurare una risposta pronta ed adeguata nei casi reali. Su entrambi i punti l'Amministrazione penitenziaria centrale ha già emanato direttive¹³⁸ molto vicine ai contenuti della raccomandazione citata e sulla base di presupposti sostanzialmente sovrapponibili.

Comunicazione

Nel documento dell'O.M.S., l'idea di consolidare la rete di attenzione addestrando il personale più a diretto contatto con i detenuti si coniuga con la necessità di tessere una rete di comunicazione che trasmetta adeguatamente e celermente le informazioni e i segnali di allarme dal livello di questi operatori grigi a quello degli specialisti e dei clinici.

La vigilanza e la condivisione assumono la dimensione di vere e proprie parole chiave. In tal senso si individuano tre livelli di comunicazione. Il primo si colloca già nel momento della consegna dell'arrestato in carcere. Chi lo riceve deve poter essere messo a conoscenza, da chi ha eseguito l'arresto di ogni elemento utile, di eventuali segnali o comportamenti che possono lasciar pensare a volontà suicidiarie.

Il secondo livello è quello intercorrente tra i vari operatori interni che hanno a che fare, per qualunque motivo, con la persona in questione. Abbiamo già visto che il personale di custodia deve saper valutare sulla base di una griglia i comportamenti e gli atteggiamenti della persona. Questo patrimonio di conoscenza deve essere messo rapidamente a disposizione degli specialisti che affineranno la diagnosi e prospetteranno gli interventi terapeutici, cautelari e di sostegno più opportuni.

A questo punto in ragione di una fondamentale circolarità

¹³⁸ Si veda, in particolare la lettera circolare del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Direzione Generale Detenuti e Trattamento, n° 32296 del 25 gennaio 2010, *Emergenza suicidi: Istituzione unità di ascolto di polizia penitenziaria*.

dell'informazione deve essere rimessa alla conoscenza del personale di custodia che viene in contatto con il soggetto, anche per breve tempo ed occasionalmente, in modo che tutti abbiano esatta contezza del rischio e della cautela necessaria da adottare.

L'O.M.S. parla di incontri multidisciplinari di discussione e condivisione dell'evoluzione dei quadri di rischio, da effettuarsi ad intervalli regolari, e della adozione formale dei provvedimenti e delle loro modificazioni da diffondere capillarmente al personale che viene in contatto con il detenuto. Entrambe queste indicazioni, in verità, sono già contemplate in alcuni principi espressi da alcune direttive dell'Amministrazione penitenziaria. Ci si riferisce, in particolare, alla citata lettera circolare del 1990¹³⁹, che imponeva chiarezza e diffusione dei provvedimenti di sorveglianza custodiale e, in questi ultimi anni, e alle direttive con le quali si è dato vita agli staff di accoglienza multiprofessionale¹⁴⁰. Il terzo livello della comunicazione auspicata è già sta richiamata e riguarda la necessità di instaurare un buon canale relazionale tra il personale e il detenuto in difficoltà che consenta di meglio valutare e supportare la persona grazie all'accessibilità che si viene così a creare.

Intervento sociale

Evidentemente l'effettuazione di screening iniziali ed in itinere e l'adozione di misure di cautela per prevenire la realizzazione concreta dei gesti suicidari non possono considerarsi azioni esaustive.

A queste debbono affiancarsi azioni di supporto finalizzate a limitare quelle stesse condizioni di isolamento e marginalità. In generale l'O.M.S. raccomanda di creare condizioni di crescita e controllare i fattori di rischio ambientale.

Partendo dal presupposto che l'isolamento sociale e la carenza di risorse supportive, dati che trovano riscontro anche nel presente studio, contribuiscono ad aumentare il rischio l'O.M.S. ritiene che un importante elemento di prevenzione sia l'interazione sociale. La qualità e la quantità di relazione sono fattori determinanti per la prevenzione.

¹³⁹ Lettera circolare Direzione Generale per gli Istituti di Prevenzione e Pena – Ufficio IV, n° 518189 del 9.05.1990, *Detenuti sottoposti a grande sorveglianza*.

¹⁴⁰ Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Direzione Generale Detenuti e Trattamento, n° 0181045 del 6 giugno 2007, *I detenuti provenienti dalla libertà: regole di accoglienza*.

