

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA

Facoltà di Scienze della Formazione

Corso di Laurea Magistrale

in

RICERCA SOCIALE PER LA SICUREZZA INTERNA ED ESTERNA



Tesi di laurea:

**Il Suicidio nelle Carceri:
analisi sociologica, fattori di rischio e di prevenzione**

Relatore

Prof.ssa Maria Caterina Federici

Laureando

Patrizio Gemello
matricola: 263624

Anno Accademico 2012-2013

INDICE

Premessa	pag.3
CAPITOLO 1: IL SUICIDIO SECONDO LE DIVERSE EPOCHE E DISCIPLINE	pag.5
1.1 Il suicidio: aspetti introduttivi	pag.5
1.2 Il suicidio nella storia: dai tempi antichi fino ai tempi moderni	pag.8
1.3 Il suicidio secondo l'etica, la morale e la religione	pag.13
1.4 Il suicidio per la psicologia	pag.17
1.5 Il suicidio per la sociologia	pag.19
1.6 Il suicidio in Italia: aspetti statistici ed epidemiologici	pag.21
CAPITOLO 2: IL PENSIERO SOCIOLOGICO SUL SUICIDIO	pag.28
2.1 Il pensiero sociologico di Durkheim	pag.30
2.2 La teoria del suicidio	pag.33
2.3 Le verifiche moderne della teoria di Durkheim sul suicidio	pag.38
2.4 La sociologia del suicidio dopo Durkheim	pag.42
2.5 Il suicidio secondo alcuni orientamenti della sociologia moderna	pag.46
2.6 L'analisi del suicidio su tre diversi livelli	pag.50
CAPITOLO 3: SOCIOLOGIA DELLE CARCERI	pag.52
3.1 La ricerca sociologia ed etnografica in carcere	pag.52
3.2 Subculture del detenuto: processi di disculturazione e di prigionizzazione	pag.57
3.3 La "società carceraria": la quotidianità in carcere	pag.64
3.4 Le diverse modalità di adattamento alla esperienza carceraria	pag.69
3.5 Condizioni di detenzione e problematiche emergenti: il sovra-affollamento nelle carceri	pag.73
3.6 Demografia e caratteristiche della popolazione carceraria italiana	pag.76

CAPITOLO 4: IL SUICIDIO NELLE CARCERI	pag.80
4.1 Salute e popolazione carceraria	pag.82
4.2 Le morti nelle carceri: aspetti demografici e epidemiologici	pag.90
4.3 Il Suicidio nelle carceri italiane: confronti con altri paesi e con altri periodi temporali	pag.92
4.4 Le possibili “cause ambientali” del suicidio nelle carceri: fattori di rischio e di disagio	pag.98
4.5 Le possibili cause individuali e psicologiche del suicidio nelle carceri	pag.105
4.6 La prevenzione del suicidio nelle carceri	pag.113
CONCLUSIONI	pag.122
Bibliografia	pag.128

PREMESSA

Il tema del suicidio è da sempre un tema molto sensibile ed importante, portatore di molti interrogativi per la società in cui si verifica, e a cui non sempre si riesce a dare una risposta compiuta.

Ogni studioso del settore è concorde sul fatto che si tratti di un gesto determinato da ragioni plurime, sulla cui causa concorrono sia motivazioni culturali, che sociali e biografiche.

Il tema del suicidio è ancora più delicato e controverso quando avviene in un contesto – come quello delle carceri – di forte deprivazione culturale e umana.

Il sistema carcerario italiano – in particolare – ha delle carenze di tipo strutturale, che si riflettono in un tasso di sovraffollamento molto elevato (uno dei più alti in Europa) e in una mancanza di risorse e di opportunità per la comunità carceraria. La situazione carceraria in Italia è in perenne emergenza. Il problema che dovrebbe avere una soluzione politica viene invece molto trascurato.

Il suicidio nelle carceri italiane è anche un tema di grande attualità, oltre che di emergenza sociale e umana, se si pensa che, dagli anni '60 ad oggi, il tasso di suicidi nelle nostre carceri si è più che triplicato.

L'articolo 27 della Carta Costituzionale sancisce il principio di umanità della pena e il valore rieducativo della stessa. Invece le nostre carceri risultano sovraffollate e per gli operatori è impossibile approntare percorsi rieducativi per ogni singolo detenuto.

Questo ha portato l'ONU a condannare l'Italia – in diverse situazioni – per il venir meno delle condizioni di umanità della pena.

Questo problema quindi pone dei anche dei problemi etici e di civiltà. Non a caso Voltaire affermava “Non fatemi vedere i vostri palazzi ma le vostre carceri perché da esse si misura il grado di civiltà di un paese”.

In questa tesi cercheremo di comprendere a pieno questo fenomeno: dopo una breve introduzione (nel primo capitolo) sugli aspetti storici, culturali e epidemiologici del suicidio, anche attraverso il contributo di diverse discipline, nel secondo capitolo approfondiremo il pensiero sociologico sul suicidio, in particolar modo la teoria del suicidio di Durkheim, che è tutt'oggi considerata la più valida ed attuale.

Negli ultimi due capitoli invece ci soffermeremo sull'universo delle carceri: cercheremo di comprendere gli aspetti e le dinamiche che contraddistinguono la

subcultura di questo contesto sociologico autonomo (che rientra non a caso tra quelle che Goffman definisce – come vedremo più avanti - “comunità totali”), e di comprendere quali sono le possibili risposte adattive che un detenuto può avere quando viene inserito in questo sotto-sistema.

Nell’ultimo capitolo affronteremo specificamente il tema del suicidio nelle carceri italiane: dopo averlo descritto e quantificato da un punto di vista statistico, cercheremo di comprenderlo attraverso quelle che si possono considerare le due “lenti” interpretative più significative: quella sociologica e quella psicologica. Cercheremo in particolare di individuare i maggiori fattori di rischio, e i possibili fattori di prevenzione. L’esperienza di altri paesi, in particolare degli Stati Uniti, dimostra – infatti - che la prevenzione è possibile. Negli USA il tasso di suicidi si è ridotto di oltre il 70% negli ultimi venti anni proprio grazie alla attuazione di un programma specifico di prevenzione.

CAPITOLO 1

IL SUICIDIO SECONDO LE DIVERSE EPOCHE E DISCIPLINE

1.1 Il suicidio: aspetti introduttivi

Nel 1998 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha classificato il suicidio come la dodicesima causa di morte a mondo¹: a livello mondiale si colloca fra le tre principali cause di morte per le persone di età compresa tra i 15-44 anni. Si stima che i decessi per suicidio annuali potrebbero salire ad 1,5 milioni entro il 2020.

Il termine “suicidio” deriva dal latino *sui* che significa “di se stesso”, e da *cida* che significa “uccidere”. Tuttavia, la parola “suicidio” è in realtà di utilizzo recente: secondo alcune fonti sarebbe stata usata per la prima volta dall'abate Desfontaines nel 1737, scrivendo un articolo per la Grande Encyclopédie, e fu ripresa in seguito dagli enciclopedisti.

Questa parola non era ancora conosciuta nel periodo della Roma classica, né nei secoli successivi, ma iniziò ad essere utilizzata intorno alla metà del “600 in Inghilterra, proprio nel momento in cui stava cambiando la concezione della società nei confronti di questo atto. In Francia, in Spagna, in Italia e in Portogallo apparve solo dopo il 1734. Prima di allora, nelle diverse lingue europee, si usavano espressioni quali “procurarsi la morte”, o “cadere di propria mano”.

Il suicidio è un tema che può essere letto e interpretato da diverse angolature, e sono molte le discipline ad esserne investite: l'etica, la religione, la morale, la sociologia, la psicologia, il diritto, la medicina.

Il suicidio è, quindi, un fenomeno - e un problema allo stesso tempo - che necessita di un approccio interdisciplinare, e tutti gli studi che sono stati effettuati nel corso dell'ultimo secolo hanno portato alla formazione, in relazione ad esso, di una

¹ Staff, *Suicide Statistics*, Befrienders Worldwide, 2006.

vastissima letteratura sugli aspetti medico-legali, psicologici, psichiatrici, sociologici, criminologici e giuridici.

Ogni studioso del settore è concorde sul fatto che il suicidio è un gesto individuale, di solito determinato da ragioni plurime, sulla cui causa concorrono sia motivazioni culturali, che sociali e biografiche.

Mentre l'orientamento della psicologia e della psichiatria cercano di far luce sulle cause individuali del suicidio, l'orientamento della sociologia, a partire da Durkheim, – come vedremo approfonditamente nel prossimo capitolo - ha cercato di esplorarne le cause sociali, ovvero quelle riguardanti una data società, partendo dalla analisi e interpretazione di alcuni dati statistici ed epidemiologici sul suicidio.

Nei tempi odierni possiamo constatare che i tassi di suicidio più alti d'Europa sono quelli riferiti ai Paesi baltici, dove circa 40 persone ogni 100 mila si uccidono annualmente; la seconda in linea d'incidenza è l'Africa subsahariana con 32 persone su 100 mila, mentre i tassi più bassi si trovano principalmente in America latina e in alcuni paesi asiatici².

Diversi studi dimostrano, una differenza statistica di suicidi fra paesi con diversa cultura e religione. Fu proprio Durkheim il primo a rilevare che nei paesi a prevalenza cattolica il numero di suicidi risulta essere pari alla metà rispetto a quello dei paesi a prevalenza protestante, e a cercare delle spiegazioni di questo fatto³.

E' anche dimostrato che l'incidenza del fenomeno suicidio e le motivazioni che lo accompagnano cambiano fra i diversi strati di una popolazione, o fra le diverse età della vita.

Il suicidio nelle carceri – di cui ci occuperemo principalmente in questa tesi – si connota di aspetti specifici e particolari legati al contesto restrittivo in cui si verifica, che verranno analizzati nei successivi capitoli.

Il suicidio è oggi soprattutto un tema di emergenza sociale.

Il 15% dei casi trattati nei servizi di pronto soccorso psichiatrico è rappresentato da persone che hanno attentato alla loro vita.

Il suicidio è riconosciuto come la seconda causa di morte nei giovani. In Italia, pur essendo un paese a basso rischio di suicidi, il tasso di suicidi ha fatto registrare, negli ultimi anni, un aumento dei suicidi tra i minori.

In molti paesi europei il comportamento suicidario è diventato uno dei maggiori

² Staff, *Self-directed violence* (PDF), World Health Organization, 2002

³ E. DURKHEIM *Le Suicide, Etude de sociologie* (traduz. Il Suicidio – Studio di Sociologia), traduz.e commento di Scramaglia R. Edizioni Bur, Milano 2007

problemi di salute pubblica, con gravi conseguenze sociali ed economiche. E' stato inoltre calcolato che per ogni suicidio portato a termine si verificano da 10 a 100 tentativi di suicidio.

Nell'ultimo decennio il tasso di suicidi non è diminuito, ma anzi, in alcuni paesi, è aumentato per effetto della crisi.

Dal punto di vista medico-psichiatrico, numerosi dati di letteratura indicano che è sicuramente possibile prevenire il suicidio nella popolazione generale, riducendo drasticamente il numero di morti, mediante apposite campagne di informazione e attraverso programmi e centri di aiuto e assistenza.

Nella genesi del suicidio, gioca un ruolo importante la componente emulativa.

Per questo motivo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha diramato delle linee guide per indirizzare il comportamento degli operatori dell'informazione e dei mezzi di comunicazione di massa, ai quali è affidata la richiesta di un comportamento responsabile.

Per quanto riguarda il diritto, la salute è esplicitamente tutelata dall'articolo 32 della Costituzione Italiana in termini sia individuali che collettivi quale "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" (primo comma).

Tuttavia nel nostro ordinamento (come del resto in tutti gli ordinamenti europei) il suicidio non è punibile, per motivi di politica criminale, neppure nella forma del tentativo, nonostante costituisca un disvalore sociale. La dottrina giuridica italiana non ha mancato di sottolineare il carattere di "illecito non punibile del tentato suicidio". Tuttavia si può comprendere meglio l'orientamento del diritto se lo inserisce all'interno della cornice culturale del luogo e del tempo che lo hanno generato.

L'evoluzione della cultura ha portato alla sistematizzazione del pensiero su questo argomento, che è stato oggetto di diatribe da parte dei filosofi, religiosi, medici, psicologi. Le scuole dell'antichità erano divise: i cinici e gli stoici ammettevano la liceità del suicidio, ma i pitagorici, i platonici e i peripatetici lo condannavano, delineando già gli argomenti dei quali si servirà Sant'Agostino per erigere la proibizione radicale che il cristianesimo saprà conservare fino ai giorni nostri influenzando la cultura occidentale.

Nel prossimo paragrafo verranno esaminate le diverse correnti di pensiero che si sono succedute nei diversi tempi e nei diversi luoghi, e il modo in cui hanno contribuito a delineare l'orientamento culturale attuale.

1.2 Il suicidio nella storia: dai tempi antichi fino ai tempi moderni

Il suicidio è un fenomeno presente nelle varie epoche e nelle varie culture. Antichi miti e leggende e la storia dei tempi più lontani già ci parlano del suicidio.

In ogni tempo gli uomini hanno cercato di esercitare su se stessi il diritto di vita e di morte.

Il suicidio, però, è stato ed è percepito in diversi modi, in riferimento soprattutto al suo significato, al suo valore positivo o negativo e al suo statuto sociale.

Dal punto di vista storico il fenomeno suicidario ha registrato, in luoghi e regioni diverse, valutazioni ed interpretazioni differenti, con reazioni alternativamente di riprovazione o accettazione da parte delle società di appartenenza.

La concezione del suicidio come delitto è una concezione relativamente tarda delle società cristiane. Infatti né il Vecchio né il Nuovo Testamento, che ne citano alcuni esempi, lo condannano in modo esplicito.

L'antropologia culturale afferma che il suicidio in molte culture era una pratica istituzionale o addirittura obbligatoria. La motivazione di fondo era quella di seguire una persona cara o comunque importante, per poter continuare ad amarla e accudirla ma anche perché la vita non poteva continuare per chi restava solo⁴.

Nell'antichità il suicidio ha ricevuto anche delle connotazioni positive.

Nella mitologia, nella storia e nella letteratura greca, ad esempio, il suicidio non era vissuto come una colpa. L'atteggiamento dei filosofi greci sul suicidio, se pur caratterizzato da diversi punti di vista, era equilibrato e razionale. I pitagorici lo rifiutavano, Aristotele lo giudicava un atto di irresponsabilità sociale e di viltà. Egli definiva il suicida come un uomo che commette un crimine verso la società, la *polis*.

Platone, maestro di Aristotele, pur essendo contrario al suicidio, lo riteneva razionale e giustificabile quando la vita era divenuta insopportabile. Tale posizione fu poi ampiamente condivisa dagli stoici. Lo stoicismo, movimento filosofico fondato ad Atene nel 308 a.C., da Zenone di Cizio, è forse uno degli esempi più noti di filosofia che accetta il suicidio e, anzi, in determinate condizioni, lo descrive come un atto naturale. Esso sosteneva le virtù dell'autocontrollo e del distacco dalle cose terrene

⁴ A.M. PANDOLFI, *Il suicidio (Voglia di vivere, voglia di morire)*, Milano, FrancoAngeli, 2000

come mezzi per raggiungere l'integrità morale e intellettuale. Seneca, una delle personalità più importanti della scuola stoica (morto suicida), spiegò in più punti della sua opera che lo stoico, quando ritenga di aver compiuto la parte che il fato gli ha destinato, può decidere di uscire dalla vita. Per Seneca pensare alla morte è pensare alla libertà.

Tuttavia lo stoicismo non era propriamente fautore del suicidio come lo era invece il cinismo, gruppo di pensatori che seguivano l'insegnamento di Antistene di Atene (IV° secolo a.C.) e che si ispiravano alla filosofia di Socrate. Per i cinici, l'obiettivo della vita era il raggiungimento della virtù che si poteva raggiungere eliminando tutto il superfluo, che allontanava gli uomini dalla vita vissuta in modo naturale.

Quindi il saggio cinico cercava di vivere seguendo l'esempio degli animali, e considerava l'incivilimento come un allontanamento dalla vita naturale, nonché motivo di corruzione morale. Il filosofo greco Egesia di Cirene, soprannominato *peisithanatos* ("colui che spinge alla morte"), faceva una così eloquente apologia del suicidio ai suoi discepoli che essi si uccidevano dopo averlo ascoltato⁵.

Anche gli scettici che basarono le loro opere sull'analisi critica di quella conoscenza e sulla questione della possibilità di ottenere una conoscenza assolutamente vera, furono apostoli del suicidio.

I romani, invece, avevano una posizione priva di paura e di avversione nei confronti del suicidio visto come una libera scelta da attuarsi con ponderazione.

La legge, infatti, non prevedeva alcuna vendetta o sanzione per il suicidio o tentato suicidio, tranne per quegli individui che non erano considerati liberi di decidere della propria vita come lo schiavo o il soldato. Tuttavia ognuno aveva il diritto di togliersi la vita in caso di sofferenze intollerabili.

I suicidi divennero numerosi a Roma soprattutto nel periodo della decadenza dell'Impero (anche per l'influenza di Seneca, ma anche di alcuni letterati come Lucano, nipote di Seneca, soprannominato il "poeta del suicidio").

Nel diritto romano la liceità o non del suicidio era basata su criteri essenzialmente economici, e non era considerata un'offesa né alla morale, né alla religione.

In Gallia e in Germania avvenivano moltissimi suicidi religiosi.

In Egitto si ricercava nella morte la liberazione. I fautori si riunivano persino in associazioni, i cui membri cercavano i mezzi più piacevoli per morire.

⁵ A.M. PANDOLFI, *Il suicidio (Voglia di vivere, voglia di morire)*, Milano, FrancoAngeli, 2000

Nelle culture asiatiche il suicidio sembra avere una connotazione diversa rispetto a quella occidentale, legata soprattutto alla salvaguardia dell'onore e alla spiritualità.

Le culture estremo orientali pre-islamiche coltivavano un atteggiamento di comprensione nei confronti del suicidio, giustificandolo come unica via di liberazione dai lacci della condizione umana. Nelle civiltà orientali, fin dall'antichità, il suicidio ha spesso assunto l'aspetto di religiosità e di ritualità che si sono mantenuti col passare del tempo fino ai secoli più recenti e, in piccole aree geografiche, fino ai giorni nostri.

In india sotto l'influenza del brahmanesimo i saggi alla ricerca del *nirvana* (ovvero della liberazione da tutti i mali nel "niente assoluto") si toglievano la vita spesso nel corso di grandi feste religiose.

In India si ha notizia di due forme particolari di suicidio: il *suttee* e il *sallekhana*.

Il *suttee* è il rituale della auto immolazione delle vedove, ed è ancora profondamente radicato nella cultura di molte zone rurali, nonostante sia stato abolito, nel 1956, con il *Widow Remarriage Act*. La pratica funeraria prevedeva che, una volta morto il marito, la vedova si immolasse da viva sulla sua pira funeraria. Tale sacrificio non costituiva per le vedove una regola (era infatti volontario) ed era diffuso solo nelle caste superiori, quella militare e principesca, ma ne venivano escluse le donne incinte e che dovevano allevare la prole. Veniva considerato una prova di fedeltà e devozione⁶.

Oggi questa pratica è vietata dalla legge nei paesi a maggioranza Indù (India, Nepal).

Con il termine *sallekhana* si indica invece la morte per inedia dei *giaina*.

Come gli hindu e i buddisti, i giaina credono che un'azione giusta al momento della morte possa influire direttamente sulla successiva rinascita. Affinchè la pratica ascetica della rinuncia influisca sulla rinascita asportando il karma negativo, la morte ideale per i giaina avviene quando la mente è in grado di controllare il corpo.

In questa concezione, il digiuno erode il karma negativo dal corpo lasciando la mente libera di concentrarsi sul proprio destino spirituale nel momento della morte.

In Giappone, il termine *harakiri* indica una pratica di suicidio cerimoniale per sventramento mediante una spada, dapprima limitata tradizionalmente ai nobili e poi adottata da tutte le classi⁷. L'harakiri era inizialmente attuato nel Giappone feudale dai samurai, che lo praticavano per sottrarsi al disonore della cattura, oppure dai nobili come gesto di estrema devozione a un superiore defunto o come protesta politica.

⁶ WIKIPEDIA L'enciclopedia libera <http://it.wikipedia.org/wiki/Suicidio>

⁷ WIKIPEDIA L'enciclopedia libera <http://it.wikipedia.org/wiki/Suicidio>

Nel 1868 l'harakiri è stato abolito come auto esecuzione obbligatoria, anche se è rimasta, se pur raramente, come azione di suicidio volontaria (ad esempio nella seconda guerra mondiale).

In ogni caso, i giapponesi danno ancora al suicidio una valutazione positiva, considerandolo come un atto ragionato e in alcuni casi come il comportamento più onorevole per salvaguardare il proprio buon nome.

Altro tipo di suicidio, condizionato da fattori culturali e sociali e inserito nelle tradizioni del luogo, era quello indotto da motivazioni economiche o di sopravvivenza. Alcuni popoli, quali gli eschimesi, gli antichi scandinavi, gli indiani Crow e gli abitanti samoani non condannavano, ma addirittura incoraggiavano la morte dei soggetti più anziani o malati della comunità. Tali culture davano assenso al suicidio per risparmiare le risorse di cibo della comunità, o per permettere alle società nomadi di spostarsi senza essere intralciate dai membri anziani o malati.

Con l'introduzione del cristianesimo, però, le considerazioni sul suicidio cambiarono giacché venne assimilato, addirittura, all'omicidio e quindi al peccato. Il termine suicidio, ovvero assassinio di se stessi, è – come abbiamo visto - un'invenzione linguistica relativamente tarda, e fu istituzionalizzata da Sant'Agostino.

I primi cristiani erano inclini al suicidio, in particolare lo cercavano per subire il martirio⁸. Il termine martire, come testimone della fede, è nato in ambito cristiano e indica “chi affrontava consapevolmente le persecuzioni, la tortura e anche la morte pur di non rinnegare la propria fede”⁹.

La brama di morire tramite il martirio assunse proporzioni tali da evocare la reazione di Sant'Agostino, il quale affermò che «colui che si uccideva, sia pure in questo modo indiretto, peccava contro il comandamento divino in quanto divenendo l'assassino di se stesso andava contro il volere di Dio depositario della vita e della morte»¹⁰.

Nel quinto secolo, Sant'Agostino scrisse “De civitate Dei”: in questa opera condannò ogni forma di suicidio richiamandosi al quinto comandamento: «Chi uccide se stesso è certamente un omicida»¹¹.

Con la nuova impostazione diffusa dal cristianesimo nel primo medioevo, secondo la quale l'uomo deve rinunciare alla potestà su se stesso per lasciarla totalmente a Dio, il suicidio diventò un gravissimo peccato contro Dio, senza che ci si chiedesse quali altre

⁸ A.M. PANDOLFI, *Il suicidio (Voglia di vivere, voglia di morire)*, Milano, FrancoAngeli, 2000

⁹ Il grande dizionario Garzanti della lingua italiana, Garzanti Editore s.p.a., 1987.

¹⁰ SANT'AGOSTINO D'IPPONA *De civitate Dei* (traduz. “Città di Dio”), Nuova Città Editrice, Roma 1974

¹¹ M. BARBAGLI, A. COLOMBO, E. SAVONA, *Sociologia della devianza*, Bologna, Il Mulino, 2003

motivazioni potevano spingere la persona a compiere tale gesto¹².

Nella concezione medioevale cristiana, la disperazione non era interpretata come ai giorni nostri, ma come il contrario della speranza e della fede: come quel sentimento che nasceva dalla convinzione di non poter più disporre della grazia e della misericordia di Dio, di non poter più ottenere il suo perdono per i peccati commessi.

Il concilio di Braga, del 563, e quello di Auxerre di quindici anni dopo, riaffermarono questa posizione. Dunque, nel sesto secolo, il suicidio divenne un peccato religioso e un crimine laico. Nei concili precedenti l'anno 1000 il suicidio venne considerato un peccato gravissimo e venivano comminate la pena della scomunica, il divieto di avere esequie religiose e di poter essere seppellito in terra consacrata, quindi il soggetto suicida era staccato e rinnegato dalla comunità ecclesiale¹³.

Sul finire del Medioevo, poi, la condanna del suicidio è stata riproposta da Tommaso d'Aquino, secondo il quale il suicidio è "incompatibile con la legge naturale" dell'autoconservazione, per cui "ogni essere ama se stesso", ovvero ha la tendenza innata a conservare se stesso e a resistere, per quanto è possibile, a ciò che potrebbe distruggerlo. Uccidendosi, "il suicida fa un torto alla società" nei confronti della quale ha delle responsabilità, in quanto "ciascun uomo appartiene essenzialmente alla comunità" come la parte al tutto.

La vita è un dono divino, che rimane in potere di Dio, per cui l'uomo "può disporre di se stesso per le cose che riguardano la vita presente", che sono regolate dal libero arbitrio, ma non per "il passaggio da questa a un'altra vita", che dipende soltanto dall'intervento di Dio¹⁴.

In questo periodo le autorità civili e religiose di molti paesi prevedevano pesanti sanzioni nei confronti dei suicidi. In diversi paesi europei, tra cui l'Inghilterra e la Francia, colui che si dava o cercava di darsi la morte cominciò ad essere aspramente perseguitato anche dopo la morte mediante atti sadici sul suo cadavere e sui parenti rimasti, che venivano socialmente ed economicamente messi al bando, con la confisca dei beni e dei titoli nobiliari.

Nel Rinascimento, con la rinascita dell'età stoica, riapparirono opinioni intese a sostenere la liceità del suicidio. Con l'"Enciclopedia" di Diderot e D'Alambert¹⁵, il cui spirito comune era di abbattere i pregiudizi e di far trionfare la ragione, il suicidio

¹² A.M. PANDOLFI, *Il suicidio (Voglia di vivere, voglia di morire)*, Milano, FrancoAngeli, 2000

¹³ A.M. PANDOLFI, *Il suicidio (Voglia di vivere, voglia di morire)*, Milano, Franco Angeli, 2000

¹⁴ TOMMASO D'AQUINO, *Summa Theologiae*, II-II, q. 64, a. 5.

¹⁵ *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers* (traduz. L'Enciclopedia o Dizionario ragionato delle scienze, delle arti e dei mestieri), opera pubblicata nel XVIII secolo.

venne posto come segno della libertà individuale¹⁶. Anche Voltaire, nell'ultima parte dell'"Ingenuo" ammise la legittimità del suicidio.

Nel 1874 l'opera di Goethe "I dolori del giovane Werther", influenzò una intera generazione di giovani, che emularono il protagonista dell'opera, suicidandosi con una copia del libro in mano.

La drastica negazione e condanna del suicidio si è ritrovata in Kant e ad essa si associa, in generale, l'idealismo tedesco.

La Dichiarazione dei diritti dell'uomo del 1789, testo giuridico elaborato nel corso della Rivoluzione francese, proclamando la libertà umana fece cadere tutte le pene vigenti e, con il succedersi degli avvenimenti, i suicidi aumentarono.

L'atteggiamento nei confronti del suicidio cominciò a cambiare infatti nella seconda metà del settecento, in particolare nelle élite colte di alcuni paesi europei.

Alcuni sovrani illuminati aderirono a queste richieste e depenalizzarono il suicidio, cioè non fu più definito come un reato e come un fatto vietato dal diritto.

Tale processo di revisione del diritto si espanse in tutta Europa, anche se in tempi diversi. In Gran Bretagna ciò avvenne solo nel 1961, e in Irlanda solo nel 1993.

Il codice del diritto canonico smise nel 1983 di considerare autore di un delitto chi si toglieva la vita e di negargli la sepoltura ecclesiastica.

Da parte dei filosofi moderni prevale l'idea della non liceità del suicidio. La corrente di pensiero che si richiama a fondamenti etici individuali pare rinforzarsi nel XIX secolo e ancor più nel XX e nell'ultimo dopoguerra, attraverso la letteratura e nell'opinione pubblica. Lo dimostrano i recenti dibattiti sull'eutanasia, e i tentativi di chiederne l'applicazione da parte dello Stato, come una misura sanitaria.

1.3 Il suicidio secondo l'etica, la morale e la religione

Il suicidio è un tema al quale la morale e l'etica non possono essere indifferenti.

Si interseca con il tema più ampio della sacralità della vita, che può assumere colorature diverse a seconda dell'assetto valoriale che si prende come riferimento, e a seconda che prevalga una visione religiosa oppure laica del fenomeno.

Non c'è dubbio sul fatto che con l'enorme progresso scientifico e le straordinarie potenzialità che le nuove conoscenze e applicazioni mettono a disposizione degli

¹⁶ D'ALEMBERT - DIDEROT (a cura di P. Casini), *La filosofia dell'Encyclopédie*, Laterza, Bari, 1966

uomini, si sono imposti all'uomo nuovi interrogativi etici. Nella nuova "età della tecnica" nuovi scenari si sono schiusi in ogni campo del vivere. Ciò che l'uomo è oggi in grado di fare non ha uguali nell'esperienza passata.

In secondo luogo – è questa è la novità davvero radicale – quest'epoca storica si caratterizza per il fatto che il progresso della tecnica avviene in concomitanza con la "fine delle grandi narrazioni morali" e con lo sgretolarsi delle comunità monoetiche di un tempo, nelle quali esisteva una sola idea di bene per tutti i membri¹⁷.

La realtà nuova con cui fare i conti è la società multietica abitata da "stranieri morali", tali che quel che per alcuni è giusto, per altri è riprovevole. È la relativizzazione di ogni assoluto; il politeismo dei valori; la desacralizzazione della morale. È – in una parola – la secolarizzazione. Questi sono i caratteri dell'età della tecnica¹⁸.

Il campo nel quale questo dilemma morale si fa più dirompente è la bioetica, assunta a vera e propria "questione" negli ordinamenti giuridici di tanti paesi: la questione bioetica «consiste nel fatto che, a causa di avanzamenti estremamente significativi nel campo delle conoscenze biologiche e in particolare genetiche, e di altrettanto significative nuove possibilità tecnologiche nello stesso campo, tutto un ambito di eventi che nella storia della società sono appartenuti alla sfera degli accadimenti naturali sono diventati oggetto di scelta, o di artificio, e quindi per ciò stesso sono entrati nell'orbita del giudizio morale e della decisione politica»¹⁹.

Il campo della bioetica, come forse nessun altro luogo dell'agire politico, è percorso da una frattura netta. I modelli etici più rilevanti che hanno qualificato e monopolizzato i dibattiti di bioetica - almeno in Occidente - sono: "l'etica della sacralità della vita biologica" e "l'etica della qualità della vita biografica", formule concise che alludono a complesse prospettive teoriche²⁰. Per l' *etica della sacralità della vita*, la vita umana innocente in ogni suo frammento biologico - dal concepimento sino alla morte - è assolutamente inviolabile e indisponibile, e la sua tutela deve avere la priorità rispetto alla tutela di qualsiasi altro bene o valore: viene senz'altro prima della tutela della libertà dell'individuo che la vita voglia in qualsiasi modo manipolare.

Viceversa, per l' *etica della qualità della vita*, la vita umana è sì un valore, la cui tutela può, però, essere modulata con intensità diversa a seconda degli stadi biologici e delle

¹⁷ H.T. ENGELHARDT, *Manuale di bioetica*, trad. it. Milano, il Saggiatore, 1999.

¹⁸ TRIPODINA C. *Dio o Cesare? Chiesa cattolica e Stato laico di fronte alla questione bioetica* <http://www.costituzionalismo.it> 15/01/2007

¹⁹ B. MANCINA, *Laicità e politica*, in G. BONIOLO (a cura di), *Laicità. Una geografia delle nostre radici*, Torino, Einaudi, 2006,

²⁰ G. FORNERO, *Bioetica cattolica e bioetica laica*, Milano, Bruno Mondadori, 2005

condizioni biografiche, e talvolta può dover essere bilanciata e recedere di fronte ad altri valori ritenuti preminenti.

In sintesi, l'etica della sacralità della vita "si affaccia nel piano bioetico con precetti negativi, attenta ai limiti che la manipolazione della vita non deve oltrepassare. Al contrario l'etica della qualità della vita è più attratta dalla moltiplicazione delle opportunità che il progresso biologico ha reso possibile"²¹.

Nella peculiarità del caso italiano - dove la Chiesa Cattolica tende ad avere il monopolio nella difesa del sacro e dove il suo intervento nel dibattito pubblico politico è penetrante e frequente, soprattutto di fronte agli *hard cases* della bioetica - la contrapposizione tra queste due etiche si può tradurre nell'antagonismo tra bioetica cattolica e bioetica laica; "tra cultura creazionista religiosa, che implica un limite al saper fare dell'uomo, e cultura laica, fondata sulla convinzione della totale emancipazione dell'uomo da Dio"²².

A fronte delle possibili variabili che si aprono nel momento in cui un Ordinamento decida di intervenire in ambito bioetico, si possono distinguere due modelli: da un lato, un modello definito "permissivo", che riconosce il singolo come agente morale e ne rispetta l'autonomia e l'autodeterminazione e, dall'altro, un modello definito "impositivo", che tende, appunto, ad imporre, pure in assenza di evidenti interessi di natura collettiva, modelli di comportamento individuale tesi al rispetto e alla promozione, anche contro la volontà del singolo, di quello che l'ordinamento suppone sia il suo bene. L'autonomia e l'autodeterminazione da un canto e l'imposizione da un altro si riverberano sulle tematiche che gravitano intorno ai concetti di vita e di morte, così come a concetti quali la vita sessuale, la vita familiare, ecc...

In tal senso, lo stato impositivo della morte è quello che nega al massimo grado, oltre che i diritti alla vita e alla libertà personale, la dignità del soggetto; sul versante opposto, il modello impositivo della vita tende a imporre al soggetto l'esistenza in vita, fin dove è possibile (da un punto di vista tecnologico, ad esempio), anche contro la sua volontà.

A fronte del modello impositivo (della morte così come della vita) può individuarsi un modello permissivo, in riferimento sia alla vita che alla morte. Qui, il principio individualista, e, in particolare, la libera determinazione della persona in relazione alla

²¹ F. VIOLA, *L'etica della qualità della vita: una valutazione critica*, in «Bioetica», n. 1, 1996

²² R. MAZZOLA, *Chiese cristiane, pluralismo religioso e democrazia liberale*, in F. BOLGIANI – F. MARGIOTTA BROGLIO – R. MAZZOLA (a cura di), *Chiese cristiane, pluralismo religioso e democrazia liberale* in Europa, Atti del Convegno della Fondazione Michele Pellegrino, Bologna, Il Mulino, 2006

sua esistenza, sono considerati centrali e, fintanto che il comportamento del soggetto non riflette conseguenze dannose su terzi, non si configura alcun interesse generale che possa imporsi sulla scelta individuale.

Entrambi questi modelli, così descritti, sono dei modelli considerabili in termini “puri” e astratti, in quanto la maggior parte degli Ordinamenti contemporanei si colloca all'interno dello scarto tra il modello permissivo e quello impositivo; ad esempio, se quasi ovunque è riconosciuto, in termini generali ma non assoluti, un diritto al rifiuto dei trattamenti sanitari (anche vitali), nessun Ordinamento conferisce al soggetto il diritto di essere padrone incondizionato del proprio destino biologico²³.

Puntando, ora, la lente d'ingrandimento sull'Ordinamento italiano, si può notare come per il diritto costituzionale italiano la salute sia esplicitamente tutelata dalla Costituzione in termini sia individuali che collettivi quale “fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività” (art. 32, primo comma).

Secondo l'articolo 579 del codice penale (ex art. 5 c.c) viene sancito un divieto degli atti di disposizione del proprio corpo: “Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume”.

Affinché prevalga la dimensione impositiva su quella permissiva riconducibile al diritto al rifiuto, tuttavia, è necessario uno specifico intervento legislativo. Il secondo comma dello articolo 32, infatti, riconosce, implicitamente ma con formula non equivoca, un generale diritto di rifiutare ogni trattamento che non sia espressamente previsto dalla legge. Dunque, l'ordinamento costituzionale italiano non può farsi rientrare nel modello impositivo *tout court*, in quanto l'individuo sarebbe titolare di un diritto costituzionale al rifiuto di ogni terapia, anche salva-vita, la cui obbligatorietà non sia prevista da uno specifico atto legislativo, il quale, in ogni caso, deve rispettare la persona umana.

Come già detto in precedenza, nel nostro ordinamento il suicidio non è punibile, neppure nella forma del tentativo, solo per motivi di politica criminale, nonostante costituisca un disvalore sociale; la dottrina giuridica italiana non ha mancato di sottolineare il carattere di “illecito non punibile del tentato suicidio”, sollecitandone *de iure condendo* la sottoposizione a misura di sicurezza a contenuto psicoterapeutico e parzialmente limitativo della libertà personale, per i dimostrati legami tra auto-

²³ TRIPODINA C. *Dio o Cesare? Chiesa cattolica e Stato laico di fronte alla questione bioetica*
<http://www.costituzionalismo.it> 15/01/2007

aggressività ed etero-aggressività.

1.4 Il suicidio per la psicologia

Nel 1800, con il fondamentale lavoro di Durkheim, il suicidio cominciò a modificare la propria area di appartenenza passando da quella riguardante la religione e la morale, a quella delle scienze sociali per passare infine, a cavallo tra i due secoli nell'ambito delle discipline psicologiche e psichiatriche.

Si è aperta così un'analisi scientifica del suicidio dovuta alla nascita della sociologia e della psicologia, delle quali i principali protagonisti si possono considerare Emile Durkheim e Sigmund Freud.

A partire dal XIX cominciarono così a delinearsi e ad opporsi due scuole: l'una psichiatrica cercava spiegazioni nell'individuo, l'altra, sociologica, lo cercava nell'ambiente sociale.

Venne riconosciuta innanzi tutto l'importanza conferita al ruolo della personalità dell'individuo, allo stato dell'energia di cui egli dispone per fronteggiare e gestire i suoi conflitti interni, ed alle abilità relazionali con l'ambiente e con le persone più significative.

L'approccio medico al tema del suicidio, a partire da Esquirol e poi Delmas, Blondel, sosteneva che vi è una coincidenza tra infermità mentale, di varia gravità o temporanea, e condotte autolesive. Questa teoria, molto contrastata, trova però una conferma nei rilievi epidemiologici di molti paesi che portano a concludere che più del 90% delle persone che ricorrono al suicidio soffre di disturbi affettivi, di alcolismo o di schizofrenia.

Nel campo della psicoanalisi Freud aprì una nuova strada alla psicodinamica dell'atto suicidario, con cui si conclude spesso la tragica vicenda del depresso.

