

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Istituto Superiore di Studi Penitenziari

Quaderni ISSP Numero 8

LA PREVENZIONE DEI SUICIDI IN CARCERE
CONTRIBUTI PER LA CONOSCENZA DEL FENOMENO

Dicembre 2011

INDICE

PRESENTAZIONE.....	3
IL SUICIDIO IN CARCERE: DIFFONDERE LA RIFLESSIONE PER MIGLIORARE LA PREVENZIONE.....	4
IL SUICIDIO NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI: RUOLO DELLA POLIZIA PENITENZIARIA NELLA PREVENZIONE DEL FENOMENO E PROFILI OPERATIVI DELL'AREA SICUREZZA NELLA GESTIONE DELL'EVENTO.....	21
L'AUTOLESIONISMO PENITENZIARIO. IL FENOMENO SUICIDARIO: ANALISI CRIMINOLOGICA ED INTERVENTI GESTIONALI.....	27
GLI INTERVENTI DELL'AMMINISTRAZIONE NEL DISAGIO PENITENZIARIO. STRUMENTI, LIMITI E RESPONSABILITÀ.....	35
L'OBBLIGO GIURIDICO DI IMPEDIRE UN REATO: PROFILI PRATICI ED OPERATIVI IN TEMA DI GESTIONE DI PARTICOLARI EVENTI DA CUI PUÒ DERIVARE LA RESPONSABILITÀ PENALE.....	43
IL RUOLO DELLA POLIZIA PENITENZIARIA NELL'ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E GESTIONE DI EVENTI CRITICI: GESTI AUTOLESIONISTICI”.....	53
LA PREVENZIONE DELLE CONDOTTE AUTO AGGRESSIVE: IL FENOMENO DEI SUICIDI IN CARCERE.....	57
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.....	65
LE REGOLE DI ACCOGLIENZA DEI NUOVI GIUNTI ALLA LUCE DELLE CIRCOLARI MINISTERIALI: STRUMENTI E COMPETENZE DELLO STAFF MULTIDISCIPLINARE NELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO AUTO – LESIVO.....	76
LE CONDOTTE AUTOLESIVE ED IL SUICIDIO NELLE CARCERI: RUOLO DELLA POLIZIA PENITENZIARIA E STRATEGIE PREVENTIVE.....	84
IL PROBLEMA DELLA SUSSISTENZA DI UN DIRITTO A LASCIARSI MORIRE DEL DETENUTO. PROFILI DI RESPONSABILITÀ DEL COMANDANTE DI REPARTO E STRUMENTI DI PREVENZIONE DEL DISAGIO.....	96
IL SUICIDIO IN CARCERE: CAUSE DEL FENOMENO E STRUMENTI DI PREVENZIONE...	107
RINGRAZIAMENTI.....	114

PRESENTAZIONE

a cura di Massimo De Pascalis - Direttore dell'Istituto Superiore di Studi Penitenziari

La formazione verso il sapere critico

Le pubblicazioni dell'ISSPe riprendono con uno dei temi più complessi del Sistema penitenziario italiano, in generale rivolto alle condizioni di malessere personale con il quale molti detenuti vivono lo stato detentivo e, nella particolare fattispecie, le reazioni che molti di essi esprimono a quello stato d'essere.

Gli Autori di questa pubblicazione sono, nella prima parte, il dr. Pietro Buffa, direttore della Casa Circondariale di Torino e docente presso l'Istituto Superiore di Studi Penitenziari e, nella seconda, alcuni neo vice commissari di Polizia penitenziaria che hanno affrontato quel tema nella tesi di fine corso di formazione, attraverso un'attività di ricerca condotta, approfondendo gli argomenti trattati in aula, durante l'attività di tirocinio, presso i più complessi istituti penitenziari, lungo il percorso della conoscenza che conduce al sapere critico su cui si è sviluppato l'intero corso di formazione annuale che si è concluso nella primavera del 2011.

Il comune denominatore degli elaborati rileva una criticità nascosta del Sistema, una difficoltà che non appare nelle denunce quotidiane del malessere generale che sta attraversando il Sistema penitenziario italiano e che possiamo imputare direttamente alla "crisi della conoscenza della persona detenuta" che è invece il presupposto essenziale della verità ordinamentale della Riforma penitenziaria del 1975. Quella Verità che il Prof. Flick definisce "la Rivoluzione promessa del sistema penitenziario", contraddetta dalla realtà penitenziaria, e che avrebbe dovuto esprimere discontinuità rispetto alla previgente normativa in tema di esecuzione penale, incentrata esclusivamente sul reato commesso. Una verità ordinamentale che invece costruisce, fuori dal processo penale, un nuovo procedimento di esecuzione penale incentrato sulla persona e non più esclusivamente sul reato. Una Verità che innanzitutto tutela giuridicamente principi e diritti della persona introdotti nella Costituzione italiana e che riconosce anche il diritto alla rieducazione il cui presupposto è il diritto della persona detenuta di essere conosciuta rispetto alle sue capacità di saper esprimere valori e comportamenti socialmente utili, tali da poter modificare durante il nuovo procedimento di esecuzione penale l'essere stesso della condanna e le modalità di esecuzione. Ma la realtà penitenziaria sul piano della conoscenza della persona è ben altra cosa, tanto da poter condividere l'autorevole espressione del Prof. Flick di "Rivoluzione mancata".

L'attività di formazione e aggiornamento dell'ISSPe durante il 2011, rivolta a circa duemila destinatari tra dirigenti e quadri direttivi, si è sviluppata lungo quel percorso di analisi della verità ordinamentale e della realtà penitenziaria con l'obiettivo di migliorare attraverso la conoscenza del diritto, il sapere critico che porti ad una maggiore consapevolezza di sé del Sistema.

In tale contesto si inseriscono le pubblicazioni de "I Quaderni dell'ISSPe" facendo seguire a questa, con cadenza bimestrale, le altre che tratteranno temi di analogia rilevanza quali il fenomeno della radicalizzazione del terrorismo internazionale, il tempo e lo spazio in carcere, approfondimenti sui modelli operativi di altri Paesi europei, il mercato del lavoro penitenziario, gli stranieri in carcere, l'affettività, la detenzione e la genitorialità, la tutela della salute in carcere dopo la riforma della Sanità penitenziaria e un nuovo modo di fare sorveglianza.

Oggi, possiamo affermare che il pensiero degli Autori di questo Quaderno sul delicato tema del suicidio e gli atti di autolesionismo in carcere è una testimonianza di un diritto (di conoscenza) reclamato, rimasto inattuato.

Buona lettura!

IL SUICIDIO IN CARCERE: DIFFONDERE LA RIFLESSIONE PER MIGLIORARE LA PREVENZIONE

a cura di Pietro Buffa - dirigente penitenziario

Introduzione

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.

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. Per la verità tra il 2007 e il 2010 alcune di queste indicazioni hanno visto qualche ripensamento anche se sia l'Organizzazione Mondiale della Sanità che il Comitato Nazionale di Bioetica hanno sostenuto questa visione universalistica della prevenzione.

La prima ha affermato che *tutti i detenuti sono da considerarsi soggetti a rischio*¹ mentre il secondo 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*².

Tale evoluzione dipende e corre parallela all'analoga 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 individuale per gradualmente ampliare la ricerca attraverso lo studio del contesto e delle variabili sociologiche.

Tornando a noi dobbiamo constatare che, come si suole dire, tra il dire e il fare c'è di mezzo il mare e la realizzazione concreta delle direttive dipartimentali non è cosa compiuta e ancora oggi non si può parlare di un sistema di prevenzione perfettamente strutturato.

Lo si denota anche dalle ripetute raccomandazioni che, ancora nelle ultime circolari, il Dipartimento indirizza ai Provveditori affinché verifichino l'esatta applicazione da parte delle direzioni delle direttive impartite. Giocano a sfavore varie concause, alcune endemiche, quali l'annosa questione delle risorse umane e della loro scarsa consistenza, altre del tutto nuove e contingenti, quali il progressivo ed imponente aumento della consistenza della popolazione detenuta ma, soprattutto, del suo forte turn-over e delle sempre maggiori fragilità strutturali.

A questo deve aggiungersi una questione non particolarmente percepita ma, non per questo, meno importante anche rispetto al tema trattato in questo contributo.