Tutta la letteratura esaminata concorda sul fatto, che il suicidio avviene in condizione di solitudine, indotta o voluta che sia. Per questo motivo è importante che la persona non sia lasciata da sola.

Pompili e coll¹⁴¹ segnalano che la collocazione di un sospetto suicida in quelle che loro chiamano *celle condivise* può ridurre significativamente il rischio. Anche l'O.M.S. riprende questa possibilità ritenendo che alcuni detenuti addestrati possono essere in grado di fornire un supporto sociale. Dai dati a disposizione l'O.M.S. ritiene che tale vicinanza sembri avere un buon impatto.

Ovviamente il compagno di cella deve essere solidale e in tal senso si tratta di detenuti volontari e adeguatamente formati, dei veri e propri *peer supporter* che non possono certamente sostituire il lavoro dello staff istituzionale bensì integrarlo.

Per inciso Baccaro e Morelli riportano le opinioni di una Commissione prefettizia francese che, nel 1853, fu incarica di studiare gli effetti indotti dal regime cellulare applicato a Mazas rispetto a quello in comune applicato in quella di Force. È interessante conoscere il fatto che, già a quell'epoca si fa cenno del fatto che il medico del carcere "avvertito per tempo opportuno, scorge i primi sintomi di un disordine delle facoltà intellettuali, si fa sollecito di accoglierlo nell'infermeria in cella doppia, ove trova la compagnia di un altro detenuto qualificato di buona condotta. Questo mezzo riesce di spesso un rimedio sovrano..."¹⁴². Tornando ai nostri giorni abbiamo già visto che l'Amministrazione penitenziaria centrale, già nel 1962 richiamava l'attenzione sul fatto che, laddove il detenuto palesasse intenzioni suicidiarie "converrà collocarlo insieme con altri detenuti od internati, la cui compagnia possa sollevare le condizioni di spirito e nello stesso tempo impedirgli di compiere manovre preparatrici dirette al suicidio"¹⁴³.

Un richiamo a tale possibilità viene nuovamente accennato nel 2000¹⁴⁴ mentre successivamente, ovvero con le direttive del 2007, tale possibilità non viene più citata anche se non proibita esplicitamente.

141 Pompili M., Ferrara C., Galeandro P.M., Narciso V., Olivioeri C., Cecchitelli C., Tatarelli R., "Suicidio nelle carceri: la situazione italiana ed elementi di prevenzione", op. cit.

142 Baccaro L., Morelli F., *Il carcere: del suicidio ed altre fughe*, op. cit.

143 Direzione Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena, circolare n°. 1222/2683 del 20 febbraio 1962, *Prevenzione dei suicidi fra i detenuti ed internati*.

144 Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio Centrale Detenuti, circolare n° 3524/5974 del 12 maggio 2000, *Atti di autolesionismo e suicidi in ambiente penitenziario. Linee guida operative ai fini di nuna riduzione dei suicidi nelle carceri*.

Varrebbe quindi la pena approfondire tale pratica anche considerato che a Milano - San Vittore, dal 1997, hanno operato gruppi di questo genere sull'onda di attività già poste in essere in modo strutturato in altri Paesi europei¹⁴⁵. Tra gli interventi di supporto vengono citate anche le visite con i familiari che rappresentano, secondo le indicazioni dell'O.M.S., anche un canale di informazioni sullo stato d'animo del parente in carcere. Anche in questo caso deve segnalarsi che tra le direttive dell'Amministrazione si ritrova il richiamo ai contatti famigliari quale strumento di contenimento del rischio¹⁴⁶.

Ambiente fisico e architettura

In un complessivo programma di prevenzione la questione strutturale non poteva mancare e, infatti l'O.M.S. cita le caratteristiche che dovrebbero avere le *celle anti-suicidio*, luoghi in cui dovrebbero essere eliminati i punti da dove potenzialmente ci si potrebbe impiccare.

Lo sviluppo tecnologico permette di proporre alternative alla sorveglianza diretta a vista che può, viceversa, essere mediata dall'impiego di semplici *telecamere*.

Sul punto, tuttavia, l'Organizzazione cita alcune controindicazioni quali i possibili punti ciechi, i cali di attenzione del personale, l'intolleranza dei detenuti a questo tipo di sorveglianza.

