

IL FENOMENO SUICIDARIO NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

GILBERTO TERRACINA (*)

Il presente studio utilizza i dati raccolti, dal 1980 al 1995, dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, ma non ha lo scopo di aggiungersi ai numerosi lavori psicologici o sociologici sul fenomeno. Improntato sul pragmatismo, la motivazione che lo sottende è la riduzione dei suicidi in carcere, non tiene conto delle interpretazioni psicologiche o sociali della condotta suicidaria. L'obiettivo è di rendere operative le conclusioni, ottenere una più efficace prevenzione.

Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP), nel dicembre del 1987, ha istituito il Servizio Nuovi Giunti, condotto da esperti psicologi (ex art. 80, legge 354/75), per individuare tra gli arrestati, al loro ingresso in carcere, quelli che, per fragilità psicologica reattiva alla detenzione o per caratteristiche di personalità, corrono il rischio di uccidersi. Il compito del servizio è di segnalare alla polizia penitenziaria i detenuti a rischio. La prevenzione consiste in un controllo fisico del detenuto, con particolari forme d'alloggiamento, inoltre, c'è un controllo visivo (più o meno frequente) da parte degli agenti, queste misure valgono per un tempo determinato, fino ad un'ipotesica presa in carico degli operatori penitenziari.

Nella tabella 1, sono riportati i dati che riguardano il totale di suicidi in rapporto al numero di detenuti per gli anni che vanno dal 1980 al 1995, essi sono suddivisi in due parti, dal

(*) Presidente A.N.P.P.I. (Associazione Nazionale Psicologi Penitenziari Italiani). Psicologo presso la Casa di Reclusione Rebibbia - Roma.

1980 al 1987 e dal 1988 al 1995. Il Servizio Nuovi Giunti, nel primo gruppo d'anni, non era ancora attivo. Il 1987, è incluso nel primo gruppo, nonostante sia questo l'anno d'istituzione del servizio, in quanto la circolare ministeriale risale al dicembre dello stesso anno, quindi il servizio non è diventato operativo che nel 1988. L'anno 1996 è escluso da ambo i gruppi, allo scopo di rendere pari (omogeneo) il numero degli anni confrontati. La comparazione, tra i due gruppi, stabilisce l'efficacia del servizio stesso.

TABELLA 1

Senza servizio «nuovi giunti»			Con servizio «nuovi giunti»		
Anni	Detenuti	Suicidi	Anni	Detenuti	Suicidi
1980	30.347	40	1988	35.222	44
1981	32.555	54	1989	35.187	38
1982	32.562	58	1990	31.676	23
1983	39.263	44	1991	31.169	29
1984	43.773	46	1992	44.134	47
1985	43.569	44	1993	50.903	61
1986	42.293	43	1994	52.641	51
1987	33.865	51	1995	50.448	50
Totale ...	298.227	380	Totale ...	331.380	343

Differenza: - 37 suicidi negli anni 1988/1995, X = 4,6 (10%).

I suicidi, durante gli anni 1980/1987, sono stati 380, e 343 durante gli anni 1988/1995, è così che, con il Servizio Nuovi Giunti, ci sono stati 37 suicidi in meno, con una media di 4,6 per anno. Il risultato va considerato tenendo conto del confronto, tra i due gruppi d'anni, del numero complessivo di detenuti. Dalla tabella 2, risulta che negli anni in cui ha operato il Servizio Nuovi Giunti, ci sono stati ben 33.153 detenuti in più, e la tabella 3 mostra che nell'anno 1987, che ha avuto un numero di detenuti simile, si sono verificati 51 suicidi. Con ciò si vuole sostenere che, teoricamente, a parità di detenuti, il servizio otterrebbe un risultato verosimilmente pari al doppio di quello avuto, intorno ai nove suicidi, forse più, in meno l'anno.

TABELLA 2

Totale detenuti 1980/1987	Totale detenuti 1988/1995
298.227	331.380
Differenza: + 33.153 detenuti negli anni 1988/1995.	

TABELLA 3

Nel 1987 n. detenuti: 33.865, e n. suicidi: 51
--

In prima conclusione, si può senz'altro affermare l'efficacia del Servizio Nuovi Giunti.

Le tabelle A/C e B/D, hanno suddiviso i dati secondo un criterio empirico, quello del periodo detentivo, vale a dire il tempo trascorso dal giorno dell'arresto al momento del suicidio. Precisamente, si è visto che si ottenevano indici significativi separando i detenuti da oltre tre mesi dall'arresto (tabelle A/C), dai detenuti da meno di tre mesi dall'arresto (tabelle B/D). I dati considerati riguardano il 1996 e il 1997 fino il mese di giugno, ma sono analitici, in pratica sono i singoli casi.