La nostra Amministrazione vive gli effetti di una progressiva centrifuga frammentazione organizzativa che mette in crisi la tenuta stessa di quella tensione che l'ordinamento penitenziario del '75 prevedeva laddove stabiliva che intorno all'uomo detenuto ruotassero tutte le figure professionali in ragione di un unico obiettivo, quello della sua rieducazione e del suo reinserimento sociale³. Questo presupponeva competenze diverse seppur nell'ambito di una *visione unica ed un linguaggio vicendevolmente comprensibile*. Negli ultimi anni, la crescente frustrazione rispetto ad un obiettivo di sempre più difficile realizzazione, associato al cambiamento della popolazione detenuta, sempre più transitoria e fuori dalla logica trattamentale finalizzata alle misure alternative, ha supportato istanze di gratificazione economiche e giuridiche variamente soddisfatte, con il risultato che le categorie hanno avuto risposte contrattuali diversificate.

La qualcosa ha prodotto ulteriori frustrazioni con il risultato che da più parti si sono avanzate molte richieste tese ad ottenere spazi di autonomia sempre più vasti. L'uscita del comparto sanitario, le richieste di passaggio al Ministero degli Interni da parte di alcune grosse rappresentanze sindacali della Polizia penitenziaria, le seppur timide istanze di confluire all'interno del Corpo di Polizia penitenziaria da parte di educatori e contabili o, per converso, le spinte per essere assimilati ai ruoli educativi e di servizio sociale degli Enti locali territoriali, così come la riforma della dirigenza penitenziaria, sono presupposti ed effetti del processo di frammentazione accennato.

Il motivo per cui se ne accenna in questa sede deriva dalla constatazione che un tale processo, se portato a compimento, porta naturalmente con sé il rischio della diversificazione degli obiettivi, delle visioni, dei linguaggi e dei metodi, delle responsabilità formali e di quelle percepite tali e tutto questo aumenta gli ostacoli per un coordinamento fluido ed efficace. Si tratta, per dirla con le parole di Lippi e Morisi⁴, dell'effetto di deresponsabilizzazione che permea individui ed interi uffici di fronte alla soluzione di problemi che vengono percepiti estranei alla stretta definizione del proprio compito, a causa della tendenza di ciascuna mansione o ufficio a svolgere questi ultimi ignorando la logica dell'azione collettiva e lo scopo generale dell'Amministrazione.

Ci pare evidente che, con la progressiva affermazione dell'idea che la prevenzione suicidiaria in carcere non possa prescindere invece da una unione di intenti e visioni comuni, un tale stato di cose rischia di indebolire alla base un impianto progettuale d'intervento.

Alla luce di queste considerazioni è, quindi, decisamente interessante che un corso di formazione diretto a funzionari di polizia futuri responsabili di reparti che operano negli istituti penali, approfondisca ed inviti a riflettere sul suicidio in carcere.

Tale scelta è perfettamente in linea con le direttive emanate dagli Organismi internazionali e nazionali sopra citati⁵ che hanno auspicato lo sviluppo di programmi di prevenzione specifici che danno grande rilievo alla formazione del personale penitenziario.

A sostegno dell'importanza di azioni di questo genere l'O.M.S. sottolinea che laddove questo avviene si ottengono significativi risultati.

Alla fine degli anni '80 l'incidenza dei suicidi nei penitenziari statunitensi era pressoché pari a quella rilevata nei sistemi carcerari europei.

Il Governo degli Stati Uniti, nel 1988, attivò un Ufficio che venne incaricato di svolgere la formazione del personale operante negli istituti.

Dopo venticinque anni il tasso di suicidio intracarcerario risulta ridotto del 70%⁶.

E' ovvio che la formazione sia uno dei pilastri sui quali fondare la prevenzione e dipende, a sua volta e in larga misura, dal livello di conoscenze prodotto dalla ricerca.

Da questo punto di vista, rispetto a qualche anno fa, la situazione è migliorata nel senso che oggi si può contare su una serie di contributi scientifici di varia natura e provenienza sicuramente maggiore ed articolata.

Il mondo accademico, alcune Organizzazioni non governative e la stessa Amministrazione hanno prodotto conoscenze utili per affrontare il fenomeno dell'autolesionismo in carcere in generale ed attivare, in particolare, la prevenzione del suicidio.

Va da sé che le azioni corrispondono alle conoscenze che le supportano e dalle convinzioni che ne scaturiscono rispetto al fenomeno in termini eziologici, dinamici e in relazione alla presunzione di efficacia delle attività di prevenzione.

Nel curare l'introduzione di questa pubblicazione ci si è fatti suggestionare da una parte dei temi liberamente affrontati dai vari Autori, estrapolandone alcuni di particolare interesse. Questi verranno sviluppati incrociandoli e comparandoli con le personali conclusioni frutto di un recente contributo in materia⁷ tentando di giungere non tanto ad una sintesi, quanto ad un arricchimento dialettico delle varie posizioni espresse in modo da offrire al lettore i vari punti di contatto e di discontinuità utili, riteniamo, per aumentare la consapevolezza e la riflessione.

Definire il suicidio

Nei lavori che seguiranno molti, naturalmente, partono dalla definizione dell'atto suicidiario.

Darne una definizione, di primo acchito, sembra un'operazione semplice. In realtà non è affatto così e la riflessione teorica che ha affrontato la questione ne ha coniato uno spettro non ristretto ed univoco. Si badi bene che la questione non è un semplice vezzo teorico ma comporta effetti rilevanti soprattutto in ambito penitenziario che si pone, tra i suoi compiti, anche quello della prevenzione, della cura e della tutela delle persone ad esso affidate. Non avere un accordo comune sulla definizione di un evento non consente la comparabilità dei dati e delle conclusioni che si basano su quei dati stessi. In tal senso voglio ricordare che è nota la polemica degli Autori più critici che sostengono che l'Amministrazione non consideri suicidi le morti causate dall'inalazione di gas associata all'uso di sacchetti di naylor. Al di là del fatto che la Sala Situazioni gestita direttamente dall'Ufficio del Capo del Dipartimento registra tutti i decessi occorsi a detenuti, dentro e fuori le mura, è evidente che è necessario avere parametri definitori comunemente riconosciuti. Lo stesso I.N.E.D. francese sottolinea la necessità di darsi a livello internazionale una definizione ed un sistema di rilevamento comune in modo da permettere la comparazione dei risultati e il confronto delle varie situazioni nazionali e dell'efficacia degli strumenti preventivi posti in essere⁸.

Tuttavia bisogna riconoscere che l'impresa non è semplice e qualche Autore è giunto ad affermare che è quasi impossibile dare una definizione esaustiva del suicidio⁹. Pur tuttavia occorre fare uno sforzo, seppure imperfetto, e ci pare che la cosa più opportuna sia far riferimento a quanto riportato da Ubaldi nel suo studio¹⁰. L'Autrice, tra le altre, cita la definizione introdotta dall'*International Association for Suicide Prevention*.

Tale definizione ha il pregio di mettere in relazione diverse variabili in modo da raggruppare ordinatamente tutti quei comportamenti che rientrano nella sfera suicidiaria anche se questo gesto non si compie effettivamente. Una definizione di questo genere è utile per imbastire procedure preventive perché delimita le aree di rischio e non si limita a rilevare la morte del suicida quale fatto da cui partire per ricostruire, a ritroso, la biografia più o meno recente della persona per poter individuare, vedremo quanto vanamente, qualche correlazione che permetta di indicare eventuali fattori di rischio predittivi.

Il modello citato descrive la condotta suicidiaria correlando due variabili: il *suicidal intent*, ovvero il livello, più o meno consistente, di motivazione, al *medical letality*, ovvero la probabilità che quella determinata condotta possa provocare effettivamente la morte.

Si classificano, così, tre condotte suicidiarie su una scala di intensità che prevede, al livello più alto, il *suicidio completo* o quello *mancato* laddove, nonostante un suicidal intent molto alto, la morte non è avvenuta. A livello di intensità intermedio si collocano i *tentati suicidi* e, a quello più basso di intensità, i *parasuicidi* che denotano una certa strumentalità in funzione della necessità di attirare l'attenzione su di sé e di porre in essere un acting-out utile per evadere da una realtà considerata intollerabile.

È evidente che a seconda del livello in cui si colloca nella classificazione corrispondono azioni preventive diverse.

Allo stesso tempo tale modello consente una rilevazione e una riflessione in grado di tener adeguatamente conto del rapporto intercorrente tra i gesti di autolesionismo non letali e quelli letali o potenzialmente tali. Negare una relazione implica il rischio di sottovalutare la portata dei primi, assumerla acriticamente, viceversa, rischia di far generare una serie di automatismi autotutelanti per l'Amministrazione ma deleteri per chi si trova soggetto, considerate le limitazioni e quindi i disagi che le misure di cautela determinano.

Sempre in tema di classificazione mi sembra opportuno citare Silvia Ubaldi¹¹ la quale, in un importante contributo che si fonda sullo studio degli atti formali e del materiale allegato alle relazioni di servizio redatte dal personale in occasione dei suicidi avvenuti tra il 1992 e il 1996 in alcuni istituti penali toscani, elabora un modello di notevole impatto teorico e pratico.