Si tratta anche della possibile *contenzione*, evidenziandole quale soluzione terminale dopo una serie di altri interventi non coercitivi, da utilizzare con tempi e metodi codificati e sotto la supervisione psichiatrica. Crediamo che sul punto, nella valutazione che dovrebbe precedere l'elaborazione di un piano di prevenzione, si debba anche tener conto che la costituzione di reparti attrezzati e dotati delle succitate caratteristiche rischia di generare un effetto perverso, ovvero quello di ghettizzarvi all'interno tutti quei casi umani di difficile gestione proprio in ragione del rischio di cui sono portatori che, di fatto, subirebbero

145 Hall B., Gabor P., "Peer suicide prevention in prison", *Crisis*, 25, 19-26, 2004. Questo contributo fa riferimento al programma *SAMS in the Pen* che prevede che alcuni detenuti che si prestano volontariamente vengano addestrati alla valutazione del rischio e alla sua prevenzione rispetto ai propri compagni.

146 Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio Centrale Detenuti, lettera circolare n° 177644 del 26 aprile 2010, *Nuovi interventi per ridurre il disagio derivante dalla condizione di privazione della libertà e per prevenire i fenomeni auto aggressivi*.

ancor di più quella mobilità che, come abbiamo visto, caratterizza negativamente il campione di suicidi che abbiamo esaminato.

Sempre in termini preventivi l'O.M.S. cita la possibilità di *controllare l'accesso agli strumenti potenzialmente letali* che, come abbiamo visto, rientrano in una casistica relativamente omogenea.

Interventi d'urgenza in caso di tentativi di suicidio

Laddove avvenga un tentativo fattori quali la celerità dell'intervento di soccorso, la competenza del personale, l'adeguatezza e l'efficienza degli strumenti e del materiale necessario, così come la praticabilità e la funzionalità delle procedure di comunicazione ed allarme, sono essenziali per tentare di porre rimedio e prestare le prime cure di pronto soccorso. Questo significa testare periodicamente le dotazioni, addestrare concretamente il personale e verificare la tenuta delle procedure e la loro conoscenza da parte di tutti gli operatori.

Dopo il tentativo di suicidio la persona dovrebbe essere sottoposta, appena possibile, ad una valutazione psicologica approfondita tesa a chiarire i motivi del gesto, il grado di intenzionalità, le problematiche che il detenuto sta affrontando, la presenza di un eventuale disturbo psichiatrico, la probabilità di una ripetizione dell'atto a breve termine, il tipo di aiuto necessario anche sulla base del consenso che l'interessato è in grado di accordare.

Si deve tener conto che qualunque tentato suicidio, anche quello che lascia intendere un fine manipolatorio, non deve essere sottovalutato perché può comunque portare alla morte chi lo pone in essere.

Debriefing successivi agli eventi suicidiari

Secondo l'O.M.S. laddove si verifichi un evento dovrebbero mettersi in moto una serie di azioni finalizzate principalmente a documentare ufficialmente l'evento e generare una riflessione interna finalizzata al miglioramento delle attività di prevenzione.

L'analisi dovrebbe identificare quei fattori che possono aver portato alla morte il suicida che precedentemente non erano stati rilevati o presi in debita considerazione, valutare l'adeguatezza del sistema di risposta conferito al caso.

Il tutto nell'ottica di stabilire quei correttivi che possano migliorare il programma di prevenzione. L'O.M.S. sottolinea anche gli effetti benefici che la rilettura partecipata dell'evento può avere nei confronti del personale direttamente ed indirettamente coinvolti dall'episodio.

Un tale coinvolgimento comporta, infatti, reazioni emotive di varia natura, dalla rabbia al risentimento, dalla tristezza ai sensi di colpa, che meritano attenzione e supporto da parte dei colleghi o, in alcune circostanze, di professionisti.

L'U.M.E.S., da parte sua, tra il 2002 ed il 2005 ha elaborato una scheda di rilevazione da compilarsi, nell'immediatezza dei fatti, con il contributo trasversale di tutti gli operatori che possono riferire elementi utili.