Il criterio ha la caratteristica di separare i detenuti definitivi dagli imputati. Le tabelle A/C mostrano 20 e 13 detenuti definitivi, su totali, di 29 e 16 casi, e le tabelle B/D mostrano 11 e 5 detenuti imputati, su totali, di 16 e 8 casi.

Il criterio ha un fattore psicologico implicito, l'impatto emotivo con il carcere.

Con «impatto emotivo» s'intende una somma d'altri fattori come la paura per l'ambiente, l'angoscia per la propria sorte, stati depressivi reattivi, la vergogna di aver subito l'arresto, crisi esistenziali, ecc. L'ipotesi è che il fattore «impatto emotivo» aumenti il numero dei decessi nei primi tempi della carcerazione, quando il detenuto è imputato, invece, il maggior numero di suicidi accade quando il detenuto è definitivo.

Nel 1996, i detenuti che si sono uccisi, «oltre tre mesi dall'arresto», sono stati 29 (tabella A), contro 16 morti entro «tre mesi dall'arresto» (tabella B), e nel 1997, sono stati 16

TABELLA A – DETENUTI DA OLTRE TRE MESI DALL'ARRESTO, 1996

Con disturbi psichici	21
– di cui tossicodipendenti	8
Senza disturbi psichici	8
– di cui tossicodipendenti	5
Totale tossicodipendenti	13
Totalmente sani	3
Totale casi	29
Percentuale su totale casi '96 (45 casi)	64%
<i>Posizione giuridica</i>	
Definitivi	20
Definitivi + imputato	3
Imputati	4
Appellanti	0
Ricorrenti	1
Ricorrenti + imputato	1
Totale casi	29
<i>Rischio suicidario accertato</i>	
Non risulta agli atti	19
Minimo	2
Basso	2
Medio	4
Alto	1
Massimo	1
Totale	29

TABELLA B – DETENUTI DA MENO DI TRE MESI DALL'ARRESTO, 1996

Con disturbi psichici	8
– di cui tossicodipendenti	5
Senza disturbi psichici	8
– di cui tossicodipendenti	5
Totale tossicodipendenti	10
Totalmente sani	3
Totale casi	16
Percentuale su totale casi '96 (45 casi)	36%
<i>Posizione giuridica</i>	
Definitivi	3
Definitivi + imputato	0
Imputati	11
Appellanti	2
Ricorrenti	0
Ricorrenti + imputato	0
Totale casi	16
<i>Rischio suicidario accertato</i>	
Non risulta agli atti	6
Minimo	3
Basso	3
Medio	4
Alto	0
Massimo	0
Totale	16

TABELLA C – DETENUTI DA OLTRE TRE MESI DALL'ARRESTO, 1997

Con disturbi psichici	4
– di cui tossicodipendenti	1
Senza disturbi psichici	12
– di cui tossicodipendenti	7
Totale tossicodipendenti	8
Totalmente sani	5
Totale casi	16
Percentuale su totale casi '96 (45 casi)	67%
<i>Posizione giuridica</i>	
Definitivi	13
Definitivi + imputato	1
Imputati	0
Appellanti	1
Ricorrenti	1
Ricorrenti + imputato	0
Totale casi	16
<i>Rischio suicidario accertato</i>	
Non risulta agli atti	10
Minimo	0
Basso	4
Medio	1
Alto	1
Massimo	0
Totale	16

TABELLA D – DETENUTI DA MENO DI TRE MESI DALL'ARRESTO, 1997

Con disturbi psichici	2
– di cui tossicodipendenti	1
Senza disturbi psichici	6
– di cui tossicodipendenti	5
Totale tossicodipendenti	6
Totalmente sani	1
Totale casi	8
Percentuale su totale casi '96 (45 casi)	33%
<i>Posizione giuridica</i>	
Definitivi	2
Definitivi + imputato	0
Imputati	5
Appellanti	1
Ricorrenti	0
Ricorrenti + imputato	0
Totale casi	8
<i>Rischio suicidario accertato</i>	
Non risulta agli atti	5
Minimo	1
Basso	0
Medio	1
Alto	1
Massimo	0
Totale	8

contro 8 (tabelle C e D). Teoricamente, il risultato non cambia, anche aggiungendo, al numero di suicidi avvenuti «entro tre mesi dall'arresto», l'effetto del Servizio Nuovi Giunti, vale a dire la media di 4,6. Per esempio, i 16 casi della tabella B («Detenuti da meno di tre mesi dall'arresto»), diventano 20,6; sempre meno rispetto alla tabella A («Detenuti da oltre tre mesi dall'arresto»).