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

L'Autrice svolge il suo lavoro partendo dai processi di etichettamento ufficiale operato dallo staff e si dice convinta, e noi aderiamo a tale convinzione, che il trovare questo senso abbia anche una utilità in termini di

prevenzione perché ci aiuta a comprendere quanto, nel singolo caso, prevalga il fattore esogeno – ambientale e quanto, viceversa, quello endogeno – individuale.

Capire questo e carpirne i segni premonitori può permettere la programmazione delle azioni cautelari più opportune.

Il punto di partenza dell'analisi della Ubaldi sono le considerazioni di Page¹² relative al modo in cui l'organizzazione penitenziaria e i suoi componenti etichettano i tentativi di suicidio, riusciti o meno che siano.

Secondo questo Autore se l'atto non lascia dubbi rispetto all'adeguatezza dei mezzi e dei modi posti in essere, il gesto è interpretato come frutto di una patologia mentale se, invece, mezzi e modi non paiono perfettamente idonei questo fa sorgere il convincimento di trovarsi di fronte ad una simulazione e questa viene interpretata come una devianza disciplinare.

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

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

Dalle categorie mertoniane in tema di comportamenti devianti in ambito sociale estrae, in particolare, quella dei *ribelli* e quella dei *rinunciatori*.

I primi tendono a sfogare il carico di tensione ed aggressività, accumulata per la frustrazione generata dall'inadeguatezza tra i fini culturalmente prospettati e i mezzi, concretamente dati ed insufficienti, attraverso l'eteroaggressività.

I secondi, di fronte al medesimo senso di frustrazione, reagiscono passivamente rinunciando sia ai mezzi che alle mete, rifugiandosi nell'evasione.

Il richiamo a queste categorie comportamentali è utile all'Autrice per introdurre due tipi ideali di soggetti suicidi.

Il *ribelle*, che risponderebbe aggressivamente alla frustrazione attraverso l'acting out contro se stesso anche se, in realtà, la realizzazione concretizzerebbe idealmente un progetto etero – aggressivo. Il *rinunciario* che, viceversa, risponderebbe in maniera anagressiva attraverso l'introversione dell'aggressività.

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

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

Creata la dicotomia tra introversione ed estroversione dell'aggressività della condotta, Ubaldi riprende da Baechler¹³ i possibili significati degli atti suicidiari.

Secondo quest'ultimo Autore esistono almeno otto differenti possibili significati del gesto suicida, che riassumono i punti salienti delle principali teorie psicoanalitiche sull'argomento. Tra questi una mezza dozzina sono applicabili al contesto penitenziario:

- Il *significato di fuga*. Il soggetto con il suicidio cerca di fuggire da una situazione sentita come insopportabile.
- Il *significato di lutto*. Ci si priva della propria vita in conseguenza della perdita, reale o immaginaria, di un effettivo elemento della sua personalità o dell'ambiente che lo circonda.
- Il *significato di castigo*. Ci si uccide per espriare un proprio errore o colpa reale o immaginaria.
- Il *significato di delitto*. Il suicidio diventa strumento per trascinare con sé, nella morte, un'altra persona.

- Il *significato di vendetta*. Il soggetto si toglie la vita per provocare il rimorso altrui o per infliggere il segno dell'infamia.

- Il *significato di richiesta e di ricatto*. Il suicida in questo modo fa pressione sull'altro, ricattandolo.

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

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

<i>Fig. 1 Mappa dei significati del suicidio carcerario.</i>		
	Carattere / Emotività	
	Suicidio aggressivo	Suicidio anaggressivo
	Etero aggressivo	Auto aggressivo
	Devianza attiva	Devianza passiva
	Suicidi ribelli	Suicidi rinunciatari
Significato del suicidio	Protesta / Appello	Castigo
	Delitto / Vendetta	Lutto
	Minaccia / Ricatto	Fuga

Recentemente sono rimasto molto colpito da una affermazione del Prof. Gianfranco Placidi che, nell'ambito di un convegno sul suicidio in carcere¹⁴, ha sostenuto, contrariamente alla comune vulgata, che il suicida nei giorni che precedono il fatto emette segnali che riconducono alle sue intenzioni. La difficoltà sta nel percepirli ma il modello della Ubaldi può essere utile ad orientare le prime attenzioni nel senso che i temi colloquiali, connotati dai significati riportati dall'Autrice, e la loro intensità, possono essere valutati, con un'approssimazione variabile, da tutti gli operatori che vengono in contatto con la persona così come peraltro auspica l'O.M.S.

È evidente, e lo si chiarirà più oltre, che l'attenzione tecnica dei più dovrà essere trasmessa velocemente ai livelli tecnici e decisionali in modo da attivare quanto più necessario ed opportuno.

Avendovi precedentemente accennato ci sembra opportuno approfondire un'altra questione di notevole interesse, rappresentata dai rapporti tra questa forma estrema di autolesionismo e tutte le altre che non determinano l'evento fatale ma producono danni alla salute di chi li pone in essere. L'interesse dal punto di vista penitenziario scaturisce dal fatto che, per prassi, coloro i quali pongono in essere atti auto lesivi non letali vengono, normalmente, considerati come potenziali suicidi. In tal senso l'autolesionismo è volgarmente considerato sintomatico di potenziali sviluppi suicidari e nei confronti dei loro autori vengono poste in essere cautele custodiali e predisposti interventi clinici e di sostegno.

Il problema è che l'autolesionismo è un comportamento molto diffuso nell'ambito penitenziario, nella misura di alcune migliaia di casi ogni anno, e l'inflazione di allarme generato dall'automatismo di cui sopra, contribuisce ad obnubilare l'attenzione con il rischio di non dare la massima attenzione se non addirittura perdere di vista le situazioni più deteriorate.

Due Autori che hanno approfondito il relativo rapporto tra il suicidio e gli altri comportamenti autolesivi sono Caglio e Piotti¹⁵.

Secondo questi Autori il suicidio rappresenta una uscita attraverso la morte, un atto di fuga, mentre l'automutilazione è il tentativo di tornare ad uno stato di normalità, un atto patologico di rigenerazione.

Da questo punto di vista, quindi, il suicidio sarebbe il gesto di una persona che, di fronte ad una *sofferenza emotiva* così angosciante da non più sopportarsi, non vede altra alternativa che annullare tale sofferenza sopprimendo la propria esistenza che la contiene. Si differenzerebbe dal resto dei comportamenti autolesivi per l'intensità dell'angoscia al punto che parlano di veri e propri *stati di morte emotiva* per descrivere le condizioni di angoscia che ne fanno da sfondo.

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

In questi casi l'automutilazione non sarebbe espressione di un pressante ed inderogabile impulso di fuga da una vita percepita come dolorosa ed insostenibile ma, viceversa, uno scarico emotivo e funzionale rispetto ad una situazione stressante e contingente.

In questo senso la lettura prognostica da dare ad un gesto autolesivo non prevederebbe una causalità diretta, configurata nella retta *a* della figura sottostante, bensì dovrebbe essere mediata attraverso il necessario approfondimento rispetto all'intensità della sofferenza che ne sta alla base, rappresentata dalla retta *b* della stessa figura (*fig.2*).



A corredo delle loro osservazioni Caglio e Piotti evidenziano che circa la metà dei suicidi, sia nella società libera che all'interno degli istituti di pena, non è associata ad alcun tentativo precedente e il dato viene anche confermato in due nostre ricerche¹⁶. In particolare nel biennio 2006 – 2007 solo il 24.4% dei suicidi era stato preceduto da un gesto auto lesivo e nel biennio successivo tale dato si attestava al 38.8% del campione.

Questo gruppo aveva posto in essere un tentativo di suicidio, nel corso di *tutte* le precedenti carcerazioni subite, nel 17.4% dei casi.

Certamente queste persone avevano dato prova di una certa abnorme e preoccupante familiarità con il superamento dell'istinto di sopravvivenza, tuttavia la nostra attenzione deve essere capace di tener conto di questo ma anche di superare il suo schermo per andare al punto della questione, ovvero la sofferenza emotiva che trova, in larga misura, altre modalità espressive poco sondate o tenute in considerazione nella preoccupazione di dare risposte auto tutelanti di fronte a segni macroscopici quali l'autolesionismo.

Lo stato della conoscenza

La capacità di incidere sugli effetti di un fenomeno dipende dallo stato delle conoscenze relative a quest'ultimo. È una regola che vale per tutti gli aspetti della vita umana e quindi anche per le azioni di prevenzione suicidiaria in carcere. Se, tuttavia, lo stato delle conoscenze non è molto raffinato allora diventa problematico dare indicazioni operative a chi è chiamato ad intervenire senza particolari competenze tecniche e dal punto organizzativo più in generale. Senza lenti adeguate il rischio è quello di affrontare le cose con una ottica sfocata e fuorviante.