Il suicidio divenne l'espressione di un'ostilità trasposta dall'oggetto sul soggetto: l'introiezione dell'oggetto perduto da parte del soggetto e le cariche aggressive e ostili legate all'oggetto incorporato fanno di questo un persecutore interno che chiede vendetta ed espiazione della colpa. L'atto suicida risulta così essere un gesto insieme vendicativo e riparativo e il suicida ricopre il doppio ruolo di colpevole e di vittima innocente. Secondo Freud il suicidio è un omicidio mancato: il futuro suicida ha

introiettato una figura importante, un tempo amata ed ora odiata, che viene uccisa nell'immaginazione attraverso il suicidio, cioè dirigendo verso se stesso l'ostilità provata nei confronti dell'altro, e raggiungendo, inoltre, attraverso il suicidio, l'espiazione dei sensi di colpa provocati dalla coscienza di tale ostilità²⁴.

Secondo lo schema interpretativo freudiano si raggiunge con il suicidio un duplice vantaggio inconscio: il vantaggio primario, relativo all'espiazione delle colpe nonché alla punizione dell'oggetto d'amore interiorizzato, e quello secondario, relativo alla colpevolizzazione delle persone significative, contro cui e per le quali, ci si suicida²⁵.

Nel campo medico-psicologico si segnalano altri contributi di rilievo.

Karl Menninger riteneva che dovessero esistere tre componenti psichiche perché potesse realizzarsi il suicidio²⁶:

- 1) il desiderio di uccidere tratti indesiderati del proprio io
- 2) il desiderio di essere ucciso come impulso di espiazione;
- 3) il desiderio di morire per ricongiungersi a Dio o alla persona perduta.

Ludwig Biswanger pose particolare attenzione alla dimensione del tempo del paziente suicida descrivendone la frammentazione e la incapacità a proiettarsi nel futuro.

Silvano Arieti e Jules Bemporad affrontarono il problema del suicidio, in particolare nella depressione grave, ponendo in primo piano i sentimenti di impotenza e fallimento.

Herbert Hendin negò che la psicopatologia depressiva, da sola, sia sufficiente a determinare la condotta suicidaria ed ipotizzò che varie costellazioni psicodinamiche possano essere implicate nel suicidio: morte come ritorsione verso l'altro; riunione con la persona amata; suicidio come fantasia di rinascita; suicidio come espiazione di colpe ed autopunizione.

Franco Fornari sottolineò l'aspetto metacomunicativo dell'atto auto-aggressivo, ritenendo che il suicida, sebbene appaia voler negare il proprio rapporto con il mondo, in realtà lo ricerca disperatamente. Il paradosso del suicidio sarebbe quello di voler rappresentare una "negazione della morte". Gaetano Benedetti analizzò il problema del suicidio nella psicopatologia della schizofrenia rilevando anzitutto la frequenza delle fantasie suicidane nei pazienti schizofrenici e riconducendola alla sofferenza del

²⁴ FREUD S., *Lutto e Melanconia*. OSF Vol. VIII Bompiani. Torino, 1976

²⁵ P. MORON, *Il suicidio*, Milano, Garzanti, 1976

²⁶ MENNINGER K., *Man against himself*. Harcourt, Brace & World. New York, 1938

paziente che assiste allo sfacelo del proprio io, specie nelle fasi iniziali della psicosi. Interpretò fantasia suicidaria e suicidio come meccanismo di difesa dell'Io contro le autoaggressioni provenienti dall'Es e come tentativo di liberazione²⁷.

Klein considerò lo stesso Super-Io, identificato con gli oggetti cattivi primitivamente incorporati, il persecutore interno.

Così la contrapposizione dialettica soggetto-oggetto, in quanto situata in tempi arcaici dello sviluppo, si confonde con la struttura originaria dell'Io, quasi a collimare con il determinismo biologico.

La perdita di un affetto, di una persona, di una posizione sociale, dell'autostima, della speranza può essere reale o anche simbolica e determina una sensazione di incompletezza e di vuoto che non tutti riescono a colmare in tempi tollerabili.

È come l'elaborazione del lutto, che riesce quando il dolore per la perdita subita diventa costruttivo e fornisce elementi per passare dalla disperazione all'accettazione della vita. Questo concetto della perdita, formulato per la prima volta in termini psicodinamici da Freud a proposito della malinconia, dopo ottant'anni pare ancora valido e nella sua essenza è stato sostenuto da altri autori a orientamento psicodinamico seppur con postulazioni differenti, come l'espiazione del senso di colpa per aver perduto l'oggetto o la perdita dell'autostima o il tentativo di ricongiungersi con l'oggetto perduto.

1.5 Il suicidio per la sociologia

Il suicidio è un fenomeno di vasta rilevanza sociale, la cui frequenza varia in epoche e culture diverse. Analogamente a quanto è avvenuto per ogni altra manifestazione psicopatologica, lo studio del suicidio si è avvalso – come abbiamo visto - di un duplice paradigma: da una parte il paradigma personologico, di derivazione psicoanalitica e antropofenomenica, che, partendo dalla concezione del suicidio come “atto insano”, ha contribuito a svelarne dinamiche e significati; dall'altra il paradigma sociologico, che ha considerato le manifestazioni umane come parte di un più vasto sistema culturale e socio-economico²⁸. Numerose sono in effetti le variabili psicologiche e sociali che possono essere considerate fattori di rischio suicidario.

²⁷ FORNARI F., *Osservazioni psicoanalitiche sul suicidio*. Da rivista di psicoanalisi n. 1, 1967.

²⁸ F. GIUBBOLINI *Il fenomeno suicidio: fattori psicopatologici e sociali*, Rivista "Psichiatria e Medicina", Anno VI, 1, 1992. www.salus.it/psichiatria/index,

Numerose sono le tematiche affrontate dalla ricerca sociologica che possono avere implicazioni anche da un punto di vista psicologico.

L'analisi sociologica ha indubbiamente delineato un campo complessivo in cui la depenalizzazione del suicidio non ha incrinato una valutazione sociale che ha continuato ad attribuire disvalore sociale al comportamento, e che può essere un sintomo di un grado insufficiente di adesione ai valori della collettività.

Sin dalla prima metà dell'800 è iniziato a sembrare controverso il fatto che il suicidio sia davvero un atto commesso solo da insani ed è proprio in questo periodo che le cause del suicidio iniziano ad essere ricercate fuori dall'individuo e nella società.

Se la psicoanalisi e le interpretazioni di ordine psicodinamico hanno contribuito dunque a chiarire il significato e le cause intrapsichiche del comportamento suicidario, la ricerca sociologica ha particolarmente cercato di evidenziarne le cause sociali.

Lo studio di Emile Durkheim sul suicidio, che verrà trattato più approfonditamente nel prossimo capitolo, viene tuttora considerato il più completo e valido tentativo di analisi sociologica del fenomeno.

Per il sociologo francese e la scuola sociologica, che avevano basato la loro interpretazione su uno studio statistico sistematico, il suicidio rappresenta un fenomeno costante che le azioni individuali non possono spiegare; esso è la risultante di un condizionamento complesso: influenza familiare, sociale, religiosa ecc..²⁹.

Durkheim studiò il suicidio come "fatto sociale" ricorrente, evitando qualsiasi spiegazione in termini psicologici del suicidio quale effetto di una debolezza di mente. Nella sua indagine la società è sempre ben presente come causa del suicidio.

Durkheim affermò che «sono innumerevoli le circostanze che sembrano essere le cause del suicidio perché lo accompagnano molto frequentemente: chi si uccide nell'agiatazza, chi nella miseria, chi per infelicità coniugale, chi per un divorzio che lo libera da un matrimonio infelice. Qua un soldato rinuncia alla vita per essere stato punito di una colpa non commessa, là un criminale si colpisce pur essendo rimasto impunito il delitto commesso. Gli avvenimenti più diversi e più contraddittori della vita possono egualmente essere pretesto al suicidio»³⁰.

Non è possibile spiegare i suicidi come fatti singoli. Solo una spiegazione sociale può mettere ordine in tutti questi casi.

²⁹ E. DURKHEIM *Le Suicide, Etude de sociologie* (traduz. Il Suicidio – Studio di Sociologia), traduz.e commento di Scramaglia R. Edizioni Bur, Milano 2007

³⁰ E. DURKHEIM *Le Suicide, Etude de sociologie* (traduz. Il Suicidio – Studio di Sociologia), traduz.e commento di Scramaglia R. Edizioni Bur, Milano 2007

Il fattore “appartenenza a un gruppo” rimase al centro anche dell’indagine sociologica complessiva, che si è comunque arricchita di ulteriori apporti.

Halbwachs, comparando il tasso costante dei suicidi con la costanza dei tassi dei modi di suicidio, si appellò in senso lato al tipo stesso di civiltà. Per lui è il “vuoto sociale” creato intorno al soggetto che causa il suicidio. In ogni società ci sono correnti collettive suicidogene che agiscono in tre modi differenti³¹:

- per disgregazione del gruppo sociale, e eccesso di individualizzazione: suicidio egoista;
- per sovrintegrazione sociale, e insufficienza di individualizzazione: suicidio altruista delle società primitive;
- per dislocazione anarchica del gruppo sociale o insufficiente coesione sociale, durante le crisi economiche, politiche: suicidio anomico;
- per eccesso di regolamentazione sociale: suicidio fatalista.

Peter Sainsbury ampliò il concetto di isolamento sociale ed introdusse delle variabili di maggiore rilevanza psico-sociale, quali le condizioni di immigrazione, la disoccupazione, l’età anziana.

Il passaggio del suicidio dall’area religiosa, all’area scientifica, sociologica e psicologica si è accompagnato a un’importante trasformazione del modo cognitivo ed emotivo con cui suicidio e suicida sono percepiti dal comune sentire. All’orrore per il peccatore e alla sua persecuzione, si sostituisce la pena e la compassione, pur sempre accompagnati da un sentimento di ripulsa e ostilità. Il cambiamento di area di interesse e di spiegazione ha portato anche a stigmatizzare la condotta suicidaria quale segno di insanità mentale. Il suicida non viene più considerato pienamente responsabile del proprio atto.

1.6 Il suicidio in Italia: aspetti statistici e epidemiologici

Dalle statistiche sui suicidi, si può constatare come ogni paese abbia di norma un andamento lineare con valori caratteristicamente bassi, medi o elevati che tendono a rimanere costanti, salvo periodici scarti legati a elementi socioeconomici contingenti.

Per fare un esempio, L’Europa del Sud ha tassi relativamente bassi, mentre tassi più alti

³¹ P. MORON, *Il suicidio*, Milano, Garzanti, 1976

si osservano nei paesi del Nord.

Molti studiosi di suicidologia non concordano sulla validità delle statistiche sulle condotte autolesive; troppi elementi nell'individuazione e nel conteggio di queste possono causare errori di rilevazione, come si è visto anche da esperienze riguardanti uno stesso paese.

Il raffronto dei dati forniti dalla polizia, dagli istituti di medicina legale e dalle organizzazioni sanitarie ha infatti evidenziato valori differenti.

Inoltre la letteratura è concorde sul fatto che le statistiche possano tendere a sottostimare il fenomeno del suicidio.

Fra i Paesi Ocse, l'Italia registra uno dei più bassi livelli di mortalità per suicidio. Tra il 1993 e il 2009 la mortalità è diminuita significativamente da 8,3 a 6,7 suicidi ogni centomila abitanti, con piccole variazioni su livelli storicamente bassi negli ultimi anni. La rilevazione statistica dei suicidi e dei tentativi di suicidio, della quale ci serviamo in questo capitolo, riguarda i dati accertati dalla Polizia di Stato, dall'Arma dei Carabinieri e dalla Guardia di Finanza in base alle notizie contenute nella scheda individuale di denuncia di suicidio o tentativo di suicidio trasmesso all'atto della comunicazione all'Autorità giudiziaria. Tuttavia si ritiene che tali dati possano sottostimare il fenomeno: è stato stimato dall'ISTAT che negli ultimi anni le statistiche di fonte giudiziaria abbiano registrato il 20%-25% in meno di casi rispetto a quanto misurato dalla fonte sanitaria³².

Nel cinquennio 2006-2010 il numero di suicidi in Italia è rimasti abbastanza stabile, con un piccolo incremento (del 5%) dopo il 2008 (vedi tabella 1), che lo ha fatto tornare allo livello del 2006.

La propensione al suicidio è maggiore tra la popolazione maschile, pari a oltre tre volte quella femminile. Questo dato rimane costante in tutte le culture e in tutte le classi sociali.

Tab. 1 - Numero di suicidi e di tentati suicidi nel cinquennio 2006-2010

	SUICIDI			TENTATIVI DI SUICIDIO		
	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine
2006	3.061	2.355	706	3.284	1.754	1.530
2007	2.867	2.210	657	3.234	1.706	1.528

³² ISTAT www.istat.it

2008	2.828	2.197	631		3.327	1.768	1.559
2009	2.986	2.343	643		3.289	1.769	1.520
2010	3.048	2.399	649		3.101	1.646	1.455

Fonte: Istat - Suicidi e tentativi di suicidio 2010 www.istat.it

Secondo delle rilevazioni più recenti, il tasso di suicidi sarebbe in aumento negli ultimi anni, forse per effetto della crisi: nel triennio 2009-2011 si sarebbe registrato un aumento del 12% rispetto al triennio precedente.

Per quanto riguarda i tentativi di suicidio le difficoltà di rilevazione statistica sono maggiori che per i suicidi; qui non vi sono implicazioni medico-legali che portano necessariamente alla notificazione dell'evento, molti casi vengono soccorsi privatamente e quindi non registrati; gli stessi criteri di "diagnosi" di suicidio e di tentato suicidio sono soggetti alla possibilità di errore. Rimangono, per farsi un'idea della consistenza del fenomeno, un'affermazione dell'OMS secondo la quale si verifica una decina di tentati suicidi ogni suicidio riuscito e le relative contestazioni da parte di vari autori secondo i quali questo rapporto sarebbe maggiore, arrivando fino a 100 tentati suicidi per ogni suicidio.

Nei tentati suicidi viene meno la differenza tra maschile e femminile, visto che si attestano all'incirca con la stessa numerosità.

Un fenomeno che merita particolare attenzione per la sua valenza sociale e comunicativa, è il *parasuicidio*, che si verifica quando non c'è la reale volontà di morte e la persona effettivamente non muore. I metodi più comunemente usati a questo scopo sono: i farmaci e il taglio superficiale dei polsi in corrispondenza delle vene.

Si tratta di mezzi palesemente non idonei a causare la morte, che sono utilizzati prevalentemente da donne di età molto giovane. In queste situazioni, il più delle volte, il tentativo di suicidio ha una valenza dimostrativa, relazionale, in cui l'atto autolesivo, da un lato è espressione di sofferenza e di un elevato grado di autoaggressività, dall'altro è un potente mezzo di comunicazione ed esprime una richiesta di aiuto.

Pur non essendo un gesto tipicamente depressivo, esso ha la tendenza a ripetersi con modalità stereotipate ed è un fattore prognostico negativo per un successivo suicidio mortale.

La propensione al suicidio cresce all'aumentare dell'età, raggiungendo un picco

nell'età superiore ai 45 anni (vedi tabella 2)

Tab. 2 - Suicidi in Italia nel 2010: distribuzione per età

CLASSI DI ETÀ	
Fino a 13 anni	5
14 - 17	19
18 - 24	114
25 - 44	803
45 - 64	1.063
65 e oltre	1.038
Non indicata	6
TOTALE	3048

Fonte: Istat - Suicidi e tentativi di suicidio 2010 www.istat.it

Per quanto riguarda la distribuzione regionale si conferma la tendenza di un maggior numero di suicidi al Nord rispetto al Sud, con le regioni settentrionali che manifestano valori quasi doppi di quelli del Sud. Nord-est e Nord-ovest sono le ripartizioni con i livelli di mortalità per suicidio più alti, il Centro e le Isole oscillano su valori prossimi alla media nazionale, mentre il Sud presenta valori nettamente inferiori.

Tab. 3 - Distribuzione regionale dei suicidi, anno 2010

Piemonte	236
Valle d'Aosta	15
Lombardia	496
Liguria	130
Trentino-Alto Adige	50
<i>Bolzano/Bozen</i>	26
<i>Trento</i>	24
Veneto	320
Friuli-Venezia Giulia	103
Emilia-Romagna	278
Toscana	199

Umbria	78
Marche	81
Lazio	266
Abruzzo	69
Molise	20
Campania	138
Puglia	120
Basilicata	40
Calabria	91
Sicilia	208
Sardegna	110
Italia	3.048
Nord-Centro	2.252
Mezzogiorno	796

Fonte: Istat - Suicidi e tentativi di suicidio 2010 www.istat.it

La regione con il più alto numero di suicidi è la Lombardia, seguita dal Veneto e dall'Emilia Romagna. Mentre il più basso numero di suicidi si è registrato nella Valle d'Aosta, seguita dal Molise e dalla Basilicata.

L'analisi dei suicidi per livello di istruzione evidenzia una maggiore propensione al suicidio tra le persone con titoli di studio medio-bassi (vedi tabella 4).

Tab. 4 - Distribuzione dei suicidi per titolo di studio, anno 2010

TITOLO DI STUDIO	
Privo di titolo di studio	104
Licenza elementare	868
Licenza media inferiore	1.335
Licenza superiore e laurea	654
Non indicato	87
TOTALE	3048

Fonte: Istat - Suicidi e tentativi di suicidio 2010 www.istat.it

Per tutti i titoli di studio la classe di età più anziana presenta sempre livelli più alti e la maggiore propensione al suicidio si ha fra le persone con un più basso livello di istruzione e un'età superiore ai 45 anni.

Le modalità di suicidio prevalenti sono: "Impiccagione e soffocamento" (52,1%) per gli uomini, "Precipitazione" (35,1%) e "Impiccagione e soffocamento" (33,4%) per le donne (vedi tabella 5).

Tab.5 – Distribuzione dei suicidi in base al modo di esecuzione, anno 2010

	Totale	Maschi	Femmine
Avvelenamento	115	61	54
Asfissia da gas	75	63	12
Impiccagione	1.305	1.129	176
Arma	429	399	30
<i>Da taglio</i>	67	54	13
<i>Da fuoco</i>	362	345	17
Precipitazione	688	450	238
Annegamento	155	95	60
Investimento	64	53	11
Altro	195	134	61
Non indicato	22	15	7
TOTALE	3048	2399	649

Fonte: Istat - Suicidi e tentativi di suicidio 2010 www.istat.it

Riguardo alle cause di suicidio, infine, quella che – in base alle rilevazioni effettuate – sembra avere la maggiore incidenza, è la malattia: quasi la metà delle persone suicide infatti era affetta da qualche malattia, soprattutto psichica (vedi tabella 6).

Tab. 6 – Cause di suicidio, anno 2010

Malattie	1.412
- <i>Fisiche</i>	312
- <i>Psichiche</i>	1.100
Motivi affettivi	324
Motivi d'onore	18
Motivi economici	187
Ignoto o non indicato	1.107
TOTALE	3048

Fonte: Istat - Suicidi e tentativi di suicidio 2010 www.istat.it

Il suicidio è un evento con una forte componente di emulazione, e proprio per questo motivo è necessaria un'informazione responsabile da parte dei mezzi di informazione, come è stato anche indicato nelle linee guida dell'OMS.

La stessa ricerca sociologica, che studieremo approfonditamente nel prossimo capitolo, ha preso avvio proprio dallo studio e dalla interpretazione di dati statistici sul suicidio.

CAPITOLO 2

IL PENSIERO SOCIOLOGICO SUL SUICIDIO

Verso la metà del diciannovesimo secolo cominciò a essere messo in discussione il postulato che aveva caratterizzato l'indagine sul suicidio da parte della psichiatria classica: ovvero che il suicidio possa essere commesso solamente da persone insane di mente.

I primi sociologi a chiedersi se il suicidio sia davvero un atto commesso solo da insani furono Esquirol e Brierre de Boismont, nel 1856³³.

Dopo di loro, nel 1885, l'inglese William Wynn Westcott classificò tre tipi di suicidio pertinenti a stati mentali "normali":³⁴

- il suicidio dovuto a temperamento passionale o a collera;
- quello realizzato nei casi in cui l'individuo, di fronte a due alternative, sceglie il suicidio come la meno odiosa;
- quello compiuto intenzionalmente, come il suicidio dei militari o dei fanatici religiosi.

Sempre nello stesso periodo le cause del suicidio iniziarono a essere ricercate fuori dall'individuo, nella società. Alcuni sociologi (tra cui Guerry e Quètelet) iniziarono a comparare i dati statistici sul suicidio tra diverse nazioni ed etnie³⁵.

Avvenne così che con l'avanzare del XIX secolo le ricerche sul suicidio si biforcarono verso due orientamenti distinti che diventarono due vere e proprie tradizioni metodologiche vive ancora oggi. Una, di tipo psicologico, basata sullo studio dei casi individuali, l'altra, di tipo sociologico, che si rifa alle statistiche ufficiali per città, regioni e nazioni

³³ E. DURKHEIM *Le Suicide, Etude de sociologie* (traduz. Il Suicidio – Studio di Sociologia), traduz.e commento di Scramaglia R. Edizioni Bur, Milano 2007

³⁴ WESTCOTT W.W. *The Origin of the Rosicrucians and Freemasons*, Editore: Kessinger Publishing, 1886

³⁵ A.M. DE GUERRY *Essay sur le statistique morale de la France*, Paris, 1833

Gli studi sul suicidio che si basano sull'uso delle statistiche sono schematizzabili in tre fondamentali scuole ideologiche³⁶:

- la prima, in ordine di tempo, è quella dei demografi, influenzata dal pensiero di Johann Peter Siissmilch su Thomas Robert Malthus;
- la seconda è quella dei teorici probabilisti che riprendono le teorie del famoso matematico e scienziato Pierre Simon marchese di Laplace attraverso l'opera di Lambert A. Quételet;
- la terza è quella degli igienisti e degli statistici medici che si rifanno agli “idéologues” francesi fra i cui maggiori esponenti vi è Alexandre J. B. Parent Duchatelet.

Le tre correnti, e soprattutto le ultime due, vennero rielaborate dagli “statistici morali” che studiarono il suicidio da un punto di vista sociologico, convinti che esso costituisse una minaccia per l'integrità della società futura. Fra questi i preminenti sono Enrico Morselli³⁷ e Jacques Bertillon³⁸, ai quali si ispirerà Durkheim.

Come la sociologia del suicidio del XX secolo costruisce le sue opere partendo dal lavoro di Durkheim, così le idee fondamentali di quest'ultimo possono essere meglio comprese se inserite all'interno del ricco contesto culturale della sua epoca. Durkheim può essere considerato, infatti, il più grande sintetizzatore delle tesi sul suicidio come fenomeno sociale.

Con la sua opera “Il Suicidio – Studio di sociologia”, pubblicata nel 1897³⁹, Durkheim confutò in modo definitivo l'interpretazione romantica dell'atto suicida come gesto di libertà contro una società repressiva.

Ispirandosi a Quételet e a Morselli, relegò in secondo piano i fattori individuali che vi intervengono per privilegiare le motivazioni sociali in modo tanto sistematico che l'analisi del suicidio finisse per diventare una base e una prova per l'esposizione delle sue idee sulla società e sul metodo sociologico stesso.

³⁶ E. DURKHEIM *Le Suicide, Etude de sociologie* (traduz. Il Suicidio – Studio di Sociologia), traduz.e commento di Scramaglia R. Edizioni Bur, Milano 2007

³⁷ MORSELLI E. *Il suicidio*, Ediz. Dumolard, Milano 1879

³⁸ BERTILLON J. *Influence du mariage sur la tendance au suicide* : La Nature n° 351 -21 février 1880

³⁹ E. DURKHEIM *Le Suicide, Etude de sociologie* (traduz. Il Suicidio – Studio di Sociologia), traduz.e commento di Scramaglia R. Edizioni Bur, Milano 2007

2.1 Il pensiero sociologico di Durkheim

Durkheim pose al centro dei suoi studi la società come entità di coesione e d'integrazione sociale. L'idea di Durkheim è che l'individuo sia forgiato in tutte le manifestazioni della sua vita dai modelli sociali.

L'uomo che egli descrive è un uomo contraddittorio, un *homo duplex*, che si muove fra due poli opposti: la sua natura individuale o profana, e la sua natura sociale o sacra. Come individuo, egli cerca di perseguire un proprio fine particolare; come membro della società è portato a perseguire fini generali collettivi. Ma ciò è necessario, secondo Durkheim, perché l'individuo lasciato a se stesso tenderebbe all'annullamento ed alla disgregazione.

La società è, quindi, una coercizione che l'individuo subisce dall'esterno.

Ciò provoca il «generale disagio che colpisce le società contemporanee», come afferma Durkheim ne *Il suicidio*, anticipando un termine ed un concetto che passeranno nel saggio di Freud *Il disagio della civiltà*⁴⁰.

Ma per Durkheim il problema è di dimostrare la necessità di questa coercizione, di legittimarla e di comporla in un sistema civile. E il compito della sua sociologia è quello di osservare questi problemi ed offrire una soluzione stabilizzatrice.

I suoi interessi, dunque, riguardarono le basi di un ordine sociale, che scaturisce per mezzo di valori condivisi da una collettività (come quelli etici e religiosi); la loro mancanza è destinata a produrre perdita di stabilità o *anomia* (dal greco antico anomia, cioè “mancanza di norme”) e a provocare nei singoli individui sentimenti d'angoscia e d'insoddisfazione. Questa, come vedremo, era per Durkheim una delle cause del suicidio⁴¹.

Durkheim ritenne, dunque che la società possa rendere i comportamenti collettivi migliori di quelli individuali nella massima parte dei casi, purché la Società stessa intervenga attivamente. Essendo “l'organo di un organismo”, l'individuo è inferiore rispetto al livello superiore di una società organizzata. Tuttavia non può, come credeva Rousseau, costringere se stesso per portarsi a questo livello superiore. Secondo Durkheim, occorre che una costrizione esterna,

⁴⁰ FREUD S. *Il disagio della civiltà*, traduz. Ganni E., Ediz. Einaudi, Roma 2010

⁴¹ E. DURKHEIM *Le Suicide, Etude de sociologie* (traduz. Il Suicidio – Studio di Sociologia), traduz.e commento di Scramaglia R. Edizioni Bur, Milano 2007

quella sociale, lo conduca al piano più elevato. Ma l'individuo non deve sentire questa costrizione come una forza estranea. Egli deve valutarla come un fatto costruttivo in quanto lo libera dall'incertezza e dalla casualità e lo conduce ad una vita morale e spirituale superiore⁴².

Per Durkheim il primato della società sull'individuo si fonda sulla divisione del lavoro sociale.

La divisione del lavoro per Durkheim non è quella divisione tecnica del lavoro come l'aveva considerata Smith, bensì è la divisione sociale, cioè la divisione in classi con funzioni specifiche in collaborazione fra loro. Era questa la chiave di Durkheim per giustificare la supremazia sociale e la costrizione che essa comporta. Il singolo non è autonomo, né può esserlo, in una società con molte specializzazioni come quella attuale. Nessuno può essere autosufficiente con la sua particolare specializzazione, ed ha bisogno di offrire la sua ed avere in cambio quelle degli altri.

Le antiche società erano omogenee, basate sul lavoro segmentario in cui ognuno operava in modo relativamente indipendente. La società era possibile nella misura in cui si fondava su una religiosità di gruppo. Ma le società moderne sono differenziate, sono basate sulla divisione del lavoro e la specializzazione.

La divisione del lavoro non deve essere solo di natura tecnica, ma basarsi su una morale collettiva. Nessun individuo può più vivere separatamente come nelle società semplici. È proprio l'estrema divisione, quindi, che può portare alla massima unione.

La divisione del lavoro cova, dentro di sé, una possibile disgregazione sociale, e non porta automaticamente all'armonia. Egli affermò nella conclusione de *La divisione del lavoro sociale*:

«Il contratto non comporta un consenso pieno se i servizi scambiati non hanno un valore sociale equivalente (...) Se... i valori scambiati non si bilanciano, vuol dire che per equilibrarsi hanno avuto bisogno dell'intervento di una forza estranea: le due parti sono state lese e le volontà hanno, quindi, potuto mettersi d'accordo soltanto se l'una o l'altra ha subito una pressione diretta o indiretta - e questa pressione costituisce una violenza⁴³.

⁴² E. DURKHEIM *Le Suicide, Etude de sociologie* (traduz. Il Suicidio – Studio di Sociologia), traduz.e commento di Scramaglia R. Edizioni Bur, Milano 2007

⁴³ E.DURKHEIM *De la division du travail social, 1893* (traduz. *La divisione del lavoro sociale*) Ed. Comunità, Milano 1962 (introduz di Pizzorno A.)

Dunque, c'è qualcosa di esterno, una forza esterna, nel contratto, “qualcosa di non contrattuale nel contratto” stesso. Questa pressione esterna è esercitata dalla società. In termini espliciti, quel che non c'è di contrattuale nel contratto è il fatto che esso si esercita in un regime di disuguaglianza.

In altri termini, Durkheim ammise un concetto di uguaglianza solo come uguaglianza delle opportunità nel senso di Tocqueville. Tutti gli uomini devono poter correre nella gara sociale muovendosi dallo stesso nastro di partenza in modo che, poi, «nessun ostacolo, di qualsiasi natura, impedisca loro di occupare nei quadri sociali il posto rispondente alle loro facoltà». Per Durkheim la società deve essere «costituita in modo da permettere alle ineguaglianze sociali di esprimere esattamente le ineguaglianze naturali»⁴⁴.

Durkheim tentò dunque di dimostrare che il crescere della divisione del lavoro, rendendo ognuno dipendente dagli altri, aumenta la solidarietà. Questa solidarietà diviene il fine morale della società. E la società stessa può vivere non più per giustapposizione ma attribuirsi una vera “anima collettiva” alimentata da una religiosità sociale⁴⁵.

Le norme sociali dunque svolgono un ruolo importante nel regolare la vita e il comportamento delle persone: grazie ad esse gli individui sanno che cosa aspettarsi dagli altri e cosa ci si aspetta da loro.

Nel corso di momenti critici, tuttavia, le esperienze esistenziali delle persone non corrispondono più ai modelli rappresentati nelle norme sociali, per cui gli individui si sentono confusi e disorientati. Durkheim per dimostrare ciò sottolineava che in concomitanza con gli alti e i bassi dell'economia i tassi di suicidio tendono a essere maggiori del solito: in questi periodi gli individui sono colpiti dal disorientamento e si manifestano comportamenti devianti.

Per Durkheim, in definitiva, il sociale ha una natura storica, superindividuale, con una funzione costante di regolazione della società. E il fatto sociale è ciò che legittima la costrizione dell'individuo in ogni società e in ogni tempo.

Durkheim pensava che se nelle società tecnologicamente semplici la solidarietà era meccanica e richiedeva una coesione con forte repressione; nella società attuale, basata su una coesione collettiva, è possibile più agevolmente arrivare ad una

⁴⁴ E. DURKHEIM *Le Suicide, Etude de sociologie* (traduz. Il Suicidio – Studio di Sociologia), traduz.e commento di Scramaglia R. Edizioni Bur, Milano 2007

⁴⁵ E. DURKHEIM *De la division du travail social, 1893* (traduz. *La divisione del lavoro sociale*) Ed. Comunità, Milano 1962 (introduz di Pizzorno A.)

solidarietà organica. Ma, in tutti i casi, è sempre presente l'aspetto di regolazione sovrapposta della società alla vita individuale⁴⁶.

2.2. La teoria del suicidio

Durkheim studiò il suicidio come "fatto sociale" ricorrente, storicamente accertato in tutte le società umane, non eliminabile. Egli evitò qualsiasi spiegazione in termini psicologici del suicidio quale effetto di una debolezza di mente.

La sua teoria venne esposta nello studio empirico sul *Suicidio* pubblicato da Durkheim nel 1897⁴⁷.

In questa opera egli non fece ricerche dirette, ma esaminò con estrema attenzione tutta una serie di statistiche per diversi paesi e per diversi periodi.

Inizialmente distinse diversi tipi di suicidio *suicidio maniacale*, dovuto ad allucinazione delirante o alla fuga da pericoli o vergogne; *suicidio melanconico*, dovuto ad estrema depressione; *suicidio ossessivo*, legato all'idea fissa della morte e *suicidio impulsivo*, dovuto a un momento drammatico che fa scattare l'atto della propria soppressione. In seguito analizza il tasso dei suicidi che varia con regolarità in situazioni sociali diverse.

Il tasso annuale dei suicidi per ogni 10.000 abitanti venne messo in rapporto dallo studioso con diversi fatti sociali ugualmente misurabili come: l'educazione, la ricchezza, la provenienza etnica, l'affiliazione religiosa, il sesso, l'età e lo stato civile. Durkheim rilevò che il suicidio è più diffuso nella città che nelle campagne; che gli uomini si suicidano in media quattro volte più delle donne; gli anziani più dei giovani; che il suicidio crea più vittime fra le classi colte ed agiate e meno nelle classi povere, che, in generale, nei paesi in cui sono minori i casi di follia è maggiore il numero dei suicidi. Da ciò Durkheim dedusse che il suicidio varia in ragione inversa agli stati psicopatici, ben lungi da esserne una conseguenza.

Scartata la connessione fra stati psicopatici e suicidi, Durkheim confutò poi tutta una serie di teorie che avevano attribuito la causa dei suicidi a situazioni climatiche,

⁴⁶ E. DURKHEIM *Le Suicide, Etude de sociologie* (traduz. Il Suicidio – Studio di Sociologia), traduz.e commento di Scramaglia R. Edizioni Bur, Milano 2007

⁴⁷ E. DURKHEIM *Le Suicide, Etude de sociologie* (traduz. Il Suicidio – Studio di Sociologia), traduz.e commento di Scramaglia R. Edizioni Bur, Milano 2007

stagionali, ambientali, anche se riconobbe una loro maggiore frequenza in determinati periodi dell'anno e del giorno.

Egli rilevò inoltre che se il suicidio è poco frequente fra gli ebrei (nonostante i casi di follia siano molto più numerosi), lo è di più fra i cattolici, e ancora di più tra i protestanti.

E osservò che gli ebrei costituiscono dei gruppi molto compatti, i cattolici hanno forme di sufficiente solidarietà, mentre i protestanti hanno un fortissimo senso individualistico e concorrenziale.

In base a tutta una serie di dati, arrivò a stabilire che «il suicidio varia in ragione inversa al grado di integrazione della società religiosa». «Il suicidio varia in ragione inversa al grado di integrazione della società domestica» (famiglia). «Il suicidio varia in ragione inversa al grado di integrazione della società politica.» Per cui giunse a questa «legge sociologica generale»: «il suicidio varia in ragione inversa al grado di integrazione dei gruppi sociali di cui fa parte l'individuo»⁴⁸.

Durkheim introdusse anche il problema della famiglia e del matrimonio. Constatò che, se in generale gli uomini si suicidano più delle donne, nel matrimonio gli uomini si suicidano meno, mentre gli scapoli hanno un tasso di suicidio nettamente superiore. Se viene applicato il divorzio, sono ancora una volta gli uomini a suicidarsi di più, mentre la donna non sembra subire una maggiore tendenza al suicidio per questo. Durkheim considerò gli aspetti contraddittori del matrimonio e rilevò che «dal punto di vista del suicidio il matrimonio favorisce tanto più le donne quanto più è praticato l'uso del divorzio, e viceversa», e prese l'occasione per avanzare l'ipotesi che nel matrimonio l'uomo trovi un limite ad un eccesso di desideri ed una disciplina, mentre la donna, che nel matrimonio è in una situazione particolarmente repressa, veda nel divorzio una possibile liberazione dal suo stato.

Su questo tema Durkheim osservò che se il matrimonio è stato considerato spessissimo come un vantaggio per la donna, esso viene a rivelarsi, invece, sotto questo angolo visuale, come un vantaggio per l'uomo. L'uomo è più stabile nel matrimonio e si suicida meno, mentre la donna è in uno stato di maggiore tensione e difficoltà e, quindi, si suicida di più. E viceversa accade nel divorzio.

⁴⁸ E. DURKHEIM *Le Suicide, Etude de sociologie* (traduz. Il Suicidio – Studio di Sociologia), traduz.e commento di Scramaglia R. Edizioni Bur, Milano 2007

Egli distinse poi tre diverse tipologie di suicidio:

- *il suicidio egoistico*: si verifica a causa di una carenza di integrazione sociale e di un eccesso di individualismo;
- *il suicidio altruistico*: si ha quando la persona è troppo inserita nel tessuto sociale, al punto da suicidarsi per soddisfare l'imperativo sociale;
- *il suicidio anomico*, tipico delle società moderne, sembra collegare il tasso dei suicidi con il ciclo economico: il numero dei suicidi aumenta nei periodi di sovrabbondanza come in quelli di depressione economica, in quanto viene meno il riferimento a norme e valori socialmente condivisi.

Con il *suicidio egoistico* la persona si sente estranea al proprio gruppo, l'io prevale sulla vita collettiva e il dislivello fra i propri desideri e la loro possibilità di realizzazione nell'ambito della società diventa a poco a poco incolmabile; vi è uno smisurato sviluppo dell'ego, in quanto gli unici obiettivi non vanno al di fuori di se stessi, ed il legame che unisce l'uomo alla vita si allenta proprio perché il legame che lo unisce alla società si è a sua volta allentato.

Secondo Durkheim, l'individuo «è troppo poca cosa, non è un fine sufficiente alla sua attività. Non solo egli è limitato nello spazio, ma strettamente limitato nel tempo. Quando non abbiamo altri obiettivi al di fuori di noi stessi, non possiamo sfuggire all'idea che i nostri sforzi siano destinati a perdersi in quel nulla dove dovremo finire. Ma l'annullamento ci terrorizza, e in tali condizioni non sapremo trovare il coraggio di vivere, di agire, di lottare, giacché di tanta fatica nulla deve rimanere»⁴⁹.

Solo, dunque, attraverso l'integrazione sociale l'uomo può tentare di evitare il suicidio egoistico che deriva dall'isolamento e dall'eccesso di individualismo.

Il *suicidio altruistico*, al contrario, è espressione di forte coesione sociale dove l'io è completamente annullato; l'individuo non ha scelta, è soggiogato alla sua società che lo tiene troppo legato a sé, e preme per condurlo a distruggersi.

Sono la troppa scarsa individualizzazione e la troppa integrazione che rendono l'individuo intercambiabile e depersonalizzato.

In questo caso si hanno eccessi di sacrifici per la comunità: vecchi che si uccidono per non essere di peso; donne che, soprattutto nelle società povere o

⁴⁹ E. DURKHEIM *Le Suicide, Etude de sociologie* (traduz. Il Suicidio – Studio di Sociologia), traduz.e commento di Scramaglia R. Edizioni Bur, Milano 2007

sottosviluppate, si uccidono per la morte del marito o del figlio; gregari o servitori che si uccidono alla morte dei capi; soldati che si uccidono per la gloria dell'esercito, ecc.