In moltissimi casi la previsione di rischio è sbagliata, e ciò, almeno in parte, è da attribuirsi alla fallibilità dell'operatore (vedi riquadro «non risulta agli atti», sotto la voce Rischio Suicidario Accertato, tabelle A/B/C/D), la cui capacità potrebbe, in ogni caso, migliorarsi, altri casi sono sottovalutati (casi accertati a rischio minimo o basso), ma anche questi ultimi rientrano in un'errata previsione dello psicologo.

La cartella del Servizio Nuovi Giunti riporta in forma prestampata una scaletta dei gradi di rischio, accanto c'è un riquadro sempre da barrare, quando il rischio suicidario, in sostanza è da escludere, è barrata la casella «minimo» o «basso»; tuttavia, spesso, avviene che l'esperto psicologo non barra nessun livello di rischio quando crede che il detenuto non sia in pericolo, del resto segnalare un rischio minimo o basso è sempre una segnalazione, da qui il fatto che alcuni casi di suicidio «non risultano agli atti» invece di rientrare nelle categorie di rischio minimo o basso.

Il resto dei suicidi avviene nonostante l'attivazione dei controlli, come mostrano le tabelle 1A, 1B, 1C e 1D («Tipologie d'Alloggiamento ed Eventuali Controlli»). Dalla tabella 4, riassuntiva delle precedenti, si legge che dieci detenuti erano sottoposti «a grande sorveglianza», quattro in «isolamento a grande sorveglianza», nove «in isolamento per incolumità personale» e uno in «infermeria cella singola a grande sorveglianza», per un totale di ventiquattro detenuti. Alcuni di questi controlli non sono disposti dallo psicologo, ma sono presi autonomamente dagli Istituti penitenziari, in applicazione di circolari dell'Amministrazione penitenziaria. La casistica ha confermato che certe tipologie di reato pongono problemi di sicurezza relativamente all'incolumità personale del detenuto. Si tratta di detenuti con particolare situazione

TIPOLOGIE DI ALLOGGIAMENTO E EVENTUALI CONTROLLI

TABELLA 1a – DETENUTI DA OLTRE TRE MESI DALL'ARRESTO, 1996

A grande sorveglianza, a volte in cella singola	5
In isolamento a grande sorveglianza	2
In isolamento per incolumità personale*	4
In infermeria cella singola, a grande sorveglianza	1
In infermeria cella singola, senza sorveglianza	0
Cella singola senza sorveglianza	10
Dato non precisato, probabilmente cella in comune	7
Totale	29

* Un caso in cella singola

TABELLA 1b – DETENUTI DA MENO DI TRE MESI DALL'ARRESTO, 1996

A grande sorveglianza, a volte in cella singola	3
In isolamento a grande sorveglianza	0
In isolamento per incolumità personale**	4
In infermeria cella singola, a grande sorveglianza	0
In infermeria cella singola, senza sorveglianza	1
Cella singola senza sorveglianza	2
Dato non precisato, probabilmente cella in comune	6
Totale	16

** Uno per motivi di giustizia, uno per sciopero della fame

TABELLA 1c – DETENUTI DA OLTRE TRE MESI DALL'ARRESTO, 1997

A grande sorveglianza, a volte in cella singola	2
In isolamento a grande sorveglianza	1
In isolamento per incolumità personale	0
In infermeria cella singola, a grande sorveglianza	0
In infermeria cella singola, senza sorveglianza	2
Cella singola senza sorveglianza	1
Dato non precisato, probabilmente cella in comune	10
Totale	16

TABELLA 1d – DETENUTI DA MENO DI TRE MESI DALL'ARRESTO, 1997

A grande sorveglianza, a volte in cella singola	0
In isolamento a grande sorveglianza	1
In isolamento per incolumità personale*	1
In infermeria cella singola, a grande sorveglianza	0
In infermeria cella singola, senza sorveglianza	0
Cella singola senza sorveglianza	0
Dato non precisato, probabilmente cella in comune	6
Totale	8

* Per motivi di giustizia

TABELLA 4 – QUADRO RIASSUNTIVO TABELLE 1a, 1b, 1c, 1d

A grande sorveglianza, a volte in cella singola	10
In isolamento a grande sorveglianza	4
In isolamento per incolumità personale	9
In infermeria cella singola, a grande sorveglianza	1
Totale	24
In infermeria cella singola, senza sorveglianza	3
Cella singola senza sorveglianza	13
Dato non precisato, probabilmente cella in comune	29
Totale	45

processuale (collaboratori di giustizia) o di detenuti i cui reati hanno una particolare natura (violenze sui minori, ecc.) o di detenuti con situazioni di conflitto con altri detenuti o perché persone note o implicate in vicende di rilevanza nazionale o internazionale.