E d'altra parte la ricerca empirica corre il rischio di ottenere evidenze statistiche o presunte tali che rischiano di far focalizzare l'attenzione su alcune caratteristiche ritenute impropriamente predittive.

Nascono così categorie a rischio che ingenerano azioni di screening standardizzate.

Un modo di operare, questo, posto in crisi dalle affermazioni universalistiche dell'O.M.S. e dall'invito a distogliere lo sguardo dalle etichette per volgerlo al contesto generale e alle sue influenze negative.

I lavori dei funzionari non hanno molto approfondito la questione e i pochi dati riportati nei loro lavori appartengono alla letteratura conosciuta che, in alcune circostanze, si consolida per un mero processo di ridondanza bibliografica che altro non fa che riportare evidenze altrui sino a saturare la percezione che ci possano essere anche altre strade di lettura e di comprensione dei dati.

In altri casi sono diverse, a volte errate, modalità di calcolo che determinano percezioni e convinzioni che hanno il loro peso nello stabilire il da farsi. Due esempi possono illuminare quanto si intende dire. Baccaro e Morelli¹⁷ evidenziano una incidenza suicidiaria pari a 11.28 casi ogni 10.000 detenuti, con punte fino a 17.80. La nostra elaborazione, sugli stessi dati, evidenzia un'incidenza pari a 6 casi per 10.000 detenuti in un *range* compreso tra 3.82 e 8.77.

Il motivo della differenza è presto detto. Gli Autori fanno riferimento a calcoli che mettono in rapporto il numero di suicidi per anno con il numero dei detenuti presenti in un giorno convenzionale dell'anno. Crediamo che questo sia un errore in ragione del fatto che se riteniamo la condizione detentiva come un elemento stressante tale da poter scatenare una deriva suicidiaria, allora l'incidenza non si può che calcolare rispetto a tutte le persone che sono state sottoposte a quello stimolo. È per questo motivo che noi riteniamo corretto riportare il numero annuo di suicidi con il numero totale degli ingressi nello stesso periodo. Della bontà del metodo troviamo conferma anche nelle indicazioni dell'I.N.E.D. francese¹⁸.

Il secondo esempio riguarda l'affermazione per la quale l'incidenza dei suicidi è particolarmente rilevante nella popolazione compresa tra i 18 e i 44 anni, sino a cinquanta volte superiore dei coetanei liberi¹⁹, al punto da far considerare questo gruppo quale categoria a rischio. La verità sta nel fatto che le due popolazioni sono molto diverse tra loro per struttura e le interpretazioni devono tenerne conto. Al 31.12.2010 i detenuti tra i 18 e i 44 anni rappresentavano il 73.92% del totale contro il 36.15% della popolazione generale e nello stesso triennio il 79.6% dei suicidi in carcere aveva un'età compresa in questo *range*, quasi sovrapponibile, quindi, alla loro incidenza sul totale dei detenuti. Tra l'altro all'esterno la quota dei suicidi è molto più importante nel gruppo degli ultra quarantacinquenni che è poco rappresentata all'interno in quanto la popolazione esterna è più anziana di quella interna. Anche in questo caso l'I.N.E.D. dà interpretazioni analoghe.

Queste prime considerazioni ci introducono nel meccanismo della costruzione delle categorie a rischio. Dati incerti, poco comparabili tra loro, assenza di incroci sulle caratteristiche generali della popolazione di riferimento, approcci ideologici, necessità di dare urgenti indicazioni operative e l'ancoramento dei più alle categorie vissute come rassicuranti assiomi, sono tutti elementi che contribuiscono a diffondere la cultura della categorizzazione.

Se verificiamo le indicazioni contenute nelle circolari dalla metà degli anni '80 ritroviamo alcune categorie predittive che la ricerca empirica non riesce completamente a validare. Abbiamo già visto l'età, i precedenti autolesivi ma lo stesso dicasi per i precedenti disturbi della condotta e la malattia mentale, il sovraffollamento

generale. Qualche maggiore significatività si ritrova rispetto ai quadri di tossicodipendenza, alla povertà umana e materiale, all'ozio e all'inesperienza penitenziaria ma, anche in questi casi, queste caratteristiche dovrebbero essere lette in un insieme composito di altre variabili.

In modo o nell'altro la predittività non può essere fatta dipendere dall'appartenenza ad una o anche più variabili slegate una dall'altra e non contestualizzate. D'altra parte le sollecitazioni dell'O.M.S., del Comitato Nazionale di Bioetica e le direttive dipartimentali dal 2000 ad oggi superano questo annoso problema e sottolineano la necessità di prestare attenzione ad una rosa ben più vasta di questioni in un intervento che potremmo definire comunitario nell'ambito del quale collocare non solo quello specialistico ma anche quello diffuso e tecnico finalizzato alla intercettazione e al sostegno del disagio.

L'O.M.S. prima e, per quanto concerne l'Italia, il Consiglio Nazionale di Bioetica poi, infatti, hanno puntualizzato due principi che credo debbano guidarci nella programmazione e nella gestione penitenziaria quotidiana e che vogliamo nuovamente ricordare. La prima ingloba invariabilmente tutti i detenuti tra le categorie a rischio mentre il secondo prospetta la necessità, nello stilare un programma nazionale di prevenzione, di passare dall'ottica delle categorie a rischio a quella delle situazioni a rischio. È un po' come è successo per altri fenomeni quali la diffusione del virus dell'H.I.V. negli anni '80.

Relegato alle categorie stigmatizzate degli omosessuali e dei tossicodipendenti si è poi compreso che non era questa la via da seguire quanto, piuttosto, quella dei comportamenti che prevedevano lo scambio di sostanze ematiche che trasmettevano il virus.

A questo proposito permettetemi di citare una bella riflessione di Gemma Brandi, psichiatra fiorentina, da anni operante nel carcere della sua città e instancabile animatrice di incontri e cultura scientifica, che pochi giorni fa, a Firenze, nel corso di un interessante convegno sul suicidio in carcere²⁰, ha ricordato come il carcere abbia spesso anticipato fenomeni che successivamente sono esplosi all'esterno.

In tal senso, citava l'H.I.V. ma anche il suicidio che negli ultimi tempi ha visto un aumento dell'incidenza anche sulla popolazione libera. Quello che mi ha colpito è che il suo pensiero, senza che ci fosse stata possibilità di scambio, diretto od indiretto, collimava perfettamente con quanto da me tratteggiato in un altro intervento di prossima pubblicazione sulla Rassegna Criminologica della Scuola genovese²¹.

In quell'occasione, infatti, ho sostenuto la tesi che il carcere, così tanto vituperato e spesso rimosso, sia socialmente profetico sotto almeno due profili. Da un lato la quantità e le caratteristiche della sua popolazione e, soprattutto, l'evoluzione di quest'ultima negli ultimi anni testimoniano che i paradigmi sociali, economici e giuridici imperanti non reggono più di fronte ad un mondo in rapida evoluzione e che, rispetto agli scossoni prodotti da tali cambiamenti, l'incapacità e il ritardo nella reazione politica demandano alla pena e al carcere, in particolare, il compito, non suo, di far fronte alle contraddizioni.

In secondo luogo è profetico perché, all'interno, in questi anni di progressiva ingravescenza, si è costretti ad affrontare una concentrazione di problemi che, se non inediti, quantomeno sono ancora fortemente diluiti all'esterno.

Ora credo che la società esterna abbia tutto l'interesse ad osservare quello che succede all'interno dei muri per vedere cosa potrà essere nel bene o nel male e credo anche che in un carcere che diventa, malgrado suo, un laboratorio sociale si possano cogliere gli accenni a progettazioni sociali di prevenzione ed intervento concreto in qualche modo utili anche all'esterno.

Il suicidio, l'angoscia di morte che lo permea appartengono a questa schiera di problemi anche alla luce del quadro socio economico sempre più instabile che caratterizza il nostro tempo con il suo strascico di drammi umani e collettivi.

Ruoli e responsabilità dell'area della sicurezza

Un aspetto che mi ha particolarmente colpito nella lettura dei contributi dei funzionari che hanno scelto di sviluppare la tematica suicidiaria è l'approfondimento che una parte di essi hanno svolto in relazione alle responsabilità connesse al personale di polizia e, in particolare, ai comandanti di reparto. In un primo momento ho pensato che fosse una traccia data dall'Istituto Superiore al punto che mi sono informato scoprendo che così non era. A questo punto la sorpresa si è trasformata in motivo di riflessione. Gli interventi oscillano da posizioni di puntualizzazione e delimitazione di tali responsabilità a visioni più coinvolgenti.