Il *suicidio anomico*, infine, è dovuto alla mancanza di riferimenti, norme e valori socialmente condivisi, è tipico della società moderna. La sua frequenza tende ad aumentare prima e dopo le rivoluzioni, nei casi di brusche variazioni nelle situazioni socioeconomiche o nelle carriere. Inoltre è molto interessante notare che fenomeni analoghi si verificano non solo in casi di insuccesso o di difficoltà, ma anche nei casi di boom, nei momenti di brusca prosperità, di rapida espansione.

Dal punto di vista psicologico, questo tipo di suicidio, è motivato generalmente dalle delusioni e dalle frustrazioni causate dai rapporti sociali. Ci troviamo di fronte ad un tipo di suicidio differente dagli altri, perché differente è, appunto, il ruolo della società, la cui peculiarità sta nel disciplinare l'individuo.

Dopo queste constatazioni Durkheim concluse che il mito del progresso senza soste, l'eccesso di rischi e una tensione troppo alta nello sviluppo, portano ad anomalie gravi a cui corrisponde una cuspide di suicidi. Anzi, egli vide soprattutto nella velocità dei processi una delle cause di scompenso, di difficoltà e, quindi, di suicidio.

Com'è possibile scorgere da questa classificazione suicidogena, la società è sempre ben presente come causa del suicidio.

Secondo Durkheim, non è la propagazione imitativa ad influenzare il tasso di suicidi in un certo paese, bensì lo stato morale di un gruppo sociale⁵⁰.

Durkheim affermò che «sono innumerevoli le circostanze che sembrano essere le cause del suicidio perché lo accompagnano molto frequentemente: chi si uccide nell'agiatezza, chi nella miseria, chi per infelicità coniugale, chi per un divorzio che lo libera da un matrimonio infelice. Qua un soldato rinuncia alla vita per essere stato punito di una colpa non commessa, là un criminale si colpisce pur essendo rimasto impunito il delitto commesso. Gli avvenimenti più diversi e più contraddittori della vita possono egualmente essere pretesto al suicidio»⁵¹.

⁵⁰ RIVERA A. *Il fuoco della rivolta – Torce umane dal Maghreb all'Europa*, edizioni Dedalo, Bari 2012

⁵¹ E. DURKHEIM *Le Suicide, Etude de sociologie* (traduz. Il Suicidio – Studio di Sociologia), traduz.e commento di Scramaglia R. Edizioni Bur, Milano 2007

Non è possibile spiegare i suicidi come fatti singoli. Solo una spiegazione sociale può mettere ordine in tutti questi casi.

Nelle società attuali sono prevalenti il suicidio egoistico e il suicidio anomico, e “il suicidio anomico si manifesta unicamente in speciali settori nei quali l’attività industriale e commerciale ha avuto un grande sviluppo”⁵².

Il punto che maggiormente turbava Durkheim era che nella società attuale a un aumento della divisione del lavoro corrispondeva un netto aumento del tasso di suicidi.

Tuttavia Durkheim si limitò a considerare che «il suicidio è un tributo alla civiltà», in qualche modo una valvola di sfogo all'anomia, ineliminabile.

Solo in prospettiva Durkheim propose una soluzione che non poteva derivare, secondo il suo pensiero, né dalla società religiosa, né in qualche modesta parte dalla famiglia. Secondo le sue concezioni generali, Durkheim propose una società basata sulle corporazioni professionali che possa essere in grado di stabilire una ferma moralità e nuovi fatti di solidarietà, tali da abbassare i casi di suicidio egoistico, eliminare quelli di suicidio altruistico e riassorbire le contraddizioni che creano il suicidio anomico.

Nel quadro complessivo del suo pensiero, lo studio sul suicidio resta uno dei punti più importanti in cui Durkheim ha tentato di vedere dentro un fenomeno, prima interpretato in termini o troppo sintetici o errati, la complessità dei comportamenti e delle influenze sociali.

È vero che ogni uomo vive individualmente la propria esistenza, ma, come osservò Durkheim, lo spazio, il tempo e le cause collettive giocano nella sua vita un ruolo estremamente rilevante. Tuttavia, partendo da questa constatazione, Durkheim unilateralizzò le sue scoperte, arrivando a considerare la società come una necessità esterna e superiore agli individui, una “coscienza di coscienze”, con questo perdendo di vista i processi di responsabilizzazione individuale e sociale che stanno, poi, alla base delle modalità stesse della vita collettiva.

Le pionieristiche ricerche di Durkheim hanno aperto vasti ambiti di studio.

Le scienze umane tendono oggi a considerare il suicidio come un fenomeno molto complesso, in cui intervengono fattori biologici e psicologici oltre che sociali.

⁵² E. DURKHEIM *Le Suicide, Etude de sociologie* (traduz. Il Suicidio – Studio di Sociologia), traduz.e commento di Scramaglia R. Edizioni Bur, Milano 2007

L'atto, ad esempio, è spesso preceduto da stati di depressione profonda. Cause legate alla personalità o alle circostanze possono essere il bisogno di sfuggire a situazioni intollerabili, la visione della vita come una inesorabile fonte di sofferenza che solo la morte può placare. Questi sono i sentimenti che emergono più frequentemente dai messaggi lasciati dai suicidi.

Le ricerche non hanno comunque abbandonato la lettura sociale del fenomeno: come Durkheim aveva suggerito, la società sembra avere un ruolo determinante nell'aumento dei suicidi.

Con la sua opera Durkheim confutò in modo definitivo l'interpretazione dell'atto suicida come atto di libertà contro una società repressiva⁵³.

2.3 Le verifiche moderne della teoria di Durkheim sul suicidio

La teoria di Durkheim sul suicidio è stata sottoposta a diverse analisi.

Premettendo che le statistiche sui suicidi e ancor di più sui tentati suicidi sono state e sono incerte per le ambigue o carenti registrazioni o per occultamento di dati, e che il confronto fra le statistiche di Durkheim e quelle attuali può dare ulteriori scarti per i differenti metodi di accertamento e di precisione nella rilevazione, i risultati fondamentali di Durkheim sono stati, in linea generale, confermati.

La tesi di Durkheim, secondo la quale si suicidano più i protestanti individualisti che i cattolici e gli ebrei, è stata confermata, e così molte altre sue generalizzazioni.

Ad esempio è stato accertato che nei paesi sviluppati sono sempre gli uomini ad uccidersi di più in un rapporto da 3/1 circa a 4/1 circa secondo vari casi.

Ci si suicida ancora maggiormente in età anziana che giovane con un rapporto da 12/1 a 5/1, mentre oggi sappiamo che i giovani hanno la più alta percentuale dei tentati suicidi.

È smentita, invece, l'osservazione di Durkheim che «la miseria protegge» dal suicidio. I salariati, in particolare agricoli, si suicidano largamente di più dei liberi professionisti e dei quadri superiori a tutte le età con un rapporto che va da

⁵³ JEDLOWSKI, P.: *Il mondo in questione*, Carocci editore, Roma, 1998

3 volte di più in età giovane a 5 volte ed oltre di più in età media ed avanzata. Ma tutto ciò può essere legato proprio alle trasformazioni della società.

Nel tempo del benessere e dell'intensità della vita urbana restare ancora salariato agricolo vuol dire essere non solo emarginato, ma fortemente isolato, mentre a cavallo fra '800 e '900 essere salariato agricolo era far parte di larghe masse rurali. Il fenomeno dell'isolamento, dunque, si è, capovolto.

Quindi anche questi dati sembrano confermare e non confutare la tesi di Durkheim.

Certamente la sua legge generale sulla proporzionalità diretta fra suicidio ed isolamento sociale è resistita a tutte le numerose obiezioni. Resta confermata, soprattutto, la legge generale che vede la solidarietà sociale come il maggior antidoto al suicidio e, viceversa, l'isolamento come il maggior pericolo.

Oggi, ad esempio, sappiamo che, durante le guerre, una maggiore aggregazione contro il nemico abbassa moltissimo i suicidi.

Fra gli aggiornamenti alla teoria di Durkheim vanno sicuramente menzionati gli studi di cronobiologia. Queste ricerche, effettuate dalla Università di Minnesota e dall'Università di Milano con Domenico De Maio, ci dicono oggi, su campioni attendibili, che il suicidio ha cicli annuali con massima intensità fra marzo e maggio per le donne e fra aprile e luglio per gli uomini con preferenza per i giorni centrali della settimana e per le ore diurne fra le 17 e le 18, come Durkheim aveva già approssimativamente accertato. La novità è che De Maio pensa che, in quei periodi di maggiore frequenza dei suicidi, esista una minore sensibilità ai comandi del codice genetico del non uccidere e del non uccidersi che può provocare più facilmente la crisi, anche se il suicidio era già stato predeterminato⁵⁴.

È noto che il codice genetico vieta a tutti gli esseri viventi a livello superiore di uccidere dentro la propria specie, per non indebolirla, come è dimostrato da tutta l'etologia e la biologia scientifiche.

Si uccide dentro la specie umana soltanto quando si riesce a considerare un altro o se stessi come *diverso da un uomo*, meno di un uomo, *non uomo*, quindi appartenente ad un'altra specie. Altrimenti non si riuscirebbe ad uccidere od uccidersi. Il suicida

⁵⁴ D.DE MAIO, *Aspetti cronobiologici in neuropsichiatria*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1984.

applica su se stesso il medesimo meccanismo che presiede l'omicidio da quello individuale fino alla guerra.

Un uomo o un gruppo o una nazione ottengono la “licenza di uccidere” considerando un altro uomo o un altro gruppo o un'altra nazione come estranei alla specie umana, tanto da essere considerati a livello animale inferiore e senza qualità sociali di tipo superiore e, quindi, da poter essere soppressi, aggirando il divieto assoluto del codice genetico.

Secondo Marx e Durkheim, e anche secondo l'intera tradizione sociologica, l'uomo è un essere sociale, in accordo al pensiero aristotelico; l'uomo è i suoi rapporti sociali dentro l'intera sua specie.

Quando un uomo perde i suoi rapporti sociali, si svuota di umanità: o aggredisce fino all'omicidio escludendosi dal contesto comunitario, o si annulla, arrivando in entrambe le situazioni alla “morte civile”.

Nel caso della soppressione di sé, il potenziale suicida è già un *morto civile* prima di uccidersi.

Il potenziale suicida si vede come *diverso* dagli uomini, un uomo senza rapporti umani, dunque un non-essere sociale, quindi, un non-uomo. Di qui la sua possibilità di ottenere la “licenza di uccidersi” come un essere non appartenente alla specie umana, con ciò aggirando, anche in questo caso, il divieto del codice genetico.

Il potenziale suicida, soffrendo la perdita della sua qualità sociale e, quindi, il lutto per la propria morte civile, scarta l'ipotesi di una sua possibile rivalsa concreta e proietta paranoicamente la colpa del suo stato sulla società o la comunità o il gruppo che lo hanno cancellato dai loro cittadini vivi e integrati, condannandolo a morte civile. Di qui il suo desiderio di devastazione.

Non potendo, tuttavia, uccidere l'intera società o comunità o gruppo, o provando colpa per questo desiderio omicida, tende a rivolgere masochisticamente l'arma contro se stesso.

Il potenziale suicida può capovolgere il suo senso di colpa nel senso di colpa che la società dovrà provare per la sua morte. Così egli può fantasticare un senso di gratificazione “post mortem”.

La morte fisica del suicida diventa, così, la *rivelazione* clamorosa e l'oggettivazione tragica della *morte civile* già avvenuta, ma ancora nascosta.

E questa denuncia di morte fisica costituisce anche l'estrema vendetta o richiesta immaginaria del suicida, incapace o impossibilitato a processi di emancipazione o di rivalsa o di reintegrazione reali.

Si potrebbe, allora, confermare Freud dicendo che il suicidio è *un omicidio mancato informa diretta verso altri*, ma aggiungere che è un omicidio *perfettamente riuscito verso se stessi ed in forma indiretta verso altri*⁵⁵.

Ed anche che l'atto della morte reale appare, attraverso il suicidio, un atto di rinascita sociale, una riabilitazione alla vita civile, una reintegrazione nel gruppo, nella comunità, nella società.

Chi si uccide scambia i suoi fantasmi interni di rivendicazione come se questi fossero "un'ulteriore possibilità": cosa che in effetti non ci sarà; il suicidio è un gesto che priva l'uomo "di ogni possibile avvenire". Tutto ciò ci dice che non è una posizione negatrice di una vita fallita quella in cui agisce il suicida, bensì egli fa proprio il desiderio di non-esistenza come momento catartico di rinascita e di riaffermazione del proprio sé: potrà trattarsi (come sovente è) di un'idea delirante della morte in cui il corpo viene ucciso ma non lo spirito trasformando in tal modo le fantasie di morte in fantasie di una pace profonda e di una liberazione dalle pene, situazione che troviamo negli adolescenti e negli anziani suicidi⁵⁶.

Il suicidio può interpretarsi come la risposta estrema, disperata, fortemente condizionata a una condizione di sofferenza avvertita come senza rimedio e senza vie d'uscita; è la sola soluzione che un individuo, in un determinato momento della sua esistenza, crede di avere ancora a disposizione per sfuggire a una condizione di incomunicabilità e di solitudine che lo sgomenta e lo attanaglia, ovvero per porre fine a una situazione fonte per lui di angoscia, di stanchezza e di dolore.

Si tratta di un gesto che trae origine da situazioni di conflitto, di sofferenza e di disperazione di natura psicologica o sociologica e, quindi, di autonomia decisionale fortemente condizionata. Il suicidante, non a caso, non sa che cosa farsene di argomentazioni razionali pro o contro il suicidio: ciò di cui ha bisogno è un rinnovato intrecciarsi di rapporti umani, un ristabilirsi della comunicazione interpersonale, in quanto ciò che lo può salvare è soltanto una nuova donazione di senso che riesca a

⁵⁵ E. DURKHEIM *Le Suicide, Etude de sociologie* (traduz. Il Suicidio – Studio di Sociologia), traduz.e commento di Scramaglia R. Edizioni Bur, Milano 2007

⁵⁶ LODI M. Rivista "attualità in psicologia", vol 6, n 4,1991, eur editore

colmare il vuoto e la solitudine esistenziale che lo affliggono e a dare sostanza alla sua vita⁵⁷.

Con le spiegazioni della sociologia e della psicoanalisi il fenomeno del suicidio nel mondo attuale può ricevere una chiarificazione culturale. Spiegare che il suicidio dipende da un eccesso di solitudine, da una propria socializzazione distorta, da non saper reggere gli alti e bassi dei cicli economici, dalla speranza del tutto illusoria di avere una “seconda vita immaginaria” che compensi le carenze affettive della prima, ecc., può dar luogo ad una prevenzione rispetto al suicidio. Già il prendere coscienza di questo sarebbe in grado di provocare una dissuasione dal suicidio.

2.4 La sociologia del suicidio dopo Durkheim

Sebbene siano stati intrapresi molti studi sociologici sul suicidio dopo Durkheim, basate sull'ampliamento e sull'aggiornamento delle statistiche ufficiali utilizzate dall'autore, non si ricavano da essi, salvo rare eccezioni, novità di rilievo sulla variazione dei tassi di suicidio o sulla loro interpretazione.

Fra le teorie che, pur restando nel filone del metodo e della ricerca di Durkheim si pongono in modo critico rispetto ad esso, si possono citare quella del suo discepolo Halbwachs, i lavori successivi di Henri e Short, che, nel 1954, tentano un approccio psicologico attraverso una teoria sulla frustrazione, e quelli di Gibbs e Martin sulla “integrazione di status” apparsi 10 anni dopo.

Rispetto all'affermazione di Durkheim: «il suicidio è inversamente proporzionale al grado di integrazione della società religiosa, della società domestica (la famiglia) e della società politica (la nazione)», Halbwachs obiettò che non è possibile isolare i fattori religiosi, quelli familiari e quelli politici e valutarne l'influenza sulle variazioni dei tassi di suicidio, come fa Durkheim, ma che tali fattori si devono far rientrare nel più vasto campo dell'ambiente sociale di cui non costituiscono che un aspetto. Tuttavia anche per Halbwachs, come per Durkheim, l'isolamento sociale in cui può cadere l'individuo – nei diversi contesti, urbano o rurale - è da considerarsi

⁵⁷ GARAVENTA R. *Breve storia del suicidio*, Università di Chieti-Pescara

la causa principale del suicidio, sebbene Halbwachs ponesse meno attenzione del suo maestro alle condizioni strutturali che portano all'isolamento⁵⁸.

Halbwachs rimproverò inoltre a Durkheim di non aver preso in considerazione le motivazioni individuali dell'atto suicida pur essendo anche queste frutto dell'ambiente sociale. Durkheim, infatti, le aveva considerate dei pretesti e non delle cause. Se un uomo pensa di uccidersi, lo fa in conseguenza di un avvenimento contingente o in seguito a un preciso condizionamento fisico o psichico che lo porta a isolarsi dal mondo sociale: non si possono dunque, secondo Halbwachs, escludere tali motivazioni.

Andrew F. Henry e J.E. Short, nel tentativo di incorporare la teoria sociopsicologica della frustrazione-aggressività al modello durkheimiano, svilupparono una teoria generale che spiegò le variazioni dei tassi di omicidio e suicidio partendo da tre ipotesi⁵⁹:

- il suicidio è una forma di aggressività e l'aggressività deriva dalla frustrazione, per cui il tasso di suicidi aumenta con l'aumentare della frustrazione;
- ammettendo che, negli Stati Uniti, la frustrazione massima si abbia nei periodi di depressione economica, le variazioni del tasso dei suicidi si possono spiegare per quasi i due terzi con le congiunture economiche che producono variazioni nell'ordine gerarchico sociale. Cosicché sono coloro che occupano uno status superiore, come gli uomini, i bianchi e i giovani, a risentirne maggiormente;
- la frustrazione deriva da una delusione delle aspettative.

Formulate le ipotesi, i due studiosi elaborarono la teoria della “restrizione esterna”, secondo la quale il comportamento degli individui subisce delle restrizioni perché deve, almeno in parte, conformarsi alle aspettative degli altri membri della società. Questa restrizione pare fornire immunità verso il suicidio, nel senso che, tanto più intense sono le relazioni sociali in cui è coinvolto un individuo, tanto maggiore è il freno che questi sentirà verso il suicidio. Mentre, in uno stato di isolamento, il rischio è notevolmente più grave.

⁵⁸ M. HALBWACHS, *Les causes du suicide*, Paris, Ed. Alcan, 1930

⁵⁹ A.F. HENRY, J.F. SHORT *Suicide and homicide*, Glencoe (Ill), Free Press Paperback Editions, 1954

I due autori osservarono, nel corso della loro indagine, che la causa di un tasso più elevato di suicidi, rilevato fra gli abitanti delle aree disorganizzate, periferiche, più povere, potrebbe essere dovuto a rapporti interpersonali più deboli che in altre zone. E che il rapporto diretto esistente fra il grado di urbanizzazione e il tasso di suicidio confermerebbe il peso esercitato dall'esistenza di un forte controllo da parte della comunità dei villaggi come prevenzione al suicidio.

Jack P Gibbs e Walter T. Martin si attenerono, come Durkheim, all'impostazione strettamente sociologica del problema del suicidio, tralasciando le variabili di tipo extrasociale⁶⁰.

Durkheim aveva postulato l'esistenza di un comun denominatore nei suicidi attraverso l'affermazione: «il suicidio varia in misura inversa al grado di integrazione sociale», facendo così rientrare nella teoria dell'integrazione sociale, oltre al suicidio egoistico, anche il suicidio anomico e quello altruistico.

La ricerca dei due autori si concentrò sul problema dell'integrazione sociale che, come veniva formulata da Durkheim, non era, a loro avviso, sottoponibile ad alcuna verifica quantitativa e designava semplicemente l'intensità con cui l'individuo era legato alla società. Gibbs e Martin introdussero, allora, la nozione di “*status integration*” in grado di dare dei referenti empirici verificabili e misurabili al concetto durkheimiano di integrazione sociale.

Gibbs e Martin formularono la prima ipotesi secondo la quale il tasso di suicidio di una popolazione è inversamente proporzionale alla stabilità e alla durevolezza delle relazioni sociali dei membri della popolazione stessa.

La seconda ipotesi enunciò che la stabilità e la durata dei rapporti sociali all'interno della popolazione sono direttamente proporzionali al grado in cui gli individui si conformano alle esigenze e alle aspettative socialmente create e sanzionate “dall'alto” da altri. Parlando di identificazione dell'individuo in un determinato status sociale gli autori sottintendevano una serie di diritti e doveri a cui questi si sente legato proprio in conseguenza della posizione occupata. Quindi, per mantenere dei rapporti sociali stabili, egli deve conformarsi a dei ruoli propri del suo status.

⁶⁰ J.E GIBBS E WT MARTIN, *Status Integration and Suicide. A Sociological Study*, Eugene (Oregon), University of Oregon Books, 1964.

La terza ipotesi che derivava dalla precedente affermava che il grado in cui i membri di una popolazione si conformano alle esigenze e alle aspettative socialmente sanzionate e determinate da altri è inversamente proporzionale al grado in cui essi si trovano a far fronte a ruoli conflittuali.

Infatti, la conflittualità di ruoli, spiegano, si ha quando un individuo, a causa dei tipi di status che occupa contemporaneamente, è esposto ad aspettative comportamentali incompatibili tra loro.

Esempi di designazioni dello status di una persona sono il riconoscerla come cittadino, uomo maschio, operaio, sposato, nero, padre, anziano, ecc. È possibile che, fra questi ruoli, ve ne sia qualcuno incompatibile con altri assunti contemporaneamente. È allora che si verificano dei conflitti.

Chiarito ciò, gli autori passarono alla quarta ipotesi: il grado in cui i membri di una popolazione si trovano a far fronte a ruoli conflittuali è direttamente proporzionale al grado in cui essi assumono status tra loro incompatibili.

Spesso, l'incompatibilità di status è socialmente scoraggiata. Per esempio, le donne che sono madri e che, al tempo stesso, aspirano a professioni che le tengono a lungo fuori casa, come piloti o militari, non sono viste di buon occhio in società che privilegiano il ruolo materno rispetto a quello lavorativo. Altre volte, è l'individuo che rinuncia a uno dei due status a causa dell'insoddisfazione che provoca in lui la loro incompatibilità.

Si possono definire status incompatibili quelle configurazioni di status - cioè quei due o più status - per esempio aviatore-femmina-madre - che sono raramente sostenuti contemporaneamente nella società presa in considerazione.

E la frequenza con cui gli individui appartengono a una configurazione di status venne definita da Gibbs e Martin il grado di integrazione di status.

Cosicché, per la quinta e ultima ipotesi emerse che il grado in cui i membri di una popolazione occupano status incompatibili è inversamente proporzionale al grado di integrazione di status della popolazione medesima.

Dalle cinque ipotesi gli autori ricavarono il teorema fondamentale della loro opera: "il tasso di suicidio di una popolazione è inversamente proporzionale al grado di integrazione di status presente in quella popolazione".

Si tratta, a dire il vero, più di una rielaborazione e affinamento della teoria di Durkheim, che di una vera e propria nuova teoria.

2.5 Il suicidio secondo alcuni orientamenti della sociologia moderna

Negli Stati Uniti, i sociologi della Scuola di Chicago svilupparono, tra gli anni '20 e '30 del XX secolo, un filone di studi ecologici sul suicidio basati sulle statistiche ufficiali. Essi adottarono, nelle loro ricerche, un tipo di analisi indipendente da quella proposta nell'opera di Durkheim che incomincerà solo più tardi a interessare la sociologia americana.

Attraverso statistiche su dati rilevati nei diversi quartieri di una città, gli ecologi dimostrarono che l'incidenza dei suicidi variava a seconda delle caratteristiche sociali ed economiche riscontrate in essi.

Nel 1928, Ruth Cavan realizzò ricerche sull'area di Chicago⁶¹: indagando sui vari casi di suicidio occorsi a Chicago negli anni 1912-1921, tentò di verificare se esistesse un rapporto tra disorganizzazione sociale e disorganizzazione individuale di cui il suicidio costituisce un sintomo.

Sia a Chicago che in altre città i sociologi trovarono che il massimo numero di suicidi si compieva nelle aree dove la disorganizzazione sociale e l'instabilità raggiungevano le punte più alte. Nelle stesse aree, anche i tassi di divorzi, delinquenza, tossicomanie e disturbi mentali arrivavano a livelli molto elevati.

L'analisi confermò l'ipotesi della sociologa. Vi era, infatti, uno stretto legame tra il tasso di suicidio e gli indicatori scelti per misurare la disorganizzazione sociale.

L'opera di Ronald W. Maris confermò la validità delle tesi di Durkheim attraverso indagini su vasta scala, riguardanti ben 2.153 casi di suicidio, condotte a Chicago⁶².

Maris osservò che il comportamento suicida di una popolazione è ecologicamente determinato dall'esperienza condotta in una data area e si modifica con la mutazione dell'ambiente di vita stesso, e sviluppò la tesi secondo la quale l'isolamento sociale genererebbe comportamenti abnormi, tra cui il suicidio, confermando così le tesi fondamentali di Durkheim.

La ricerca di Peter Sainsbury su Londra, pubblicata nel 1955, si propose una verifica delle tesi di Durkheim sul suicidio mediante un'analisi di tipo ecologico⁶³.

⁶¹ R.S. CAVAN, *Suicide*, Chicago, Chicago University Press, 1928

⁶² R.W. MARIS, *Suicide, Status, and Mobility in Chicago*, in «Social Forces», 46, 1967, pp. 246-256;

⁶³ E SAINSBURY, *Suicide in London: an Ecological Study*, London, Chapman & Hall, 1955.

Effettuando degli studi sull'area di Londra, Sainsbury, però, associò la diffusione del suicidio non solo alla disorganizzazione sociale, ma anche allo status socioeconomico visto come una variabile indipendente.

Inoltre, diversamente da Durkheim, considerò il suicidio egoistico indistinguibile da quello anomico.

Quali indici di disorganizzazione Sainsbury prese in considerazione tre fattori: l'incidenza del divorzio, delle nascite illegittime e della delinquenza giovanile.

Lo scopo della sua analisi fu quello di verificare il fatto che, laddove questi fattori sono presenti in maggior misura, la vita comunitaria ne risulta destabilizzata, priva di ordine e scopo, e che tutto ciò si rifletta in modo più o meno accentuato sul tasso di suicidio.

I risultati ottenuti nella capitale inglese sono stati in grado di confermare la tesi di Durkheim secondo la quale l'alto tasso di suicidi non è imputabile alla povertà, ma all'isolamento, alla mobilità e alla disorganizzazione sociale rilevabile dal numero di divorzi, dalle nascite illegittime e da altri indicatori di disagio.

Molti studiosi affrontarono in maniera critica la validità e l'accuratezza delle fonti ufficiali da cui partirono le ricerche tradizionali - fra le quali quella durkheimiana -, e cercarono di verificare, generalmente in campi diversi da quello sociologico, altre ipotesi alternative.

Già Gregory Zilboorg, nel 1936, ritenevano che, non solo nel periodo in cui operò Durkheim, ma ancora ai suoi tempi, i dati statistici fossero compilati con scarsa attendibilità a causa dell'elevato numero di suicidi che venivano occultati dalle famiglie delle vittime.⁶⁴

Nello stesso anno, una sociologa danese, Kirsten Rudfeld, indagando sull'attendibilità delle statistiche del suo Paese, esaminò il criterio di scelta adottato dalle autorità, nei casi dubbi, per decidere se si trattasse di morte per suicidio o per incidente.

Ne emerse che vi era una linea di demarcazione molto debole fra le due categorie e che, generalmente, in caso di incertezza, si tendeva a classificare "suicidi" quelli femminili e semplici "incidenti" quelli maschili. Riguardo l'età, si definivano più volentieri "incidenti" i casi che coinvolgevano i giovanissimi e i molto anziani.

⁶⁴ G. ZILBOORG, *Suicide Among Civilized and Primitive Races*, «American Journal of Psychiatry», 92, pp. 1347-1369.

E proprio tale manipolazione avrebbe portato parecchi sociologi a rilevare l'apice dei suicidi durante la mezza età⁶⁵.

Ancora oggi, il tasso dei suicidi presso la popolazione nera negli Stati Uniti è meno della metà di quello dei bianchi. Tuttavia, analizzando i report ufficiali redatti dal 1999 al 2002, alcuni ricercatori hanno messo in discussione i criteri con cui vengono classificati come suicidi i casi di morte e hanno dimostrato come tali criteri si differenzino a seconda che si tratti di un bianco o di un nero soprattutto quando vi siano coinvolti uomini di mezza età o molto anziani e donne di mezza età.

Sempre per ciò che riguarda la validità delle statistiche, Jean-Claude Chesnais, invitando i ricercatori a tener conto delle possibili ambiguità nei casi di suicidio, osservò innanzitutto che questo dramma della solitudine si compie, salvo rare eccezioni, di nascosto. In seconda luogo, notò che i famigliari tentavano di mascherare i suicidi facendoli apparire delle disgrazie⁶⁶.

Attualmente, il problema dell'attendibilità delle statistiche continua a essere dibattuto.

I sociologi e gli altri ricercatori che usavano i dati ufficiali, oltre ad affrontare generalmente il problema della validità e del significato delle statistiche, cercarono anche di stabilire se ciò che loro intendevano come suicidio corrispondesse alle definizioni ufficiali di suicidio.

I “sociologi della devianza” ponevano in discussione l'immagine sociale del suicida e del suo gesto e analizzavano in modo critico le statistiche ufficiali considerandole l'espressione dei punti di vista della classe dominante.

Di conseguenza, sempre partendo dalle fonti ufficiali, cercavano di scoprire al loro interno gli interessi sottostanti che questa doveva difendere.

Tale approccio critico, detto “interazionista”, fu stato presentato da alcuni esponenti della sociologia della devianza come Lemert, Becker e Douglas tra il 1950 e il 1960.

Howard S. Becker, nel suo “Outsiders” del 1963, cercando metodi alternativi alle fonti ufficiali, distinse due modelli di devianza: quello “simultaneo” tradizionale, che presuppone che tutte le cause di un atto deviante agiscano simultaneamente e quello “sequenziale”, che l'autore propose, secondo il quale l'atto deviante è postulato come la risultante di un processo continuo che si svolge nel corso

⁶⁵ K. RUDFELD, *Suicides in Denmark 1956*, in «Acta Sociologica», 6, 1962

⁶⁶C. CHESNAIS, *Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours*, Paris, Laffont, 1981; trad. it. *Storia della violenza in Occidente dal 1800 ad oggi*, Milano, Longanesi, 1982.

dell'intera vita, durante la quale il suicida interagisce con gli altri individui e con le istituzioni⁶⁷.

Diventano allora importanti gli avvertimenti dati dal soggetto e i tentativi di suicidio non portati a termine che i sociologi prendono generalmente poco in considerazione. E, di conseguenza, l'analisi dei possibili interventi prima e dopo il tentato suicidio. Becker concluse affermando che il tasso dei suicidi di una società dipende dall'efficienza dei suoi servizi di prevenzione e di soccorso.

L'influenza dell'ambiente geografico sul suicidio è stata recentemente messa in discussione da studiosi danesi che, nel 2007, hanno cercato di verificare se, nel loro Paese, si potesse parlare di aree di per sé a rischio o se fosse più opportuno considerare il ruolo svolto dalle caratteristiche particolari degli abitanti che vivevano in quelle aree.

Confrontando indicatori individuali di rischio come il reddito, le condizioni familiari e lavorative dei soggetti suicidi, con gli stessi indicatori riportati nelle statistiche ufficiali delle aree prese in considerazione, è risultato che l'analisi ecologica sui fattori di rischio portava a risultati più attendibili se condotta sulle caratteristiche individuali dei singoli rispetto a quella sulle medie degli abitanti dell'area di appartenenza⁶⁸.

L'Italia, per esempio, presenta tuttora uno scarto notevole fra Nord e Sud, come era già stato notato da Durkheim, che attribuiva il minor tasso di suicidi riscontrabili nelle regioni meridionali alla loro maggiore miseria, alla minore istruzione e all'arretratezza del sistema capitalistico.

Oggi, pur sussistendo notevoli divari da una zona all'altra, vanno ricercate cause diverse da quelle indicate dal sociologo francese. Infatti, i dati mostrano che la tendenza al suicidio non è conseguenza dello sviluppo economico. Dalle statistiche degli ultimi anni, risulta infatti, che la Lombardia, con i suoi grandi insediamenti urbani e industriali, non è più colpita dai suicidi dell'Umbria tradizionalmente agricola.

Nei dati del 2004, per esempio, in Lombardia il tasso annuale di suicidi è di 5,7 su 100.000, quello dell'Umbria è di 7,1.

⁶⁷ H.S. BECKER, *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*, New York, The Free Press, 1963.

⁶⁸ E. AGERBO, J. STERNE, DI GUNNELI, *Combining individual and ecological data to determine compositional and contextual socio-economic risk factors for suicide*, «*Social Science & Medicine*», 64 (2), 2007, pp. 451-461.

Chesnais, esaminando anche la storia delle altre capitali, concluse che ogni variazione brusca del tasso di suicidi è un'espressione in termini statistici del disagio psicologico di “tutta” quella società.

E, diversamente dall'epoca di Durkheim - caratterizzata da una crescente disintegrazione sociale dovuta alla perdita dei valori tradizionali delle comunità rurali, che soccombevano a quelle urbanizzate, e da un processo di adattamento ai nuovi sistemi di produzione industriale - il XX secolo vede superata questa fase di transizione e gli individui cominciano ad assuefarsi al nuovo modello⁶⁹.

2.6 L'analisi del suicidio su tre diversi livelli

In linea generale, dai dati e dalle interpretazioni di Durkheim ed altri studiosi fino ad oggi si può dire che anche il fenomeno del suicidio può essere interpretato soltanto su tre livelli *contemporaneamente*: quello sovrastrutturale (ideologie, religioni, ecc.); quello strutturale (appartenenza a classi, a comunità e a gruppi, cicli economici, pace o guerra, ecc.) e quello sottostrutturale (situazioni psichiche individuali e collettive).

Proprio questo esame a tre dimensioni, correlate fra di loro, potrebbe dare molte più indicazioni sia per le epidemie, sia per i casi singoli di suicidio.

Ad esempio, per ogni singola persona suicida, si potranno considerare le sue ideologie e quelle del suo gruppo di appartenenza; le sue condizioni economiche e sociali e quelle del suo ambiente di relazione; e, infine, le sue tensioni psichiche correlate anche con quelle collettive nell'ambito della sua esistenza.

Tutto ciò non solo può consentire spiegazioni più complesse del suicidio individuale o di gruppo, ma costringe ad esaminare anche “i contesti” nei quali il suicidio è avvenuto. Diventa così più accessibile anche l'identificazione di criteri per la prevenzione.

Se Durkheim considerava il suicidio come un'anomia immodificabile di ogni società, oggi è fondamentale considerare il suicidio come un fatto sventabile attraverso una presa di coscienza, un'analisi profonda, una modificazione dei rapporti sociali ed economici.

⁶⁹ C. CHESNAIS, *Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours*, Paris, Laffont, 1981; trad. it. *Storia della violenza in Occidente dal 1800 ad oggi*, Milano, Longanesi, 1982.

Indipendentemente dalle percentuali, infatti, il suicidio è sempre indice di disfunzionamenti sociali e individuali che devono essere affrontati a livello sociale e individuale, senza eccessive idealizzazioni letterarie o giustificazioni romantiche.

Se il suicidio si verifica per mancanza di integrazione sociale, come giustamente sostiene Durkheim, è la società stessa che, in ogni atto suicida, rappresenta l'assenza, lontananza, la disumanità, che diviene impotente nel comunicare e nel creare partecipazione. La società è assente rispetto ai suoi membri più deboli, e non il contrario⁷⁰.

⁷⁰ E. DURKHEIM *Le Suicide, Etude de sociologie* (traduz. Il Suicidio – Studio di Sociologia), traduz.e commento di Scramaglia R. Edizioni Bur, Milano 2007

CAPITOLO 3

SOCIOLOGIA DELLE CARCERI

3.1 La ricerca sociologica ed etnografica in carcere

Attraverso l'utilizzo degli strumenti propri della disciplina sociologica, il carcere può essere analizzato come una società a se stante, sia al fine di meglio comprendere il funzionamento reale di questa istituzione, sia come laboratorio in grado di rendere maggiormente visibili alcune dinamiche sociali e interpersonali riscontrabili anche nella società libera⁷¹.

Gli studi sull'organizzazione sociale della vita carceraria nascono e si sviluppano verso gli anni Cinquanta del secolo scorso negli Stati Uniti, in particolare attraverso la ricerca etnografica condotta ad opera di studiosi chiamati professionalmente ad analizzare le dinamiche carcerarie.

A gettare le basi della moderna sociologia dell'istituzione penitenziaria sono stati gli scienziati sociali entrati all'interno dei penitenziari dell'Illinois, del New Jersey e della California, oltre ad una ricca tradizione di scritti prodotti dagli stessi reclusi, spesso universalmente riconosciuti⁷².

Purtroppo, mentre in altri paesi europei le ricerche etnografiche sul carcere – condotte in carcere – hanno conosciuto una certa diffusione, gli studiosi italiani hanno saputo approfittare solo marginalmente degli spunti critici offerti dalla ricerca condotta in America. Risulta difficile infatti trovare delle ricerche interamente focalizzate sull'istituzione penitenziaria, sul suo funzionamento, sui suoi attori, sulle dinamiche che governano le relazioni che si svolgono al suo interno.

⁷¹ VIANELLO F. *Il carcere – sociologia del penitenziario*, Carocci Editore, Roma 2012

⁷² VIANELLO F. *Il carcere – sociologia del penitenziario*, Carocci Editore, Roma 2012

Forse ciò può essere dipeso anche dalla effettiva difficoltà, per il ricercatore sociale, di entrare in carcere. Il sociologo infatti non è una figura prevista dall'ordinamento penitenziario, nemmeno in funzione rieducativa o risocializzante.

Per un studio socio-etnografico dell'istituzione penitenziaria ci si può riferire al concetto, coniato da Goffman, di "istituzione totale": "un'istituzione totale può essere definita come il luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che – tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo – si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiaro e formalmente amministrato"⁷³.

Goffman prende in esame le caratteristiche cruciali delle istituzioni totali: esse sono luoghi in cui si concentrano tutti gli aspetti della vita dell'individuo, i quali ricadono sotto la medesima autorità; in cui ogni fase delle attività giornaliere viene svolta a contatto con molti altri individui secondo ritmi stabiliti e regole formali imposti dall'alto e fatti valere da un corpo di addetti; in cui le varie attività obbligatorie si presentano come facenti parte di un piano razionale finalizzato al raggiungimento degli scopi ufficiali dell'istituzione.