Sempre dalla tabella 4, si evince che i casi di suicidio non sottoposti a nessuna forma di controllo erano: tre «in infermeria cella singola, senza sorveglianza», tredici in «cella singola senza sorveglianza», ventinove «dato non precisato, probabilmente cella in comune». Complessivamente per un totale di quarantacinque detenuti. Mettendo a confronto la tabella 5

(vedi) con la tabella 4, si nota che i casi messi sotto controllo, considerando gli interventi non collegabili al Servizio Nuovi Giunti, passano da quattordici a ventiquattro, conseguentemente i detenuti che non hanno ricevuto nessuna forma di controllo diminuiscono da cinquantacinque a quarantacinque.

Ora, possiamo passare alle considerazioni per poi concludere.

Innanzitutto è da ribadire che il Servizio Nuovi Giunti, come abbiamo visto, ha diminuito, se pure modestamente, il numero di suicidi, tuttavia e nonostante altre forme di controllo disposte autonomamente dagli Istituti, molti detenuti riescono in ogni caso a suicidarsi, e gli altri, verso i quali non c'era nessuna prevenzione fisica, si uccidono durante la detenzione. Come si diceva, contrariamente all'ipotesi di partenza, la maggior parte dei gesti autolesionistici non avviene durante il primo periodo di detenzione, nel 1996, su un totale di quarantacinque casi, ventinove detenuti (64%) si sono tolti la vita dopo oltre tre mesi dall'arresto, e nel 1997, su un totale di ventiquattro casi (giugno '97), sedici sono stati i detenuti (67%) che si sono tolti la vita dopo questo periodo detentivo (tabelle A, B, C, D).

Una prima conclusione è che il Servizio Nuovi Giunti è efficace, ma per quei detenuti che risolvono entro breve termine l'«impatto emotivo» con il carcere, statisticamente quantificabile con la media della tabella 1 ($X = 4,6$), ma ciò non basta ad

TABELLA 5 – QUADRO RIASSUNTIVO TABELLE A, B, C, D

Rischio suicidario accertato	
Medio	10
Alto	3
Massimo	1
Totale	14
Non risulta agli atti	40
Minimo	6
Basso	9
Totale	55

arginare il fenomeno, e soprattutto non fornisce nessuna chiave di lettura, in particolare, per quei suicidi che avvengono entro tre mesi dall'arresto, per i quali si è supposto il fattore «impatto emotivo» con il carcere.

I detenuti definitivi, arrestati da meno di tre mesi, forniscono una chiave di lettura. Le tabelle 7 e 8 mostrano il periodo mancante al fine pena. Come accennato, si è supposto, come uno dei sottofattori componenti il fattore «impatto emotivo», l'«angoscia per la propria sorte», in altre parole l'ansia per il futuro. I tre casi del 1996, dovevano scontare le pene di: tre mesi, nove mesi, due anni e un mese. L'ultima, considerando la liberazione anticipata, si riduce ad un anno e nove mesi circa. I

TABELLA 7 – DETENUTI DEFINITIVI, 1996

Da oltre tre mesi dall'arresto (18 casi)*	Da meno di tre mesi dall'arresto (3 casi)
Dal momento del suicidio al fine pena	Dal momento del suicidio al fine pena
1) 5 anni e 11 mesi	1) 0 anni e 3 mesi
2) 2 » 8 »	2) 0 » 9 »
3) 2 » 5 »	3) 2 » 1 »
4) 3 » 4 »	
5) 2 » 3 »	
6) 2 » 8 »	
7) 0 » 7 »	
8) 0 » 5 »	
9) 1 » 6 »	
10) 3 » 8 »	
11) 0 » 3 »	
12) 5 » 3 »	
13) 3 » 2 »	
14) 0 » 6 »	
15) 6 » 1 »	
16) 1 » 3 »	
17) Giorni 3	
18) 0 anni e 3 mesi	
X = 2 anni e 4 mesi**	X = 1 anno***

* I casi sono 18 invece di 20 perché di due non si conosce il fine pena.
 ** Due anni calcolando la liberazione anticipata.
 *** Meno di un anno calcolando la liberazione anticipata.