Rispetto alla prima delle due posizioni si afferma che è necessario evitare inopportuni trasferimenti di competenze, sul piano giuridico, attribuendo a ciascuno le responsabilità, e sole quelle, strettamente connesse al ruolo funzionale istituzionalmente svolto nel contesto di riferimento, in quanto le uniche esigibili e, come tali, idonee a fondare giudizi di responsabilità.

Conseguentemente si individuano negli specialisti i referenti primari sul piano della prevenzione, pur con l'avvertenza che questo non significa la piena deresponsabilizzazione delle altre figure professionali. Forte è lo sforzo per perimetrare poteri, compiti e responsabilità al fine di evitare ingiustificati coinvolgimenti degli operatori. Si auspica quindi l'emanazione da parte dell'Amministrazione di indicazioni utili a far chiarezza sul punto e ci si chiede anche se il passaggio della parte sanitaria al sistema pubblico non possa far riflettere su quali eventuali responsabilità possano discendere in capo a quegli operatori.²²

I contenuti tecnico giuridici che sostengono questa tesi sono di sicuro pregio ma le conclusioni, a mio parere, peccano su un aspetto che credo centrale.

La realtà fiacca tali conclusioni alla luce di sentenze e pronunciamenti che in casi specifici coinvolgono anche gli operatori di polizia in responsabilità omissive di vario genere.

Questo è segno che la valutazione posteriore fatta dalla magistratura ricerca più che la forma la sostanza e non si accontenta di misure e decisioni più dirette all'autotutela dei decisori e dei gestori che alla cura delle situazioni e, per questo, vuote nei contenuti e nell'efficacia. Il fatto che oltre la metà dei suicidi avvenuti a cavallo tra il 2008 e il 2010 fossero sottoposti a cautele custodiali deve farci riflettere sull'idoneità di tali decisioni.

L'O.M.S. ci ricorda che entro i primi due minuti dal momento dell'impiccagione si producono già danni cerebrali devastanti ed entro cinque minuti può intervenire la morte. Qualunque misura di sorveglianza cautelare non può pensare di prescindere da questi riferimenti se intende superare il vaglio attento della magistratura.

Lasciarsi tentare dalla via della distribuzione formale delle responsabilità è una deriva fragile che rischia di infrangersi presto anche perché è stretta parente di un'altra trappola, quella specialistica delle competenze la quale, legata ad una visione patologica ed endogena del fenomeno, genera il rischio di concentrare su pochi la percezione che ad essi competa l'esclusività dell'intervento e deresponsabilizzi i più rispetto all'attenzione, condannando così all'immobilismo e al fallimento qualunque programma in tal senso.

Abbiamo già ricordato che è da almeno dieci anni che la letteratura e le direttive sono virate ricomprendendo anche la visione esogena ed universalistica nella ricerca delle cause ma anche degli interventi che diventano onere di tutti e a tutti i livelli.

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. In operazioni di questo genere tutti sono coinvolti, nessuno escluso.

Altri funzionari hanno viceversa sottolineato che la polizia, vivendo ogni momento accanto al detenuto, può cogliere ogni aspetto della sua personalità operando una vera e propria attività di *intelligence*, affidata alla supervisione tecnica del comandante²³.

Da quest'ultimo punto di vista Iannella²⁴ sottolinea il contributo di questi funzionari rimarcando la loro funzione di far comprendere ai collaboratori le ragioni e l'importanza degli obiettivi ma anche la ricerca delle modalità migliori per perseguirli, stabilire le competenze, dettare i tempi per la realizzazione delle attività e naturalmente

prevedere i feedback necessari per il controllo. Secondo questa interpretazione il comandante viene anche investito della ricerca delle soluzioni utili per realizzare sinergie con le altre aree. A lui andrebbe il coordinamento della raccolta, dell'implementazione e della decodifica dei risultati dell'osservazione dei detenuti che scaturisce dalla gestione diretta di tutte le attività che possono dare indicazioni rispetto all'evoluzione dei loro stati d'animo, quali la frequenza e le modalità di fruizione dei passeggi, delle docce, della socialità, dei colloqui, della spesa, ecc.

Martinelli²⁵ va ancor più oltre affermando che gli operatori di polizia devono “sviluppare uno spiccato senso di osservazione, una forte propensione al dialogo e alla persuasione con lo scopo di creare un contatto che porti alla risoluzione della sfiducia, della disperazione; mostrarsi più umani e più sensibili alle affezioni e a volte una piccola attenzione rivolta al detenuto potrebbe mantenere in quest'ultimo accesa la speranza di una nuova vita”.

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. La ragione è evidente a tutti. 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”²⁶. Questo invito è raccolto in uno dei lavori che seguono questa breve introduzione e la sua Autrice²⁷ afferma che non si può non riflettere sui modelli di custodia atteso che, innegabilmente, il rapporto tra la polizia e i detenuti è strutturalmente uno degli elementi portanti del clima carcerario.

Peraltro nella letteratura organizzativa è un dato assodato che la riuscita di qualunque mandato, progetto od obiettivo organizzativo dipende in parte dalle capacità valutative e decisionali dei vertici ma, soprattutto, dall'atteggiamento di coloro i quali sono tenuti a trasformare in azioni concrete le direttive in questione e che si interfacciano quotidianamente all'utenza di quel servizio o al cliente di quella organizzazione. Per chi può essere interessato ad approfondire si rimanda agli studi di Lipsky su quello che lui ha denominato lo *street bureaucracy level*²⁸.

Ma nelle considerazioni dell'O.M.S. l'atteggiamento che viene richiesto va oltre al semplice adempimento e rispetto delle procedure sino a giungere alla creazione di rapporti dotati di una empatia tale da consentire l'espressione di malesseri e disagi profondi e drammatici.

Ecco perché Martinelli e De Musso insistono sul fatto che non si possa prescindere dalla modifica delle modalità lavorative per gli appartenenti alla polizia e la seconda rimarca anche la necessità di aumentare la consapevolezza del proprio ruolo e della doppia valenza delle funzioni proprie della polizia penitenziaria che sono peculiari, specifiche e non previste per le altre forze di polizia.

L'approccio comunitario ovvero diffondere l'attenzione e concentrare l'intervento specialistico

Di notevole interesse è il lavoro di ricerca dottrinale e giurisprudenziale mirato ad approfondire la questione relativa alla legittimazione di un intervento non specialistico nel settore dell'osservazione e della prevenzione. Gli argomenti che vengono citati appaiono robusti e adeguatamente supportati anche dalla pronuncia della Suprema Corte che sostiene ed individua questa possibilità.

Le previsioni dell'art. 28 del Regolamento di esecuzione, che genericamente prevede che l'osservazione debba essere svolta da personale dipendente dell'Amministrazione senza nessuna distinzione tra esperti e custodi e che solo quando occorra può essere condotta anche da professionisti estranei all'Amministrazione ed appositamente incaricati, costituirebbero, secondo la Cassazione la legittimazione dell'*osservazione atecnica*. A queste previsioni, se dovesse sussistere ancor dubbio, si affianca l'art. 5 della L. 395/90 che affida, definitivamente ed istituzionalmente, alla polizia il compito di partecipare alle attività di osservazione e trattamento e di rieducazione dei detenuti

Negli ultimi mesi mi trovo spesso a ragionare su semplici questioni aritmetiche che, dal mio punto di vista, dovrebbero essere tenute in debito conto nelle riflessioni teoriche e pratiche in materia di prevenzione.

Il rapporto di incidenza relazionale tra un direttore o un comandante di un grande istituto metropolitano, quale ad esempio quello torinese, e i detenuti di quel carcere è molto diverso rispetto a quello degli altri operatori e, tra questi, si differenzia ancora a seconda della consistenza numerica di ogni gruppo professionale.

Nella figura che segue (fig.2) sono rappresentate le varie categorie ed è indicato il quoziente ottenuto mettendo a numeratore la suddetta consistenza e a denominatore il numero dei detenuti presenti. Graficamente si è cercato anche di rendere visibile la proporzione intercorrente tra categoria e categoria attraverso la diagonale che le taglia e il loro perimetro.

È evidente che le relazioni intercorrenti nella realtà sono cosa molto più frequente e complessa di questi rapporti che, tuttavia, hanno il pregio di dare una indicazione della relazione che ognuna di queste figure professionali può potenzialmente avere rispetto alla moltitudine di persone detenute che gli vengono affidate.

Sono cifre che poco lasciano sperare rispetto a quelle indicazioni di accoglienza empatica ed attenzione richiamate dall'O.M.S., ma non possiamo non considerare che il rapporto tra quelle persone e il loro compagno di cella è 1 a 1.