La scheda nasce dalla necessità di raccogliere dati omogenei, tra loro comparabili, in modo da standardizzare i risultati e migliorare la conoscenza. Tuttavia tra gli atti interni dell'Unità si coglie la consapevolezza che la sua compilazione, da effettuarsi sotto la responsabilità del direttore, integra un vero e proprio momento di riflessione interprofessionale utile per proporre modalità preventive più efficaci

In estrema sintesi, sulla base delle risultanze empiriche e degli spunti estrapolati dalla letteratura esaminata, crediamo che, anche alla luce delle indicazioni dell'O.M.S. e del Comitato Nazionale per la Bioetica, si possa giungere ad una rivisitazione delle precedenti direttive emanate dall'Amministrazione penitenziaria che, peraltro, contemplan molti dei principi enunciati nei documenti redatti dalle citate Organizzazioni. In tal senso si immagina che venga redatto un vero e proprio *programma nazionale* che sistematizzi quanto ritenuto ancora utile ed efficace ed affini i nuovi elementi che si ritiene di dover integrare.

Siamo convinti anche del fatto che le direttive generali debbano disegnare il quadro generale di un progetto di prevenzione che dovrà, tuttavia, essere declinato nello specifico contesto locale attraverso un processo minuto e costante di riflessione interprofessionale e sotto il coordinamento del livello regionale, in modo che ogni istituto abbia un *programma di prevenzione locale* che contempi le procedure ritenute più opportune.

Essenziale sarà la capacità del sistema penitenziario nel suo complesso di raccogliere, dalle varie esperienze locali, le soluzioni che paiono essere più interessanti ed efficaci in modo da poterle diffondere sul territorio nazionale¹⁴⁷ quale elementi di conoscenza e stimolo.

Questo presuppone una notevole capacità di coordinamento attraverso il quale attivare un *monitoraggio* costante del fenomeno e degli approcci intrapresi.

La raccolta dei dati non può esimersi da un quadro di riferimento chiaro e questo significa declinare esattamente, a priori, le definizioni dei vari fenomeni, integrandosi con le indicazioni dettate a livello, quantomeno, europeo.

Il *confronto interprofessionale* è essenziale, sia a livello locale, per esempio attraverso lo studio dei casi, sia tentati che posti in essere, che a livello nazionale, attraverso lo scambio di notizie in momenti seminariali specificatamente dedicati al fenomeno.

Il monitoraggio è utile anche rispetto alla funzione di studio dell'andamento del fenomeno in modo da poterlo periodicamente valutare sulla base di dati aggiornati e di pronto impiego, e rispetto ad un più vasto quadro di riferimento di variabili a livello nazionale, riferiti alla detenzione nei suoi vari aspetti, che consenta comparazioni meglio attagliate di quanto si è potuto fare in questa occasione.

Questo presuppone, a sua volta, un *modello di rilevamento e comparazione dei dati* che dovrebbe essere creato ed asseverato una volta per tutte, in modo da costituire l'espressione ufficiale dell'istituzione penitenziaria, viceversa tacciata di sottostimare la questione spesso in un'aura di dubbi sospetti ed ambiguità che non fanno onore all'Amministrazione penitenziaria.

In ultimo, rispetto al tipo di intervento da porre in essere, ci sembra di poter affermare che un *approccio universalistico*, meno diretto alla ricerca di categorie a rischio bensì più orientata a ricercare ed intervenire sulle situazioni a rischio, sia quello più efficace.

In tal senso la letteratura si sta orientando a superare l'esclusività

¹⁴⁷ In proposito è da segnalare che l'U.M.E.S. ha già tentato tale operazione organizzando tre incontri, suddivisi territorialmente, con i direttori degli istituti che avevano avuto un certo numero di suicidi. In quella sede sono emerse interessanti soluzioni organizzative sicuramente meritevoli di approfondimento e diffusione.

dell'intervento di questa o di quella categoria professionale, preferendo un'ottica di approccio sistemico nell'ambito del quale tutte le figure presenti nel sistema partecipano attraverso un contributo strutturato di attenzione reso efficace attraverso un sistema di comunicazione snello e programmato in modo da consentire gli interventi specialistici più opportuni. Tra le varie figure che compongono il contesto penitenziario, il personale addetto alla sicurezza assume una connotazione centrale nell'osservazione diretta degli atteggiamenti e dei comportamenti delle persone in ragione del fatto che l'esame costante è l'unico che può far percepire quei flebili segnali che possono filtrare dalla dissimulazione che spesso fa da corollario al tentativo di uccidersi.