TABELLA 8 – DETENUTI DEFINITIVI, 1997

Da oltre tre mesi dall'arresto (13 casi)	Da meno di tre mesi dall'arresto (12 casi)
Dal momento del suicidio al fine pena	Dal momento del suicidio al fine pena
1) 5 anni e 11 mesi	1) 1 anno e 7 mesi
2) 4 » 6 »	2) 3 anni e 3 »
3) 1 » 4 »	
4) 1 » 11 »	
5) 2 » 5 »	
6) 7 » 9 »	
7) 3 » 10 »	
8) 0 » 7 »	
9) 3 » 8 »	
10) 4 » 11 »	
11) Giorni 5	
12) 0 anni e 7 mesi	
13) 0 » 3 »	
X = 2 anni e 10 mesi*	X = 2 anni e 5 mesi**
* Calcolando la liberazione anticipata, due anni e quattro mesi.	
** Due anni e con la liberazione anticipata.	

due casi del 1997, dovevano scontare: un anno e sette mesi, tre anni e tre mesi. Considerando la liberazione anticipata, un anno e quattro mesi e due anni e mezzo circa. Obiettivamente, anche nel peggiore dei casi, non sono pene molto lunghe, ad ogni modo che dire del detenuto che doveva scontare solo tre mesi.

Del resto il sottofattore «angoscia per la propria sorte», indipendentemente dall'ipotesi di partenza, non concorre certo a spiegare neppure i casi raggruppati oltre i tre mesi dall'arresto. Le tabelle 7 e 8 mostrano che le medie dei periodi detentivi del 1996, e del 1997, sono di due anni e quattro mesi e di due anni e dieci mesi che, con la liberazione anticipata, si riducono a due anni e a due anni e quattro mesi, ma si tratta di medie, in realtà molti casi avevano un fine pena di pochi mesi, due casi addirittura di pochi giorni.

Invertendo il ragionamento, si può supporre che il sottofattore «angoscia per la propria sorte», per i detenuti definitivi oltre i tre mesi dall'arresto, «pesi» in prossimità della loro scar-

cerazione (angoscia di separazione), quando si pone il problema di rientrare nella società, ma allora non si giustifica più il suicidio dei detenuti che dovevano scontare ancora diversi mesi.

Allora, come spiegare i casi di suicidio in nostro possesso?

Dalle tabelle A, B, C, D, si vede che moltissimi detenuti erano segnalati come affetti da disturbi psichici, molti di questi al contempo erano anche tossicodipendenti, altri detenuti, senza disturbi psichici, erano comunque tossicodipendenti. La tabella 6, riassuntiva delle precedenti, mostra che i detenuti con disturbi psichici erano trentacinque, di cui tossicodipendenti quindici, i detenuti senza disturbi psichici trentaquattro ma di cui ventidue tossicodipendenti, solo dodici i detenuti giudicati sani e/o non tossicodipendenti. Questi dati sono impressionanti, nella sostanza su sessantanove casi considerati, ben cinquantasette detenuti erano affetti da disturbi psicopatologici; infatti, oltre i trentacinque detenuti valutati esplicitamente con un disturbo psichico, altri ventidue detenuti erano tossicodipendenti.

TABELLA 6

Con disturbi psichici	35
– di cui tossicodipendenti	15
Senza disturbi psichici	34
– di cui tossicodipendenti	22
Totale tossicodipendenti	37
Totalmente sani	12

La tossicodipendenza è strettamente correlata (fino al 90% dei campioni di tossicodipendenti) ai disturbi mentali, ed è ben nota la correlazione che intercorre, in misura diversa, tra i vari disturbi e i fenomeni depressivi, questi ultimi causa dei suicidi. Inoltre, gravi malattie, come l'infezione da HIV, inducono i soggetti sieropositivi in comportamenti autolesivi con un rischio di 17/36 volte maggiore rispetto la popolazione generale.

Dalle tabelle 2A e 2B (Analisi delle Effettive Forme di Controllo Attivate, Singoli Casi «Forme di controllo e Patologie»), apprendiamo che sedici detenuti erano sieropositivi (HIV), uno aveva la malattia conclamata (AIDS), e uno era

**ANALISI DELLE EFFETTIVE FORME DI CONTROLLO ATTIVATE
SINGOLI CASI**

Legenda «Forme di controllo (e patologie)»:

C.C.	Cella comune;
C.S.	Cella singola;
Inf.	Infermeria;
Is.	Isolamento;
Is. per I.P.	Isolamento per incolumità personale;
G.S.	Grande sorveglianza;
D.M.	Disturbo mentale;
T.	Tossicodipendente;
H.I.V.	Infezione.