Questo rapporto, meramente aritmetico, introduce un tema poco sviluppato in Italia, ovvero l'aiuto dei *peer supporter*, viceversa già praticato in altri Paesi europei, in particolare quelli anglofoni, e richiamati tra gli interventi preventivi auspicati da parte dell'O.M.S.

Per la verità non è una novità assoluta neppure nel panorama penitenziario italiano. Previsto in alcune direttive dipartimentali emanate a cavallo del 2000²⁹, se ne ricorda una prima sperimentazione presso la Casa Circondariale di Milano – San Vittore.

Ai nostri giorni ci sono alcune rare esperienze embrionali di cui si sa molto poco e che non permettono di dire nulla di esaustivo in materia.

Certamente l'attenzione e il sostegno che potenzialmente si può sviluppare a questo livello è, aritmeticamente, il migliore anche se, ovviamente, debbono ricorrere alcuni presupposti quali la previsione di obiettivi e funzioni molto chiari e scevri da "sbavature" legate alla subcultura carceraria, quali il rischio della prevalenza dei più forti sui più deboli. Diventa, altresì, essenziale una formazione iniziale ed un monitoraggio in itinere, una rete di comunicazione che da questo livello, attraverso passaggi certi e rapidi, faccia filtrare i segnali di allarme a chi, professionalmente, ha maggiori competenze per poter intervenire.

Pare ovvio che l'intercettazione del disagio non può che avvenire nell'ambito di quei rapporti che danno luogo a quozienti vicini all'unità o ai decimali che, peraltro, corrispondono a quelli meno specialistici o dotati di potere decisionale e programatorio. Diventa quindi fondamentale che le informazioni raccolte in questi ambiti vengano fatte rapidamente filtrare verso questi ultimi, che sono gli unici titolati ad approfondire e provvedere, ma che, tuttavia, producono una capacità relazionale fortemente limitata da quozienti pari a diversi centesimi o millesimi. Anche di questo si è cercato di dare conto graficamente prevedendo aree funzionali diverse anche se tra loro connesse.

Figura 2. La curva dell'attenzione, del sostegno e della cura	
Rapporto operatore/detenuto	Funzione
Direttore/Comandante (0.00062)	Area decisionale
Psichiatri (0.0025)	Area della cura psichiatrica
Educatori (0.0075)	Area del sostegno tecnico

Psicologi (0.012)	
Medici di guardia (0.021)	Area dell'attenzione e del sostegno tecnico - clinica
Infermieri (0.046)	
Personale di polizia (0.38)	Area dell'attenzione e del sostegno atecnico
Detenuti (1)	
Fonte: nostra elaborazione	

Diffondere e codificare le buone prassi

Nei lavori che seguiranno si ritroveranno le descrizioni di alcune procedure preventive poste in essere negli istituti che hanno ospitato i tirocini nel corso dell'iter formativo. Ho interpretato quest'attenzione come l'espressione di una naturale propensione a comprendere, nella concreta osservazione più che nell'asettica lettura, come si può fare. Già Tommaso Moro su Utopia ci introduceva in una scuola disegnata sui muri delle case in modo che gli scolari potessero, osservandoli, far tesoro indelebile di quelle figure ed immagini.

È in questa naturale propensione ad osservare per apprendere che si colloca uno degli elementi che potrebbe grandemente contribuire a sviluppare un'azione collettiva più forte e mirata alla prevenzione suicidiaria.

Diffondere le buone prassi non solo descrivendole ma anche facendole praticare, infatti, potrebbe costituire un volano per stimolare nuove ipotesi interpretative e comparare le diverse pratiche d'intervento in modo da affinarle sempre più. Certo tutto questo implica e presuppone uno stato d'animo ricettivo e di grande disponibilità ad accettare l'idea che tutto quello che si è già fatto sia migliorabile e come tale modificabile ledendo, così, quella naturale presunzione che il proprio operato non lasci ulteriori spazi di miglioramento e completamento. La qualcosa prevede anche la disponibilità a riprendere incessantemente da capo le proprie riflessioni e progettualità in un percorso indubbiamente faticoso.

Monitoraggio

Come abbiamo già sottolineato conoscere è essenziale per poter riflettere e per poter prevedere delle azioni utili alla prevenzione. Oggi questo aspetto conoscitivo è poco studiato empiricamente e troppo lasciato ai lavori compilativi di qualche studioso e alla iniziativa di qualche organizzazione non governativa e nell'approfondimento della letteratura si denota una certa ridondanza bibliografica. Le acquisizioni non vengono sottoposte a verifica ma riportate ed integrate in un processo conoscitivo che tende a consolidare opinioni non sempre libere da un approccio più ideologico che scientifico. In un modo come nell'altro i dati generali sono quelli delle statistiche ufficiali, frutto delle rilevazioni periodiche che l'Amministrazione effettua. In occasione dei suicidi, tuttavia, giungono agli Uffici dipartimentali una serie di dati specifici che potrebbero essere sottoposti ad una utilissima elaborazione.

Alcune questioni, tuttavia, necessitano di un chiarimento che voglia definitivamente sciogliere alcuni nodi e giungere all'organizzazione di un sistema di monitoraggio degno di questo nome.

L'I.N.E.D. francese ha avuto modo di affermare ³⁰che, a livello europeo, a causa dell'eterogeneità dei vari sistemi di rilevazione e dei criteri adottati, i dati non sono comparabili. Tuttavia negli altri Paesi esistono già sistemi che potrebbero essere adottati in Italia e, nel fare questo, si potrebbero ricercare quei contatti internazionali finalizzati a creare un comune modo di esplorare questo fenomeno in modo da orientarsi sugli effetti di questo o di quell'intervento.

All'interno del nostro sistema dobbiamo altresì considerare che esistono ben quattro terminali che recepiscono dati sugli eventi suicidari. I Provveditorati, la Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento, la Sala Situazioni, l'Ufficio Ispettivo e del Controllo e l'U.M.E.S.³¹. Oggi questi dati non sono processati e, salvo un timido tentativo dell'U.M.E.S, non sono neppure richiesti in un formato pronto per una elaborazione. Non è neanche previsto che i vari Uffici si coordinino tra loro per questo motivo, rispondendo a funzioni le cui logiche sono nettamente diverse da Ufficio ad Ufficio.

Per altro verso l'Amministrazione gestisce alcune banche dati che consentono di ricostruire le traiettorie umane, giuridiche e detentive delle persone che vengono a lei affidate in esecuzione penale. Quelle traiettorie costituiscono una parte dello scenario ove si collocano questi gesti disperati e consentono di meglio orientare la ricerca.

Ancora, le stesse banche dati consentono di inquadrare il fenomeno nello scenario più generale della detenzione in Italia dal punto di vista quantitativo ma anche qualitativo consentendo incroci e raffronti.

È evidente che se si intende migliorare la nostra capacità di conoscenza e proposta, occorre mettere mano alla babele dei dati per giungere a canali, criteri e processi definiti, chiari e conosciuti da tutti gli operatori.

Sarebbe forse anche ora che l'Amministrazione gestisse in prima persona questa conoscenza elaborando un bollettino ufficiale denso di dati, considerazioni ed esperienze riprendendosi uno spazio oggi lasciato alle parti più critiche nei confronti del sistema penitenziario sino a sfiorare l'ideologia, atteggiamento, quest'ultimo, controproducente nella progettazione di qualunque intervento.

Qualcuno potrebbe tacciare queste ipotesi come l'ennesimo tentativo di affermare una posizione autoreferenziale dell'Amministrazione ma a queste critiche si può da subito rimandare il fatto che il rigore metodologico nella ricerca del dato e la trasparenza dei criteri utilizzati nell'elaborazione, non possono interpretarsi come una chiusura ma semmai come il tentativo di innescare un corretto, quanto aperto, processo scientifico di riflessione e conoscenza e che, dell'intenzione di produrre e diffondere dati il più possibile raffinati, non se ne potranno che avvalere, esattamente come ora, tutti coloro i quali sono interessati a partecipare al dibattito anche su linee critiche.

La pianificazione degli interventi e la loro diversificazione

Nell'accennare alla necessità di un sistema di rilevazione e di monitoraggio ben strutturato, di fatto, si introduce una necessità ben più ampia, già più volte qui richiamata, coerente con le indicazioni dell'O.M.S. e del Comitato Nazionale di Bioetica, ovvero l'elaborazione di un piano nazionale di prevenzione.

Sul punto si ritrova qualche accenno anche nei lavori che seguiranno e merita spendere qualche riflessione partendo anche dalla constatazione che nelle direttive impartite dall'Amministrazione dalla metà degli anni '80 ad oggi si ritrovano già moltissime delle azioni che i suddetti Organismi hanno indicato.