Uno degli aspetti sociali fondamentali nella società moderna è che l'uomo tende a dormire, a divertirsi e a lavorare in luoghi diversi, con compagni diversi, sotto diverse autorità o senza alcuno schema razionale di carattere globale. Caratteristica principale delle istituzioni totali può essere invece ritenuta la rottura delle barriere che abitualmente separano queste tre sfere di vita. Come prima cosa, tutti gli aspetti della vita si svolgono nello stesso luogo e sotto la stessa unica autorità. Inoltre, ogni fase delle attività giornaliere si svolge a stretto contatto di un enorme gruppo di persone, trattate tutte allo stesso modo e tutte obbligate a fare le medesime cose. Infine, le diverse fasi delle attività giornaliere sono rigorosamente routinarie, secondo un ritmo prestabilito che le porta dall'una all'altra, dato che il complesso di attività è imposto dall'alto da un sistema di regole formali esplicite, attraverso un unico piano razionale appositamente designato al fine di adempiere allo scopo ufficiale dell'istituzione.

Goffman realizza una descrizione impressionante di «ciò che realmente succede» in un'istituzione totale, al di là delle retoriche scientifiche, terapeutiche o morali con cui chi detiene il potere nell'istituzione giustifica le degradazioni degli esseri umani che solitamente avvengono.

⁷³ GOFFMAN E. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, (titolo origin. "Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates") Edizioni di Comunità, Torino, 2001

Il fatto cruciale delle istituzioni totali è dunque il dover “manipolare” molti bisogni umani per mezzo dell’organizzazione burocratica di intere masse di persone. Quando si agisce su gruppi di individui, accade che siano controllati da un personale la cui principale attività non risulta la guida o il controllo periodico, quanto piuttosto la sorveglianza particolare, che è quella di chi controlla che ciascun membro faccia ciò che gli è stato chiesto di fare, in una situazione dove si tenderà a puntualizzare l’infrazione dell’uno contrapponendola all’evidente zelo dell’altro.

I meccanismi di funzionamento descritti da Goffman caratterizzano istituti psichiatrici, campi di concentramento, campi di contenzione e prigioni e altre simili istituzioni e riguardano in particolar modo il processo di mortificazione e spoliazione dell’identità cui vengono sottoposti gli internati. Secondo Goffman ciò che l’istituzione fin dall’inizio conduce è un’azione di “smussamento” o una “programmazione”, in seguito alla quale «il nuovo arrivato si lascia plasmare e codificare in un oggetto che può essere dato in pasto al meccanismo amministrativo dell’istituzione»⁷⁴.

Il potere dell’istituzione è un potere assoluto, che non sottostà ai principi e alle regole democratiche vigenti all’esterno e che avvolge l’intera esistenza di chi vi è sottoposto.

La mortificazione del se, lungi dal costituire un effetto solo accessorio dell’internamento, è, secondo Goffman, un obiettivo volutamente perseguito dall’istituzione, che necessita per il suo funzionamento di un individuo reso malleabile dalla perdita del proprio status antecedente l’ingresso nell’istituzione. Successivamente all’isolamento dalla società libera e, in particolare, dai propri cari e dall’intera vita precedente, le procedure di ammissione all’istituzione costituiscono «una sorta di perdita e di acquisto» durante la quale all’internato, spogliato dei propri oggetti personali e del proprio nome, viene fornito un corredo alternativo consistente in «oggetti standardizzati, uniformi e uniformemente distribuiti»⁷⁵.

Questi costituiranno i simboli della nuova identità acquisita all’interno dell’istituzione e del relativo trattamento riservato d’ora in avanti al soggetto: un trattamento anonimo, impersonale, perfettamente integrabile nelle routine di

⁷⁴ GOFFMAN E. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell’esclusione e della violenza*, (titolo origin. "Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates") Edizioni di Comunità, Torino, 2001

⁷⁵ GOFFMAN E. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell’esclusione e della violenza*, (titolo origin. "Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates") Edizioni di Comunità, Torino, 2001

funzionamento dell'istituzione. Queste cerimonie preparano la degradazione dell'immagine che l'internato ha di se stesso, a partire dalla quale esso stesso sarà portato a partecipare alla definizione e alla sanzione della sua inferiorità: ciò che garantirà la sua sottomissione all'istituzione e ai meccanismi del suo funzionamento. Alcuni aspetti peculiari che riguardano l'istituzione totale sono la peculiare relazione che si instaura tra i suoi principali attori e l'ambivalenza tra la rigidità apparente dell'istituzione e la discrezionalità che la governa.

L'istituzione carceraria, in particolare, è profondamente segnata dalla dicotomia che caratterizza la relazione tra i suoi principali attori: da una parte, persone detenute contro la propria volontà, private della loro libertà e sottoposte a continue e drammatiche privazioni; dall'altra, persone deputate alla loro sorveglianza e al loro controllo, investite di un potere senza autorità, quotidianamente chiamate ad esercitare rituali di privazione e sottomissione nei loro confronti.

Questa opposizione, gerarchicamente e coercitivamente strutturata, determina le condizioni di base su cui si definisce il funzionamento dell'istituzione; l'organizzazione formale e burocratica, rigida e centralizzata, costituisce una relazione di opposizione tra gli attori del sistema che si alimenta di immagini reciproche altamente stereotipate.

È vero che il carattere negativo e la sfiducia reciproca sembrano investire tutte le relazioni che si consumano all'interno dell'istituzione totale, anche quelle, sempre gerarchiche e rigidamente strutturate, tra polizia penitenziaria e direzione del carcere, andando a supportare l'idea di Goffman che negatività e sfiducia, diffidenza reciproca e disistima siano conseguenze dirette della gestione burocratica dell'istituzione totale, più che della prigione in se stessa.

Ma è altrettanto certo che il costituirsi di due esistenze parallele e la totale negazione della complessità umana reciproca, che l'istituzione penitenziaria strutturalmente alimenta, costringono i soggetti ad affidarsi agli stereotipi, ovvero ad immagini preconfezionate e veicolate da altri che hanno il principale obiettivo di ridurre l'imprevisto in una relazione percepita come ad alto rischio.

Un'ulteriore caratteristica dell'istituzione totale carceraria è il particolare grado di ambivalenza tra la sua rappresentazione rigida e gerarchica, normativa e disciplinante e la sua natura flessibile e adattabile, discrezionale e finanche arbitraria⁷⁶.

⁷⁶ VIANELLO F. *Il carcere – sociologia del penitenziario*, Carocci Editore, Roma 2012

Le norme vengono in realtà utilizzate dagli operatori «per giustificare e argomentare le ragioni delle loro scelte di azione» più che per orientarle concretamente⁷⁷. Ad orientare scelte e decisioni sono invece spesso considerazioni legate ad esigenze securitarie profondamente sensibili alle contingenze e orientate alle situazioni particolari.

Al cuore dell'istituzione totale troviamo in realtà lo strutturarsi di un sistema di privazioni e privilegi che, diversamente dal riconoscimento di un insieme di diritti, ricorda continuamente al detenuto la precarietà delle proprie condizioni e la sua sottomissione alle decisioni altrui. All'interno del carcere i privilegi, pensati come ricompense rispetto a comportamenti positivamente sanzionati, sono una risorsa fondamentale al contempo per il detenuto e per l'amministrazione.

Al primo i privilegi consentono una miglior sopportazione della condizione detentiva, alla seconda - personale della sicurezza o direzione del carcere - garantiscono l'adesione del detenuto ai precetti comportamentali richiesti dall'istituzione⁷⁸.

Laddove un insieme di regole formalizzate sembra fissare nel dettaglio lo svolgimento della quotidianità detentiva (a tal punto che se fossero davvero applicate assisteremmo probabilmente alla paralisi dell'istituzione), un'ampia tolleranza in merito alla loro osservanza consente uno scambio quotidiano tra favori e privilegi e cooperazione dei detenuti sulle regole essenziali al funzionamento dell'istituzione.

Negli ultimi anni, in particolare in alcune specifiche realtà, un certo cambiamento sembra aver investito il modo carcerario, riuscendo a spostare almeno in parte confini considerati inamovibili, barriere pensate e rivendicate come invalicabili: l'apertura del carcere, la valorizzazione degli scambi con l'esterno, l'accettazione condivisa di controlli esterni interpretati come *super partes* sono riuscite a volte a modificare le dinamiche relazionali tra gli opposti gruppi di attori, finendo per promuovere l'opportunità di riflettere sull'attualità della nozione di istituzione totale, sulle sue mutate caratteristiche, sulle sue modalità di evoluzione; modificando, in parte, il modo in cui, negli ultimi vent'anni, la prigione sia riuscita a cambiare rimanendo sostanzialmente se stessa: una grande gabbia insalubre,

⁷⁷ GOFFMAN E. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, (titolo origin. "Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates") Edizioni di Comunità, Torino, 2001

⁷⁸ SYKES G. *The society of captives: A study of a maximum Security Prison*, Princeton University Press, Princeton, 1958

luogo di inutile sofferenza e fabbrica di *handicap*, in cui si consumano lenti processi di disculturazione ed estraneamento e dove i diritti vengono quotidianamente calpestati⁷⁹.

3.2 Subculture del detenuto: processi di disculturazione e di prigionizzazione

Il momento dell'arresto dà inizio ad un processo che priva l'internato di tutto ciò che apparteneva alla propria vita civile.

Entrando in carcere si diventa oggetto di tutta una serie di procedure da subire: l'immatricolazione, la perquisizione, la fornitura delle coperte e delle lenzuola, delle minime cose indispensabili per tutti, l'isolamento. Ogni cosa tende ad allontanare il detenuto dal suo mondo personale: il suo aspetto psicofisico, la sua volontà, i suoi desideri e la sua sicurezza, saranno lentamente svuotati per lasciare spazio solo alla paura, al forzato adattamento al sistema carcerario⁸⁰.

L'analisi dei processi di disculturazione e di prigionizzazione prende in esame il vissuto degli attori principali della scena carceraria, il loro processo di adattamento a condizioni di privazione e sofferenza, di generale carenza di risorse, gli strumenti messi in atto per sopravvivere e resistere ad un contesto perennemente ostile.

Goffman parte dal presupposto che qualunque sia il livello di stabilità nell'organizzazione personale al momento dell'ingresso nell'istituzione totale, ogni individuo al suo arrivo provenga comunque da un insieme di esperienze pregresse che gli ha permesso di costruire un concetto di sé tollerabile e di predisporre una serie di manovre difensive atte a far fronte ai conflitti interni e alla degradazione sociale che deriva dalla condanna. L'ingresso nell'istituzione comporta l'immediata perdita di quei riferimenti: «una serie di umiliazioni, degradazioni e profanazioni del sé» dà avvio ad un cambiamento radicale nella sua carriera

⁷⁹ VIANELLO F. *Il carcere – sociologia del penitenziario*, Carocci Editore, Roma 2012

⁸⁰ SERRA C. (a cura di), *Istituzione e comunicazione. Segni e simboli della rappresentazione sociale del carcere*, Seam, Roma, 1998.

morale, «carriera determinata dal progressivo mutare del tipo di credenze che l'individuo ha su di sé e su coloro che gli sono vicini»⁸¹.

Le stesse procedure di ammissione comportano la sostanziale perdita di tutto ciò che di personale l'individuo possiede e la sua sostituzione con oggetti standardizzati e uniformi di proprietà dell'istituzione: in una cultura in cui «il possesso di beni materiali fa parte in così larga misura della concezione che un individuo ha di se stesso, esserne privati vuol dire essere attaccati al livello più profondo della personalità»⁸².

La privazione di ogni oggetto legato al precedente status sociale si trasforma facilmente nel simbolo della nuova situazione di inadeguatezza personale.

La spoliazione degli abiti e degli oggetti personali si accompagna alla predisposizione di veri e propri “test di obbedienza” che servono a comunicare indirettamente al nuovo detenuto i vantaggi di un atteggiamento appropriatamente deferente nei confronti delle autorità che governano l'istituzione. Il successivo adattamento alla vita carceraria comporta una progressiva spoliazione dei ruoli abituali

Per questo, nel caso di una permanenza protratta del soggetto nell'istituzione è possibile assistere a «ciò che viene definito come un processo di “disculturazione”, vale a dire ad una mancanza di “allenamento” che lo «rende incapace - temporaneamente - di maneggiare alcune situazioni tipiche della vita quotidiana del mondo esterno, se e quando egli vi faccia ritorno»⁸³.

La temporaneità di questa perdita può peraltro valere per alcuni aspetti e non per altri: «quantunque alcuni ruoli possono essere ricostruiti dall'internato se e quando egli faccia ritorno al mondo, è chiaro che altre perdite risultano irreversibili e come tali possono venire dolorosamente esperite»⁸⁴.

Ad essere minata nel nuovo ambiente è soprattutto l'autonomia dell'azione: uno dei modi più espliciti in cui ciò avviene è quello di obbligare il detenuto a

⁸¹ GOFFMAN E. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, (titolo origin. "Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates") Edizioni di Comunità, Torino, 2001

⁸² SYKES G. *The society of captives: A study of a maximum Security Prison*, Princeton University Press, Princeton, 1958

⁸³ GOFFMAN E. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, (titolo origin. "Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates") Edizioni di Comunità, Torino, 2001

⁸⁴ GOFFMAN E. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, (titolo origin. "Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates") Edizioni di Comunità, Torino, 2001

chiedere il permesso o a domandare aiuto per attività minori che normalmente chiunque è in grado di svolgere da solo, come per esempio telefonare, spedire una lettera o spendere dei soldi. Le “domandine”, diminutivo emblematico con cui si indica nel linguaggio carcerario qualsiasi richiesta avanzata dal detenuto, hanno l'immediato effetto di minare l'autodeterminazione, l'autonomia e la libertà d'azione di cui gode qualsiasi uomo adulto.

L'internato nell'istituzione totale subisce così un profondo attacco alla propria identità, come definita in precedenza, trovandosi a dover riconsiderare completamente il proprio ruolo alla luce delle limitate possibilità di autodeterminazione. Il tempo trascorso nell'istituzione è vissuto nell'impotenza, come esperienza di degradazione e vissuto di insicurezza⁸⁵.

La rilevanza del processo di disculturazione è ovviamente direttamente proporzionale alla quantità di tempo trascorso nell'istituzione, mentre inversamente proporzionali risultano le possibilità di recupero delle competenze una volta riguadagnata la libertà.

L'internato si inserisce inoltre in un mondo interno profondamente strutturato attorno alla contrapposizione tra internati e operatori (pazienti e medici, detenuti e poliziotti).

Competizione, conflitto, accomodamento appaiono come forme progressive di gestione e risoluzione dei conflitti nelle quali operano le istanze regolatrici dei gruppi; se queste istanze funzionano esse sfociano infine in un processo di assimilazione, definibile come «il processo di fusione attraverso cui persone e gruppi acquisiscono memorie, sentimenti e attitudini di altre persone e gruppi, e vengono incorporati in una vita culturale comune»⁸⁶.

Clemmer utilizza il termine “prigionizzazione” per indicare «l'assunzione in grado maggiore o minore del folklore, dei modi di vita, dei costumi e della cultura generale del penitenziario»⁸⁷.

Il processo di prigionizzazione può essere definito a tutti gli effetti come un processo di assimilazione che porta l'individuo ad identificarsi con la subcultura carceraria. Come ogni processo di assimilazione, esso implica una progressiva acculturazione in un gruppo precedentemente estraneo, che porta

⁸⁵ MATHIESEN T. *Perché il carcere?* Gruppo Abele, Torino, 1996

⁸⁶ BERZANO L., PRINA E. *Sociologia della devianza*, La Nuova Italia Scientifica (poi Carocci), Roma, 1995

⁸⁷ CLEMMER D. *La Comunità carceraria*, Giappichelli, Torino, 1997 (Titolo origin. *The prison Community*, The Christopher Publishing House, Boston, 1940)

progressivamente il nuovo arrivato a condividerne sentimenti, ricordi e tradizioni: «un lento, graduale e più o meno inconsapevole processo durante il quale una persona impara abbastanza elementi della cultura della unità sociale in cui si trova da caratterizzarsi per essa».⁸⁸

Quando un individuo entra in carcere va necessariamente incontro ad un tale processo: attraverso le cerimonie di degradazione di status costituite dalle procedure di ingresso egli fa il primo incontro con le nuove norme, i nuovi codici e le nuove relazioni che caratterizzano la vita carceraria. Successivamente, attraverso il contatto quotidiano con gli altri detenuti e con gli operatori del penitenziario, egli si addentra nel nuovo mondo cominciando anche ad assumerne il linguaggio e i criteri interpretativi della realtà. Clemmer evidenzia come tutti i detenuti, sebbene in misura diversa, siano soggetti ad alcuni «fattori universali della prigionizzazione».

I fattori universali vengono specificatamente indicati come⁸⁹:

- l'accettazione di un ruolo inferiore;
- l'acquisizione di dati relativi all'organizzazione della prigione;
- lo sviluppo di alcuni nuovi modi di mangiare, vestire, lavorare, dormire;
- l'adozione del linguaggio locale;
- il riconoscimento che niente è dovuto all'ambiente per la soddisfazione dei bisogni;
- l'eventuale desiderio di un buon lavoro.

L'essere sottoposti a tali fattori basta per rendere un soggetto membro caratteristico della categoria "detenuti" e per distruggere la sua personalità, con il risvolto negativo di impedire un adattamento felice in qualsiasi altra comunità.

Questo processo di accettazione di valori, estranei al detenuto, provoca modificazioni psicologiche, e talvolta anche fisiche, poiché porta alla spersonalizzazione e alla destrutturazione del Sé. Lo sviluppo del fenomeno è facilitato e si evolve in maniera repentina, quanto minori sono i contatti che il soggetto intrattiene con il mondo extra carcerario⁹⁰.

⁸⁸ CLEMMER D. *La Comunità carceraria*, Giappichelli, Torino, 1997 (Titolo origin. *The prison Community*, The Christopher Publishing House, Boston, 1940)

⁸⁹ CLEMMER D. *La Comunità carceraria*, Giappichelli, Torino, 1997 (Titolo origin. *The prison Community*, The Christopher Publishing House, Boston, 1940)

⁹⁰ SERRA C. (a cura di), *Istituzione e comunicazione. Segni e simboli della rappresentazione sociale del carcere*, Seam, Roma, 1998.

Possiamo, quindi, definire questo processo come un meccanismo di difesa che il carcerato mette in atto, consistente nella costruzione di una nuova identità poiché quella precedente è diventata “debole” e “incerta”, a causa delle pressioni dell’istituzione; ma tale acquisizione, sovrapponendosi alla precedente personalità, creerà confusione e destrutturazione del Sé⁹¹.

Quello della spersonalizzazione è un fenomeno al quale non tutti i detenuti riescono a far fronte, sono diversi a perdere il controllo e a sfociare in suicidi o forme di autolesionismo. Il detenuto si trova, quindi, costretto a raccogliere tutte le proprie forze per costruirsi come una “seconda cella interna”, che lo protegga dagli attacchi esterni dell’istituzione.

Oltre ai fattori universali della prigionizzazione, ve ne sono anche alcuni individuali, quindi non presenti in tutti i detenuti, oppure diversamente presenti, che possono influenzare il diverso “grado di prigionizzazione” del detenuto. Tra questi ci sono la sensibilità alla cultura; il tipo e il numero di relazioni prima dell’incarcerazione; l’affiliazione o meno a gruppi nel carcere; l’accettazione o meno dei dogmi e dei codici della cultura carceraria; l’età, la nazionalità, la razza⁹².

La specifica cultura espressa dalla popolazione detenuta può dunque essere intesa come una vera e propria subcultura, non solo in relazione al mondo esterno, ma anche in rapporto ad un più esteso concetto che comprende la cultura generale del penitenziario. Secondo Clemmer, la carcerazione si rivela essere, nella sostanza, la socializzazione ad un vero e proprio “codice del detenuto”, che è la forma fondamentale di regolazione interna alla popolazione dei detenuti. Principalmente centrato intorno alla contrapposizione tra detenuti e personale penitenziario, traducibile nella massima «mai aiutare il personale e aiutare i compagni detenuti», il codice del detenuto è stato considerato come un vero e proprio manuale di sopravvivenza all’interno dell’istituzione.

Alcuni autori, tra cui Sykes e Messinger, hanno descritto alcuni elementi centrali a tale codice: la lealtà tra detenuti, in particolare in contrapposizione al personale di sorveglianza; la capacità di mantenere il controllo senza nuocere né a se stessi né agli altri detenuti; il rifiuto di qualsiasi forma di sfruttamento e tradimento fra detenuti (non rubare agli altri, pagare i propri debiti, mantenere la parola data); il

⁹¹ SANTOLONI M., *Comunicazioni orizzontali e verticali all’interno del carcere*, in Serra C. (a cura di), *Devianza e difesa sociale*, Franco Angeli, Milano, 1981.

⁹² CLEMMER D. *La Comunità carceraria*, Giappichelli, Torino, 1997 (Titolo origin. *The prison Community*, The Christopher Publishing House, Boston, 1940)

dar prova di coraggio e di resistenza a fronte di eventuali attacchi provenienti sia dagli altri detenuti che dal personale di sorveglianza; il rifiuto, in ogni caso, di fraternizzare con coloro che rappresentano l'istituzione, che si tratti di personale di guardia, di operatori del reinserimento o della stessa amministrazione penitenziaria⁹³.

Ogni violazione a tale codice sembra essere pesantemente sanzionata, con conseguenze che vanno dal ritrovarsi in condizioni di subordinazione e sopraffazione a vere e proprie aggressioni psicologiche e fisiche fino alla necessità di ricorrere all'isolamento protettivo.

La subcultura della prigione consente al detenuto lo sviluppo di uno status all'interno del nuovo sistema, una nuova struttura di riferimento per interpretare il mondo e la propria particolare situazione, un orizzonte rispetto al quale orientare le proprie esigenze di autostima e di rispetto⁹⁴.

Un tale modello è stato definito da Vacheret e Lemire come «modello privativo», nella misura in cui esso tende a far fronte alle privazioni che caratterizzano la vita detentiva: la perdita della libertà e della possibilità di coltivare relazioni con l'esterno; un accesso solo limitato a beni e servizi che in altre condizioni sarebbero accessibili e che costituiscono simboli di status; l'impossibilità di intrattenere relazioni fisiche eterosessuali; la totale perdita di autonomia, come già descritta da Goffman, accompagnata da processi di infantilizzazione e deresponsabilizzazione; condizioni di sicurezza sempre precarie, sia nei confronti degli altri detenuti che rispetto al personale di sorveglianza, governate dall'arbitrarietà e dalla continua minaccia della violenza⁹⁵.

Autori successivi hanno evidenziato come all'interno degli istituti penitenziari sia certamente rinvenibile più di una subcultura: alcune dipendenti dai diversi gradi di prigionizzazione, altre importate dall'esterno. In particolare Irwin e Cressey hanno sostenuto che la spiegazione delle subculture carcerarie va ricercata all'esterno delle prigioni: secondo il «modello dell'importazione» è possibile ricostruire lo sviluppo di vere e proprie carriere criminali, nel cui contesto ripetuti e prolungati contatti con il sistema penale e il carcere non fanno che rafforzare l'ostilità dell'individuo nei

⁹³ SYKES G. *The society of captives: A study of a maximum Security Prison*, Princeton University Press, Princeton, 1958

⁹⁴ VIANELLO F. *Il carcere – sociologia del penitenziario*, Carocci Editore, Roma 2012

⁹⁵ VACHERET M. *Gestion de la peine privative de liberté: regards sur la mise en œuvre concrète d'un modèle rationnel*, in "Revue internationale de criminology et de police technique et scientifique", n.3, 2005

confronti della società e la sua adesione alle norme e ai valori propri del mondo criminale. Queste norme e questi valori sono delle risposte difensive alle restrizioni imposte dalla prigione: la lealtà nei confronti dei compagni, il sangue freddo, l'opposizione alla società legittima e ai suoi rappresentanti⁹⁶.

Secondo Irwin e Cressey, in prigione si possono riscontrare almeno tre grandi subculture di riferimento: la *subcultura criminale*, nel cui contesto il carcere rappresenta una tappa obbligata, importata sostanzialmente immutata dall'esterno, all'interno della quale vigono gerarchie e relazioni di rispetto, improntate alla lealtà e alla solidarietà tra i membri; la *subcultura detentiva*, maggiormente orientata alle strategie di sopravvivenza all'interno dell'istituzione, che valorizza comportamenti utilitaristici e strategici e misura lo status sui risultati raggiunti senza dare particolare valore a codici di lealtà e solidarietà; la *subcultura legittima* che, in opposizione alle due subculture precedenti, non accetta i valori della solidarietà criminale né il comportamento strategico e utilitaristico: propria di chi ha infranto occasionalmente la legge o di chi, pur recidivo, deve il proprio orientamento criminale al realizzarsi di specifiche circostanze, tale subcultura riconosce come propri i valori ufficiali della società legittima.⁹⁷

Diversi studi hanno evidenziato come l'appartenenza ad un gruppo strutturato all'interno del carcere possa costituire un'importante risorsa personale, un antidoto a forme di vittimizzazione, una fonte di gratificazioni psicologiche e materiali, l'orizzonte in base al quale ricostituire un sistema di status riconosciuto.

Quanto detto finora è in grado di relativizzare la particolare problematicità del processo di prigionizzazione, legata al fatto che un certo grado di prigionizzazione si rivela funzionale alla sopravvivenza del soggetto nella nuova situazione di detenzione, ma contiene il rischio di arrivare a «distruggere la sua personalità in modo tale da rendere impossibile un successivo felice adattamento ad ogni altra comunità»⁹⁸.

Clemmer, sulla base di una serie di ricerche condotte all'interno delle carceri, conclude in termini di negata “speranza” di salvezza per chi divenga prigionizzato ad

⁹⁶ IRWIN J. CRESSEY D. *Thieves, Convicts and the inmate culture*, in H.S. Becker *The other side*, Free Press, New York 1964

⁹⁷ IRWIN J. CRESSEY D. *Thieves, Convicts and the inmate culture*, in H.S. Becker *The other side*, Free Press, New York 1964

⁹⁸ CLEMMER D. *La Comunità carceraria*, Giappichelli, Torino, 1997 (Titolo origin. *The prison Community*, The Christopher Publishing House, Boston, 1940)

un qualsiasi livello apprezzabile, sostenendo l'apparenza dell'effetto riabilitante che la vita carceraria avrebbe su qualcuno nonostante le influenze dannose della cultura carceraria. A suffragio della sua tesi egli pone l'osservazione secondo cui, tra le centinaia di casi studiati per esperienza diretta, i pochi episodi che hanno visto un soggetto "migliorato o riabilitato" si riferiscono ad individui che mai avrebbero dovuto subire condanna al carcere, "imbottiti di cultura, o prigionizzati soltanto ad un grado molto basso"⁹⁹.

3.3 La "società carceraria": la quotidianità in carcere

La "società carceraria" è una società obbligatoria dove non è possibile scegliere se stare insieme o evitare certe relazioni interpersonali; dove quindi si è costretti con la forza a convivere; una comunità costruita su queste basi non può far altro che costringere i suoi abitanti ad utilizzare forme violente per soddisfare i propri bisogni o per liberarsi di cose o persone disturbanti. È una violenza che risponde ad una logica in cui per ottenere autonomia occorre toglierla all'altro, bisogna "oggettualizzare" un altro¹⁰⁰.

L'andamento della giornata in carcere è scandito da un codice di vita che non ammette deroghe e, gli "strumenti", usati per ottenere l'aderenza del detenuto a tale regime, sono finalizzati alla soppressione del senso di sé dell'internato.

Un detenuto trascorre la sua giornata in carcere secondo il "regime interno" e dell'istituto in cui viene ristretto¹⁰¹.

Il regolamento interno disciplina ogni aspetto della vita carceraria; il detenuto è, quindi, sottoposto a continue e quotidiane imposizioni: l'ora della sveglia e il tempo di passeggio prestabiliti, la richiesta del permesso per farsi la barba, dover pregare per ogni minimo bisogno l'agente di servizio, domandare con deferenza di poter parlare con qualche dirigente. Il non rispetto di tali imposizioni da luogo a una serie di

⁹⁹ CLEMMER D. *La Comunità carceraria*, Giappichelli, Torino, 1997 (Titolo origin. *The prison Community*, The Cristopher Publishing House, Boston, 1940)

¹⁰⁰ CATEMARIO A., *La cultura della violenza*, in Serra C. (a cura di), *Istituzione e violenza*, Edizioni Psicologia, Roma, 1996.

¹⁰¹ COCCIA P. *Ribellarsi al carcere – Storie di vita di ragazzi e ragazze di strada di Città del Guatemala* – Tesi di Laurea, Relatore Prof. Gérard Lutte, Facoltà di psicologia, Università La Sapienza di Roma, anno accademico 2003/2004

sanzioni disciplinari: queste consistono spesso nell'isolamento che avviene in celle completamente vuote, non dotate di suppellettili (celle lisce) per evitare che i detenuti si taglino o si uccidano; altre sanzioni possono essere la negazione della libertà anticipata, il ritardo dell'accesso alle misure alternative, o a volte i trasferimenti ingiustificati da un carcere all'altro¹⁰².

La giornata dell'internato è costituita da una serie di atti abituali e meccanici che lo costringono a vedere il sistema nel quale è immerso come inesorabile e valido per tutti i detenuti.

Vivere la quotidianità carceraria, significa fare i conti con quello che è la gestione del "proprio" tempo. Lo stesso concetto di tempo è, infatti, completamente falsato: si avverte un forte allungamento materiale, ma il fatto che sia "terribilmente" scandito e programmato arriva ad annullarlo totalmente. Riuscire a sopportare la privazione della libertà di gestione del proprio tempo e del proprio spazio crea grosse difficoltà alla vita carceraria di parecchi detenuti¹⁰³.

La promiscuità forzata, a partire dai vicini di cella, genera un'invasione della "zona personale" dell'internato e quindi un annullamento delle distanze, e quindi del proprio spazio vitale. Il tempo diventa proprietà del sistema penale, poiché la durata della carcerazione gli appartiene. "Condannare all'astrazione del tempo", significa "imporre del controtempo al tempo", cancellare cioè, il tempo personale del recluso e sostituirlo con quello ufficiale del calendario penale¹⁰⁴.

Il tempo diviene per il detenuto un incubo: il calcolo continuo degli anni, dei mesi, dei giorni che lo separano dalla liberazione contribuisce a frantumare la volontà dell'internato, a vedere la speranza come "trappola di annientamento"¹⁰⁵.

In carcere non esiste privacy: i detenuti sono continuamente esposti agli sguardi degli agenti o dei loro compagni. Questa convivenza forzata è vissuta come una sorta di contaminazione fisica, tanto è vero che molti detenuti adottano dei veri e propri comportamenti ossessivi nei confronti della pulizia quasi per difendersi dalla presenza indesiderata degli altri. L'esposizione contaminante non si verifica solo nella condivisione degli oggetti ma anche nel carattere forzatamente pubblico di alcuni eventi particolarmente importanti come, ad esempio, quello delle visite con i

¹⁰² ASSOCIAZIONE ANTIGONE, *Il carcere trasparente. Primo rapporto nazionale sulle condizioni di detenzione*, Casatelvecchi, Roma, 2000.

¹⁰³ ASSOCIAZIONE ANTIGONE, *Il carcere trasparente. Primo rapporto nazionale sulle condizioni di detenzione*, Casatelvecchi, Roma, 2000.

¹⁰⁴ GONIN D., *Il corpo incarcerato*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1994.

¹⁰⁵ SOFRI A., CERAUDO F., *Ferri battuti*, ArchiMediA Edizioni, Pisa, 1999.

propri cari che avviene in una stanza comune sotto gli occhi degli agenti e degli altri detenuti. Nonostante la legge vieti la separazione attraverso un vetro tra il detenuto e la persona che lo va a trovare, in alcune carceri italiane ancora esistono.

Un altro dei momenti della vita di un detenuto in cui si può constatare il fenomeno di contaminazione ed invasione del sé è quello della perquisizione personale e della cella. Spesso la modalità con cui avviene questo procedimento è molto violenta e, penetrando nelle riserve private della persona, viola i territori del suo sé.

Un momento che si ripete meccanicamente nella giornata del recluso è sicuramente quello del pasto. Per quanto riguarda il cibo, non mancano proteste per la cattiva preparazione degli alimenti, raramente affidata a detenuti cuochi di professione, o esperti. Un altro problema che si presenta è la monotonia del menù: mangiare cibo confezionato sempre allo stesso modo può provocare fenomeni di nausea e di allergia. Questo costringe il detenuto a ricorrere al sopravvitto, a pagamento, oltre che per soddisfare tutto il resto dei propri bisogni e desideri (sigarette, vino, dentifricio, ecc.)¹⁰⁶.

Un elemento chiave fra quelli che definiscono la specificità della detenzione femminile è la problematica dei figli.

La condizione di detenute genera nelle madri il timore dell'allontanamento dei figli, perché dati in affidamento ad altre famiglie.

La paura di essere viste nella situazione detentiva, l'angoscia del rifiuto da parte dei figli una volta tornate libere, rappresentano i sentimenti più presenti nel vissuto quotidiano delle madri detenute¹⁰⁷.

Una minoranza di donne decide di tenere il bambino in carcere: una decisione, il più delle volte, quasi costretta dalla difficile praticabilità, se non inesistenza, di sistemazioni alternative.

In realtà, la donna, una volta istituzionalizzata, corre comunque il rischio di monopolizzare il rapporto con il figlio: dedicare tutto il suo tempo al bambino con affetto morboso e con eccessive attenzioni, crea un legame di interdipendenza che renderà il momento del distacco un evento traumatico, in particolar modo per la madre. La condizione ambientale in cui si sviluppa la relazione madre – bambino,

¹⁰⁶ COCCIA P. *Ribellarsi al carcere – Storie di vita di ragazzi e ragazze di strada di Città del Guatemala* – Tesi di Laurea, Relatore Prof. Gérard Lutte, Facoltà di psicologia, Università La Sapienza di Roma, anno accademico 2003/2004

¹⁰⁷ RIVA C., *Voci libere da... dentro. Dalla narrazione di sé al processo di cambiamento in storie di vita di madri "ristrette"*, Università Pontificia Salesiana di Roma, Facoltà di Scienze dell'Educazione; Istituto di progetto e formazione "Progetto Uomo", 2002.

all'interno dell'istituzione penitenziaria, è un aspetto carico di problematiche materiali e psicologiche allo stesso tempo¹⁰⁸.

Un aspetto che merita alcune considerazioni specifiche è quello della sessualità, che per quanto si voglia lasciarla al di fuori della prigione, è impossibile da eliminare.

La vita sessuale penitenziaria si manifesta, quindi, solo attraverso anomalie.

In queste sub-culture, la deprivazione di rapporti eterosessuali genera problemi non solo di ordine fisiologico, ma soprattutto di ordine psicologico. Si verificano, perciò, inquietudini, frustrazioni, deviazioni, perversioni, tendenze o esposizioni alla violenza, malattie fisiche o psichiche.

L'impossibilità di poter vivere una relazione reale apre al recluso le porte all'immaginazione. Ecco che allora il detenuto cerca di riempire il vuoto provocato dall'assenza di una vita affettiva normale che deturpa gravemente il proprio "sé" relazionale con il simbolismo delle immagini pornografiche. L'assenza di rapporti con persone reali fa sì che nell'individuo si crei un'immagine di un Altro inesistente e privo di ogni concretezza. E' per questo che, abituati ad ottenere appagamento dalle donne inesistenti, quelle dalle riviste o della televisione, i detenuti possono non essere più in grado, una volta usciti dal carcere, di instaurare una relazione intima profonda con un'altra persona; l'immaginario grazie al quale si sono costruiti le loro fantasie sentimentali e sessuali durante il periodo della detenzione, irrompe prepotentemente nell'esperienza quotidiana, provocando la cancellazione dell'altro reale e della sua sessualità.

La sessualità in carcere può esprimersi anche nell'omosessualità, consenziente o violenta, perché ciò che manca rispetto al mondo esterno è la possibilità di scegliere liberamente l'altro; si viene così a modificare il modo di stringere relazioni e di incontrarsi con l'altro.

Molti individui, man mano che si adattano all'ambiente carcerario, vedono che le inibizioni e i propri principi morali crollano, distogliendo ogni tipo di controllo sull'istinto fino a giungere alle forme più basse di degradazione. Il carcere è il regno del "flirt" omosessuale, dell'adescamento, della prostituzione aberrante e degli abusi sessuali. L'esistenza di questi fenomeni è nascosta o negata; il silenzio è, infatti, una delle regole più rispettata del codice carcerario¹⁰⁹.

¹⁰⁸ MAROTTA G., *Donne, criminalità e carcere*, "EuRoma – La Goliardica", Roma, 1989.

¹⁰⁹ COCCIA P. *Ribellarsi al carcere – Storie di vita di ragazzi e ragazze di strada di Città del Guatemala* – Tesi di Laurea, Relatore Prof. Gérard Lutte, Facoltà di psicologia, Università La Sapienza di Roma, anno accademico 2003/2004

Il carcere non influisce solamente sulle relazioni affettive intime con l'altro sesso, ma più in generale su tutte le relazioni sociali e gli affetti di una persona.

In effetti il principio su cui si regge il regime detentivo da sempre è quello dell'isolamento totale, la perdita cioè, dei contatti col mondo esterno.

L'affettività, quel bisogno irrinunciabile dell'uomo in tutte le sue espressioni, viene soppressa dal carcere, con risvolti a volte drammatici. Inoltre è stato riscontrato che la solitudine e l'isolamento sono fortemente correlati con la depressione, l'ansietà, l'ostilità interpersonale.

Il processo di adattamento all'ambiente carcerario condiziona lo sviluppo e il mantenimento di ogni contatto al di fuori dell'istituzione.

Il detenuto è costretto a rimuovere i ricordi, gli affetti e le aspirazioni che lo legavano al mondo libero, per ricostituirsi un "nuovo" equilibrio psichico che gli consenta di sopravvivere. In questo contesto le visite dei familiari e di persone estranee all'istituzione viene vissuta come una "frattura" del "normale" ritmo di vita istituzionale. È questo il momento in cui l'istituzione ha raggiunto uno dei suoi scopi principali: l'internato vede il mondo esterno come fattore di disturbo ed assume quindi una posizione di difesa. Resta in ogni caso il fatto che la famiglia costituisce un sostegno materiale e morale per il detenuto tanto importante da non poter essere sostituito del tutto.

Il colloquio settimanale rappresenta un momento sacro, tanto sognato ed atteso, anche se spesso viene rovinato dal gran numero di detenuti e parenti presenti nella sala e dal chiasso e dal clima con cui si svolge. Esso rappresenta l'occasione più importante che il detenuto ha per comunicare con il mondo esterno. Il detenuto aspetta questo momento con attesa spasmodica, che, se frustrata da un divieto immotivato, può determinare uno stress tale da poter sfociare in un tentativo di suicidio¹¹⁰.