TABELLA 2a – DETENUTI DA OLTRE TRE MESI DALL'ARRESTO, 1996

Livello di rischio	Forme di controllo	Tipologia reato
Minimo	C.C./D.M./T./H.I.V.	Legge stupefacenti
»	C.S.	Omicidio volontario
Basso	C.S.	Omicidio, furto, aggressione, rapina
»	C.C./D.M./T./H.I.V.	Furto aggravato
Medio	C.C./D.M.	Legge stupefacenti
»	Is. per I.P./T.	Omicidio, res. p. u., rapina
»	C.C./T./H.I.V.	Dup. tent. furto aggravato
»	C.S./T.	Legge stupefacenti
Alto	C.C./D.M.	Sfruttamento prostituzione e altro
Massimo	C.C./G.S./D.M.	Omicidio aggravato e altro
Non risulta agli atti	C.S./D.M.	Omicidio, detenzione abusiva armi
»	Is. G.S./D.M.	Rapina ed altro
»	C.S.inf. G.S./D.M./T.	Concorso in rapina
»	C.S./D.M./T./H.I.V.	Furto, oltraggio p.u., altro
»	Is. per. I.P./D.M.	Omicidio prerintenzionale
»	C.S./D.M.	Omicidio aggravato
»	C.C./G.S./D.M./T.	Legge stupefacenti
»	C.C./T.	Legge stupefacenti
»	Is. per I.P./D.M.	Omicidio, associazione mafiosa
»	C.S. per I.P./D.M./T./H.I.V.	Furto/ex pol. penitenziaria
»	C.C./D.M.	Legge stupefacenti
»	C.S./D.M./T./H.I.V.	Omicidio, oltraggio p.u.
»	C.S./G.S./D.M.	Omicidio colposo e altro
»	C.S./G.S./D.M./T.	Conc. furto aggravato
»	C.S./T./H.I.V.	Ricettazione, furto aggravato
»	C.S./D.M.	Legge stupefacenti
»	Is. G.S./D.M./T.	Ricettazione, ass. delinquere
»	C.S. art. 41bis	Associazione mafiosa e altro
»	C.C./G.S./D.M.	Omicidio

TABELLA 2b – DETENUTI DA MENO DI TRE MESI DALL'ARRESTO, 1996

Livello di rischio	Forme di controllo	Tipologia reato
Minimo	C.C./D.M./T./H.I.V. (transex)	Estorsione
»	C.C.	Violenza carnale, lib. viol.
»	Is. per I.P.	Arnesi da scasso
Basso	Is. per mot. giu.zia/T.	Concorso in omicidio
»	Is. sciopero fame/D.M./ T/H.I.V.	Legge stupefacenti
»	C.C./T./H.I.V.	Rapina, lesioni in concorso
Medio	Ist. per tip. reato/D.M.	Concorso lesioni personali
»	C.S. per rischio suicidio/ D.M./T./H.I.V.	Rapina
»	C.C./G.S./D.M./T./H.I.V.	Furto aggravato
»	C.C./G.S./D.M./T.	Rapina a mano armata
Non risulta agli atti	C.C./T./H.I.V.	Concorso tentato furto aggravato
»	C.C./D.M.	Lesioni, tentata estorsione
»	C.S.	Rapina
»	C.C./T.	Legge stupefacenti e altro
»	C.S. inf./T.	Rapina, lesioni aggravate
»	C.S. (art. 41bis)	Associazione mafiosa

TABELLA 2c – DETENUTI DA OLTRE TRE MESI DALL'ARRESTO, 1997

Livello di rischio	Forme di controllo	Tipologia reato
Basso	C.C./T.	Concorso rapine, furti, lesioni
»	Is. G.S./T.	Furto aggravato e altro
»	C.C./T.	Furto aggravato
»	C.S. infermeria/T.	Rapina, lesioni personali
Medio	C.C./D.M.	Tentato omicidio
Alto	C.S./G.S./D.M.	Concorso tentato omicidio
Non risulta agli atti	C.C./D.M.	Legge stupefacenti
»	C.C./G.S./D.M./T.	Furto aggravato e altro
»	C.S. inf./T./H.I.V.	Furto aggravato
»	C.C.	Legge stupefacenti, furto
»	C.C.	Legge stupefacenti
»	C.S. (coll.)/T./H.I.V.	Tentato omicidio, legge armi
»	C.C.	Rapina aggravata, ricettazione
»	C.C./T.	Legge stupefacenti e altro
»	C.C.	Legge stupefacenti e altro
»	C.C.	Resistenza pubblico ufficiale

TABELLA 2d – DETENUTI DA MENO DI TRE MESI DALL'ARRESTO, 1997

Livello di rischio	Forme di controllo	Tipologia reato
Minimo	Is. mot. giustizia/T.	Furto aggravato
Medio	C.C./D.M.	Furto aggravato e altro
Alto	Is. G.S.	Tentato omicidio, legge armi
Non risulta agli atti	C.C./T.	Legge stupefacenti
»	C.C./T./H.I.V.	Legge stupefacenti
»	C.C./T./A.I.D.S.	Tentata rapina, oltraggio, altro
»	C.C./D.M./T.	Omicidio aggravato
»	C.C./T./H.C.V.	Concorso furto aggravato

affetto da HCV, nove di questi detenuti erano stati diagnosticati affetti da un disturbo psichico.