Ripercorrere quelle direttive, ordinandole, sistematizzandole e sviluppandole, potrebbe essere importante per capire genesi ed evoluzione delle idee e delle convinzioni che hanno poi determinato l'adozione di linee d'intervento che, alla luce dei risultati, non paiono essere stati così efficaci.

In tal senso un generale lavoro di revisione darebbe corpo al programma di prevenzione che viene chiesto di adottare.

Ritengo opportuno che un piano di questo genere non possa scendere nei particolari minuti ma tracciare le linee portanti degli interventi di prevenzione, lasciando ai vari istituti l'onere di sviluppare nel dettaglio un programma d'istituto. Questo per permettere di calare nel contesto e nel rispetto delle sue risorse le linee generali onde evitarne traduzioni "formali" senza un concreto impatto. Tra l'altro l'applicazione in contesti diversi potrebbe aumentare la comparazione di scelte operative diverse e arricchire lo sforzo complessivo. È sempre una sorpresa conoscere come altri, sul medesimo tema, sono riusciti a trovare la soluzione dei problemi. Tra i molti esempi possibili mi limito a riportarne due tra i più recenti. Nel corso del citato convegno svoltosi a Firenze ho preso conoscenza degli sforzi posti in essere nell'istituto fiorentino congiuntamente con il Servizio del 118 per facilitare l'ingresso dei mezzi e dei loro equipaggi, così come ho potuto riflettere sulla decisione adottata a Montelupo Fiorentino per creare sezioni *gas free* in cui è bandito l'uso dei fornelli e delle bombolette di butano. Sono tutti stimoli che, sperimentati, potrebbero essere fatti circolare.

Addestramento del personale

Una delle colonne portanti di un programma di prevenzione è la formazione del personale e l'O.M.S. rimarca ampiamente questo fatto. Una formazione che viene indicata come necessariamente continua e che dovrebbe spaziare anche ai detenuti. Non è infatti immaginabile affrontare un evento di questo genere senza essere addestrato a farlo e da tanti punti di vista. 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.

Se assumiamo che l'attenzione debba essere posta nel modo più diffuso e nel corso del tempo occorre dotare questo personale che non ha competenze cliniche di griglie di osservazione che gli consentano di osservare l'atteggiamento e il comportamento delle persone che ogni giorno per mesi e per anni incrocia nei suoi turni di servizio.

All'utilizzo di queste griglie, alla capacità di cogliere le sfumature e i frequenti avvertimenti più o meno velati e dissimulati che le persone ci mandano prima di togliersi la vita, il personale dovrà essere formato e prima ancora preparato a recepire questa funzione.

Ma coerentemente dovrà anche essere istruito ad indirizzare correttamente le informazioni e gli allarmi verso i recettori che ognuno dei piani di prevenzione dovrebbero prevedere per attivare quelle risorse specialistiche che più possono in termini di diagnosi ed impostazione degli interventi più opportuni.

Ma i contenuti della formazione non si fermano qui. Se ci si trova di fronte al fatto compiuto bisogna sapere esattamente cosa fare. I primi momenti sono cruciali e possono fare la differenza ma occorre sapere valutare l'intervento più opportuno. Bisogna conoscere le nozioni fondamentali rianimatorie e l'uso degli strumenti di primo soccorso e, banalmente, la loro dislocazione come quella dei mezzi di comunicazione più rapidi per estendere l'allarme e accogliere i primi soccorritori.

Sembrano ovvietà ma è nell'esperienza di tutti la confusione, l'incertezza e la perdita di tempo che si genera proprio di fronte agli episodi più gravi.

Non ci dovrebbe stufare mai di provare e riprovare le procedure per ovviare a quella sorta di anestesia della memoria prodotta dalle routine e dalla quotidianità che in un altro contributo ho definito la *risacca istituzionale*³² ovvero quell'inconsapevole processo di cancellazione di tutte quelle azioni e novità che esorbitano dalla rassicurante prassi consolidata.

E anche se tutto ciò che noi siamo riusciti a porre in essere si è rilevato insufficiente per salvare la vita ad una persona dobbiamo sapere cosa fare.

Chi deve essere avvertito, cosa occorre compiere e cosa si deve evitare di fare sulla scena del fatto, quali atti devono essere compilati, sono tutte questioni che a posteriori assumono grande importanza dal punto di vista legale ma anche sul piano della riflessione relativa alla dinamica suicidiaria.

L'O.M.S. insiste sulla necessità di un debriefing post-facto che ritiene necessario per varie ragioni.

La prima è la decompressione collettiva di tutti coloro che hanno lavorato sul caso in modo da ricomporre quello che la morte altrui ha scompaginato lasciandoci attoniti, impreparati.

Anche se con il tempo tutto pare affievolirsi e cadere nell'oblio, in realtà rimane una traccia angosciante in ognuno di noi che si può rimarginare solo parlandone elaborando la sensazione di solitudine, paura e di incomprendibilità.

È ovvio che il debriefing non può essere il luogo della definizione e della ricerca delle responsabilità, viceversa prevarrebbero solamente gli atteggiamenti difensivi, dislocanti e negatori reattivamente tipici della paura, così come è altrettanto necessario che sia condotto da chi ne ha la competenza e l'autorevolezza a farlo.

Allo stesso tempo, però, la lettura a posteriori della dinamica ci illumina sul nostro operato o sul nostro mancato operato e ci aiuta a far meglio.

Dal punto strettamente tecnico si segnalano i contributi di Chiolo³³ e Iannella³⁴ che hanno scelto, nei loro rispettivi lavori di approfondire e proporre griglie e procedure di rilevazione dei dati connessi alla scena dell'evento, utili per le indagini eventualmente delegate dall'Autorità giudiziaria ma da subito attivabili per consegnare un referto attendibile sia da un punto di vista amministrativo che penale.

Ma occorre allargare la riflessione sino a comprendere la minuta quotidianità che tutto ottenebra e normalizza al punto da farci perdere di vista l'inadeguatezza delle procedure, la dilatazione dei loro tempi, l'insensibilità alle altrui emozioni.

Ci siamo mai chiesti se le segnalazioni sul disagio e i comportamenti auto lesivi che percorrono la gerarchia di un istituto riportano tutti i dati utili per poter orientare le nostre decisioni e strategie? Abbiamo sino in fondo valutato i tempi di reazione tra un evento e il nostro intervento? Stiamo presidiando quei luoghi e quei momenti che possono far risaltare il disagio e la disperazione più nera e foriera di gesti estremi?

Nel gran vociare del carcere e nella babele linguistica e culturale che lo caratterizza siamo sicuri di saper leggere i segnali contenuti in sfoghi rumorosi o in silenzi abissali? Nel dare o negare il possesso di un bene o nel decidere di assegnare o meno un compagno in quegli spazi angusti che sono oggi le celle di un carcere abbiamo bene considerato le possibili conseguenze? Stiamo considerando che altri, come le famiglie, i compagni, gli operatori di altri servizi, ci possono aiutare a meglio comprendere le imperfette sfaccettature di quel disagio esistenziale che

può trasformarsi in quella “morte emotiva” citata da Caglio e Piotti? Se ci siamo dati una risposta affermativa a tutti questi interrogativi probabilmente abbiamo posto in essere un programma di prevenzione.

Ma tutto questo non è ancora bastevole perché, in realtà, vi è un aspetto che non si può disporre proceduralmente con circolare od ordine di servizio: l’attenzione, ovvero quell’atteggiamento di ricerca e cura scrupolosa che cerca di non lasciare indietro nessun particolare, indizio, elemento.

Conclusioni ed auspici

Spero, con questa piccola introduzione alle riflessioni dei giovani colleghi che hanno iniziato la loro carriera approfondendo uno dei peggiori, se non il peggiore, degli accadimenti che possono accadere nel corso dello svolgersi della quotidianità penitenziaria, di aver dato un contributo alla critica di una serie di *luoghi comuni* quale, ad esempio, quello che recita che quando uno giunge alla conclusione di porre fine alla propria esistenza lo fa e c’è poco da fare per impedirglielo.

Se è vero che la mente dell’uomo può giungere a rivolgere la propria forza e volontà contro se stesso, tuttavia, sono molte le cose che si possono tentare con la stessa forza e la stessa volontà che l’unione di tante intelligenze, almeno quante sono quelle di tutti coloro che lavorano in carcere intorno al carcere e per il carcere, può umanamente fare, non solo per contrastare ma anche per alleviare la sofferenza che sta alla base di quella volontà di morte e per ricondurre un’esistenza dolente in un ambito di maggiore equilibrio.