In realtà la separazione forzata dalla famiglia, dagli affetti e, più in generale, dalla realtà esterna, non può che peggiorare ulteriormente la condizione del detenuto perché i suoi rapporti si indeboliscono, oppure le relazioni che resistono rischiano di diventare rapporti di eccessiva dipendenza o possessività.

Il carcere è più duro e pesante per chi non ha famiglia o amici: chi è solo, non riceve pacchi o vaglia, non riceve visite, non ha nessuno che sostiene le spese legali per suo conto. Per questi detenuti comincia il vero dramma, dovendo sperare nella solidarietà dei compagni. L'unica speranza per loro è quella di svolgere hobby o attività di

¹¹⁰ SALIERNO G. E RICCI A., *Il carcere in Italia*, Einaudi, Torino, 1971.

piccolo artigianato: fabbricazione di sciarpe in lana, modellismo, pittura, ecc., tutti oggetti che potranno essere venduti e dare al ristretto una minima fonte di guadagno. Questo permette al detenuto di sottrarsi all'odiosa dipendenza che si genera, non solo con i compagni, ma anche col personale penitenziario¹¹¹.

3.4 Le diverse modalità di adattamento all'esperienza carceraria

Vi sono alcuni elementi che condizionano l'influenza sui singoli dei fattori di prigionizzazione.

Secondo Clemmer, la loro influenza risulta infatti maggiore quando la pena da scontare è più lunga, quando il detenuto non ha relazioni esterne su cui poter fare affidamento, quando le sue relazioni principali sono con altri detenuti con simili caratteristiche, quando la personalità che vi è sottoposta manca di stabilità e spirito critico¹¹².

In presenza di queste caratteristiche, l'influenza dell'ambiente carcerario sull'individuo sarà sicuramente maggiore e la possibilità di mantenere la propria identità resistendo alle pressioni del contesto sarà limitata.

Altre ricerche, tra cui quelle di Wheeler, confermano le ipotesi di Clemmer relative alla lunghezza della pena come fattore universale di prigionizzazione, ma dimostrano anche che in vista della scarcerazione il detenuto partecipa ad una sorta di socializzazione anticipatoria che conduce ad una regressione degli effetti della prigionizzazione¹¹³.

La conclusione di tale studio è che il processo di prigionizzazione non deve essere considerato un processo continuo e lineare, quanto piuttosto un fenomeno ciclico a tendenza negativa, sia nel caso di prime detenzioni (con gradi di prigionizzazione contenuti) che in caso di recidiva (con livelli di prigionizzazione più importanti).

Secondo altri autori, tra cui Schrag e Chantraine, altre due variabili che incidono in modo significativo sul grado di prigionizzazione sono lo status assunto dal singolo

¹¹¹ DAMOLI E., LOVATI A., *Carcere e società. Oltre la pena*, Piemme, Casale Monferrato, 1994.

¹¹² CLEMMER D. *La Comunità carceraria*, Giappichelli, Torino, 1997 (Titolo origin. *The prison Community*, The Christopher Publishing House, Boston, 1940)

¹¹³ VIANELLO F. *Il carcere – sociologia del penitenziario*, Carocci Editore, Roma 2012

detenuto nel contesto carcerario e l'interpretazione che il detenuto dà del periodo che sta trascorrendo in carcere nell'economia complessiva della propria esistenza¹¹⁴. Attraverso l'acquisizione di ruoli definiti, la comunità carceraria tende ad organizzarsi in una struttura gerarchica basata sui rapporti di forza. Questi ruoli sembrano legati ad alcune variabili definite, quali l'età, il reato commesso, la recidiva, la durata della pena.

In generale, l'esperienza del carcere sembra essere molto più dura per quei detenuti che non riescono ad inserirsi nelle attività lavorative, nelle attività culturali e ricreative e nelle reti sociali all'interno della prigione: si tratta dei gruppi più vulnerabili che non riescono ad agire in modo significativo in un contesto di profonda deresponsabilizzazione e deprivazione.

Questi elementi suggeriscono la necessità di considerare attentamente il peso che le risorse psicologiche personali e le circostanze individuali possono avere sugli effetti della detenzione: la prigione può avere effetti estremamente diversi a seconda della situazione psicologica e della personale esperienza di chi vi è costretto¹¹⁵.

Un'importanza particolare sull'interiorizzazione dei ruoli e l'assunzione di status sembra ricoprire l'interpretazione che il detenuto dà della propria esperienza carceraria, il senso che viene per lui ad assumere il periodo della detenzione nell'economia complessiva del proprio vissuto.

Le strategie di adattamento, infatti, possono variare notevolmente a seconda che l'incarcerazione sia vissuta come ineluttabile, parte di un'esistenza già segnata da condanne ed arresti precedenti, una routine che si concretizza in una “porta girevole” tra carcere e territorio e conduce ad organizzare la propria vita attorno agli inevitabili periodi di detenzione; che essa venga percepita come una lunga pausa nella carriera criminale che non si intende in alcun modo abbandonare; o che essa invece costituisca per il condannato una catastrofe, una rottura profonda con la sua vita precedente e con le aspettative che investivano il suo futuro, magari accompagnata da abbandono da parte di familiari e affetti; che essa venga piuttosto percepita come una sorta di rifugio rispetto ad un'esistenza sociale, economica o familiare ormai divenuta insostenibile, andando paradossalmente a rappresentare una risorsa in termini di dimora, accesso al lavoro o alle cure; o

¹¹⁴ CHANTRAINE G. *La sociologie carcérale: approches et débats théoriques en France*, in “*Deviance et Société*”, XXIV, 3, 2000

¹¹⁵ VIANELLO F. *Il carcere – sociologia del penitenziario*, Carocci Editore, Roma 2012

ancora che il carcere sia considerato un “rischio del mestiere”, rispetto ad una carriera delinquenziale assunta in modo razionale e strategico¹¹⁶.

Per chi è già inserito in una carriera criminale, infatti, il carcere diventa un inconveniente messo nel conto di rischi e benefici, e l'adattamento alla condizione detentiva è sicuramente più rapido e indolore rispetto a quello di chi vive l'incarcerazione come un dramma imprevisto e, per quanto conseguenza possibile di un comportamento delinquenziale, come un'esperienza che si contrappone ad un vissuto precedente privo di identificazione nella cultura criminale.

Schrag ha individuato alcune grandi tipologie di detenuti, con particolare riferimento al reato commesso: un primo gruppo di detenuti senza alcuna esperienza di detenzione, per i quali la criminalità è stata accidentale, particolarmente motivati a partecipare al trattamento e piuttosto schivi rispetto agli altri detenuti; un secondo gruppo composto dai delinquenti professionali, con una lunga esperienza di carcere alle spalle, che si trova all'apice della gerarchia sociale interna ai detenuti e che è tenuto in particolare considerazione anche dal personale della sicurezza e dalla direzione dell'istituto; una terza tipologia di detenuti, spesso condannati per forme più sofisticate di criminalità, particolarmente abili nel manipolare sia gli altri detenuti che il personale di sorveglianza; una quarta figura di detenuto proveniente da una lunga esperienza giovanile di devianza e criminalità, impulsivo e imprevedibile, assolutamente restio a farsi coinvolgere nel trattamento e orientato all'uso della forza; infine, un ultimo gruppo di detenuti non violenti, isolati rispetto agli altri detenuti e poco considerati dal personale, con poche risorse e limitate capacità di adattamento al contesto¹¹⁷. Quest'ultimo sembra essere la tipologia di detenuti più a rischio rispetto alla tenuta psicologica.

Chantraine attraverso i racconti biografici e le storie di vita dei detenuti ha proposto tre forme di adattamento al contesto carcerario: quella dello “stratega”, che partecipa attivamente alla vita carceraria, rendendosi disponibile come intermediario tra l'istituzione e gli altri detenuti raggiungendo in tal modo una posizione influente che utilizza strategicamente per godere di alcuni benefici; il “tattico”, che baratta con detenuti e sorveglianti favori e informazioni, navigando a vista e muovendosi su diversi piani a seconda della convenienza del momento; il

¹¹⁶ VIANELLO F. *Il carcere – sociologia del penitenziario*, Carocci Editore, Roma 2012

¹¹⁷ SCHRAG C. *Some Foundations for a theory of correction*, in D.R. CRESSEY, *The Prison: Studies in Institutional Organization and change*, Holt, Rineheart and Winston, New York, 1961

“sottomesso”, sia all'istituzione che agli altri detenuti, destinato e ad obbedire ed incapace di ritrarsi dalle logiche di sottomissione e dominio¹¹⁸.

Secondo Goffman è possibile individuare almeno quattro diverse forme di adattamento dell'internato all'istituzione totale che comprendono il “ritiro dalla situazione”, ovvero il rifiuto del contesto e quindi la rinuncia a qualsiasi forma di confronto e di socialità, con conseguenti atteggiamenti depressivi e un'attitudine passiva; la “linea intransigente”, ossia la contrapposizione con l'autorità penitenziaria con manifestazioni anche violente nei confronti dell'istituzione; la “colonizzazione”, ossia l'adozione di un agire strumentale finalizzato alla massimizzazione dei benefici nel contesto delle possibilità a disposizione; la “conversione”, come assimilazione delle regole imposte dall'istituzione e mera conformità ad esse¹¹⁹.

In sintesi, si può affermare che l'interpretazione della pena detentiva nel contesto del proprio vissuto complessivo spinge in modo comprensibile il detenuto ad adottare forme diverse di interazione con l'istituzione penitenziaria e con i suoi rappresentanti: alcuni detenuti optano per l'adesione alle finalità dichiarate dell'istituzione, che si concretizza nella partecipazione alle attività proposte dagli operatori e nella disposizione a riconoscere una funzione positiva alla detenzione, magari attraverso strategie di negoziazione con il sistema; altri invece oppongono all'istituzione forme più o meno strenue di resistenza, individuali o collettive, violente o semplicemente manifeste, resistendo a qualunque proposta provenga dall'istituzione e cercando nella comunità degli altri detenuti riferimenti e gratificazioni utili a riempire la vita quotidiana in attesa del fine pena. Un terzo modello di adattamento, particolarmente pericoloso per la stabilità psicologica dell'individuo, è quello apatico, che si trasforma in un ripiegamento su se stessi e una rassegnazione assente, segnata da periodi di profonda depressione e da un rifiuto o un'incapacità di integrazione nella comunità carceraria¹²⁰.

Il modello di adattamento apatico, che contempla il ritiro dalla situazione e l'incapacità ad adattarsi nella nuova situazione, è quindi quello che espone maggiormente al rischio di comportamenti suicidari. Questa mancanza di

¹¹⁸ CHANTRAINE G. *La sociologie carcérale: approches et débats théoriques en France*, in “Deviance et Société”, XXIV, 3, 2000

¹¹⁹ GOFFMAN E. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, (titolo origin.: “Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates”) Edizioni di Comunità, Torino 2001

¹²⁰ VIANELLO F. *Il carcere – sociologia del penitenziario*, Carocci Editore, Roma 2012

integrazione con l'ambiente, infatti, secondo quanto abbiamo visto nel precedente capitolo, in particolare con la teoria sociologica del suicidio di Durkheim, crea un terreno fertile per la messa in atto di comportamenti di questo tipo.

Questo tema verrà approfondito nel prossimo capitolo.

3.5 Condizioni di detenzione e problematiche emergenti: il sovra-affollamento nelle carceri

Uno dei maggiori problemi con il quale si confronta il sistema carcerario italiano è il sovraffollamento.

Con il termine “sovraffollamento” si indica normalmente la differenza tra i detenuti presenti ad una certa data negli istituti di pena (case circondariali e case di reclusione) e il numero dei posti effettivamente disponibili a cui ci si riferisce come “capienza regolamentare”. Ogni istituto nasce infatti con una capienza evidentemente predefinita sulla base di alcuni criteri standard che dovrebbero garantire il rispetto della dignità delle persone recluse e, non secondario, l'espletamento della funzione rieducativa della pena affermata dalla carta costituzionale: oltre ai metri quadri “individuali” atti a consentire la vivibilità nelle celle, dunque, anche lo spazio adeguato per prevedere le attività trattamentali previste da un ordinamento penitenziario (D.P.R. 230/2000) che ha voluto scommettere sull'umanizzazione della pena e sulla valorizzazione della funzione rieducativa ad essa assegnata¹²¹.

Gli standard relativi alla capienza regolamentare rispondono, inoltre, a quanto richiesto dalle normative internazionali in tema di rispetto dei diritti umani delle persone recluse e in particolare a quanto affermato dalla Convenzione europea dei diritti dell'uomo (nell'articolo 3) in tema di contrasto ai trattamenti disumani e degradanti. Già verso la fine degli anni Novanta, davanti alla continua espansione delle carcerizzazioni, è apparso in Italia un nuovo indicatore del sovraffollamento, che afferma, per ogni istituto penitenziario, la possibilità di definire una “capienza tollerabile”, ovvero un numero massimo di presenze entro le quali la situazione dovrebbe poter continuare a dirsi dignitosa e rispettosa dei diritti umani. Non sono

¹²¹ VIANELLO F. *Il carcere – sociologia del penitenziario*, Carocci Editore, Roma 2012

mai stati esplicitamente definiti i criteri sulla base dei quali è possibile dichiarare “tollerabile” la capienza di un istituto di pena.

A partire dai primi anni Novanta si è assistito in Italia ad una crescita inaspettata - e del tutto scollegata dall'andamento delle denunce di reati - degli ingressi in carcere che si è protratto fino alla metà dello stesso decennio. Si tratta, secondo Garland, del risultato di un processo di allineamento con i sistemi di controllo penale già consolidatisi nel ventennio precedente negli Stati Uniti e nel Regno Unito, che si è concretizzato in un inasprimento dei processi di criminalizzazione nei confronti dei migranti e dei tossicodipendenti e nell'aumento della carcerazione preventiva.

A metà degli anni Novanta si è registrato, infatti, una significativa diminuzione, ma dal 2002 la crescita si è ripresentata in un processo pressoché costante almeno fino al 2008¹²².

Nel dicembre 2001 il sistema carcerario italiano contava più di 55.000 detenuti, per una capienza regolamentare degli istituti italiani di circa 43.000 posti¹²³.

Solo poco più della metà di questi reclusi risultava condannato in via definitiva, il 62% della quale con un residuo di pena inferiore ai tre anni (e quindi potenzialmente - ma non nei fatti - beneficiaria dell'affidamento in prova ai servizi sociali). In una progressione pressoché costante, nell'anno 2006 le presenze hanno raggiunto i 61.000 detenuti, con un indice di sovraffollamento pari a circa il 140%, al secondo posto tra i paesi europei, secondo solo a quello della Grecia.

Nel luglio 2006 l'esiguo spazio disponibile e le deprecabili condizioni di detenzione che ne discendevano hanno spinto all'approvazione di un provvedimento di indulto che ha visto uscire dagli istituti circa 27.000 detenuti (a cui se ne sono aggiunti altri 17.000 liberati già in misura alternativa). Ciò ha consentito di far fronte - provvisoriamente - a quella che veniva percepita come una vera e propria emergenza.

Di fronte alla drammaticità di una situazione che investiva la vita quotidiana dei detenuti, il lavoro degli operatori e l'operato degli agenti di polizia penitenziaria, le esigenze di certezza del diritto hanno ceduto il passo alla considerazione dei principi costituzionali che sanciscono le finalità rieducative e risocializzanti della pena carceraria e al carattere prioritario della tutela dei diritti fondamentali delle persone limitate della libertà personale.

¹²² VIANELLO F. *Il carcere – sociologia del penitenziario*, Carocci Editore, Roma 2012

¹²³ ASSOCIAZIONE ANTIGONE, *Il carcere trasparente. Primo rapporto nazionale sulle condizioni di detenzione*, Casatelvecchi, Roma, 2000.

A fronte di una capienza regolamentare di poco più di 43.000 detenuti, gli oltre 60.000 reclusi del luglio pre-indulto sono scesi così a poco più di 38.000 a settembre dello stesso anno: un intervento doveroso, dagli esiti tanto immediati quanto, evidentemente, provvisori: nel dicembre 2007 - ad un anno e mezzo dall'emanazione del provvedimento d'indulto - la popolazione carceraria del nostro paese ha ricominciato a crescere rapidamente. Un aumento di quasi 10.000 presenze in un anno ha riportato il numero dei detenuti a quota 48.693, e per la fine del 2009, con 64.971 detenuti, si sono nuovamente raggiunti livelli di sovraffollamento insopportabili: gli effetti del provvedimento d'indulto sono svaniti e le carceri hanno continuato a riempirsi¹²⁴.

Alla fine del decennio si è registrato così il più alto numero di detenuti del dopoguerra, con un tasso d'incarcerazione tra i più alti d'Europa (127 detenuti su 100 mila abitanti), se si escludono i paesi dell'ex Unione Sovietica, ed un indice di sovraffollamento poco al di sotto del 150%.

L'indice nazionale di sovraffollamento registra peraltro delle forti variazioni su scala regionale che rendono ancora più allarmanti la situazione di alcune regioni particolarmente affollate. Tra le otto regioni che si pongono al di sopra del dato nazionale troviamo al primo posto l'Emilia Romagna (188,4%), seguita dal Veneto (167,4%). Le restanti regioni rivelano valori inferiori, ma comunque sempre rispondenti ad un sovraccarico rispetto alla capienza delle strutture.

Le regioni meno sovraffollate, il Molise e la Sardegna, presentano comunque un tasso superiore alla capienza, intorno al 118%.

Secondo gli ultimi dati del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (Dap) al 31 ottobre 2013 erano 64.323 i detenuti reclusi nei 205 istituti di pena italiani, a fronte di una capienza regolamentare di 47.668 posti. Sono compresi nel totale dei detenuti anche quelli in semilibertà.

Poco meno di un terzo, ossia 22.770 erano i detenuti non italiani (il 35,1% della popolazione carceraria).

Il tasso di detenzione per 100 mila abitanti era pari a 112,6 in Italia, a 127,7 in Europa, a 156 nel mondo¹²⁵.

L'incessante ritmo degli ingressi per periodi anche brevissimi di detenzione satura la capienza degli istituti circondariali, esaurisce le disponibilità di beni di prima

¹²⁴ VIANELLO F. *Il carcere – sociologia del penitenziario*, Carocci Editore, Roma 2012

¹²⁵ DAP (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria) - Sezione statistica www.giustizia.it

necessità che devono essere forniti ai nuovi giunti, rende inapplicabile il mandato rieducativo, riduce a mero contenimento l'operato del personale di custodia rendendone più gravose le condizioni strutturali di lavoro.

Vale la pena di tornare a sottolineare come i dati appena descritti non sembrano in alcun modo corrispondere ad un aumento dei reati denunciati negli stessi anni, quanto piuttosto dipendere da quell'inasprimento dei processi di criminalizzazione, la cui selettività va a ricadere sulla particolare composizione della popolazione detenuta.

3.6 Demografia e caratteristiche della popolazione carceraria italiana

La popolazione detenuta appare complessivamente concentrarsi nelle fasce giovani-adulte, con una percentuale di circa il 75% dei soggetti che hanno un'età compresa tra i 25 e i 50 anni. I livelli di istruzione sono generalmente bassi, in particolar modo tra i detenuti italiani, e disoccupazione e precarietà lavorativa vastamente diffuse.

Tra i detenuti italiani, la provenienza regionale denuncia una prevalenza delle regioni del Sud, con una percentuale attorno al 40% sul totale dei reclusi e l'occupazione delle prime sette posizioni nella graduatoria dei tassi regionali di carcerizzazione¹²⁶.

Complessivamente ciò va a indicare una composizione della popolazione detenuta socialmente debole e indigente, senza significative risorse personali o di contesto; situazione che risulta aggravata dalle ricadute, sul carcere, del fenomeno migratorio e in particolare delle modalità della sua gestione.

Particolare e crescente rilievo assume infatti, il numero dei detenuti di origine straniera. La serie storica degli ingressi in carcere evidenzia una crescita esponenziale della percentuale degli stranieri, passati dal 15% dei primi anni Novanta a circa il 30% nei primi anni 2000, per raggiungere un livello costantemente superiore al 35% dal 2007 in poi.

Oggi si registrano punte superiori al 50% in almeno sei regioni del nord (dal 52% dell'Emilia-Romagna a oltre il 70% per la Valle d'Aosta).

¹²⁶ MOSCONI G. (a cura di) *L'altro carcere*, CLEUP, Padova, 1982

Tale andamento, risultato congiuntamente di condizioni di vita precarie e di un più restrittivo controllo concentrato sui migranti, può essere ricondotto ad alcune tipologie di reati, tendenzialmente di lieve/media gravità, ma soprattutto alla rilevanza che per gli stranieri assume la custodia cautelare (il 13% più praticata rispetto a quanto avviene per gli italiani), con la conseguenza di altissime percentuali di stranieri presenti nelle case circondariali¹²⁷.

Secondo i dati del DAP del 2013, il 18,6% degli stranieri presenti nelle carceri italiane proviene dal Marocco, il 16,1% dalla Romania, il 12,2% dalla Tunisia e un altro 12,2% dall'Albania. Tra le detenute straniere prevale la nazionalità romena (26,1%), seguita da quella nigeriana (9,8%)¹²⁸.

La percentuale relativa alla presenza femminile, nella popolazione carceraria italiana, è inferiore al 5%, con una relativa maggiore concentrazione al Nord (5,23%).

In alcuni si casi si registra, purtroppo, la presenza dei figli minori delle detenute (più o meno una sessantina a livello nazionale), nonostante l'approvazione di una legge (Legge 40/2011, cosiddetta legge Finocchiaro) che vorrebbe tutelare la maternità e consentire, per quanto possibile, l'espiazione della pena al di fuori del carcere. Tale normativa, pur avendo esteso la possibilità di scontare la pena in detenzione domiciliare anche alle madri con pene superiori ai quattro anni, risulta di fatto inefficace per la rigidità delle condizioni applicative previste che richiedono una dimora fissa ed escludono dal beneficio le detenute per le quali non sia prevedibile la non reiterazione del reato¹²⁹.

Un'altra estesa e costante componente della popolazione reclusa è quella rappresentata dall'area della tossicodipendenza: a partire dallo scorso decennio essa continua a costituire circa il 30% della popolazione complessiva, per quanto la rilevanza di detenuti comunque condannati per reati legati alla droga lasci supporre che la percentuale di tossicodipendenti possa essere verosimilmente assai superiore. Nonostante la legge Fini-Giovanardi abbia esteso la possibilità di essere avviati ad un programma terapeutico non detentivo per condanne fino ai sei anni, tale misura viene concessa in termini assai contenuti, raggiungendo solo circa il 25% degli aventi diritto, per l'effetto congiunto della legge sulla recidiva, che impedisce ai recidivi reiterati (condizione piuttosto frequente nell'area della tossicodipendenza)

¹²⁷ VIANELLO F. *Il carcere – sociologia del penitenziario*, Carocci Editore, Roma 2012

¹²⁸ DAP (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria) - Sezione statistica www.giustizia.it

¹²⁹ VIANELLO F. *Il carcere – sociologia del penitenziario*, Carocci Editore, Roma 2012

di fruire di misure alternative, e della sostanziale esclusione dalla misura dei detenuti stranieri¹³⁰.

Mosconi rileva una decisa crescita del numero degli arresti con un'alta percentuale di ingressi in carcere per periodi molto brevi di tempo (circa il 30% degli arrestati viene trattenuto per non più di tre giorni) e una sostanziale diminuzione della concessione delle misure alternative alla detenzione (semilibertà e affidamento)¹³¹.

Le misure alternative superavano, fino a metà del decennio scorso, le 50.000 concessioni, rappresentando un'area di controllo penale esterno di proporzioni simili a quella della popolazione detenuta. Oggi, a fronte di un ulteriore aumento dei potenziali aventi diritto a tali misure (pari a circa il 65% della popolazione carceraria), il numero delle misure alternative concesse è crollato attorno ai 10.000 casi, sia per effetto dell'indulto del 2006, in seguito al quale la ricrescita degli ingressi in carcere ha superato di gran lunga quella della concessione delle misure alternative, sia a causa della legge che nel 2005 ha fortemente limitato la concessione dei benefici per i recidivi reiterati.

Complessivamente i dati brevemente riportati mettono in luce le criticità che investono, da almeno due decenni, il nostro sistema di esecuzione penale.

Il carcere risulta visibilmente riprodursi come contenitore della marginalità sociale, caratterizzata da bassi livelli di istruzione, disoccupazione, tossicodipendenza, nazionalità straniera, costituendosi come ultimo gradino di un processo ad imbuto che seleziona la sua popolazione sulla base della disponibilità di risorse materiali ed umane.

«Il carcere viene quindi sostanzialmente usato, in opposizione al dettato costituzionale, come forma di disciplinamento, di controllo e di minaccia nei confronti delle aree sociali più disagiate»¹³².

Un tale utilizzo della prigione mette a dura prova l'intero sistema penitenziario, sia dal punto di vista strutturale che dal punto di vista umano.

In ogni sistema penitenziario si presenta purtroppo una contraddizione di fondo duplice: da una parte si ha la pretesa di insegnare al detenuto il modo di vivere e di comportarsi nel mondo libero, e nello stesso tempo lo si costringe a vivere nel carcere che di quel mondo è l'antitesi. L'idea della pena che c'è oggi è sempre ed esclusivamente l'idea che la pena debba far soffrire, e la sofferenza debba essere

¹³⁰ VIANELLO F. *Il carcere – sociologia del penitenziario*, Carocci Editore, Roma 2012

¹³¹ MOSCONI G. (a cura di) *L'altro carcere*, CLEUP, Padova, 1982

¹³² MOSCONI G. (a cura di) *L'altro carcere*, CLEUP, Padova, 1982

prima di tutto fisica, nonostante la Costituzione affermi che la pena non possa consistere in un trattamento inumano e degradante.

CAPITOLO 4

IL SUICIDIO NELLE CARCERI

Il tema più generico delle morti in carcere ha cominciato a destare l'interesse degli studiosi intorno alla metà del diciannovesimo secolo, periodo in cui la morte ha iniziato ad essere percepita come un “fenomeno di disagio sociale”.

Storicamente le ricerche condotte in ambiente carcerario hanno avuto per oggetto il problema delle “morti in carcere” e non quello del suicidio in carcere.

A seconda che nello studio del comportamento suicidario in carcere si metta in primo piano l'influenza dei fattori endogeni o quella dei fattori esogeni, si perviene a diversi indirizzi epistemologici: secondo la tradizione sociologica si mettono in evidenza gli aspetti ambientali (e quindi esogeni), quali fattori maggiormente predisponenti al suicidio. In questo caso il suicidio sarebbe da addebitare alle pessime condizioni ambientali della vita in carcere. In questa prospettiva sociologica, indipendentemente dalla natura dell'individuo (dalle sue capacità cognitive e dalle sue abilità di adattamento) le condizioni sono tali di per sé da provocare l'autosoppressione.

Secondo gli studi medici, invece, si valorizza la prospettiva patologica del fenomeno suicidario, cosicché il suicidio è inteso come la conseguenza di una patologia individuale indipendentemente dalle condizioni ambientali del carcere. In questo caso allora il suicidio dipende prevalentemente da fattori endogeni e cioè legati esclusivamente alla natura dell'individuo. Secondo questo punto di vista colui che presenta tali caratteristiche endogene è inevitabilmente destinato al suicidio indipendentemente dall'ambiente in cui vive.

Si confrontano perciò due opposte prospettive sullo stesso problema. Fino ad oggi i rari studi su questo tema sono stati condotti prevalentemente secondo una prospettiva

medica. Gli studi di tipo medico, prevalenti nei paesi di *civil law* (Francia e Italia), mentre quelli di tipo sociologico (specialmente di tipo epidemiologico) sono diffusi soprattutto nei paesi di *common law*.

Anche in Italia, quindi, sembra che l'approccio prevalente nello studio del suicidio carcerario sia stato quello medico. La maggior parte delle teorie sul suicidio carcerario, infatti, ha avuto una impostazione medica e in particolare, prevalgono le teorie di indirizzo psichiatrico. Hanno avuto invece una importanza marginale (e fino ad ora non sono state capaci di fornire specifiche teorie sul suicidio carcerario) le teorie psicoanalitiche, cognitive e comportamentali.

La prospettiva medica è sempre stata quella prevalente anche perché sono i medici che per motivi di servizio si sono trovati a dover risolvere questo problema, e così inevitabilmente, soprattutto in Italia, la letteratura specifica è costituita da articoli raccolti nelle riviste di medicina penitenziaria. Relativamente a questo modo forse un po' unilaterale di trattare l'argomento si è parlato di "medicalizzazione" del problema, proprio perché è stato dato eccessivo rilievo all'aspetto patologico trascurando l'influenza degli aspetti sociali in relazione al suicidio.

Le ricerche condotte secondo una prospettiva sociologica sul tema del suicidio carcerario tendono al contrario a mettere in evidenza l'influenza dell'ambiente in relazione al suicidio del detenuto¹³³.

Attualmente, tuttavia, i due approcci non sono più così antitetici. Il punto di vista delle ricerche mediche sulle condotte autolesive dei detenuti sta mutando. Pur mantenendo ferma la concentrazione sugli aspetti patologici, infatti, emerge con sempre maggiore evidenza la correlazione fra patologia e fattori ambientali. Le teorie mediche, dunque, seguono un percorso che dall'esame dell'individuo risale a quello dell'ambiente; si parte da uno studio della patologia come fattore responsabile del suicidio per concludere che il carcere stesso è patogeno.

Le teorie sociologiche, all'inverso, partono dallo studio dell'ambiente dell'istituzione totale per affermare, poi, che per quanto possano essere difficili le condizioni ambientali, non tutti i detenuti reagiscono allo stesso modo: dunque, anche la predisposizione personale a compiere gesti autosoppressivi riveste una notevole importanza¹³⁴.

¹³³ UBALDI S. *Il suicidio in carcere* L'altro Diritto Centro di documentazione su Carcere, devianza a marginalità ISSN 1827-0565 - <http://www.altrodiritto.unifi.it/index.htm>, 1997

¹³⁴ CARPENTIERI R. *Profili criminologici del suicidio in carcere*, (Università di Napoli), in Dossier "Morire di carcere" Ristretti Orizzonti 2000-2014 www.ristretti.it

In questo capitolo, pur dando maggior risalto agli aspetti sociologici, analizzeremo il problema del suicidio in carcere da entrambe le prospettive, che sono difficilmente separabili: proprio attraverso il loro mutuo intrecciarsi, infatti, si può acquisire una interpretazione del fenomeno che sia sufficientemente esaustiva.

4.1 Salute e popolazione carceraria

L'articolo 32 della Costituzione Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e stabilisce la gratuità delle cure per gli indigenti. Come tale, quindi, il diritto alla salute va garantito e difeso in ogni ambito, anche quando c'è una restrizione della libertà, anche quando si tratta di persone straniere. La detenzione interviene modificando, spesso temporaneamente, alcune qualità dell'individuo-cittadino, ma non quella al diritto di essere assistito e curato. È uno dei principi con cui si misura il grado di civiltà e lo sviluppo etico e politico di una comunità o di un Paese.

La salute in carcere quindi è interesse della collettività, ma è anche un tema di interesse specifico per chi vive e opera negli Istituti di pena: persone detenute, operatori di polizia, personale socio-sanitario.

La tutela della salute della persona reclusa assume una valenza positiva in relazione a quella che è la concezione della pena riconosciuta nella nostra Costituzione nell'articolo 27, terzo comma, che recita: “Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato”.

La norma costituzionale, è noto, sancendo il principio della “umanizzazione” e della “funzione rieducativa” della sanzione penale, impone una concezione della pena non meramente retributiva o preventiva ma attenta ai bisogni umani del condannato in vista del suo possibile reinserimento sociale. È naturale osservare come, allora, la umanizzazione della pena e la rieducazione del detenuto postulino necessariamente la tutela del suo diritto alla salute. La condizione di benessere psico-fisico diviene, infatti, strumentale all'attività volta al recupero sociale dell'individuo, a quello che viene definito il “trattamento”. La stessa esecuzione della pena nei suoi caratteri sanzionatori e disciplinari dovrebbe cedere il passo di fronte alla malattia. La

disciplina sui ricoveri, sull'incompatibilità e sull'applicazione di misure verso il recluso-malato si muovono in tale direzione¹³⁵.

L'assistenza sanitaria del detenuto, quindi, pur essendo incidentale rispetto ai fini primari della carcerazione e della sicurezza, si pone come attività strumentale, si qualifica rispetto alla funzione di trattamento e di sicurezza.

La tutela della salute del detenuto, l'organizzazione sanitaria e i compiti della medicina penitenziaria, possono essere pienamente compresi solamente se si considera il binomio sicurezza-trattamento, espressione diverse della finalità della pena con valenza rieducativa.

La grande complessità del sistema penitenziario odierno, nel suo insieme e in rapporto ai suoi molteplici compiti, risiede in questa singolarità della sua funzione.

Il principio della tutela della salute come fondamentale diritto di ogni individuo sancito dall'articolo 32 della Costituzione, si estrinseca, sia pure sotto diversi aspetti, anche attraverso il rispetto del diritto all'integrità fisica del detenuto.

In tal senso devono essere intese le norme contenute nell'ordinamento penitenziario, che sanciscono delle regole sulle modalità di costruzione dei nuovi istituti penitenziari, sulle caratteristiche dei locali di soggiorno e di pernottamento, sul vestiario ed il corredo da fornirsi a ciascun detenuto; sull'uso dei bagni e delle docce per l'igiene e la pulizia personale; sulla somministrazione del vitto e sulla permanenza all'aria aperta per un tempo minimo di due ore.

Tali disposizioni hanno come obiettivo quello di garantire un livello decoroso di condizioni di vita quotidiana e di igiene personale dei detenuti, attuando in sostanza una tutela "preventiva" della salute.

Diversamente dalla norme poste a tutela "preventiva" del diritto alla salute, l'organizzazione del servizio sanitario negli istituti penitenziari, prevista dall'articolo 11 dell'Ordinamento Penitenziario, è volta ad assicurare la realizzazione delle cure mediche che si rendono necessarie dall'attualità delle condizioni del detenuto.

Tale disposizione impone la sottoposizione a visita medica generale per tutti i soggetti che fanno ingresso in istituto, nonché il controllo periodico dell'idoneità al lavoro dei detenuti che prestano attività lavorativa in carcere.

¹³⁵ MIRISOLA C. (a cura di) per l'INMP (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto alle malattie della povertà) - Volume: *Salute Libera tutti, nell'ambito del progetto: "Salute senza barriere. Integrazione sanitaria dei cittadini stranieri privati della libertà personale"*, finanziato dal Fondo Europeo per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi, programma annuale 2011.

Giova rilevare che in ogni istituto deve essere istituito un servizio di medicina generale e di uno specialista in psichiatria, nonché di una farmacia interna per la terapia ordinaria.

Attraverso il riordino della medicina penitenziaria, avvenuto con il Decreto legislativo 230/99, si è affermato che in materia di erogazione dei servizi sanitari vige il principio della parità di diritti tra i detenuti e i cittadini liberi. Le competenze in materia sanitaria sono ripartite tra il Ministero della Sanità, per la programmazione controllo del Servizio Sanitario Nazionale negli istituti penitenziari, le Regioni e le Aziende Sanitarie Locali; mentre, al Ministero della Giustizia sono riservate competenze in materia di sicurezza all'interno delle strutture sanitarie interne al carcere e presso i luoghi di cura esterni.

Quando si verificano eventi che rendono necessarie cure mediche o diagnostiche che non possono essere adeguatamente fornite dai presidi sanitari esistenti in istituto, i detenuti possono essere trasferiti presso ospedali o altri luoghi esterni di cura.

Il suicidio è spesso la causa più comune di morte nelle carceri. Gli istituti penitenziari hanno l'obbligo di preservare la salute e la sicurezza dei detenuti, ed un eventuale fallimento di questo mandato può essere perseguito ai fini di legge.

Infatti, in caso di morte di un soggetto detenuto, qualora l'autorità giudiziaria dovesse ravvisare negligenze, ritardi o omissioni nel comportamento degli appartenenti al Corpo di Polizia Penitenziaria, nulla osta alla possibilità di ravvisare in queste ipotesi una responsabilità penale per omicidio a titolo di omissione colposa¹³⁶.

Nonostante la fascia di età maggiormente rappresentata negli istituti di pena sia quella nella quale di solito l'uomo gode di migliore salute, la popolazione penitenziaria presenta un tasso di morbilità più alto rispetto alla popolazione esterna al carcere. Parlando di carcere, ci si pone di fronte ad un modello di soggetto che si trova in una situazione contingente particolarmente limitativa e che allo stesso tempo presenta un'elevata richiesta di assistenza e cura della propria salute, come attesta la letteratura medico-penitenziaria¹³⁷.

Nel carcere, prima ancora che sul territorio, si sono dovute affrontare nel corso del tempo l'emergere di patologie quali la tossicodipendenza, il virus dell'HIV, le malattie infettive da virus epatici e la TBC, collegate con la gestione del

¹³⁶ Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Istituto Superiore di Studi Penitenziari *La prevenzione dei suicidi in carcere - Contributi per la conoscenza del fenomeno Quaderni ISSP Numero 8* Dicembre 2011

¹³⁷ FRANCESCHINI A. *La medicina penitenziaria*, in GIUSTI G. (a cura di), *Trattato di medicina legale e scienze affini*, vol VIII, cap.CCLII, CEDAM, Padova, 2009

fenomeno immigratorio (che, come sappiamo, ammonta a circa un terzo dell'odierna popolazione detenuta) e del sovraffollamento carcerario.

Il sistema penitenziario ed il servizio sanitario da esso offerto hanno dovuto far fronte pertanto a questi fenomeni, adattando la propria struttura amministrativa in base alle emergenze oltre che alle esigenze profilattiche e organizzative venute alla luce nel corso del tempo. Difatti nell'ambito del sistema penitenziario italiano è dato riscontrare numerose ricorrenti patologie, tra le quali si distingue, per la sua particolare diffusione, la tossicodipendenza (per un totale di circa 25% della popolazione detenuta)¹³⁸, affezione che richiede l'individuazione di percorsi mirati alla disassuefazione e alla riabilitazione. A ciò ha provveduto il legislatore del Testo Unico in materia di stupefacenti (D.P.R. 309 del 1990), attraverso l'elaborazione di un'ipotesi ad hoc di sospensione dell'esecuzione della pena detentiva (art. 90 [D.P.R. 309/1990](#)), e una particolare figura di affidamento in prova (art. 94 [D.P.R. 309/1990](#)) collegati alla partecipazione a programmi di recupero terapeutico.