È evidente, in generale, e in particolare dall'esempio appena riportato, che il fenomeno suicidario, in ambito penitenziario, si configura essenzialmente come problema sanitario. Certamente, questi sedici detenuti, colpiti da una grave malattia, necessitavano di un'assistenza psicologica continua, non di un controllo fisico della loro persona.

In realtà, poi, questa possibilità di controllo, con particolari forme detentive, impedisce solo una percentuale di suicidi (tabella 1), e non è adatto a fermare gli altri, come il totale dei casi qui esaminati, inoltre queste forme di controllo non sono, per la maggior parte delle volte, neanche attive. Nel 1996, dei 16 casi citati come esempio, solo quattro erano sotto sorveglianza, e nel 1997 nessuno. Due erano stati segnalati dal Servizio Nuovi Giunti, e due subivano il controllo perché rientranti in quelle tipologie di reati per le quali il DAP ha impartito precise disposizioni. Di questi due ultimi, uno era in isolamento per sciopero della fame, e uno in isolamento per incolumità personale, in quanto ex appartenente alla polizia penitenziaria.

Ultimamente il DAP ha disposto che i detenuti che fanno lo sciopero della fame devono essere alloggiati in infermeria, ma ciò non costituisce che una variante inutile, infatti, dalle tabelle 1A, 1B e 1C, rispettivamente, vediamo, che c'è stato un caso di suicidio «in infermeria cella singola, a grande sorveglianza», uno «in infermeria cella singola, senza sorveglianza», e ancora due «in infermeria cella singola, senza sorveglianza».

I dati utilizzati, sono stati raccolti e classificati dall'Amministrazione penitenziaria a priori rispetto alla presente relazione, indipendentemente dall'ipotesi di partenza e dal suo svolgimento, non ci possono essere dubbi sulla loro veridicità. Il fenomeno suicidario in carcere è un problema essenzialmente sanitario. Vale a dire prestare la necessaria assistenza sanitaria a quei detenuti considerati a rischio di suicidio. Ciò potrebbe realizzarsi riconsiderando l'impiego degli esperti psicologi (ex art. 80, legge 354/75) negli Istituti penitenziari.

All'esperto psicologo va riconosciuto il ruolo sanitario, come detto nel precedente lavoro: «Relazione sullo status professionale e giuridico dello psicologo e suo attuale impiego negli istituti penitenziari». Questo studio n'è una prova. L'esperto psicologo, all'interno degli Istituti penitenziari, deve essere contemporaneamente inserito nell'area trattamentale e nell'area sanitaria; nella prima, per un suo intervento finalizzato al progetto che riguarda il reinserimento del detenuto, nella seconda per quei casi, come il suicidio, che necessitano di un intervento di tipo sanitario, sia in un caso sia nell'altro, la presenza dello psicologo non può essere discontinua come oggi. La sua figura è ancora condizionata dall'art. 80 dell'Ordinamento Penitenziario, nonostante la legge ordinistica di categoria che è del 1989, la quale ha modificato l'identità professionale dello psicologo, e l'aspetto giuridico.

In conclusione, il Servizio Nuovi Giunti deve continuare ad operare, forse migliorare la capacità diagnostica-predittiva degli psicologi con dei brevi corsi, sicuramente migliorare la scheda di valutazione del rischio suicidario e inserirla in un più ampio contesto. S'è visto, p.es., che allo stato attuale, è inutile barrare una casella di rischio minimo o basso, spesso neanche barrate (leggi «non risulta agli atti»). L'esperto deve stabilire una reale possibilità di autosoppressione, da questa, anche come sono attualmente previsti, disporre i controlli, ma soprattutto la scheda deve servire per la presa in carico del detenuto da parte di un «servizio psicologico sanitario», anche per quei casi «sottovalutati», per esempio proprio quelli a rischio «minimo» e «basso». L'esperto, in pochi minuti di colloquio, deve decidere se predisporre la sorveglianza o meno, su questa decisione grava la consapevolezza che egli per ragioni

logistiche inerenti l'organizzazione dell'Istituto, stabilite da circolari che raccomandano di non «tendere verso l'alto», deve indicare i casi «veramente» a rischio, ma così facendo è costretto ad operare una divisione dicotomica che limita la prevenzione, e non potrebbe essere altrimenti quando quest'ultima si basa pressoché su un controllo fisico.