Per lo stesso motivo sono, a nostro parere, da ricomprendersi anche i compagni di detenzione che quotidianamente vivono la contiguità della detenzione, i familiari, i legali, i servizi di cura operanti all'esterno e financo i giudici, tutti accomunati dalla percezione delle reazioni umane intessute nel calderone penitenziario e penale.

Un *sistema integrato di osservazione ed informazione* dotato di recettori chiari ed accessibili a tutti è probabilmente un elemento non secondario nel disegno preventivo.

In ultimo, ma non per ultima, la *qualità delle relazioni e della vita detentiva* che, soprattutto per i più fragili e meno dotati dovrebbe tendere all'abbattimento dell'ozio e dell'isolamento.

Un programma operativo degno di questo nome dovrebbe dedicare molte energie su questo punto, costituendo la vera essenza della prevenzione in tema di prevenzione del suicidio, organizzando le risorse a disposizione, poche o molte che siano, in ragione dell'obiettivo tema del presente studio.

Bibliografia

Amato N., *Il carcere trasparente*, Edizioni delle Autonomie, Roma, 1987.

Baccaro L., Mosconi G., "Il girone dei dannati: ovvero il fenomeno della recidiva", *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 2, 2004.

Baccaro L., Morelli F., *Il carcere: del suicidio ed altre fughe*, Ristretti Orizzonti, Padova, 2009.

Baccaro L., Morelli F., "Morire di carcere: suicidi, autolesionismo

- e altri incidenti”, in Cardinalini L., *Impiccati!: storie di morte nelle prigioni italiane*, DeriveApprodi, Roma, 2010.
- Baechler A., *Les suicides*, Gallimard, Paris, 1989.
- Battigaglia B., Cirignotta S., *Elementi di Diritto Penitenziario*, Laurus Robuffo, 2001, Roma.
- Berzano L., *La pena del non lavoro*, Franco Angeli, Milano, 1994.
- Binswanger I, et alt. “Release from prison: a high risk of death for former inmates”, in *New England Journal of Medicine.*, 11, 356 (2), 2007.
- Bonner R.L., Correctional suicide prevention in the year 2000 and beyond, *Suicide life torea Behav*, 30,370-376, 2000.
- Buffa P., “Il disagio psichico in carcere: un’esperienza presso la casa circondariale di Torino”, in *Autonomie locali e servizi sociali*, Il Mulino, Bologna, 1/2003.
- Buffa P., “Alcune riflessioni sulle condotte auto aggressive poste in essere negli istituti penali italiani (2006 – 2007)”, in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 2, 2008.
- Buffa P., *Amministrare la sofferenza: logiche, dinamiche ed effetti dell’organizzazione penitenziaria*, tesi dottorato di ricerca, Dipartimento Scienze Giuridiche, Università degli Studi di Torino, 2011.
- Caglio F., Piotti A., *L’autolesionismo in carcere: analisi del fenomeno e rapporti con il suicidio*, www.amicocharly.it, 2007.
- Canepa M., Merlo S., *Manuale di diritto penitenziario*, Giuffrè, Milano, 1993.
- Comitato Nazionale per la Bioetica, *Il suicidio in carcere: Orientamenti bioetici*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, 25 giugno 2010.
- Costa C., “La pena tra retribuzione e rieducazione”, *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 1990.
- De Vito C.G., *Camosci e girachiavi: storia del carcere in Italia 1947 - 2003*, Laterza, Bari, 2009.
- Di Gennaro G., Bonomo M., Breda R., *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione*, Giuffrè, Milano, 1991.
- Direzione Generale per gli Istituti di Prevenzione e di Pena, *Il suicidio nelle carceri. Indagine preliminare sui suicidi consumati e tentati dal 1960 al 1969*, Quaderni dell’Uffici Studi e Ricerche della Direzione Generale per gli Istituti di Prevenzione e di Pena, Ministero di Grazia e Giustizia, n. 11, Mantellate, Roma, 1976.
- Duthé G., Hazard A., Kensey A., Pan Ke Shon J.L., “Suicide en prison:

- La France compare à ses voisins européens”, *Populations & Sociétés*, I.N.E.D., 462, 2009.
- Eccleston L., Sorbello L., The RUSH program-real understanding of self help: a suicide self-harm prevention initiative within a prison setting, *Aust Psychologist*, 37, 237-244.
- Esposito M., (a cura di), *Malati in carcere: analisi dello stato di salute delle persone detenute*, Franco Angeli, Milano, 2007.
- Fruehwald S., Frottier P., Ritter K., et al, Impact of overcrowding and legislative change of the incidence of suicide in custody: experiences in Austria 1967 -1996, *Int J law psychiatry*, 25, 119-128, 2002.
- Fruehwald S., Matschnig T., Koenig F., Bauer P., Frottier P., “Suicide in custody: a case-control study”, in *British Journal of Psychiatry*, 185, 494-498, 2004.
- Goffman E., *Asylums: le istituzioni totali – i meccanismi dell’esclusione e della violenza*, Einaudi, 1968.
- Gonin D., *Il corpo incarcerato*, E.G.A., Torino, 1994.
- Hall B., Gabor P., “Peer suicide prevention in prison”, *Crisis*, 25, 2004.
- Hayes L.M., Rowan J.R., *National study of jail suicides: seven years later*, Alexandria, VA: National center for institutions and alternatives, 1998.
- Jenkins R., Bhugra D., Meltzer H., Singleton N., Bebbington P., Bhugra T., Coid J., Farrel M., Lewis G., Paton J., “Psychiatric and social aspects of suicidal behavior in prisons”, in *Psychological Medicine*, 35, 257-269, 2005.
- Jocteau G., Torrente G., “Indulto e recidiva: uno studio dopo sei mesi dall’approvazione del provvedimento”, in *Il carcere indultato*, Antigone, II, 1, 2007.
- Lanza di Scalea I., “Eventi critici: l’emergenza suicidi” in *Antigone*, V, 1, 2010.
- Leonardi F., “Le misure alternative alla detenzione tra reinserimento sociale e abbattimento della recidiva”, *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 2, 2007.
- Lippi A., Morisi M., *Scienza dell’Amministrazione*, Il Mulino, Bologna, 2005.
- Manconi L., “Suicidi e atti di autolesionismo: i dati di una ricerca”, in *Politica del diritto*, XXXIII, 2, giugno 2002
- Manconi L., Boraschi A., Voi E., *Così si muore in galera: 2° rapporto*

sui suicidi nelle carceri romane e italiane, Associazione a Buon Diritto, <http://www.abuondiritto.it>, 2004.

Manconi L., Boraschi A., “Quando hanno aperto la cella era già tardi perché: suicidi ed autolesionismo in carcere 2002 – 2004” in *Rassegna Italiana di Sociologia*, 1, gennaio – marzo 2006.

Organizzazione Mondiale della Sanità - Management of mental and brain disorders – Department of mental health and substance abuse : *La prevenzione del suicidio nelle carceri*, WHO Press, Ginevra, 2007.

Page S., “Suicide and total institution”, in *Deaths in custody: international perspectives*, Whiting & Birch Ltd, London, 1994.

Pattison E.M., Kahan J., “The deliberate self-harm syndrome”, *American Journal of psychiatry*, 140, 867 – 872, 1983.

Pompili M., Ferrara C., Galeandro P.M., Narciso V., Olivieri C., Cecchitelli C., Tatarelli R., “Suicidio nelle carceri: La situazione italiana ed elementi di prevenzione”, *Psichiatria e Psicoterapia*, 25, 4, 2006.

Porcu M., Stara F., “Dinamiche evolutive e alcune caratteristiche del fenomeno del suicidio in Italia e in Europa”, in *Quaderni del Dipartimento di ricerche economiche e sociali*, 2001.

Shneidman E.S., “The componets of suicide”, *Psychiatric Annals*, 6, 51 - 66, 1976.

Sidoni E., “Le detenzioni di brevissima durata” in *Le due città*, 6, IX, 2008

Tamburino G., “La recidiva: dimensione giuridica e criminologica” in Atti del convegno *Never Again: recidiva e responsabilità a partire dal gruppo*, Bologna, 21-23 febbraio 2003.

Tatarelli R., Mancinelli I., Taggi F., Polidori G., “Suicide in Italian Prison in 1996 and 1997: a descriptive epidemiological study”, *International Journal of offender therapy and comparative criminology*, 43, 1999.

Ubaldi S., *Il suicidio in carcere*, [http://dex1.tsd.unifi.it/altro dir.](http://dex1.tsd.unifi.it/altro_dir.), 1997.