La branca odontoiatrica rappresenta una diffusa, quanto insospettabile, porzione della complessiva domanda di salute registrabile fra le persone private della libertà, determinata per la maggior parte dall'incidenza di fattori quali il regime alimentare e in generale la vita quotidiana particolarmente sedentaria dentro il carcere. Anche le malattie mentali rappresentano senz'altro una patologia tale da sollevare numerose criticità all'interno del mondo degli istituti di pena¹³⁹.

Soffermandosi invece sulle patologie connesse al sistema cardio-circolatorio, ci si accorge di come queste colpiscano generalmente persone di età superiore ai 50 anni, che oggi rappresentano circa il 14% della popolazione carceraria. Esse possono derivare per larga parte da uno stile di vita scorretto, dedito al fumo (attivo o passivo), dall'abuso di caffeina, dall'ipertensione vascolare, nonché dal disagio e dallo stress che il metabolismo spesso somatizza. Infine le malattie infettive, tra cui l'HIV, la tubercolosi, l'epatite di virus C e B, costituiscono

¹³⁸ FRANCESCHINI A. *La medicina penitenziaria*, in GIUSTI G. (a cura di), *Trattato di medicina legale e scienze affini*, vol VIII, cap.CCLII, CEDAM, Padova, 2009

¹³⁹ PAOLUCCI M. relatore: DI BITONTO M.L., *La tutela del diritto alla salute delle persone detenute*, Tesi di Laurea, Università Luiss, Dipartimento di Giurisprudenza, Catttedra di Diritto dell'esecuzione penale, anno accademico 2011/2012

affezioni tali da richiedere la predisposizione di una serie di misure di medicina pubblica e preventiva in modo da abbassare l'alta diffusione di virus e batteri¹⁴⁰.

I bisogni delle persone sottoposte a regime di detenzione e le loro difficoltà dovrebbero potersi trasformare in domande di aiuto, di sostegno, di chiarificazione, affinché il carcere non risponda soltanto allo scontare una pena, ma possa aiutare la persona e prendersi carico di quelle ferite più profonde che in carcere fanno ancora più male e che non corrispondono soltanto a dolori nel corpo.

Il carcere dovrebbe essere, dunque, anche un luogo di ascolto competente e di contenimento rispetto alla diversa modalità di esprimere il disagio e chiedere aiuto, per rinforzare ogni aspetto sano della persona¹⁴¹. Purtroppo questo raramente accade.

L'articolo 146 prevede il "rinvio obbligatorio dell'esecuzione della pena" quando il condannato è affetto da A.I.D.S. conclamata, o da grave deficienza immunitaria, o da altra malattia particolarmente grave per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione.

L'incompatibilità si verifica quando la persona è in una fase della malattia così avanzata da non rispondere più (secondo le certificazioni del Servizio sanitario penitenziario o di quello esterno) ai trattamenti terapeutici praticati in carcere.

L'articolo 147 prevede il "rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena" per "chi si trova in condizioni di grave infermità fisica". La legge non dice nulla per definire meglio il concetto di "grave infermità fisica" e per saperne di più dobbiamo guardare alla giurisprudenza che, peraltro, contiene anche elementi contraddittori.

Viene riconosciuta nel caso in cui la malattia conduca la persona alla morte senza che vi sia alcuna possibilità di cura; non è sufficiente, però, essere affetti da una malattia cronica irreversibile, bisogna che le condizioni fisiche del malato siano tali da poterne escludere la pericolosità¹⁴².

Attraverso una indagine realizzata dall'INMP nel 2011 in 12 Istituti penitenziari italiani, si è voluta indagare la percezione dei detenuti in merito all'offerta del servizio sanitario all'interno degli Istituti di pena.

¹⁴⁰ PAOLUCCI M. relatore: DI BITONTO M.L., *La tutela del diritto alla salute delle persone detenute*, Tesi di Laurea, Università Luiss, Dipartimento di Giurisprudenza, Cattedra di Diritto dell'esecuzione penale, anno accademico 2011/2012

¹⁴¹ MIRISOLA C. (a cura di) per l'INMP (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto alle malattie della povertà) - Volume: *Salute Libera tutti*, nell'ambito del progetto: "Salute senza barriere. Integrazione sanitaria dei cittadini stranieri privati della libertà personale", finanziato dal Fondo Europeo per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi, programma annuale 2011.

¹⁴² Centro Studi di Ristretti Orizzonti - *Dossier "Morire di carcere"* Ristretti Orizzonti 2000-2014 www.ristretti.it

Dai risultati di questa indagine¹⁴³ è emerso che le condizioni delle celle sono considerate spesso, molto spesso o sempre a rischio per la salute dalla metà degli intervistati (per 49,7% degli intervistati), così come le condizioni degli spazi comuni (52,9% degli intervistati). Inoltre, soltanto il 15,4% dichiara di ricevere prodotti igienici per la pulizia della cella spesso, molto spesso o sempre, mentre il restante 84,5% afferma di riceverlo di tanto in tanto (23%), raramente (11,8%), molto raramente (22,9%) o addirittura mai (nel 26,8% dei casi). Rispetto agli uomini, le donne in genere considerano meno rischiosi per la salute sia le celle che gli spazi comuni ed affermano più spesso di ricevere dei prodotti igienici. Per quanto concerne la privacy all'interno della propria cella, soltanto il 4,8% dichiara di riuscire ad averne molta o moltissima, mentre la metà dichiara di non riuscire ad averne nessuna (48,3%) e il 32,2% poca. Un'altra variabile presa in considerazione per valutare la vivibilità in carcere è il rumore, che sembra rappresentare un fattore di disagio soprattutto di giorno, quando viene considerato alto o molto alto dal 55,7% degli intervistati, mentre di notte tale dato scende al 12,1%. Infine, per quanto riguarda la varietà e quantità di cibo fornito, i detenuti hanno espresso una sostanziale insoddisfazione sotto tutti e tre i punti di vista.

Per quanto riguarda i sintomi di malessere percepiti dai detenuti (vedi tabella 1) l'aspetto che più risalta è rappresentato dalle diffuse preoccupazioni per la famiglia, seguite da preoccupazioni economiche e dalla frustrazione per il dover stare in lui ambiente chiuso. Ma in generale possiamo notare come a tutti i fattori siano stati attribuiti valori elevati: lo stesso pensiero ricorrente alla morte, il meno incidente tra tutti i sintomi di malessere, viene avvertito in media una o più volte al mese.

Tab.1 Sintomi di malessere personale dei detenuti (valutazione da 1 a 7)

Valori: 1=mai, 2=raramente, 3=1 volta al mese, 4=pche volte al mese, 5=1 volta a settimana, 6=più giorni alla settimana, 7=sempre

Sintomi di malessere	
Preoccupazioni per la famiglia	6,45
Preoccupazioni economiche	5,64
Frustrazione di dover stare in ambiente chiuso	5,49
Tristezza/Vuoto/depressione	5,06
Dolori alla schiena	4,94
Tensione/ansia	4,81

¹⁴³ L'indagine si è avvalsa dell'utilizzo di un questionario che è stato compilato complessivamente da 833 detenuti.

Disturbi del sonno	4,79
Senso di inutilità generalizzata	4,62
Fatica	4,56
Mal di testa	4,39
Dolori muscolari	4,27
Sensazione che qualcosa non vada nel proprio corpo	4,24
Perdita di interesse per attività quotidiane	4,11
Problemi di digestione	3,94
Scarso appetito	3,88
Pensieri ricorrenti alla morte	3,48

Fonte: dati di una indagine realizzata dall'INMP, 2011

Un altro dato preso in considerazione per avere un quadro del livello di benessere personale è costituito dal consumo di tabacco, caffeina e cibo. Partendo dal primo, una buona percentuale (il 34,92% del totale, il 39,86% se consideriamo soltanto gli stranieri, il 45% se consideriamo solo la popolazione femminile) dichiara di non fumare: tale dato tuttavia va letto in chiave critica se pensiamo che le aree riservate ai non fumatori sono pressoché inesistenti nelle carceri italiane e pertanto i rischi correlati al fumo passivo sono estremamente elevati. Uno su cinque tra gli intervistati, inoltre, afferma che negli ultimi sei mesi il suo consumo di tabacco è molto aumentato.

Un altro indicatore di benessere personale considerato dall'indagine è rappresentato dallo svolgimento di una regolare attività fisica: la metà degli intervistati dichiara di non impegnarsi regolarmente in un esercizio fisico, dato che risulta maggiore per gli italiani (il 57% ha risposto di no) rispetto agli stranieri (49%). La popolazione femminile afferma di non svolgere alcuna attività fisica nel 65% dei casi.

Per quanto riguarda la percezione del servizio sanitario da parte dei detenuti, l'indagine ha voluto investigare il livello percepito di facilità/difficoltà di accesso ai servizi sanitari: soltanto il 13,1% lo considera *facile* (8,3%) o *molto facile* (4,8%), mentre oltre la metà lo considera *difficile* (25,5%), *molto difficile* (18,6%) o addirittura *impossibile* (10,3%). Non emergono grosse differenze tra italiani e stranieri a questo proposito. I fattori più importanti che, secondo i detenuti, rendono così spesso ostico accedere al servizio sanitario sono “i tempi di attesa per ottenere delle risposte” e, per gli stranieri più che per gli italiani, “l'utilizzo della “domandina” per ogni richiesta”.

Un'altra parte del questionario è stata dedicata alla raccolta delle percezioni del rischio. In *primis*, sono stati elencati una serie di fattori di rischio per la salute

determinati dalla condizione di reclusione e si è chiesto di esprimere il livello percepito rappresentato da ognuno di questi fattori, su una scala da *per niente* a *moltissimo* (vedi tabella 2). Le risposte fornite, sostanzialmente non dissimili tra italiani e stranieri, evidenziano una diffusa preoccupazione di *soffrire di disturbi legati alla mancanza di spazio e movimento*, determinata dalla forzata immobilità della vita carceraria. Molti altri fattori sono considerati *dall'abbastanza* al *molto* rischiosi, mentre spiccano due fattori considerati solo tra il poco e *l'abbastanza* rischiosi: il “*subire danni legati al consumo di droghe*” e il “*subire violenze fisiche*”.

Tab. 2 Fattori di rischio per la salute (valutazione da 1 a 5)

Valori: 1:per niente, 2:poco, 3:abbastanza, 4:molto, 5:moltissimo

Fattori di rischio	
Soffrire di disturbi legati alla mancanza di spazio e di movimento	4,14
Contrarre malattie dovute a mancanza di igiene	3,74
Non essere adeguatamente assistiti in caso di malattia	3,66
Soffrire di disturbi psicologici dovuti a isolamento/deprivazione affettiva	3,65
Soffrire di disturbi alla vista	3,57
Contrarre malattie trasmissibili (HIV, TBC, epatiti, scabbia, ecc..)	3,54
Contrarre malattie dovute a fumo passivo	3,48
Subire violenze psicologiche	3,21
Soffrire di disturbi legati alla alimentazione e alla digestione	3,10
Subire violenze fisiche	2,45
Subire i danni dovuti al consumo di droghe	2,28

Fonte: dati di una indagine realizzata dall'INMP, 2011

In secondo luogo si è chiesto di esprimere un'opinione in merito a un elenco di potenziali fattori di rischio di trasmissione di malattie infettive. Anche in questo caso le risposte date da italiani e stranieri non sono significativamente divergenti. Il sovraffollamento viene considerato il fattore di rischio più alto, seguito dalla “*scarsa igiene nelle celle e nelle docce*” e dalla “*scarsa aerazione nelle celle*”. Anche la “*non corretta manutenzione degli strumenti sanitari*” e la “*scarsa igiene in caso di ferite, tagli, ecc.*” vengono considerati tra *abbastanza* e il *molto* rischiosi, mentre, ancora una volta, sembrano essere sottovalutati i fattori di rischio determinati dai “*rapporti sessuali non protetti*” e dall’“*uso di droghe per via iniettiva*”, considerati entrambi “soltanto” tra il poco e *abbastanza* rischiosi.

In generale sembra che venga attribuito un livello di rischio più elevato a fattori esterni (come il sovraffollamento, le celle e le docce) oppure attribuibili ad altri (come gli operatori sanitari che non effettuerebbero una corretta manutenzione degli strumenti), rispetto a scelte comportamentali individuali. Su questo, secondo l'indagine, sembra influire la grande carenza di educazione sanitaria e di informazione/formazione a riguardo¹⁴⁴.

In ogni caso, dalla rappresentazione che emerge dai risultati di questa indagine, la situazione in essere nelle carceri italiane, per quanto riguarda la tutela del diritto alla salute, sembra essere, ancora un volta, lontana da quanto previsto dal dettato costituzionale.

4.2 Le morti nelle carceri: aspetti demografici e epidemiologici

Nelle carceri italiane muoiono in media 150 detenuti l'anno, dei quali un terzo circa per suicidio (1.005 casi accertati, dal 1990 ad oggi), un terzo per cause immediatamente riconosciute come "naturali", e il restante terzo per "cause da accertare", che indicano tutti i casi nei quali viene aperta un'inchiesta giudiziaria¹⁴⁵.

A volte la causa della morte è l'infarto, evento difficilmente prevedibile. Altre volte sono le complicazioni di un malanno trascurato o curato male. Altre volte ancora la morte arriva al termine di un lungo deperimento, dovuto a malattie croniche, o a scioperi della fame.

Tab.3 Eventi critici¹⁴⁶ nel periodo 1992-2012 (serie storica)

Anno	Presenza Media	Decessi per cause naturali	Suicidi
-------------	-----------------------	-----------------------------------	----------------

¹⁴⁴ MIRISOLA C. (a cura di) per l'INMP (Istituti Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto alle malattie della povertà) - Volume: *Salute Libera tutti*, nell'ambito del progetto: "Salute senza barriere. Integrazione sanitaria dei cittadini stranieri privati della libertà personale", finanziato dal Fondo Europeo per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi, programma annuale 2011.

¹⁴⁵ Centro Studi di Ristretti Orizzonti - *Dossier "Morire di carcere"* Ristretti Orizzonti 2000-2014 www.ristretti.it

¹⁴⁶ Nella definizione di Eventi Critici rientrano diverse categorie di fenomeni con un denominatore comune: "mettere a rischio la propria o altrui incolumità e più in generale la sicurezza all'interno degli istituti penitenziari".

	detenuti	Valore assoluto	Ogni 10.000 detenuti mediam. presenti	Valore assoluto	Ogni 10.000 detenuti mediam. presenti
1992	44.134	89	20,2	47	10,6
1993	50.903	111	21,8	61	12,0
1994	52.641	86	16,3	50	9,5
1995	50.448	79	15,7	50	9,9
1996	48.528	78	16,1	45	9,3
1997	49.306	67	13,6	55	11,2
1998	49.559	78	15,7	51	10,3
1999	51.072	83	16,3	53	10,4
2000	53.338	104	19,5	56	10,5
2001	55.193	108	19,6	69	12,5
2002	56.431	108	19,1	52	9,2
2003	56.081	100	17,8	57	10,2
2004	56.064	104	18,6	52	9,3
2005	58.817	115	19,6	57	9,7
2006	51.748	81	15,7	50	9,7
2007	44.587	76	17,0	45	10,1
2008	54.789	96	17,5	46	8,4
2009	63.087	100	15,9	58	9,2
2010	67.820	108	15,9	55	8,1
2011	67.405	102	15,1	63	9,3
2012	66.449	97	14,6	56	8,4

Fonte: Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato - sezione statistica

L'articolo 1 del Decreto Legislativo 230/99, sul riordino della medicina penitenziaria stabilisce che: "I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali ed in quelli locali".

Dall'entrata in vigore di questa legge sono trascorsi quindici anni, nel corso dei quali le competenze sull'assistenza sanitaria dei detenuti avrebbero dovuto gradualmente passare dal Ministero della Giustizia a quello della Sanità: invece, quello che si è sicuramente verificato è stato il taglio delle risorse economiche destinate alle cure mediche per i detenuti, mentre l'attribuzione delle pertinenze è tuttora argomento di discussione e di confusione. Nel frattempo i detenuti morti per problemi di salute sono aumentati di anno in anno.

Ma l'assistenza sanitaria in carcere è molto complicata anche perché a volte i detenuti "usano" la propria salute per cercare di ottenere migliori condizioni di detenzione (una

dieta speciale, una cella singola, l'autorizzazione a fare la doccia ogni giorno, farmaci), oppure la detenzione domiciliare o il rinvio della pena. I medici, a loro volta, tendono a considerare tutti i detenuti dei simulatori, a minimizzare di fronte ai sintomi di una malattia, a rassicurare il paziente - detenuto sul fatto che "non è niente di grave". Il comportamento di entrambe le parti impedisce l'instaurarsi di un rapporto di fiducia, che pure sarebbe necessario per l'effettività e l'efficacia delle cure.

Così, quando un detenuto muore, una azione di "depistaggio" viene spesso messa in campo per scaricare su altri la responsabilità dell'accaduto, sia all'interno del carcere, sia all'esterno.

4.3 Il Suicidio nelle carceri italiane: confronti con altri paesi e altri periodi temporali

Nelle carceri italiane i detenuti si tolgono la vita con una frequenza di oltre quindici volte maggiore rispetto alle persone libere e, spesso, lo fanno negli istituti dove le condizioni di vita sono peggiori, quindi in strutture particolarmente fatiscenti, con poche attività trattamentali, con una scarsa presenza del volontariato¹⁴⁷.

Nonostante la maggior parte dei suicidi sia costituita da individui di sesso maschile, il tasso suicidario fra i due sessi risulta comunque analogo.

Quindi all'interno degli istituti di pena quasi si rovescia quella proporzione che caratterizza il mondo esterno e che vede le condotte autolesive di gran lunga più diffuse fra i maschi che fra le femmine. Ne consegue che mentre per i detenuti il rischio di suicidio è circa di sette volte maggiore di quello della popolazione generale, nel caso delle detenute tale rischio è di trenta volte superiore, dimostrando che l'esposizione al carcere delle femmine, sia pure con un basso numero di casi, rappresenta una situazione maggiormente pericolosa che nei maschi. Per quanto riguarda l'età i dati dimostrano che non sono gli ultrasessantacinquenni i soggetti fra i quali sono più frequenti le condotte autolesive (come avviene per la popolazione libera), bensì gli adulti giovani, con un'età media sotto i 35 anni.

¹⁴⁷ Centro Studi di Ristretti Orizzonti - *Dossier "Morire di carcere"* Ristretti Orizzonti 2000-2014
www.ristretti.it

Altro aspetto saliente è la scolarità dei suicidi: più del 60% delle vittime ha un titolo pari alla media inferiore o anche meno, ma si contano anche analfabeti. Molti dei suicidi, inoltre, sono tossicodipendenti, o sieropositivi; alta anche la percentuale di stranieri, in gran parte extracomunitari; e altissima, pari a oltre il 50%, la percentuale dei detenuti in cui è stato riscontrato un disturbo psichico, soprattutto stati depressivi o deliranti e disturbi della personalità.

Dal punto di vista dello status giuridico, più del 50% è sottoposto ormai a condanna definitiva o aveva subito precedenti carcerazioni, ma, fra i detenuti in attesa di giudizio, ben il 75% si toglie la vita nei primi quindici giorni di detenzione.

Il metodo più utilizzato per il suicidio è l'impiccamento, messo in atto spesso durante l'isolamento, e durante periodi in cui il personale è più scarso, come di notte e il fine settimana. Molti suicidi avvengono nei momenti in cui i prigionieri si trovano da soli, pur condividendo la cella con qualcun altro.

Esiste una forte associazione tra suicidio dei detenuti e tipo di alloggio assegnato. Nello specifico, un detenuto posto in isolamento, o sottoposto a particolari regimi di detenzione (specialmente in cella singola) e incapace di adattarsi, è ad alto rischio di suicidio¹⁴⁸.

La frequenza dei suicidi tra i carcerati sottoposti al regime di 41-bis (carcere duro) è di 3,5 volte superiore rispetto a quella registrata nel resto della popolazione detenuta¹⁴⁹.

Volendo effettuare un confronto con altri paesi europei, si riscontra che in Europa nel triennio 2005-2007 si è registrata una media annua di 9,4 suicidi ogni 10.000 detenuti, tra i presenti in tutte le carceri del continente. Confrontando invece i tassi di suicidio nelle popolazioni detenute dei singoli Paesi il valore mediano risultava di 7,4 suicidi l'anno ogni 10.000 persone.

Nello stesso periodo, in Italia il tasso di suicidio era di 10,2 suicidi ogni 10.000 detenuti.

Nel 2007, a fronte di una media europea di 8,8 suicidi ogni 10.000 detenuti, in Italia il tasso di suicidi era di 9,7 suicidi ogni 10.000 detenuti (vedi tabella 4).

¹⁴⁸ IASP (International Association for Suicide Prevention) *La prevenzione del suicidio nelle carceri* World Health Organization (Management of Mental and Brain Disorders Department of Mental Health and Substance Abuse), 2007

¹⁴⁹ Il regime di "carcere duro" (previsto dall'art. 41bis dell'Ordinamento Penitenziario, e introdotto con il D.L. n. 306 del 1992 di contrasto alla criminalità organizzata) è applicato all'1% circa della popolazione detenuta e comporta severe limitazioni sia nei contatti con l'esterno sia nelle attività interne al carcere, oltre ad una strettissima sorveglianza

Tabella 4 : Morti negli Istituti di pena (inclusi i suicidi) nei singoli paesi, nel 2006

PAESI	Numero totali morti	Numero suicidi	Percentuali Suicidi/Morti	Morti per 10.000 detenuti	Suicidi per 10.000 detenuti
Austria	34	10	29.4	38.7	11.4
Bulgaria	40	2	5.0	32.7	1.6
Danimarca	6	1	16.7	16.0	2.7
Finlandia	7	3	42.9	18.8	8.1
Francia	215	93	43.3	37.1	16.1
Germania	163	76	46.6	20.6	9.6
Gran Bretagna	153	67	43.8	19.6	8.6
Irlanda	12	2	16.7	38.3	6.4
ITALIA	131	50	38.2	34.2	9,7
Norvegia	3	2	66.7	9.5	6.3
Olanda	50	20	40.0	24.4	9.8
Polonia	154	42	27.3	17.4	4.7
Portogallo	91	14	15.4	72.0	11.1
Spagna	269	31	11.5	42.0	4.8
Svezia	20	6	30.0	27.9	8.4
Svizzera	32	14	43.8	54.3	23.8
MEDIA EUROPEA			29,1	29,4	8,8

Fonte: Council of Europe Annual Penal Statistics – SPACE I – 2007

In alcuni Paesi, come la Francia, la Gran Bretagna e la Germania, che hanno un numero di detenuti paragonabile a quello dell'Italia, avvengono in media più suicidi rispetto a quelli che si registrano nelle nostre carceri. Tuttavia per un confronto efficace tra i dati dei vari paesi bisogna prendere in considerazione anche la frequenza dei suicidi nella popolazione libera, perché ogni sistema carcerario va contestualizzato nella comunità di riferimento.

Lo ha fatto l'Istituto Nazionale francese di Studi Demografici (INED), con la ricerca *“Suicide en prison: la France comparée à ses voisins européens”*, pubblicata a dicembre 2009. L'INED ha considerato la frequenza di suicidi tra i cittadini liberi, maschi, di età compresa tra 15 a 49 (cioè con caratteristiche simili a quelle della gran parte della popolazione detenuta) e ha calcolato lo “scarto” esistente con la frequenza dei suicidi in carcere.

L'Italia, tra i Paesi considerati, è quello in cui maggiore è lo scarto tra i suicidi nella popolazione libera e quelli che avvengono nella popolazione detenuta, con un rapporto da 1,2 a 9,9 (quindi in carcere i suicidi sono circa 9 volte più frequenti), mentre in

Gran Bretagna sono 5 volte più frequenti, in Francia 3 volte più frequenti, in Germania e in Belgio 2 volte più frequenti e in Finlandia, addirittura, il tasso di suicidio è lo stesso dentro e fuori dalle carceri (vedi tabella 5).

Dello “scarto” esistente tra i suicidi dei detenuti e quelli della popolazione libera è possibile definire un criterio di “vivibilità” di ogni sistema penitenziario.

Tab. 5 Confronti del tasso di suicidio in carcere e nella popolazione libera in alcuni paesi europei, 2002-2006

	Italia	Francia	Germania	Gran Bretagna	Belgio	Finlandia
	Suicidi ogni 10.000	Suicidi ogni 10.000	Suicidi ogni 10.000	Suicidi ogni 10.000	Suicidi ogni 10.000	Suicidi ogni 10.000
Popolazione libera	1,2	3,2	2,5	1,6	3,2	3,8
Detenuti	9,9	7,2	5,5	8,8	4,8	4,1

Fonte: Elaborazione su dati dell’Istituto nazionale francese di Studi demografici (INED)

Negli Stati Uniti fino a 30 anni fa il tasso di suicidio tra i detenuti era simile a quello che si registra oggi in Europa. La svolta avvenne nel 1988, quando il Governo istituì un Ufficio “ad hoc” per la prevenzione dei suicidi in carcere, con uno staff di 500 persone incaricate della formazione del personale penitenziario: in venticinque anni i suicidi si sono ridotti del 80%, rimanendo poi su livelli pari a circa 1/3 di quelli italiani ed europei.

Tab. 6: Suicidi in carcere: confronto tra Italia, paesi europei e Stati Uniti

Anni	Italia	Europa	Stati Uniti
2005	9,8	10,2	2,7
2006	10,1	8,1	3,1
2007	10,2	9,9	2,9
Media 2005-2007	10,0	9,4	2,9

Fonte: Elaborazione del Centro Studi di Ristretti Orizzonti su dati del Ministero della Giustizia, del Consiglio d’Europa, e dell’U.S. Department of Justice - Bureau of Justice Statistics

Dal 2001 al 2009 gli Stati Uniti hanno avuto una media di due milioni di detenuti presenti e 1.783 suicidi, con un tasso di 1,6 suicidi ogni 10 mila detenuti. In Italia,

nello stesso periodo, con una media di 54 mila detenuti presenti, abbiamo avuto 497 suicidi, con un tasso di 9,1 casi di suicidio ogni 10 mila detenuti¹⁵⁰.

Con un trentasettesimo della popolazione detenuta degli Stati Uniti abbiamo avuto quasi un terzo dei loro suicidi.

Le Amministrazioni statunitensi hanno scelto di investire risorse economiche notevoli per la prevenzione dei suicidi per la “conservazione del principio di legalità”.

Emblematica la notizia, pubblicata il 23 maggio 2012, secondo la quale la Corte Suprema degli Stati Uniti ha ordinato allo Stato della California la liberazione di 40.000 detenuti, in modo da ridurre la popolazione carceraria delle sue prigioni, sovraffollate.

Un altro confronto molto significativo è quello che riguarda – per quanto riguarda il nostro paese – l’ultimo decennio (2000-2009) rispetto agli anni ’60 (decennio 1960-69).

In Italia negli anni “60 la frequenza dei suicidi nelle carceri italiane era pari a un terzo rispetto a quella attuale: quindi nel nostro sistema penitenziario, nonostante la Riforma dell’Ordinamento del 1975 sembra sia avvenuto un percorso inverso rispetto a quello degli Stati Uniti

Tab. 7 Confronto Suicidi e Tentati suicidi tra gli anni ’60 e gli anni ‘2000

Anni	Presenza media detenuti durante l’anno (media annua)	Suicidi (totale)	Tasso suicidi per 10.000 abitanti (media)	Tentati suicidi (totale)	Tasso tentati suicidi per 10.000 abitanti (media)
1960-1969	32735	100	3,1	302	9,4
2000-2009	53988	558	10,32	7717	142,94

*Fonte (dati anni 1960-1969): Ufficio Studi e Ricerche della Direzione Generale per gli Istituti di Prevenzione e di Pena
Fonte (dati 2000-2009): Ministero della Giustizia Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria*

Negli ultimi dieci anni i detenuti suicidi nelle carceri italiane sono stati 568, mentre nel decennio 1960-1969 sono stati “soltanto” 100, con una popolazione detenuta che era circa la metà dell’attuale (vedi tabella 7): in termini percentuali, la frequenza dei suicidi è quindi aumentata del 300%, mentre la frequenza dei tentativi di suicidio è aumentata addirittura di quindici volte.

¹⁵⁰ Bureau of Justice Statistics, Deaths in Custody Reporting Program (DCRP). December 2011.

In Italia il tasso di suicidio è di circa lo 0,5 su 10.000: se quaranta anni fa i detenuti si uccidevano con una frequenza sei volte superiore rispetto alla popolazione libera, oggi la frequenza è di quasi venti volte superiore.

I motivi di questo aumento sono diversi: 40 anni fa i detenuti erano prevalentemente criminali “professionisti”, che mettevano in conto di poter finire in carcere ed erano preparati a sopportarne i disagi, mentre oggi buona parte della popolazione detenuta è costituita da persone provenienti dall'emarginazione sociale (immigrati, tossicodipendenti, malati mentali), spesso fragili psichicamente e privi delle risorse caratteriali necessarie per sopravvivere al carcere.

Inoltre, in quarant'anni la popolazione detenuta è pressoché raddoppiata, mentre la capienza delle carceri è aumentata soltanto di dieci mila posti, rendendo più invivibili le condizioni di vita dei detenuti.

Per di più, le celle “singole”, dimensionate ancora in base al Regolamento di Igiene Edilizia del 1947¹⁵¹ misurano 8mq + 4 di bagno annesso, ma oggi sono occupate da due o anche tre persone, il che ha comportato condanne all'Italia da parte della Corte dei Diritti Umani di Strasburgo.

In base all'articolo 22 del Codice Penale, i condannati all'ergastolo hanno diritto a trascorrere la notte in una cella singola, ma questo è impossibile per mancanza di spazi.

Infine, ma non meno importante, il lavoro nelle carceri, obbligatorio per i condannati (secondo l'articolo 20 dell'Ordinamento Penitenziario), in realtà è una rara eccezione: solo una piccola percentuale dei detenuti ne usufruisce.

La Riforma della Medicina Penitenziaria (iniziata nel 1999) ha determinato il passaggio di competenze dal Ministero della Giustizia a quello della Sanità, ma in assenza di investimenti economici sufficienti da parte delle Aziende Sanitarie Locali ha di fatto peggiorato i livelli di assistenza per i detenuti ammalati (salvo poche eccezioni).

Sul fronte degli Operatori Penitenziari, anch'essi frequentemente vittime di suicidio, non si sono messe in campo politiche di “benessere organizzativo”, sempre per mancanza di risorse, ma anche per mancanza di adeguata cultura manageriale da parte di chi pianifica le politiche penali¹⁵².

¹⁵¹ Regolamento di Igiene Edilizia delle Strutture ad Uso Collettivo

¹⁵² Centro Studi di Ristretti Orizzonti - *Dossier “Morire di carcere”* Ristretti Orizzonti 2000-2014
www.ristretti.it

Le misure alternative introdotte nel 1975-86 non hanno mai superato numericamente la detenzione in carcere: negli Stati Uniti, ma anche nella maggior parte dei paesi europei, il numero dei condannati in misura alternativa è pari al doppio rispetto al numero dei detenuti, mentre in Italia il numero dei condannati in misura alternativa è pari solo a un quarto rispetto a quello dei detenuti.

4.4 Le possibili cause “ambientali” del suicidio in carcere: fattori di rischio e di disagio

La frequenza dei suicidi tra i detenuti è oltre quindici volte superiore rispetto a quella della popolazione libera, mentre quella tra gli agenti penitenziari è di tre volte superiore alla norma e risulta anche la più elevata tra tutte le Forze dell'Ordine.

Dal 1990 ad oggi nelle carceri italiane si è registrato in media ogni anno: un suicidio ogni 924 detenuti presenti; un suicidio ogni 283 detenuti in regime di 41-bis (cercere duro); un tentato suicidio ogni 70 detenuti; un atto di autolesionismo ogni 10 detenuti; uno sciopero della fame ogni 11 detenuti; un rifiuto delle terapie mediche ogni 20 detenuti.

Il fenomeno dell'autolesionismo va tenuto ben distinto dal suicidio. L'autolesionismo è, per lo più, un mezzo di comunicazione utilizzato da chi è privo di “voce” o ritiene di non possederne abbastanza da farsi sentire. È l'espressione di un'aggressività autodiretta, oppure volontà di ottenere un beneficio dal gesto o un atto di protesta o di autodifesa. Il suicidio, invece, se pure è talvolta una forma di comunicazione, non chiede e né cerca risposta, ritenendo di aver trovato quella definitiva.

I detenuti in attesa di giudizio e i detenuti condannati hanno un tasso di tentativo di suicidio rispettivamente di 7.5 e 6 volte maggiore rispetto agli uomini nella popolazione generale.

Questi dati ci riportano anche a un problema di base riguardante le cause del suicidio in ambiente carcerario: da una parte, le persone che infrangono la legge portano con sé diversi fattori di rischio per il suicidio (“importano” il rischio), e tra loro il tasso di suicidio continua ad essere più elevato anche dopo la scarcerazione.

Dall'altro, l'ambiente detentivo ha sicuramente un impatto nello sviluppo degli atti suicidari. In più, la detenzione in sé per sé è un evento stressante anche per i detenuti "sani", in quanto priva la persona di risorse basilari.

Gli ambienti carcerari si differenziano per i vari tipi di detenuti ospitati e per i contesti locali: condizioni giuridiche di attesa di giudizio, condanne brevi o lunghe, ambienti sovraffollati, ambienti con possibilità di lavoro, livello di igiene, situazione socioculturale, prevalenza di HIV/AIDS, livello di stress, e accesso a servizi sanitari di base o ai servizi di igiene mentale. Ognuno di questi fattori può influenzare il tasso dei suicidi.

L'incarcerazione rappresenta la perdita della libertà, della famiglia e del supporto sociale, è paura di ciò che non si conosce, di possibili violenze psichiche e/o sessuali, incertezza e timore per il futuro, disagio psichico e sensi di colpa per il crimine commesso, paura e stress legati alle cattive condizioni ambientali.

Questo è ancora più importante nel caso delle persone che non sono nate e vissute in Italia, che si trovano a vivere in una condizione ancora più fragile e complessa, spesso anche nella impossibilità di comunicare ed esprimere a chi usa codici linguistici e culturali diversi, la propria difficoltà e il proprio malessere in carcere¹⁵³.

Del resto, come abbiamo visto nel precedente capitolo, l'internato, al momento della carcerizzazione, subisce un profondo attacco alla propria identità, trovandosi a dover riconsiderare completamente il proprio ruolo.

Detenzione significa isolamento dalla società, lontananza dagli affetti, regime di vita scandito da regole precise, ineludibili e particolarmente afflittive, impatto con i valori della sottocultura violenta dominanti nell'ambiente carcerario¹⁵⁴.

Atti di autolesionismo, tentativi di suicidio, gravi episodi depressivi o psicotici, dipendenza da sostanze, sono manifestazioni fin troppo frequenti di un grave malessere che trae motivo dalla mancanza di riferimenti e dallo smarrimento nella condizione di privazione della libertà personale. La mancanza di figure affettive significative, di una famiglia che è lontana e con la quale i contatti sono sempre troppo

¹⁵³ MIRISOLA C. (a cura di) per l'INMP (Istituti Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto alle malattie della povertà) - Volume: *Salute Libera tutti*, nell'ambito del progetto: "Salute senza barriere. Integrazione sanitaria dei cittadini stranieri privati della libertà personale", finanziato dal Fondo Europeo per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi, programma annuale 2011.

¹⁵⁴ MIRISOLA C. (a cura di) per l'INMP (Istituti Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto alle malattie della povertà) - Volume: *Salute Libera tutti*, nell'ambito del progetto: "Salute senza barriere. Integrazione sanitaria dei cittadini stranieri privati della libertà personale", finanziato dal Fondo Europeo per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi, programma annuale 2011

pochi e difficili, di uno spazio di vita personale si sommano alle difficoltà nell'affrontare la vita di ogni giorno nella sua pesante monotonia. Questi elementi rappresentano un terreno fertile per dare voce a manifestazioni di malessere a volte anche molto importanti sul piano psichico.

Del resto è proprio la mancanza di integrazione, secondo la teoria di Durkheim, a esporre al rischio di comportamenti suicidari. Quindi non c'è da sorprendersi che, quando una persona viene sradicata dal proprio contesto di relazioni e di legami personali, con il processo di disculturazione e di prigionizzazione, il conseguente senso di isolamento possa portare a compiere un gesto così estremo.

Il suicidio egoistico, in particolar modo, è motivato da una carenza di integrazione sociale e da un eccesso di individualismo: la persona si sente estranea al proprio gruppo, il dislivello fra i propri desideri e la loro possibilità di realizzazione nell'ambito della società diventa a poco a poco incolmabile. E' proprio ciò che avviene quando si viene incarcerati, dove al senso di isolamento consegue anche una assenza, o da una forte limitazione, di prospettive future.

Il senso di isolamento, e la mancanza di prospettive future, possono essere in parte leniti quando l'Istituto penitenziario mette in atto dei programmi di recupero, offre delle possibilità di lavoro o delle attività ricreative che restituiscano, almeno in parte, un ruolo al detenuto. In assenza di ciò, è verosimile che si realizzi quel "smisurato sviluppo dell'ego" – di cui parla Durkheim -, in cui gli unici obiettivi non vanno al di fuori di se stessi, ed il legame che unisce l'uomo alla vita si allenta proprio perché si è a sua volta allentato il legame che lo unisce alla società.

Tuttavia molto dipende anche dalla risposta adattiva che il singolo detenuto riesce ad esprimere. Tra le varie possibili risposte adattive (che abbiamo considerato nel precedente capitolo), il "ritiro dalla situazione", tipica di un modello di adattamento apatico, è quello che espone maggiormente al rischio di suicidi: il rifiuto del contesto e il crescente ripiegamento su se stessi, e quindi la rinuncia a qualsiasi forma di confronto e di socialità, con conseguenti atteggiamenti depressivi; denotano un rifiuto o un'incapacità di integrazione nella comunità carceraria, che accresce in modo esponenziale il senso di isolamento.

In generale, l'esperienza del carcere sembra essere molto più dura per quei detenuti che non riescono ad inserirsi nelle attività lavorative, nelle attività culturali e ricreative e nelle reti sociali all'interno della prigione: si tratta dei

gruppi più vulnerabili che non riescono ad agire in modo significativo in un contesto di profonda deresponsabilizzazione e deprivazione.

Questo tipo di risposta adattiva non è comune tra le persone che hanno un curriculum criminale consolidato, bensì è tipico di chi è alla prima esperienza carceraria: ovvero per chi vive l'esperienza carceraria come una rottura profonda con la sua vita precedente e con le aspettative che investivano il suo futuro, magari accompagnata da abbandono da parte di familiari e affetti. Non a caso, tra i detenuti a maggior rischio di suicidio, vi sono i detenuti in attesa di giudizio, generalmente maschi, giovani (20-25 anni), non sposati, alla prima incarcerazione, arrestati per crimini minori. Per chi è già inserito in una carriera criminale, invece, il carcere diventa un inconveniente messo nel conto di rischi e benefici, e l'adattamento alla condizione detentiva è sicuramente più rapido e indolore.