È comprensibile che l'Amministrazione raccomandi formalmente di limitare i controlli solo per i casi giudicati dagli esperti psicologi effettivamente a rischio, in caso contrario gli Istituti si troverebbero di fronte una difficoltà di trovare locali idonei e agenti, tuttavia ciò è contrario ad un'efficace prevenzione dei suicidi. I termini del problema qui affrontato devono essere ribaltati. I detenuti, in quanto cittadini, hanno costituzionalmente diritto anche ad un'assistenza sanitaria psicologica, quest'ultima diventa la vera prevenzione. La prevenzione è un'azione su un essere umano, non può concepirsi come un atto meramente custodiale che, similmente a delle scatole cinesi, s'inserisce in un altro atto, se pure legittimo, di controllo sociale, cioè la carcerazione.

In una prima ipotesi di riorganizzazione dei servizi, si può pensare ad un «servizio psicologico» che coordinandosi eserciti le attività previste per gli attuali servizi psicologici.

RIASSUNTO

L'autore vuole fornire valore di prova scientifica circa alcune considerazioni contenute nell'articolo:

– le attività psicologiche dovevano essere completamente riviste, a partire dal 1989, anno in cui con la Legge Ordinistica di categoria esse hanno trovato una loro definizione, giuridica e professionale;

– la trasformazione giuridico-professionale s'è accompagnata con una trasformazione culturale-scientifica, entrambe hanno pervaso la società e lo psicologo è stato utilizzato da privati e istituzioni alla luce di questi cambiamenti, ma non dal D.A.P.;

– l'Amministrazione penitenziaria aveva e ancora ha tutto da guadagnare nel rivedere la materia dei servizi psicologici, sia in termini di prestigio positivo sia di funzionalità.

Per dimostrare quanto sopra l'Autore ha scelto un argomento da sempre di grande rilevanza sociale e fondamentale tra i compiti che deve assolvere l'Amministrazione. L'articolo evidenzia la necessità che per affrontare i problemi clinici in ambito penitenziario, tra cui il suicidio è il più drammatico, sia rivista l'organizzazione dei servizi psicologici e riconosciuto l'aspetto sanitario dello psicologo.

RÉSUMÉ

L'Auteur veut donner une preuve de valeur scientifique à propos de certaines considérations contenues dans son article.

– les activités psychologiques devaient être complètement revues à partir de 1989, date à laquelle, grâce à la Règle de l'Ordre de catégorie, elles ont trouvé une définition, juridique et professionnelle;

– la transformation juridico-professionnelle s'est accompagnée d'une transformation culturo-scientifique. Toutes deux se sont répandues dans la société et le psychologue a été utilisé à la lumière de ces changements, par les particuliers et les institutions, mais non pas par le D.A.P.;

– l'Administration Pénitentiaire avait, et a encore, tout à gagner, tant en termes de prestige que d'efficacité, à revoir ses services psychologiques.

Pour démontrer ce qui précède, l'Auteur a choisi un argument depuis toujours de grande importance sociale et fondamentale parmi les devoirs que l'Administration doit remplir.

Pour affronter, dans l'environnement pénitentiaire, les problèmes cliniques parmi lesquels le suicide est le plus dramatique, son article met en évidence la nécessité de revoir l'organisation des services psychologiques et de reconnaître l'aspect sanitaire du psychologue.

SUMMARY

The Author's aim is to provide a scientific demonstration of the validity of a number of points in the article.

– Psychologists' activities had to be completely re-examined starting from 1989, when a professional and legal definition of the category of psychologist was established by law.

– Along with this legal and professional transformation a cultural and scientific transformation took place, and in the light of these changes the services of the psychologist came to be utilized both by private individuals and institutions, but not by the Department of Prison Administration.

– The Administration of Penitentiaries had, and has, everything to gain by taking a fresh look at the subject of psychological services, both in terms of prestige and functionality.

To demonstrate the validity of these points the Author has chosen a theme which not only has great social impact but which also represents one of the fundamental tasks which the Penitentiary Administration must carry out.

The article highlights the fact that, in order to confront clinical problems in a penitentiary environment, among which suicide is the most serious, the organization of psychological services must necessarily be reviewed and the health care role of the psychologist must be recognized.