Quindi, per quanto i fattori ambientali abbiano un'importanza decisiva nella messa in atto di comportamenti suicidari, molto dipende anche dal significato che si attribuisce all'esperienza carceraria, e dal tipo di adattamento che si riesce a esprimere rispetto a tale esperienza. E questo dipende molto dal vissuto biografico del detenuto, dalla sua storia personale. Questo fa sì che aspetti ambientali e individuali, lungi dall'essere distinti e separati, si intreccino tra di loro.

Del resto, come abbiamo visto, oltre ai fattori universali della prigionizzazione, ve ne sono anche alcuni individuali, quindi non presenti in tutti i detenuti, che possono influenzare il diverso "grado di prigionizzazione" del detenuto, e quindi anche la sua risposta adattiva. Tra questi: la sensibilità alla cultura; il tipo e il numero di relazioni prima dell'incarcerazione; l'affiliazione o meno a gruppi nel carcere; l'accettazione o meno dei dogmi e dei codici della cultura carceraria; l'età, la nazionalità, la razza¹⁵⁵.

Ogni suicidio naturalmente fa storia a sé, ovvero contiene elementi non generalizzabili e non interamente e immediatamente riducibili a una tipologia, inoltre ogni suicidio rimanda a motivazioni e dinamiche, circostanze e fattori di agevolazione che sfuggono, in parte, a qualunque ricostruzione e a qualunque analisi.

Di frequente il suicidio è legato a vicende personali, tuttavia non c'è dubbio che il fattore ambientale abbia una forte incidenza: secondo uno semplice studio comparativo realizzato da "Ristretti Orizzonti" almeno i due terzi dei casi di suicidio

¹⁵⁵ CLEMMER D. *La Comunità carceraria*, Giappichelli, Torino, 1997 (Titolo origin. *The prison Community*, The Christopher Publishing House, Boston, 1940)

sarebbero correlati al “fattore ambientale”: non tanto per l’ambiente carcerario di per se stesso, quanto piuttosto per una condizione detentiva “al di fuori della legalità”.

Negli ultimi decenni le carceri italiane hanno vissuto una progressiva perdita di legalità, con l’intensificarsi del sovraffollamento e della “detenzione sociale” (tossicodipendenti, immigrati), con la diminuzione delle opportunità di lavoro interno, delle risorse economiche per il “trattamento dei detenuti”, del numero di personale penitenziario¹⁵⁶.

L’Italia detiene il “record” del tasso di sovraffollamento penitenziario in Europa e, allo stesso tempo, presenta – come abbiamo visto - lo “scarto” maggiore tra suicidi dentro e fuori dal carcere: è piuttosto probabile che esista un rapporto tra affollamento delle celle, riduzione della “vivibilità” e elevato livello di suicidi.

L’affollamento comporta condizioni di vita peggiori: per mancanza di spazi di movimento, di intimità, di igiene e salute, ecc..

Il Comitato per la Prevenzione della Tortura e delle pene (CPT), costituito in seno al Consiglio d’Europa, ha considerato il sovraffollamento come una forma di “trattamento inumano e degradante” ed ha più volte sollecitato ufficialmente i paesi membri a porvi rimedio, suggerendo una revisione delle politiche penitenziarie nazionali. Infatti il sovraffollamento carcerario impedisce non solo l’attuazione di programmi trattamentali, ma anche il rispetto dei più elementari diritti dei detenuti.

Un tale affollamento mette in discussione la tutela della salute, il diritto alla vita di relazione, la possibilità di partecipare a programmi rieducativi. Il contesto di promiscuità in cui vivono i detenuti compromette l’equilibrio psico-fisico, la dignità di ciascuno in violazione dei principi costituzionali e delle norme dell’Ordinamento Penitenziario della legislazione speciale in materia di salute.

Oltre al CPT, anche la Corte Europea dei Diritti dell’Uomo nell’agosto del 2009 ha affermato che: “il sovraffollamento delle carceri rappresenta un trattamento inumano e degradante”, ed ha condannato l’Italia, dopo aver accertato che i condannati sono “obbligati a vivere in uno spazio molto esiguo, di gran lunga inferiore alla superficie minima stimata come auspicabile dal Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura”. Il CPT ha fissato in sette metri quadri lo spazio minimo per detenuto, mentre in Italia sono presenti molteplici celle da 9x10m² in cui vivono sette detenuti.

¹⁵⁶ Centro Studi di Ristretti Orizzonti - *Dossier “Morire di carcere”* Ristretti Orizzonti 2000-2014, Osservatorio permanente delle morti in carcere www.ristretti.it

L'affollamento degli istituti di pena - al contempo causa ed effetto di molte delle carenze dell'organizzazione della vita carceraria, in Italia come in altri paesi - è un fattore strettamente correlato al tasso di suicidi in carcere. Laddove il numero delle presenze risulta eccedente la capienza delle strutture, il ricorso al suicidio si fa sensibilmente più frequente.

Attraverso una indagine effettuata dal DAP nel 2010, sono stati confrontati il tasso di sovraffollamento di undici carceri (quelle dove si erano verificati dei suicidi nel 2010) con il numero totale dei suicidi registrativi negli ultimi cinque anni: da questa ricerca è emerso che la frequenza dei suicidi arrivava a triplicare nelle condizioni di maggiore affollamento, ma anche di particolare fatiscenza delle celle e assenza di attività trattamentali¹⁵⁷. Il primato negativo di suicidi era detenuto dal carcere di Cagliari (11 suicidi in cinque anni, uno ogni 46 detenuti), che aveva un tasso di sovraffollamento nella media, ma si distingueva per la particolare fatiscenza della struttura edilizia, l'assenza di spazi di socialità, la estrema limitatezza di attività ricreative, l'assenza di progetti di reinserimento. Al secondo posto il carcere di Sulmona (tristemente noto come "carcere dei suicidi"), con un tasso di sovraffollamento del 159%, e 6 suicidi negli ultimi 5 anni (uno ogni 80 detenuti). Poi segue, per numero di suicidi, il carcere di Milano di San Vittore, che ha il tasso di sovraffollamento più alto (242%), e ben 13 suicidi (uno ogni 86 detenuti). Il carcere meno affollato era quello di Spoleto, con un tasso di sovraffollamento del 124%; 5 suicidi in 5 anni, 1 suicidio ogni 113 detenuti (un terzo del carcere Buoncammino di Cagliari). Il carcere con la minore frequenza di suicidi è stato quello Verona, nonostante un tasso di sovra-affollamento del 162%, con 3 suicidi in 5 anni, pari alla frequenza di 1 suicidio ogni 318 detenuti. Questo risultato positivo è probabilmente in relazione con le numerose attività lavorative, culturali e sportive che vi si svolgono e che consentono ai detenuti di trascorrere parte della giornata fuori dalla cella¹⁵⁸.

Molti suicidi, quindi, non sono legati alla disperazione di chi sa di dover passare molti anni in carcere, ma piuttosto all'angoscia di un "presente" che spesso significa sovraffollamento pauroso, assenza di attività trattamentali, negazione di ogni dignità umana.

¹⁵⁷ Centro Studi di Ristretti Orizzonti - *Dossier "Morire di carcere"* Ristretti Orizzonti 2000-2014, Osservatorio permanente delle morti in carcere www.ristretti.it

¹⁵⁸ Centro Studi di Ristretti Orizzonti - *Dossier "Morire di carcere"* Ristretti Orizzonti 2000-2014, Osservatorio permanente delle morti in carcere www.ristretti.it

Un altro studio ha evidenziato che la diminuzione degli spazi e il deterioramento delle relazioni, associate alla scarsità di opportunità, sono effettivamente correlabili non solo con il suicidio ma, più in generale, con l'autolesionismo nelle sue varie manifestazioni e con la sua reattività disciplinare contro lo staff, e contro i compagni di detenzione.

Quest'ultimo studio ha altresì dimostrato che tali fenomeni non si distribuiscono in modo differenziato nell'istituto penale, per quanto sovraffollato, bensì solo in alcune sezioni e reparti ove, mediamente, si trovano i detenuti meno dotati dal punto di vista delle capacità individuali e sociali e con minori risorse materiali a disposizione che, per questi motivi, hanno maggiore difficoltà a cogliere quelle limitate opportunità che il carcere offre.

Non sarebbe quindi il sovraffollamento in sé a far degenerare la situazione personale quanto la sua associazione con l'incapacità personale a procurarsi condizioni di vita migliori in un contesto di forte concentrazione umana¹⁵⁹.

Elenchiamo di seguito alcuni fattori di rischio ambientali che se presenti in qualsiasi combinazione potrebbero contribuire ad innalzare ulteriormente il rischio suicidario tra i detenuti:

- non in tutti gli ambienti carcerari esistono procedure formali o regolamenti per identificare e gestire i detenuti con rischio suicidario. In particolare, anche dove viene eseguito lo screening per gli indicatori di rischio elevato, spesso non vi è un adeguato monitoraggio del livello di stress dei detenuti e quindi vi è poca probabilità di identificare situazioni di rischio acuto;
- anche laddove programmi o procedure adeguate sussistano, eventuali condizioni di sovraccarico lavorativo per il personale o il loro mancato addestramento possono talvolta impedire il riconoscimento dei segnali precoci di rischio suicidario;
- gli istituti di pena possono essere esclusi dai programmi di igiene mentale di comunità, e avere dunque un limitato o assente accesso ai servizi psichiatrici¹⁶⁰.

¹⁵⁹ LA FORGIA G. *Il servizio 'nuovi giunti'. L'insieme delle attività amministrative, assistenziali e tecnico-operative successive al primo ingresso in istituto. Il rischio suicidario nei primi giorni di detenzione.* in *La prevenzione dei suicidi in carcere, contributi per la conoscenza del fenomeno* Quaderni ISSP n.8 D.A.P. Istituto superiore di studi penitenziari, Dicembre 2011

¹⁶⁰ LA FORGIA G. *Il servizio 'nuovi giunti'. L'insieme delle attività amministrative, assistenziali e tecnico-operative successive al primo ingresso in istituto. Il rischio suicidario nei primi giorni di detenzione.* in *La prevenzione dei suicidi in carcere, contributi per la conoscenza del fenomeno* Quaderni ISSP n.8 D.A.P. Istituto superiore di studi penitenziari, Dicembre 2011

Il rischio di suicidio di un detenuto, inoltre, rappresenta un forte agente stressogeno per il personale di Polizia Penitenziaria e per gli altri detenuti. .

In alcuni istituti di pena sono stati avviati programmi di prevenzione del suicidio, ed in alcuni paesi sono state anche stabilite normative nazionali e linee guida per la prevenzione del suicidio nelle carceri. All'implementazione di tali programmi – come vedremo meglio più avanti - sono seguite riduzioni significative del numero dei suicidi e dei tentativi di suicidio.¹⁶¹

4.5 Le possibili cause individuali e psicologiche del suicidio nelle carceri

Il suicidio carcerario viene descritto, dalla legislazione corrente, come una forma di devianza: si tratterebbe di un comportamento patologico commesso da una persona insana di mente.

I provvedimenti che vengono adottati in carcere nei confronti di colui che tenta il suicidio, infatti, sono gli stessi che verrebbero adottati nei confronti di un “malato di mente”: nell'ordine si dispone la visita del medico penitenziario, poi quella dello psicologo e dell'educatore, che valgono come supporto psicologico; segue la visita psichiatrica, infine la misura che viene solitamente adottata è “l'isolamento”, e la “grande sorveglianza”, nei casi più gravi il soggetto viene trasferito all'Ospedale psichiatrico. Il problema circa la salute e la “sanità mentale” del suicida è molto dibattuto. Procura un forte disagio morale e culturale riconoscere che il comportamento suicida possa essere “normale” piuttosto che patologico. L'uso della categoria di devianza patologica in merito al suicidio sembra, d'altra parte, avere un effetto maggiormente rassicurante relativamente ai valori psicologici della società; cosicché colui che lo metterà in atto, potrà essere *rinchiuso* e *allontanato* in quanto *pericoloso*. Del resto nel penitenziario, il soggetto viene, in concreto, allontanato ed

¹⁶¹ Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Istituto Superiore di Studi Penitenziari *La prevenzione dei suicidi in carcere - Contributi per la conoscenza del fenomeno Quaderni ISSP Numero 8* Dicembre 2011

emarginato, adottando la misura, che si chiama appunto di “isolamento” oppure disponendo, nei casi più gravi, il trasferimento all'ospedale psichiatrico giudiziario¹⁶².

Anche in ottica preventiva il potenziale suicida viene identificato nel malato di mente, o meglio nel detenuto che ha dei problemi psichici e che perciò ha bisogno delle cure tempestive di un esperto psicologo. Nella circolare Amato n.323\5683 del 1987 ove si mira a prevenire il suicidio in carcere dei soggetti a rischio, si mantiene coerentemente la tendenza a considerare il suicida come persona -quanto meno- psichicamente fragile. Nella circolare si legge:

“Per prevenire ed impedire gesti auto- o etero-aggressivi delle persone ristrette negli istituti di pena, tutelandone nel modo migliore e più ampio la vita e l'incolumità fisica e psichica, l'attenzione e la cautela devono avere il loro momento più significativo all'atto di ingresso della persona in istituto, specie se avviene per la prima volta, e prima della sua assegnazione alla sezione a cui è destinata. L'esperienza insegna, infatti, che frequentemente provengono dalla libertà soggetti giovanissimi o anziani, tossicodipendenti, soggetti in condizioni fisiche o psichiche non buone o comunque di particolare fragilità, soggetti tutti ai quali la privazione della libertà, specie se sofferta per la prima volta, può arrecare sofferenze e traumi accentuati, tali da determinare in essi dinamiche autolesionistiche o suicide. È, dunque, necessario intervenire tempestivamente, al momento dell'ingresso in istituto, allo scopo di accertare qualsiasi eventuale situazione personale di fragilità fisica o psichica e qualsiasi eventuale inclinazione, tendenza o sintomo suscettibili di tradursi in un atto autoaggressivo o di rendere il soggetto più vulnerabile alla altrui aggressività. Viene, pertanto, istituito in tutti gli istituti di pena un particolare Servizio per i detenuti e gli internati nuovi giunti dalla libertà, consistente in un presidio psicologico, che si affiancherà, pur senza sostituirli, alla prima visita medica generale ed al colloquio di primo ingresso. Innanzitutto, esso consiste preliminarmente in un colloquio con il nuovo giunto (nello stesso giorno dell'ingresso e prima dell'assegnazione) diretto ad accertare, sulla base di determinati parametri, il rischio che il soggetto possa compiere violenza su se stesso”¹⁶³.

¹⁶² UBALDI S. *Il suicidio in carcere* L'altro Diritto Centro di documentazione su Carcere, devianza a marginalità ISSN 1827-0565 - <http://www.altrodiritto.unifi.it/index.htm>, 1997

¹⁶³ Circolare Amato n.323\5683 del 1987 *Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati*

Tutte le misure adottate nella circolare sono ispirate ad una visione patologica del potenziale suicida e di conseguenza anche le precauzioni contro il rischio di suicidio sono di natura clinica. Sarà infatti l'esperto psicologo ad occuparsi del colloquio attraverso il quale si dovrebbe pervenire ad un esame della personalità. Il giudizio dell'esperto comporterà sempre una valutazione di tipo medico del soggetto. Anche le misure previste nel caso in cui il detenuto sia definito come soggetto a rischio, e cioè l'assegnazione del detenuto in ambienti sanitari (ad esempio, infermerie, centri clinici, infermerie sussidiarie ecc.), sono un'ulteriore conferma dell'ottica clinica che si mantiene nella discussione del problema.

Il contenuto della circolare rivela piuttosto chiaramente il punto di vista delle istituzioni: il potenziale suicida è considerato una persona soggetta ad un gesto autosoppressivo a causa di un "difetto proprio", a causa di una propria vulnerabilità individuale le cui radici sono da individuare nella psiche del soggetto.

Questo tipo di interpretazione medico-patologica, che corrisponde solo a una parte della realtà, e che tende a sottovalutare fortemente i fattori ambientali che influiscono sui comportamenti suicidari, ci porta a focalizzare l'attenzione anche sui fattori individuali: ovvero sugli elementi di rischio e disagio che appartengono più al vissuto personale del detenuto, che all'ambiente.

La popolazione carceraria, infatti, non è di certo rappresentativa delle caratteristiche della popolazione in generale: essa ne differisce per l'età media, per la distribuzione fra i due sessi, per la composizione culturale, per tutta una serie di elementi comportamentali, clinici, sociali e, soprattutto, per quel particolare status che costituisce il vero discrimine fra il recluso e l'uomo libero. Molti fra i detenuti sono soggetti cronicamente in aperto conflitto con gli altri, provengono dalle frange sociali più emarginate, hanno un passato difficile, caratterizzato dalla dissociazione familiare e problemi scolastici; molti, poi, sono tossicodipendenti, sieropositivi, malati di Aids, alcolizzati, o ancora nevrotici o psicotici¹⁶⁴.

Gli istituti di pena sono luoghi dove si concentrano gruppi vulnerabili che sono tradizionalmente tra quelli più a rischio, ovvero persone con disturbi mentali, persone interdette, socialmente isolate, con problemi di abuso di sostanze, e con storie di precedenti comportamenti suicidari.

¹⁶⁴ CARPENTIERI R. *Profili criminologici del suicidio in carcere*, (Università di Napoli), in Dossier "Morire di carcere" Ristretti Orizzonti 2000-2014 www.ristretti.it

L'impatto psicologico dell'arresto e dell'incarcerazione, le crisi di astinenza dei tossicodipendenti, la consapevolezza di una condanna lunga, o lo stress quotidiano della vita in carcere possono superare la soglia di resistenza del detenuto medio, e a maggior ragione di quello a rischio elevato.

È evidente, quindi, che quelli che per la popolazione libera sono frequenti fattori di rischio per suicidi e tentati suicidi (precedenti tentativi di suicidio, disturbi psichici, tossicodipendenze, emarginazione sociale) sono nella popolazione carceraria iper-rappresentati¹⁶⁵.

Per quanto riguarda i “profili” più ricorrenti dei suicidi in carcere, possiamo distinguere innanzitutto il profilo dei nuovi giunti e detenuti in attesa di giudizio, da quello dei detenuti già condannati.

I detenuti in attesa di giudizio che commettono il suicidio in carcere sono generalmente maschi, giovani (20-25 anni), non sposati, alla prima incarcerazione, arrestati per crimini minori, spesso connessi all'abuso di sostanze. Solitamente al momento dell'arresto sono sotto l'effetto delle sostanze e commettono il suicidio nelle prime fasi della loro incarcerazione, spesso proprio nelle prime ore, a causa dell'improvviso isolamento, dello shock dell'incarcerazione, della mancanza di informazioni e delle preoccupazioni per il futuro.

Le iniziative poste in essere a livello locale possono ridurre il rischio di suicidio prestando attenzione all'accoglienza, alle procedure della prima notte e agli adempimenti dell'Ufficio matricola, vale a dire ai momenti più delicati e traumatici cui vanno incontro i detenuti al loro primo ingresso in carcere¹⁶⁶.

Un altro momento critico per i detenuti in attesa di giudizio è rappresentato dalle ore precedenti un'udienza in tribunale, specialmente quando si prevedono giudizi di colpevolezza e sentenze dure. Una grande quota dei suicidi nelle carceri avviene tre giorni prima di un'udienza in tribunale. Inoltre, dopo 60 giorni di reclusione è stata riscontrata una sorta di esaurimento psicologico spesso chiamato “burn-out”.

A differenza dei detenuti in attesa di giudizio, i detenuti condannati che commettono il suicidio in carcere sono generalmente più vecchi (30-35 anni), sono colpevoli di reati violenti e decidono di togliersi la vita dopo aver passato un certo numero di anni in prigione (spesso quattro o cinque).

¹⁶⁵ CARPENTIERI R. *Profili criminologici del suicidio in carcere*, (Università di Napoli), in Dossier “Morire di carcere” Ristretti Orizzonti 2000-2014 www.ristretti.it

¹⁶⁶ Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Istituto Superiore di Studi Penitenziari *La prevenzione dei suicidi in carcere - Contributi per la conoscenza del fenomeno Quaderni ISSP Numero 8 Dicembre 2011*

Questi suicidi possono essere preceduti da conflitti con altri detenuti o con l'amministrazione, litigi in famiglia, separazioni o questioni legali come un'udienza persa o la negazione di misure alternative alla detenzione.

Con il tempo, l'incarcerazione porta stress aggiuntivi come il conflitto con l'istituzione, la vittimizzazione, le frustrazioni legali e l'esaurimento fisico e nervoso. Di conseguenza, il tasso di suicidio dei detenuti a lungo termine sembra crescere con la durata della pena. Gli ergastolani in particolare sembrano possedere un rischio molto elevato¹⁶⁷.

Secondo una ricerca effettuata da "Ristretti Orizzonti", l'elemento che accomuna i suicidi appena arrestati con quelli che stanno per terminare la pena è la mancanza totale di prospettive, seppure in situazioni molto diverse tra loro.

Nessuna prospettiva di riottenere la rispettabilità persa per chi, da detenuto, attende il processo per mesi ed anni: anche se fosse assolto, non potrà più liberarsi dal marchio del sospetto. Nessuna prospettiva di poter trascorrere utilmente la detenzione, per chi sa di dover scontare molti anni: in tante carceri, spesso proprio quelle dove sono più frequenti i suicidi, il tempo della pena è tempo vuoto, dissipato lentamente aspettando il fine pena. Nessuna prospettiva di poter tornare a vivere normalmente, per chi è entrato e uscito troppe volte dal carcere e si sente condannato (anche in libertà) ad una vita ai margini, di solitudine, di sofferenza fisica e psicologica¹⁶⁸.

Per quanto riguarda il significato psicologico e il "carattere emotivo" del gesto del suicidio, secondo una ricerca di Ubaldi i suicidi in carcere assumerebbero prevalentemente il significato di "suicidio/fuga" e di "suicidio/vendetta, minaccia e ricatto". Il primo è una tipologia di suicidio anaggressivo (o autoaggressivi) caratterizzato da finalità autopunitive, mentre il secondo è un suicidio aggressivo (o eteroaggressivi) caratterizzato, invece, da finalità eteropunitive.

Il suicida detenuto attuerebbe questi comportamenti nei confronti dell'istituzione carceraria e della società che lo ha recluso. Il suo referente è diverso e, per certi aspetti, più definito di quello del suicida fuori del carcere: infatti, egli ha un referente preciso e, quindi, il suo gesto è meglio leggibile¹⁶⁹.

¹⁶⁷ Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Istituto Superiore di Studi Penitenziari *La prevenzione dei suicidi in carcere - Contributi per la conoscenza del fenomeno Quaderni ISSP Numero 8* Dicembre 2011

¹⁶⁸ Centro Studi di Ristretti Orizzonti - *Dossier "Morire di carcere"* Ristretti Orizzonti 2000-2014, Osservatorio permanente delle morti in carcere www.ristretti.it

¹⁶⁹ UBALDI S. *Il suicidio in carcere* L'altro Diritto Centro di documentazione su Carcere, devianza a marginalità ISSN 1827-0565 - <http://www.altrodiritto.unifi.it/index.htm>, 1997

Da molti detenuti il carcere viene vissuto solo come claustrofobica imposizione di regole rigide e nuovi codici di comportamento, come quel luogo in cui ogni idea di futuro diventa improponibile e il presente, privo di avvenimenti, si dilata in un susseguirsi monotono di gesti ripetitivi.

Può accadere allora che il detenuto, in questa condizione spersonalizzante di solitudine e isolamento, maturi l'idea di uccidersi, stretto com'è fra il senso di coazione di una vita etero – imposta e una forte prostrazione psicologica.

Ecco, dunque, il suicidio inteso come fuga, che rappresenta una delle più comuni manifestazioni di suicidio nell'ambiente carcerario. Di fronte ad una situazione avvertita come aberrante e che sembra non presentare alcuno spiraglio di salvezza, il recluso organizza una singolare e drammatica forma di evasione: la sua morte, infatti, ne presenta tutte le caratteristiche, anche se in questo caso la fuga dal penitenziario si avvera, paradossalmente, attraverso la fuga dalla vita stessa¹⁷⁰.

I detenuti, spesso in preda a stati d'ansia, angoscia, depressione, guardano al suicidio non come ad un atto che porti alla morte, ma come ad una via di fuga verso una sorta di "luogo di pace" in cui potersi rifugiare, come al mezzo attraverso il quale passare ad uno stato migliore.

Il suicidio/fuga, in conclusione, rappresenta l'ultimo gesto che il recluso compie per sentirsi uomo libero e per integrarsi nell'unica cosa riconosciuta come comune a tutti, uomini liberi e non: la morte.

Nel detenuto – invece - che si dà la morte per vendetta, minaccia o ricatto è del tutto differente sia il modo di concepire la propria condizione di recluso, sia l'atteggiamento nei confronti dell'Istituzione penitenziaria. Non abbiamo più, infatti, un soggetto rinunciatario che, di fronte all'ineluttabilità di una situazione senza sbocchi, reagisce passivamente aggredendo sé stesso e ideando una paradossale forma di evasione che è solo evasione dalla vita, ma, al contrario, un soggetto ribelle nel cui suicidio, estrema forma di trasgressione comportamentale, si ravvisa un'intenzionalità eteroaggressiva, anche se questa aggressività non viene, nei fatti, diretta verso gli altri.

Il suicidio inteso come vendetta nasce dalla maturazione da parte del recluso di un forte senso di rifiuto, di abbandono: inserito in un contesto che l'opinione pubblica tende a disprezzare, se non ad ignorare, si vede dimenticato dalle istituzioni della giustizia, dalla popolazione libera, molto spesso anche dalla sua famiglia. Ma di fronte

¹⁷⁰ CARPENTIERI R. *Profili criminologici del suicidio in carcere*, (Università di Napoli), in Dossier "Morire di carcere" Ristretti Orizzonti 2000-2014 www.ristretti.it

a tutto questo reagirà non con ansia, né con depressione o angoscia, bensì coltivando dentro di sé un opprimente sentimento di odio e di rivalsa verso tutto e tutti.

Chi si suicida per vendetta, allora, compie un gesto che ha una fortissima valenza interpersonale e che deve essere letto nel senso che si ferisce sé stessi per aggredire gli altri, laddove "gli altri" possono essere i familiari, l'apparato amministrativo statale o qualunque soggetto appaia, agli occhi del recluso, responsabile del suo regime detentivo.

Secondo Menninger: "Nel penitenziario il suicidio può essere motivato dal desiderio di uccidere un "boia fantasmatico", che simboleggi l'ingiustizia delle Istituzioni verso il carcerato"¹⁷¹. Quel che è certo è che con questo gesto si compie un'esasperata richiesta di attenzione, è un modo per alzare la voce, per vendicarsi della libertà e dei diritti perduti, della propria infelicità e frustrazione, per farsi, in un certo senso, giustizia da sé.

Il soggetto aggredisce e uccide sé stesso, è vero, ma in realtà, attraverso l'autosoppressione, uccide e punisce gli altri, che aspira a responsabilizzare giocando sull'effetto del loro senso di colpa. È come una sorta di omicidio camuffato o, comunque, un gesto in cui il confine fra omicidio e suicidio è estremamente labile.

Si tratta, quindi, di un'interpretazione d'ispirazione chiaramente freudiana: nel suicidio/vendetta la vittima non fa altro che introiettare un'aggressività che avrebbe voluto rivolgere all'esterno.

Nel suicidio inteso come "minaccia o ricatto", invece, si compie il gesto al solo fine d'incutere timore: in una prospettiva chiaramente utilitaristica, l'atto autosoppressivo persegue lo scopo di spaventare l'Istituzione penitenziaria e, per raggiungerlo, il detenuto si serve del proprio corpo e del suicidio (più spesso di un tentativo di suicidio, viste le sue intenzioni) come se fosse di un'arma. Più profondo sarà il grado di premeditazione e il livello di aggressività, più il suicidio da minaccia sfocerà in un vero e proprio ricatto.

Alcuni autori hanno osservato che, con questa condotta autolesionistica, è come se il recluso riprendesse possesso del proprio corpo, per mantenerlo in ostaggio fino ad ottenere la soddisfazione delle proprie esigenze. Il fine del ricatto potrà essere di diversa natura: un permesso premio, la somministrazione di cure mediche o particolari trattamenti ospedalieri che il soggetto non riesce ad ottenere per vie ortodosse, il

¹⁷¹ MENNINGER K.. "*Man against himself*" (traduz.it. "Un uomo contre se stesso") Harcourt, New York, 1938

trasferimento in un carcere più vicino alla famiglia. In tutti questi casi il gesto assumerà, così, una dimensione finalistica e il suicidio verrà tentato o compiuto talvolta solo per spaventare, ma, nei casi più gravi, per spaventare al fine di ottenere qualcosa di preciso.

Paradossalmente, la minaccia di suicidio viene vista come l'ultima carta da giocare per tentare di modificare la situazione a proprio favore: solo chi ha pianificato i vantaggi e gli svantaggi che potrebbero derivarne ed è consapevole che va incontro a un rischio molto elevato, può compiere un gesto simile.

Per molti autori questi non possono essere considerati casi di suicidio vero e proprio, perché, anche qualora si avverasse l'evento morte, non ci sarebbe intenzionalità ed una seria determinazione di uccidersi. Si tratterebbe, in realtà, di un suicidio mascherato o simulato o di quel "parasuicidio" di cui abbiamo parlato nel primo capitolo.

Di fronte alla mancanza di una seria volontà autosoppressiva, nel gergo dell'amministrazione penitenziaria si usa l'espressione "suicidio manipolativo", senza per questo, però, dedicare minore attenzione o preoccupazione a queste singolari condotte suicidarie¹⁷².

In alcuni casi le persone che si tolgono la vita sono affette da malattie invalidanti e ricoverate in Centri Clinici Penitenziari, ma sembra che sia l'allocazione in un determinato reparto a rappresentare il principale fattore di rischio, più che la gravità della patologia: nel Braccio "G14" (Infermeria) di Rebibbia, nel Reparto Malattie Infettive di Marassi, come nel C.O.C. (Reparto Osservazione per Tossicodipendenti) di San Vittore, si sono uccisi anche detenuti che non erano gravemente ammalati¹⁷³. Forse il fatto di raggruppare i detenuti in base al loro stato di salute, con l'occasione di specchiarsi quotidianamente nella doppia sofferenza dei compagni, quella della detenzione e quella della malattia, contribuisce a far perdere ogni speranza.

In questo concetto, della "perdita di ogni speranza", c'è la spiegazione per la maggior parte dei suicidi che avvengono nelle carceri. Come scrive l'Associazione *A Buon Diritto - Associazione per le libertà*: "Si uccide chi conosce il proprio destino e ne teme l'ineluttabilità"¹⁷⁴. Una ragione che spesso molti operatori, anche medici, sembrano non considerare: tendono a cercare la "giustificazione" dello squilibrio

¹⁷² CARPENTIERI R. *Profili criminologici del suicidio in carcere*, (Università di Napoli), in Dossier "Morire di carcere" Ristretti Orizzonti 2000-2014 www.ristretti.it

¹⁷³ Centro Studi di Ristretti Orizzonti - *Dossier "Morire di carcere"* Ristretti Orizzonti 2000-2014 www.ristretti.it

¹⁷⁴ Associazione *A Buon Diritto - Associazione per le libertà* www.abuondiritto.it/

mentale e per lo più l'unica risposta che viene predisposta (per chi sopravvive al tentativo di suicidio) è l'isolamento nelle celle "lisce", cioè completamente vuote, oppure il ricovero in psichiatria, dove il paziente viene immobilizzato nel letto (con cinghie che gli stringono i polsi e le caviglie) e imbottito di sedativi, nell'attesa che abbandoni i propri insani propositi.

Si tratta, comunque, di interventi a posteriori, sui "sopravvissuti", mentre nel campo della prevenzione, manca ancora un attento esame sui trascorsi delle persone che si sono uccise, per cercare di capire da dove nascesse la loro disperazione¹⁷⁵.

4.6 La prevenzione del suicidio nelle carceri

Il crescente numero di suicidi all'interno degli istituti di pena italiani, oltre a rappresentare un episodio altamente drammatico sotto il profilo umano, costituisce un dato allarmante, considerata l'attuale condizione di sovraffollamento delle carceri, per le implicazioni relative alla gestione delle persone detenute e alla salvaguardia della loro integrità psico-fisica.

Il rischio di suicidio di un detenuto rappresenta un forte agente stressogeno per il personale di Polizia Penitenziaria e per gli altri detenuti.

Infatti, le ripercussioni morali o materiali che può avere un fenomeno suicidario all'interno di un istituto penitenziario sono molteplici: dal sentimento di rabbia con conseguenti proteste degli altri detenuti nei confronti del personale addetto alla sezione detentiva per non aver posto in essere quei controlli necessari o tempestivi volti a scongiurare un tale evento fino alla sensazione di impotenza dello stesso personale che, in casi estremi, potrebbe somatizzare un simile avvenimento con ripercussioni anche gravi sul proprio stato di salute psico-fisica.

Per queste ragioni un programma di prevenzione del suicidio e l'organizzazione di un servizio d'intervento efficace sono misure utili non solo per i detenuti ma anche per l'intero istituto dove questi vengono assegnati. E' proprio in questo contesto che le istituzioni penitenziarie di tutto il mondo affrontano oggi con sempre maggior attenzione il problema della prevenzione del suicidio.

¹⁷⁵ Centro Studi di Ristretti Orizzonti - *Dossier "Morire di carcere"* Ristretti Orizzonti 2000-2014
www.ristretti.it

Pertanto, l'Amministrazione Penitenziaria oltre a perseguire i fini istituzionali, cioè assicurare la sicurezza, l'ordine, la disciplina e al contempo favorire, attraverso il trattamento rieducativo, il reinserimento sociale della persona reclusa, ha l'obbligo di garantire la tutela della salute della popolazione detenuta. E' questa la *ratio* che ha ispirato l'istituzione del "Servizio Nuovi Giunti", rimodulato e ampliato successivamente con il "Servizio di Accoglienza", consistente, come abbiamo visto, in un presidio psicologico, che si attiva nei primissimi momenti dell'ingresso in carcere, al fine di individuare per tempo i soggetti che presentino un rilevabile rischio di suicidio dovuto all'impatto, ed al conseguente disagio, con l'ambiente penitenziario¹⁷⁶.

La prevenzione del suicidio nel contesto detentivo esige soprattutto la presenza di condizioni di vita accettabili, il riconoscimento nonché la necessità di farsi carico dei problemi di natura psichiatrica, il controllo sui fattori di rischio personali e ambientali accentuati da un contesto rigorosamente organizzato e fortemente spersonalizzante.

In tale ottica, il suicidio è indicativo delle difficoltà nelle quali l'Amministrazione Penitenziaria è chiamata ad adempiere il mandato istituzionale di tutela della salute e della sicurezza dei soggetti in esecuzione pena.

Determinante è pertanto il possesso da parte degli operatori, compresi i volontari, della capacità di riuscire ad individuare le cause che inducono a gesti autoaggressivi e della competenza a saper riconoscere i segnali di un disagio, sovente non comunicabile e non comunicato, caratterizzato dall'autoisolamento e dalla perdita di prospettive.

Negli ultimi anni le direttive dell'Amministrazione penitenziaria in materia di prevenzione dei suicidi hanno visto il progressivo spostamento del loro baricentro da una impostazione eziologica essenzialmente endogena ad una comprendente anche la dimensione esogena.

Tale evoluzione dipende e avanza in parallelo all'analogia evoluzione scientifica compiuta dai vari studiosi nel corso degli ultimi anni che hanno affrontato il fenomeno dapprima con le categorie cliniche orientate ad approfondire cause ed effetti a livello

¹⁷⁶ PARADISO V. *Il suicidio in carcere: cause del fenomeno e strumenti di prevenzione* in *La prevenzione dei suicidi in carcere, contributi per la conoscenza del fenomeno* Quaderni ISSP n.8 D.A.P. Istituto superiore di studi penitenziari, Dicembre 2011

individuale per gradualmente ampliare la ricerca attraverso lo studio del contesto e delle variabili sociologiche¹⁷⁷.

Questo ha comportato l'indicazione di misure operative che, via via, hanno superato una visione specialistica delle competenze professionali necessarie e professato, viceversa, il coinvolgimento organico di tutte le figure professionali e non, che compongono l'universo carcerario.

La prima di queste misure ha affermato che “tutti i detenuti sono da considerarsi soggetti a rischio”, mentre la seconda ha chiesto di elaborare un piano di azione nazionale per la prevenzione dei suicidi in carcere attraverso azioni dirette non tanto alla selezione dei “*soggetti a rischio*” quanto delle “*situazioni a rischio*”.

Significativa è l'affermazione riportata in una circolare del 2000 per la quale è “illusorio sperare di contenere il fenomeno con l'impegno degli specialisti e senza un vero e concreto coinvolgimento ambientale” il che significa occuparsi del contesto e di tutte quelle questioni che lo rendono oltremodo difficile, arido, degradato, pauroso.. Si evidenzia che, nel corso degli anni, oltre alle Istituzioni deputate alla gestione dell'esecuzione penale, anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) ha cercato di individuare gli strumenti essenziali per la realizzazione di un programma di prevenzione e di intervento finalizzato a prevenire o, comunque, ridurre il numero dei suicidi in ambito carcerario, ciò in relazione al complesso insieme di fattori di natura soggettiva ed oggettiva che possono influenzare l'evento suicidario, individuando i seguenti fattori di particolare criticità¹⁷⁸:

- il periodo iniziale della detenzione, come momento che, a causa dell'isolamento, dell'impatto con la struttura, dell'incertezza per il futuro, richiede una speciale attenzione nelle procedure di accoglienza, in particolare nel riconoscimento di alcuni segnali che possono essere indice di un maggiore rischio di suicidio quali la condizione di dipendenza da droga o alcol;
- la presenza di manifestazioni di disperazione, paura, depressione, presenza di problemi di natura mentale o di comportamenti insoliti, condizioni di isolamento, verbalizzazione di pensieri suicidari;
- il corso della detenzione, in conseguenza di conflitti con altri detenuti o con l'Amministrazione, per problemi familiari, separazioni, a seguito di eventi

¹⁷⁷ BUFFA P. (a cura di) *Il suicidio in carcere: diffondere la riflessione per migliorare la prevenzione in La prevenzione dei suicidi in carcere, contributi per la conoscenza del fenomeno* Quaderni ISSP n.8 D.A.P. Istituto superiore di studi penitenziari, Dicembre 2011

¹⁷⁸ 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.

- negativi di carattere giudiziario, come nel caso di rigetto di istanze, che si configurano come fattori di stress ulteriore con conseguenze sull'equilibrio psicofisico del soggetto determinando reazioni emotivo-comportamentali quali gli sbalzi di umore, crisi di pianto, insonnia, apatia, perdita di interesse in attività e/o relazioni, rifiuti di cure, richieste maggiori di farmaci;
- i fattori psicosociali, ascrivibili alla storia personale familiare del soggetto a seguito della mancanza di supporto familiare e sociale, per precedenti comportamenti autolesionistici, della presenza di disturbi psichiatrici, problematiche di natura emotiva, isolamento affettivo e sociale derivante dalla detenzione;
 - i fattori situazionali, che possono determinare particolari criticità o momenti di solitudine ed isolamento dovuti ad applicazione di particolari regimi di detenzione quali l'isolamento, a condizioni di particolare invivibilità come nel caso di sovraffollamento della popolazione detenuta, concentrazione in ambito detentivo dei soggetti vulnerabili più a rischio (tossico e/o alcool dipendenti, con disturbi psichici o portatori di storie personali di violenza, ecc.), mancanza di un adeguato programma di ascolto e monitoraggio del livello di stress dei detenuti finalizzato all'identificazione delle situazioni di rischio acuto, assenza di un sistema di collaborazione con i servizi di igiene mentale del territorio, finalizzato all'attuazione di interventi rapidi e mirati nei confronti dei soggetti a più alto rischio.

Alla luce delle suddette considerazioni, l'O.M.S. suggerisce un programma con l'obiettivo di prevenire e ridurre il fenomeno suicidario i cui punti chiave sono¹⁷⁹:

- la formazione del personale penitenziario, mediante corsi di aggiornamento con frequenza almeno annuale, rivolti in particolare al personale appartenente al Corpo della Polizia Penitenziaria che è presente nell'arco delle ventiquattro ore, e costituisce la prima linea di difesa nella prevenzione del suicidio;
- la presenza di un servizio accoglienza per i nuovi giunti, nel contesto di una valutazione medico psicologica condotta da professionisti secondo specifici protocolli, con una procedura di trasmissione delle informazioni acquisite a tutto il personale interessato, al fine di assicurare la valutazione del rischio e

¹⁷⁹ 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.

- sollecitare, se necessario, un ulteriore intervento da parte di altri operatori, in particolare quelli del servizio psichiatrico;
- un'attività di osservazione protratta nel tempo da parte di tutto il personale coinvolto, con chiara definizione del ruolo dei diversi operatori e con particolare attenzione ai segnali di disagio psichico e/o volontà suicidaria, al comportamento tenuto durante i momenti di socialità per individuare problematiche di convivenza e relazione con i compagni di detenzione, a eventuali conflittualità emerse nei colloqui con i familiari, ecc.;
 - una comunicazione efficace dei segnali comportamentali, che possono essere indicatori di rischio suicidario, tra le varie professionalità che a diverso titolo hanno contatti con il detenuto;
 - la creazione di forme stabili e formalizzate di raccordo con i servizi psichiatrici del territorio, soprattutto in presenza di risorse di personale di supporto socio-psicologico non sufficienti rispetto ai bisogni espressi dalla popolazione detenuta.

La prima strategia possibile è quindi quella di una buona integrazione dei servizi: Amministrazione Penitenziaria, Asl, operatori degli enti locali e del volontariato devono poter svolgere la propria attività in un contesto caratterizzato dagli strumenti tipici del lavoro di rete, con momenti sia formali che informali di controllo e scambio di informazioni e conoscenze. La presenza di servizi in rete consente, di fatto, di moltiplicare le occasioni di ascolto e di intercettazione del disagio, oltre a rendere omogenei e tra loro congruenti gli interventi possibili, potenziandone l' idoneità e l'efficacia.

Una delle colonne portanti di un programma di prevenzione è la formazione del personale e l'O.M.S. rimarca ampiamente questo fatto.

Negli Stati Uniti la creazione di Ufficio Federale appositamente dedicato alla formazione del personale penitenziario ha attivato una spirale di effetti positivi al punto da diminuire del 70% il numero di suicidi all'interno delle strutture carcerarie di quel Paese.

Gli agenti, come il personale sanitario e quello psichiatrico non saranno adeguatamente in grado di identificare il rischio, effettuare una valutazione, né tantomeno prevenire un suicidio, se non saranno stati prima addestrati¹⁸⁰.

Nella realtà dei fatti, il personale sanitario, gli psichiatri o altri professionisti che lavorano negli istituti di pena raramente si trovano in grado di prevenire un suicidio, perché spesso questi vengono tentati proprio nelle camere detentive durante le ore notturne o nei fine settimana, quando i detenuti sono generalmente fuori dal controllo del personale fisso di un eventuale programma.

Questi eventi, dunque, dovrebbero essere prevenuti dagli agenti, che sono spesso le uniche figure disponibili ventiquattro ore la giorno; quindi formano la prima linea di difesa nella prevenzione del suicidio. Essi dovrebbero essere addestrati per la prevenzione dei suicidi per divenire più attenti nei confronti dei detenuti sotto la loro custodia.

Pertanto, nel nostro Paese, sia gli appartenenti al Corpo di Polizia Penitenziaria sia il personale sanitario che quello psichiatrico dovrebbero essere sottoposti ad un addestramento iniziale e a corsi di aggiornamento con frequenza annuale. Tutto il personale, ad esempio, dovrebbe essere addestrato all'utilizzo delle varie equipaggiature d'emergenza collocate in istituto.

In realtà è difficile distinguere *ex ante* quale tra le persone astrattamente a rischio porrà in opera la scelta suicidaria. Sono statisticamente maggioritari i casi in cui, dopo che il suicidio è accaduto, si constata che nessuno avrebbe saputo prevederlo: non i compagni di cella, non gli amici, non i congiunti del detenuto, no il personale.

Tuttavia non è possibile fermarsi a questa considerazione che potrebbe precludere una sorta di fatalismo. Contro questo atteggiamento l'Ufficio Studi del DAP ha rilevato che la maggioranza dei suicidi avviene nel primo periodo dopo l'inizio della detenzione. È evidente che esiste lo *choc* da detenzione; che il "servizio nuovi giunti", pur utile, non è ancora adeguato, (a volte neppure funzionante per carenza di risorse e/o personale) e comunque andrebbe potenziato, con un rafforzamento, in particolare, della funzione di assistenza psicologica, e della logistica destinata alla prima fase della detenzione.

¹⁸⁰ MAIETTA R., *Le regole di accoglienza dei Nuovi Giunti alla luce delle circolari ministeriali: strumenti e competenze dello staff multi-disciplinare nella prevenzione del rischio auto lesivo*, lavoro finale del 2° Corso di formazione per vice commissari in prova, Istituto Superiore di Studi Penitenziari, Roma, 2011.

Una volta effettuato l'addestramento degli agenti e favorita la loro dimestichezza con i principali fattori di rischio suicidario, il passo successivo è costituito dall'implementazione di uno screening istituzionale dei nuovi giunti. Visto che i suicidi in carcere avvengono per la maggior parte nelle prime ore consecutive all'arresto e nelle primissime fasi della detenzione, lo screening, per essere efficace, andrebbe effettuato proprio a ridosso dell'ingresso nell'istituzione.

In realtà, un detenuto dovrebbe essere sottoposto a screening sia all'ingresso sia ogni volta che cambiano le circostanze e/o condizioni di detenzione.

Spesso vi è un numero insufficiente di personale psichiatrico nelle carceri; quindi c'è bisogno di individuare semplici indicatori di rischio in modo che gli agenti stessi siano in grado di completare il processo di screening.

Le procedure di screening, seppur importanti, rappresentano solo una piccola parte di un programma di prevenzione del suicidio nelle carceri. Quello che uno strumento di screening può dare è l'informazione al personale sanitario che un particolare detenuto in un certo momento della sua detenzione ha un elevato rischio di tentare il suicidio. Lo screening non è in grado di prevedere quando un tentativo avverrà o quali ne saranno i fattori determinanti, caso per caso. Dal momento che i suicidi in carcere possono avvenire anche successivamente al primo periodo di detenzione (alcuni dopo vari anni) non è sufficiente monitorare i detenuti solo al momento dell'arresto, ma si dovrebbe procedere ad intervalli regolari. Per essere efficace, la prevenzione del suicidio deve implicare valutazioni regolari nel tempo. Tutto il personale deve essere addestrato a vigilare sul detenuto per tutta la durata della sua incarcerazione. A tal fine, il personale può raccogliere informazioni sul grado di suicidalità del detenuto durante i seguenti momenti¹⁸¹:

- Controlli di sicurezza di routine per il rilevamento di: indicatori di intento suicidario e disagio psichico quali crisi di pianto, insonnia, pigrizia, estrema irrequietezza o passeggiare avanti e indietro; improvvisi sbalzi di umore, di abitudini alimentari o sonno; gesti di "spoliazione" come ad esempio dar via oggetti personali; perdita di interesse in attività e/o relazioni; ripetuti rifiuti di cure o richiesta di dosi maggiori di farmaci;

¹⁸¹ IASP (International Association for Suicide Prevention) *La prevenzione del suicidio nelle carceri* World Health Organization (Management of Mental and Brain Disorders Department of Mental Health and Substance Abuse), 2007

- colloqui con i detenuti nei periodi circostanti le udienze in tribunale o altri periodi critici (come la morte di un familiare e/o il divorzio) per identificare sentimenti di disperazione o intenti suicidari;
- supervisione dei colloqui con i familiari o gli amici per rilevare eventuali conflitti o problemi emergenti durante la visita. Si dovrebbe suggerire ai familiari di rendere noto al personale carcerario la percezione di un intento suicidario nel loro familiare detenuto;
- a causa dell'enorme numero di suicidi che avvengono in isolamento, i detenuti al principio di questo nuovo regime detentivo dovrebbero ricevere un breve esame di status mentale per verificare se lo stato psichico del detenuto e/o il suo grado di rischio suicidario sia compatibile con tale regime;
- gli agenti dovrebbero costruire con i detenuti rapporti tali da facilitare la loro espressione di condizioni di disagio o sentimenti di disperazione qualora insorgano.

Dato che un detenuto può commettere il suicidio in qualsiasi momento della sua detenzione, gli agenti devono mantenere uno stato di vigilanza, condividere informazioni e riferire adeguatamente al personale medico.

Un'adeguata osservazione dei detenuti con rischio suicidario è cruciale, in particolare durante i turni di notte (quando il personale è scarso) e negli istituti dove il personale non è assegnato ad un'area in maniera permanente.

Come detto in precedenza la maggior parte dei suicidi avviene quando il detenuto è isolato sia dal personale che dai compagni di cella. Pertanto l'alloggio in isolamento, seppure per ragioni necessarie, può comunque incrementare il livello di rischio. Se l'isolamento è l'unico regime previsto, il detenuto dovrebbe essere sottoposto a costante osservazione

L'O.M.S. prima, e il Comitato Nazionale di Bioetica poi, hanno posto in evidenza la necessità che sia mantenuto aperto il canale della comunicazione tra chi direttamente si occupa della custodia dei detenuti e questi ultimi. Attraverso questo rapporto e le sue modalità relazionali può passare l'espressione del disagio utile per iniziare la prevenzione. L'O.M.S., in particolare, giunge ad affermare che il personale "dovrebbe

costruire con i detenuti rapporti tali da facilitare la loro espressione di condizioni di disagio o sentimenti di disperazione qualora insorgano”¹⁸².

Le circolari n. 0032296 del 25 gennaio 2010 e la circolare del 24 aprile 2010 n.0177644 pongono attenzione all'emergenza suicidi sulle condizioni di sovraffollamento in cui versano gli istituti penitenziari. Le linee guida in esse riportate, chiedono agli operatori di incentivare la padronanza del soggetto rispetto alla nuova situazione cercando di ridimensionare i vissuti di disorientamento e di impotenza. Si creano anche “centri d'ascolto” composti da personale di polizia penitenziaria, dell'area educativa ed integrato da volontari, col compito di intervenire per problemi familiari o personali, onde offrire sostegno psicologico, per assistere ai bisogni di prima necessità, ed assistere ai bisogni legati allo status di straniero.

Il neo-istituito “servizio di ascolto” ha il compito di soccorrere il detenuto in momenti di criticità in cui non è possibile l'intervento immediato di professionisti esperti, con lo scopo di individuare, attraverso dinamiche comunicative, le problematiche specifiche e le necessarie misure d'urgenza.

Dovrà, infine, essere posta particolare attenzione all'ambiente carcerario, considerando i suoi livelli di attività, di sicurezza, di cultura, e il tipo di rapporto tra agenti e detenuti. Nello specifico, la qualità del clima sociale è di importanza critica nel ridurre al minimo i comportamenti suicidari. Anche se le carceri non potranno mai essere ambienti privi di stress, le autorità dovrebbero attuare delle strategie efficaci per ridurre il bullismo ed altre forme di violenza nelle loro istituzioni, e enfatizzare invece relazioni supportive tra detenuti e personale carcerario.

La qualità del rapporto tra agente e detenuto è di cruciale importanza per ridurre il livello di stress dei detenuti e per fare in modo che i detenuti stessi siano portati con fiducia a comunicare i momenti in cui le loro forze reattive stanno per essere sopraffatte, provano disperazione o si sviluppa in loro un intento suicidario¹⁸³.

¹⁸² 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.

¹⁸³ IASP (International Association for Suicide Prevention) *La prevenzione del suicidio nelle carceri* World Health Organization (Management of Mental and Brain Disorders Department of Mental Health and Substance Abuse), 2007

CONCLUSIONI

Il suicidio è la causa più comune di morte nelle carceri. Nelle carceri italiane muoiono in media 150 detenuti l'anno, dei quali un terzo circa per suicidio

Il tasso di suicidio delle persone carcerate è, in Italia, di oltre quindici volte maggiore rispetto a quello delle persone libere.

Il tema del suicidio nelle carceri è un tema molto delicato e complesso, perché può essere letto e interpretato da diverse angolature e discipline (l'etica, la religione, la morale, la sociologia, la psicologia, il diritto, la medicina), e porta anche con sé alcuni interrogativi etici: il modo in cui una collettività vi risponde, offre una misura del livello di civiltà che ha raggiunto. Voltaire affermava "Non fatemi vedere i vostri palazzi ma le vostre carceri perché da esse si misura il grado di civiltà di un paese".

In Italia il diritto alla salute è tutelato dall'articolo 32 della Costituzione. Secondo il nostro ordinamento le pene dovrebbero ispirarsi ai principi della "umanizzazione" e della "funzione rieducativa": ciò impone una concezione della pena non meramente retributiva o preventiva ma attenta ai bisogni umani del condannato in vista del suo possibile reinserimento sociale.

A tali principi si ispirano anche le norme contenute nell'ordinamento penitenziario, che sanciscono delle regole sulle modalità di costruzione dei nuovi istituti penitenziari, sulle caratteristiche dei locali e sulle caratteristiche dei servizi da erogare all'interno di un carcere.

Ma il dettato costituzionale sembra cozzare in modo abbastanza netto con la realtà dei fatti, e con quello che è il funzionamento reale delle "Istituzioni totali": in particolare con il processo di mortificazione e di spoliamento dell'identità a cui vengono sottoposti gli internati. L'internato, al momento della carcerizzazione, subisce un profondo attacco alla propria identità, trovandosi a dover riconsiderare completamente il proprio ruolo.

Viene spogliato dei propri oggetti personali e del proprio nome, e gli viene fornito un corredo alternativo consistente in "oggetti standardizzati".

Detenzione significa isolamento dalla società, lontananza dagli affetti, e l'impatto con i valori della sottocultura violenta dominanti nell'ambiente carcerario.

Si assiste di fatto a un processo di “disculturazione”, e di prigionizzazione: ovvero, un processo di assimilazione che porta l'individuo ad identificarsi con la subcultura carceraria, e che lo rende incapace di affrontare alcune situazioni tipiche della vita quotidiana del mondo esterno, se e quando egli vi faccia ritorno. Questo sembra essere proprio l'opposto di ciò che un processo di rieducazione richiederebbe.

La frequenza dei suicidi nelle carceri in Italia è aumentata del 300% negli ultimi 50 anni, mentre la frequenza dei tentativi di suicidio è aumentata addirittura di quindici volte.

Questo aumento è dovuto in parte al cambiamento della composizione della popolazione detenuta, che 40 anni fa era composta prevalentemente da criminali “professionisti”, mentre oggi è in buona parte costituita da persone provenienti dall'emarginazione sociale (immigrati, tossicodipendenti, malati mentali), spesso fragili psichicamente e privi delle risorse caratteriali necessarie per sopravvivere al carcere.

Inoltre, in quarant'anni la popolazione detenuta è pressoché raddoppiata, mentre la capienza delle carceri è aumentata soltanto di dieci mila posti, rendendo più invivibili le condizioni di vita dei detenuti.

Il sovraffollamento viene considerato come uno dei maggiori fattori di rischio dagli stessi detenuti, in particolare per la sofferenza di disturbi legati alla mancanza di spazio e di movimento.

Infine, ma non meno importante, il lavoro nelle carceri, obbligatorio per i condannati (secondo l'articolo 20 dell'Ordinamento Penitenziario), in realtà è una rara eccezione: solo una piccola percentuale dei detenuti ne usufruisce.

Il suicidio carcerario viene descritto, dalla legislazione corrente, come una forma di devianza: ovvero come un comportamento patologico commesso da una persona insana di mente. E infatti anche i provvedimenti che vengono adottati in carcere nei confronti di colui che tenta il suicidio, sono gli stessi che verrebbero adottati nei confronti di un “malato di mente” (la visita del medico penitenziario, dello psicologo, dello psichiatra, “l'isolamento”, la “grande sorveglianza”, e, nei casi più gravi, il trasferimento all'Ospedale psichiatrico). Tuttavia negli ultimi anni le direttive dell'Amministrazione penitenziaria in materia di prevenzione dei suicidi hanno visto il progressivo spostamento del loro baricentro da una impostazione eziologica essenzialmente endogena ad una comprendente anche la dimensione esogena. E ormai

sono tante le ricerche che hanno messo in luce di come anche gli aspetti ambientali siano causa o, quanto meno, fattore di rischio determinante, dei suicidi in carcere.

Lo studio del suicidio in carcere può essere attuato, dunque, da una duplice prospettiva: medica oppure sociologica. Secondo l'approccio medico si valorizza la prospettiva patologica del fenomeno suicidario, cosicché il suicidio è inteso come la conseguenza di una patologia individuale indipendentemente dalle condizioni ambientali del carcere. Secondo l'approccio sociologico, invece, le condizioni del carcere - indipendentemente dalla natura dell'individuo - sono tali di per sé da provocare il suicidio.

Entrambe queste prospettive contribuiscono, nel loro mutuo intrecciarsi, a comprendere questo fenomeno.

Da una parte, le persone che infrangono la legge portano con sé diversi fattori di rischio per il suicidio ("importano" il rischio).

Dall'altro, l'ambiente detentivo ha sicuramente un impatto nello sviluppo degli atti suicidari. In più, la detenzione in sé per sé è un evento stressante anche per i detenuti "sani", in quanto priva la persona di risorse basilari.

Gli istituti di pena sono luoghi dove si concentrano gruppi vulnerabili che sono tradizionalmente tra quelli più a rischio, ovvero persone con disturbi mentali, persone interdette, socialmente isolate, con problemi di abuso di sostanze, e con storie di precedenti comportamenti suicidari. Le persone carcerate provengono dalle frange sociali più emarginate, hanno un passato difficile, caratterizzato dalla dissociazione familiare e problemi nevrotici o psicotici.

Quando una persona viene sradicata dal proprio contesto di relazioni e di legami personali, con il processo di disculturazione e di prigionizzazione, il conseguente senso di isolamento può portare a compiere un gesto così estremo.

Il suicidio egoistico - descritto da Durkheim - è motivato da una carenza di integrazione sociale e da un eccesso di individualismo: la persona si sente estranea al proprio gruppo, il dislivello fra i propri desideri e la loro possibilità di realizzazione nell'ambito della società diventa a poco a poco incolmabile. E' proprio ciò che avviene al momento della incarcerazione, dove al senso di isolamento consegue anche una assenza o una forte limitazione di prospettive future.

Il senso di isolamento, e la mancanza di prospettive future, possono essere in parte leniti quando l'Istituto penitenziario attua dei programmi di recupero, offre delle possibilità di lavoro o delle attività ricreative che restituiscano, almeno in parte, un

ruolo al detenuto. In assenza di ciò, è verosimile che si realizzi quel “smisurato sviluppo dell’ego” – di cui parla Durkheim -, in cui gli unici obiettivi non vanno al di fuori di se stessi, ed il legame che unisce l’uomo alla vita si allenta proprio perché si è a sua volta allentato il legame che lo unisce alla società.

In Italia, il tasso di suicidi nelle carceri, non si discosta molto da quello di altri paesi europei, tuttavia è il paese dove si verifica il maggiore scarto tra i suicidi nella popolazione libera e quelli che avvengono nella popolazione detenuta, con un rapporto da 1,2 a 9,9 (quindi in carcere i suicidi sono circa 9 volte più frequenti, contro le 5 volte della Francia, le 3 della Gran Bretagna, le 2 della Germania e del Belgio¹⁸⁴).

Dello “scarto” esistente tra i suicidi dei detenuti e quelli della popolazione libera è possibile definire un criterio di “vivibilità” di un sistema penitenziario (che quindi in Italia si collocherebbe agli ultimi posti).

E’ stato riscontrato da alcune ricerche che laddove il numero delle presenze risulta eccedente la capienza delle strutture, il ricorso al suicidio si fa sensibilmente più frequente. E’ emerso che la frequenza dei suicidi arrivava a triplicare nelle condizioni di maggiore affollamento, ma anche di particolare fatiscenza delle celle e assenza di attività trattamentali.

Anche la diminuzione degli spazi e il deterioramento delle relazioni, associate alla scarsità di opportunità, sono correlabili non solo con il suicidio ma, più in generale, con l’autolesionismo nelle sue varie manifestazioni e con la sua reattività disciplinare contro lo staff, e contro i compagni di detenzione.

Tra le varie possibili risposte adattive alla carcerizzazione, quella che comporta il maggior rischio di suicidi è il “ritiro dalla situazione”: una sorta di adattamento apatico, che si accompagna a un rifiuto del contesto e a un crescente ripiegamento su se stessi: la rinuncia a qualsiasi forma di confronto e di socialità, il rifiuto o l’incapacità di integrazione nella comunità carceraria, accrescono in modo esponenziale il rischio di suicidi, conformemente a quanto previsto dalla teoria di Durkheim.

In generale, l’esperienza del carcere sembra essere molto più dura per quei detenuti che non riescono ad inserirsi nelle attività lavorative, nelle attività culturali e ricreative e nelle reti sociali all’interno della prigione: si tratta dei

¹⁸⁴ La ricerca effettuata dall’INED “*Suicide en prison: la France comparée à ses voisins européens*”, pubblicata a dicembre 2009, ha considerato la frequenza di suicidi tra i cittadini liberi, maschi, di età compresa tra 15 a 49 (cioè con caratteristiche simili a quelle della gran parte della popolazione detenuta).

gruppi più vulnerabili che non riescono ad agire in modo significativo in un contesto di profonda deresponsabilizzazione e deprivazione.

Secondo alcune ricerche almeno i due terzi dei casi di suicidio sarebbero correlati al “fattore ambientale”: non tanto per l’ambiente carcerario di per se stesso, quanto piuttosto per una condizione detentiva “al di fuori della legalità”.

Negli ultimi decenni le carceri italiane hanno vissuto una progressiva perdita di legalità, con l’intensificarsi del sovraffollamento e della “detenzione sociale” (tossicodipendenti, immigrati), con la diminuzione delle opportunità di lavoro interno, delle risorse economiche per il “trattamento dei detenuti”, del numero di personale penitenziario.

L’Italia detiene il “record” del tasso di sovraffollamento penitenziario in Europa e, allo stesso tempo, la Corte Europea dei Diritti dell’Uomo nell’agosto del 2009 ha affermato che: “il sovraffollamento delle carceri rappresenta un trattamento inumano e degradante”,

Riguardo al significato psicologico del gesto suicidario di un carcerato, ve ne sono due prevalenti: quello del significato di “suicidio/fuga” e quello del “suicidio/vendetta, minaccia e ricatto”. I detenuti, spesso in preda a stati d’ansia, angoscia, depressione, guardano al suicidio non come ad un atto che porti alla morte, ma come ad una via di fuga verso una sorta di “luogo di pace” in cui potersi rifugiare, come al mezzo attraverso il quale passare ad uno stato migliore.

Nel detenuto – invece - che si dà la morte per vendetta, minaccia o ricatto, il soggetto attraverso l’autosoppressione, uccide e punisce gli altri, che aspira a responsabilizzare giocando sull’effetto del loro senso di colpa. È come una sorta di omicidio camuffato. Si tratta, quindi, di un’interpretazione d’ispirazione chiaramente freudiana: la vittima non fa altro che introiettare un’aggressività che avrebbe voluto rivolgere all’esterno.

L’esperienza degli Stati Uniti, che, in venticinque anni ha ridotto i suicidi del 80%, grazie all’attuazione di un programma di prevenzione, e alla formazione adeguata del personale penitenziario, dimostra che è possibile effettuare una efficace prevenzione dei suicidi nelle carceri.

Il “servizio nuovi giunti”, pur utile, non è ancora adeguato, e comunque andrebbe potenziato, con un rafforzamento, in particolare, della funzione di assistenza psicologica, e della logistica destinata alla prima fase della detenzione.

Un aspetto fondamentale per la prevenzione riguarda –come detto- la formazione del personale penitenziario.

Occorre poi saper riconoscere i segnali di un disagio, sovente non comunicabile, caratterizzato dall'autoisolamento e dalla perdita di prospettive.

Le procedure di screening del rischio di suicidio dovrebbero prestare particolare attenzione al periodo iniziale della detenzione (il periodo di maggior rischio per i suicidi), riconoscendo alcuni segnali che possono essere indice di un maggiore rischio di suicidio, quali la condizione di dipendenza da droga o alcol; la verbalizzazione di pensieri suicidari; gli sbalzi di umore, le crisi di pianto, l'insonnia, l'apatia, i disturbi psichiatrici, o le problematiche di natura emotiva.

Infine, un'attività di osservazione dovrebbe essere protratta nel tempo da parte di tutto il personale coinvolto. Un'adeguata osservazione dei detenuti con rischio suicidario è cruciale, in particolare durante i turni di notte (quando il personale è scarso) e negli istituti dove il personale non è assegnato ad un'area in maniera permanente.

In un ambiente caratterizzato dal conflitto e dalla sfiducia, la qualità del rapporto tra agente e detenuto è di cruciale importanza per ridurre il livello di stress dei detenuti.

Anche se le carceri non potranno mai essere ambienti privi di stress, le autorità dovrebbero attuare delle strategie efficaci per ridurre il bullismo ed altre forme di violenza nelle loro istituzioni, e enfatizzare invece relazioni supportive tra detenuti e personale carcerario.

Infine, occorrerebbe – ovviamente - abbassare il tasso di sovraffollamento delle carceri, rivedendo la legislazione corrente, oppure costruendo nuovi edifici carcerari.

BIBLIOGRAFIA

- AGERBO E., STERNE J., DI GUNNELI, *Combining individual and ecological data to determine compositional and contextual socio-economic risk factors for suicide*, «*Social Science & Medicine*», 64 (2), 2007, pp. 451-461.
- ASSOCIAZIONE ANTIGONE, *Il carcere trasparente. Primo rapporto nazionale sulle condizioni di detenzione*, Casatelvecchi, Roma, 2000.
- BARBAGLI M., COLOMBO A., SAVONA E., *Sociologia della devianza*, Bologna, Il Mulino, 2003
- BECKER H.S., *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*, New York, The Free Press, 1963.
- BERTILLON J. *Influence du mariage sur la tendance au suicide* : La Nature n° 351 -21 février 1880
- BERZANO L., PRINA E. *Sociologia della devianza*, La Nuova Italia Scientifica (poi Carocci), Roma, 1995
- BUFFA P. (a cura di) *Il suicidio in carcere: diffondere la riflessione per migliorare la prevenzione in La prevenzione dei suicidi in carcere, contributi per la conoscenza del fenomeno* Quaderni ISSP n.8 D.A.P. Istituto superiore di studi penitenziari, Dicembre 2011
- CARPENTIERI R. *Profili criminologici del suicidio in carcere*, (Università di Napoli), in Dossier “Morire di carcere” Ristretti Orizzonti 2000-2014 www.ristretti.it
- CATEMARIO A., *La cultura della violenza*, in Serra C. (a cura di), *Istituzione e violenza*, Edizioni Psicologia, Roma, 1996.
- CAVAN R.S., *Suicide*, Chicago, Chicago University Press, 1928
- CENTRO STUDI DI RISTRETTI ORIZZONTI - *Dossier “Morire di carcere”* Ristretti Orizzonti 2000-2014, Osservatorio permanente delle morti in carcere www.ristretti.it
- CHANTRAINE G. *La sociologie carcérale: approches et débats théoriques en France*, in “*Deviance et Société*”, XXIV, 3, 2000
- CHESNAIS C., *Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours*, Paris, Laffont, 1981; [trad. it.](#) *Storia della violenza in Occidente dal 1800 ad oggi*, Milano, Longanesi, 1982.
- CLEMMER D. *La Comunità carceraria*, Giappichelli, Torino, 1997 (Titolo origin. *The prison Community*, The Christopher Publishing House, Boston, 1940)
- COCCIA P. *Ribellarsi al carcere – Storie di vita di ragazzi e ragazze di strada di Città del Guatemala* – Tesi di Laurea, Relatore Prof. Gérard Lutte, Facoltà di psicologia, Università La Sapienza di Roma, anno accademico 2003/2004
- D'ALEMBERT - DIDEROT (a cura di P. Casini), *La filosofia dell'Encyclopédie*, Laterza, Bari, 1966

DAMOLI E., LOVATI A., *Carcere e società. Oltre la pena*, Piemme, Casale Monferrato, 1994.

DAP (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria) - Sezione statistica www.giustizia.it

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Istituto Superiore di Studi Penitenziari *La prevenzione dei suicidi in carcere - Contributi per la conoscenza del fenomeno Quaderni ISSP Numero 8 Dicembre 2011*

DE GUERRY A.M. *Essay sur le statistique morale de la France*, Paris, 1833

DE MAIO D., *Aspetti cronobiologici in neuropsichiatria*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1984.

DURKHEIM E. *Le Suicide, Etude de sociologie* (traduz. Il Suicidio – Studio di Sociologia), traduz.e commento di Scramaglia R. Edizioni Bur, Milano 2007

DURKHEIM E. *De la division du travail social, 1893* (traduz. *La divisione del lavoro sociale*) Ed. Comunità, Milano 1962 (introduz di Pizzorno A.)

Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers (traduz. L'Enciclopedia o Dizionario ragionato delle scienze, delle arti e dei mestieri), opera pubblicata nel XVIII secolo.

ENGELHARDT H.T., *Manuale di bioetica*, trad. it. Milano, il Saggiatore, 1999.

FEDERICI M.C. *La sicurezza umana: un paradigma sociologico*, FrancoAngeli, Milano 2013

FORNARI F., *Osservazioni psicoanalitiche sul suicidio*. Da rivista di psicoanalisi n. 1, 1967.

FORNERO G., *Bioetica cattolica e bioetica laica*, Milano, Bruno Mondadori, 2005

FRANCESCHINI A. *La medicina penitenziaria*, in GIUSTI G. (a cura di), *Trattato di medicina legale e scienze affini*, vol VIII, cap.CCLII, CEDAM, Padova, 2009

FREUD S., *Lutto e Melanconia*. OSF Vol. VIII Bompiani. Torino, 1976

FREUD S. *Il disagio della civiltà*, traduz. Ganni E., Ediz. Einaudi, Roma 2010

GARAVENTA R. *Breve storia del suicidio*, Università di Chieti-Pescara

GIBBS J.E e MARTIN WT, *Status Integration and Suicide. A Sociological Study*, Eugene (Oregon), University of Oregon Books,1964.

GIUBBOLINI F. *Il fenomeno suicidio: fattori psicopatologici e sociali*, Rivista "Psichiatria e Medicina ", Anno VI, 1, 1992. www.salus.it/psichiatria/index,

GOFFMAN E. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, (titolo origin."Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates") Edizioni di Comunità, Torino, 2001

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

HALBWACHS M., *Les causes du suicide*, Paris, Ed.Alcan, 1930

HENRY A.F., SHORT J.F. *Suicide and homicide*, Glencoe (III), Free Press Paperback Editions, 1954

IASP (International Association for Suicide Prevention) *La prevenzione del suicidio nelle carceri* World Health Organization (Management of Mental and Brain Disorders Department of Mental Health and Substance Abuse), 2007

IRWIN J. CRESSEY D. *Thieves, Convicts and the inmate culture*, in H.S. Becker *The other side*, Free Press, New York 1964

ISTAT www.istat.it

JEDLOWSKI, P.: *Il mondo in questione*, Carocci editore, Roma, 1998

LA FORGIA G. *Il servizio 'nuovi giunti'. L'insieme delle attività amministrative, assistenziali e tecnico-operative successive al primo ingresso in istituto. Il rischio suicidario nei primi giorni di detenzione.* in *La prevenzione dei suicidi in carcere, contributi per la conoscenza del fenomeno* Quaderni ISSP n.8 D.A.P. Istituto superiore di studi penitenziari, Dicembre 2011

LODI M. Rivista "attualità in psicologia", vol 6, n 4,1991, eur editore

MAIETTA R., *Le regole di accoglienza dei Nuovi Giunti alla luce delle circolari ministeriali: strumenti e competenze dello staff multi-disciplinare nella prevenzione del rischio auto lesivo*, lavoro finale del 2° Corso di formazione per vice commissari in prova, Istituto Superiore di Studi Penitenziari, Roma, 2011.

MANCINA B., *Laicità e politica*, in G. BONIOLO (a cura di), *Laicità. Una geografia delle nostre radici*, Torino, Einaudi, 2006,

MARIS R.W., *Suicide, Status, and Mobility in Chicago*, in «Social Forces», 46,1967, pp. 246-256;

MAROTTA G., *Donne, criminalità e carcere*, "EuRoma – La Goliardica", Roma, 1989.

MATHIESEN T. *Perché il carcere?* Gruppo Abele, Torino, 1996

MAZZOLA R., *Chiese cristiane, pluralismo religioso e democrazia liberale*, in F. BOLGIANI – F. MARGIOTTA BROGLIO – R. MAZZOLA (a cura di), *Chiese cristiane, pluralismo religioso e democrazia liberale in Europa*, Atti del Convegno della Fondazione Michele Pellegrino, Bologna, Il Mulino, 2006

MENNINGER K., *Man against himself*. Harcourt, Brace & World. New York, 1938

MIRISOLA C. (a cura di) per l'INMP (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto alle malattie della povertà) - Volume: *Salute Libera tutti*, nell'ambito del progetto: "Salute senza barriere. Integrazione sanitaria dei cittadini stranieri privati della libertà personale", finanziato dal Fondo Europeo per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi, programma annuale 2011.

MORON P., *Il suicidio*, Milano, Garzanti, 1976

MORSELLI E. *Il suicidio*, Ediz. Dumolard, Milano 1879

MOSCONI G. (a cura di) *L'altro carcere*, CLEUP, Padova, 1982

- 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.
- PANDOLFI A.M., *Il suicidio (Voglia di vivere, voglia di morire)*, Milano, FrancoAngeli, 2000
- PAOLUCCI M. relatore: DI BITONTO M.L., *La tutela del diritto alla salute delle persone detenute*, Tesi di Laurea, Università Luiss, Dipartimento di Giurisprudenza, Cattedra di Diritto dell'esecuzione penale, anno accademico 2011/2012
- PARADISO V. *Il suicidio in carcere: cause del fenomeno e strumenti di prevenzione* in *La prevenzione dei suicidi in carcere, contributi per la conoscenza del fenomeno* Quaderni ISSP n.8 D.A.P. Istituto superiore di studi penitenziari, Dicembre 2011
- RIVA C., *Voci libere da... dentro. Dalla narrazione di sé al processo di cambiamento in storie di vita di madri "ristrette"*, Università Pontificia Salesiana di Roma, Facoltà di Scienze dell'Educazione; Istituto di progetto e formazione "Progetto Uomo", 2002.
- RIVERA A. *Il fuoco della rivolta – Torce umane dal Maghreb all'Europa*, edizioni Dedalo, Bari 2012
- RUDFELD K., *Suicides in Denmark 1956*, in «*Acta Sociologica*», 6, 1962
- SAINSBURY E., *Suicide in London: an Ecological Study*, London, Chapman & Hall, 1955.
- SALIERNO G. E RICCI A., *Il carcere in Italia*, Einaudi, Torino, 1971.
- SANT'AGOSTINO D'IPPONA *De civitate Dei* (traduz. "Città di Dio"), Nuova Città Editrice, Roma 1974
- SANTOLONI M., *Comunicazioni orizzontali e verticali all'interno del carcere*, in Serra C. (a cura di), *Devianza e difesa sociale*, Franco Angeli, Milano, 1981.
- SCHRAG C. *Some Foundations for a theory of correction*, in D.R. CRESSEY, *The Prison: Studies in Institutional Organization and change*, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1961
- SERRA C. (a cura di), *Istituzione e comunicazione. Segni e simboli della rappresentazione sociale del carcere*, Seam, Roma, 1998.
- SYKES G. *The society of captives: A study of a maximum Security Prison*, Princeton University Press, Princeton, 1958
- SOFRI A., CERAUDO F., *Ferri battuti*, ArchiMediA Edizioni, Pisa, 1999.
- TOMMASO D'AQUINO, *Summa Theologiae*, II-II, q. 64, a. 5.
- TRIPODINA C. *Dio o Cesare? Chiesa cattolica e Stato laico di fronte alla questione bioetica* <http://www.costituzionalismo.it> 15/01/2007
- UBALDI S. *Il suicidio in carcere L'altro Diritto* Centro di documentazione su Carcere, devianza a marginalità ISSN 1827-0565 - <http://www.altrodiritto.unifi.it/index.htm>, 1997
- VACHERET M. *Gestion de la peine privative de liberté: regards sur la mise en œuvre concrète d'un modèle rationnel*, in "Revue international de criminology et de police technique et scientifique, n.3, 2005

VIANELLO F. *Il carcere – sociologia del penitenziario*, Carocci Editore, Roma 2012

VIOLA F., *L'etica della qualità della vita: una valutazione critica*, in «Bioetica», n. 1, 1996

WESTCOTT W.W. *The Origin of the Rosicrucians and Freemasons*, Editore: Kessinger Publishing, 1886

WIKIPEDIA L'enciclopedia libera <http://it.wikipedia.org/wiki/Suicidio>

ZILBOORG G., *Suicide Among Civilized and Primitive Races*, «American Journal of Psychiatry», 92, pp. 1347-1369.