Accettare, viceversa, una sorta di ineluttabile, quanto falsa, impotenza umana e organizzativa non fa altro che esporre tutti alla censura, innanzitutto, morale della nostra coscienza e poi colposa invocata dal magistrato o dal superiore che ci giudicheranno sulla base del puzzle scomposto degli atti mancati del nostro operare.

Note

¹ 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.

² Comitato Nazionale per la Bioetica, *Il suicidio in carcere: Orientamenti bioetici*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, Roma, 25 giugno 2010.

³ Barbieri F., “Il personale dell’Amministrazione penitenziaria: le professionalità necessarie ad una riforma del sistema – Antigone intervista Massimo De Pascalis”, in *Oltre il tollerabile: sesto rapporto sulle condizioni di detenzione in Italia*, Antigone (a cura di), IV, I, Torino, Harmattan Italia, 2009.

⁴ Lippi A. Morisi M., *Scienza dell’Amministrazione*, Il Mulino, Bologna, 2005

⁵ O.M.S. - Management of mental and brain disorders – Department of mental health and substance abuse : *La prevenzione del suicidio nelle carceri*, op. cit. e Comitato Nazionale per la Bioetica, *Il suicidio in carcere: Orientamenti bioetici*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, pag 11, 25 giugno 2010.

⁶ O.M.S. - Management of mental and brain disorders – Department of mental health and substance abuse : *La prevenzione del suicidio nelle carceri*, op. cit.

⁷ Buffa P., “Il suicidio in carcere: la categorizzazione del rischio come trappola concettuale ed operativa, di prossima pubblicazione”, in *Rassegna penitenziaria e criminologica*.

⁸ Duthé G., Hazard A., Kensey A., Pan Ke Shon J.L., “Suicide en prison: La France compare à ses voisins européens”, *Populations & Sociétés*, I.N.E.D., 462, 2009.

⁹ Diekstra R.F.W., Jansen M.A., “ Importanza degli interventi psicologici nell’assistenza primaria”, in Tibaldi G. (a cura di) , *Intervento psicologico nella salute*, Masson, Milano, 1989.

¹⁰ Ubaldi S., *Il suicidio in carcere*, http://dex1.tsd.unifi.it/altro_dir, 1997.

¹¹ Ubaldi S., *Il suicidio in carcere*, http://dex1.tsd.unifi.it/altro_dir, 1997.

¹² Page S., “Suicide and total institution”, in *Deaths in custody: international perspectives*, Whiting & Birch Ltd, London, 1994.

¹³ Baechler A., *Les suicides*, Gallimard, Paris, 1989.

¹⁴ Il convegno, dal titolo *Anatomia del suicidio in carcere: conoscere e regolare per prevenire*, è stato organizzato dalla Società italiana di Psichiatria Penitenziaria in collaborazione con l’Azienda Sanitaria di Firenze e del Comune di Firenze si è tenuto in quest’ultima città il 30 settembre u.s.

¹⁵ Caglio F., Piotti A., *L’autolesionismo in carcere: analisi del fenomeno e rapporti con il suicidio*, www.amicocharly.it, 2007.

¹⁶ Buffa P., “Alcune riflessioni sulle condotte auto aggressive poste in essere negli istituti penali italiani (2006 – 2007)”, in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 2, 2008. e Buffa P., “Il suicidio in carcere: la categorizzazione del rischio come trappola concettuale ed operativa” di prossima pubblicazione sulla *Rassegna penitenziaria e criminologica*.

¹⁷ Baccaro L., Morelli F., *Il carcere: del suicidio ed altre fughe*, Ristretti Orizzonti, Padova, 2009.

¹⁸ Duthé G., Hazard A., Kensey A., Pan Ke Shon J.L., “Suicide en prison: La France compare à ses voisins européens”, op. cit.

¹⁹ Manconi L., Boraschi A., “Quando hanno aperto la cella era già tardi perché: suicidi ed autolesionismo in carcere 2002 – 2004” in *Rassegna Italiana di Sociologia*, 1, gennaio – marzo 2006.

²⁰ Vedi nota 14

²¹ Buffa P., *La profezia penitenziaria: se il carcere diventa un laboratorio sociale*, di prossima pubblicazione sulla *Rassegna Criminologica*

²² De Musso F.M., *Gli interventi nel disagio penitenziario: strumenti, limiti e responsabilità*, lavoro finale del 2° Corso di formazione per vice commissari in prova, Istituto Superiore di Studi Penitenziari, Roma, 2011.

²³ 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.

²⁴ Iannella P., *La prevenzione delle condotte auto aggressive: il fenomeno dei suicidi in carcere*, lavoro finale del 2° Corso di formazione per vice commissari in prova, Istituto Superiore di Studi Penitenziari, Roma, 2011.

²⁵ Martinelli M., *Le condotte auto lesive ed il suicidio nelle carceri: il ruolo della Polizia Penitenziaria e strategie preventive*, lavoro finale del 2° Corso di formazione per vice commissari in prova, Istituto Superiore di Studi Penitenziari, Roma, 2011.

²⁶ O.M.S. - Management of mental and brain disorders – Department of mental health and substance abuse : *La prevenzione del suicidio nelle carceri*, op. cit.

²⁷ De Musso F.M., *Gli interventi nel disagio penitenziario: strumenti, limiti e responsabilità*, lavoro finale del 2° Corso di formazione per vice commissari in prova, Istituto Superiore di Studi Penitenziari, Roma, 2011.

²⁹ Lipsky M., *Street level bureaucracy: dilemmas of the individual public services*, London – New York, Sage, 1980.

²⁹ In particolare si tratta della nota n° 148719/4-2-I del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Segreteria Generale, datata 10 febbraio 1998, *Bozza di linee guida per possibili apporti migliorativi al sistema di prevenzione e di intervento, ai fini di una riduzione del numero dei suicidi nelle carceri*, e della circolare n° 3524/5974 dello stesso Dipartimento madell'Ufficio Centrale Detenuti, datata 12 maggio 2000, *Atti di autolesionismo e suicidi in ambiente penitenziario. Linee guida operative ai fini di una riduzione dei suicidi nelle carceri*.

³⁰ Duthé G., Hazard A., Kensey A., Pan Ke Shon J.L., “Suicide en prison: La France compare à ses voisins européens”, op. cit.

³¹ Unità Monitoraggio Eventi Suicidari istituita presso l'Ufficio Studi, Ricerche e Rapporti Internazionali del D.A.P.

³² Buffa P., “Il comportamento autolesivo e la “risacca istituzionale”: Analisi comparativa condotta presso la Casa circondariale di Torino” in Pajardi D. (a cura di), *Oltre a sorvegliare e punire: esperienze e riflessioni di operatori su trattamento e cura in carcere*, Giuffrè, Milano, 2008.

³³ Chiolo P., *Il suicidio negli istituti penitenziari: ruolo della polizia penitenziaria nella prevenzione del fenomeno e responsabilità e profili operativi dell'area sicurezza negli eventi suicidari*, lavoro finale del 2° Corso di formazione per vice commissari in prova, Istituto Superiore di Studi Penitenziari, Roma, 2011.

³⁴ Iannella P., *La prevenzione delle condotte auto aggressive: il fenomeno dei suicidi in carcere*, lavoro finale del 2° Corso di formazione per vice commissari in prova, Istituto Superiore di Studi Penitenziari, Roma, 2011.

IL SUICIDIO NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI: RUOLO DELLA POLIZIA PENITENZIARIA NELLA PREVENZIONE DEL FENOMENO E PROFILI OPERATIVI DELL'AREA SICUREZZA NELLA GESTIONE DELL'EVENTO

a cura di Patrizia Chiolo - vicecommissario di polizia penitenziaria

Abstract

L'Autrice cita alcuni studiosi che hanno fornito un contributo alla definizione del fenomeno suicidario. Secondo D. Gonin (1994), "Il primo disagio che il detenuto affronta in carcere, soprattutto chi vi accede per la prima volta, è la privazione delle sue attività, dei suoi affetti e di tutto ciò che lo circondava prima di essere ristretto". Il sociologo J. Baechler (1980) definisce il suicidio come ogni comportamento di un soggetto che cerca e trova soluzione ad un problema nella sua stessa morte. R.F.W. Diekstra, M.A. Jansen, presentata nell'articolo: "Importanza degli interventi psicologici nell'assistenza primaria", in G. Tibaldi: *Intervento psicologico nella salute*, Masson, Milano, 1989, spostano l'angolazione concettuale sulla necessità di analizzare l'insieme dei comportamenti connessi al suicidio e che lo precedono.

Viene inoltre posta l'attenzione sul ruolo preventivo delle condotte autolesive, soprattutto ad opera del personale di Polizia Penitenziaria, che deve intervenire per provvedere al salvataggio dell'aspirante suicida.

* * *

Premessa

Da tempo ha assunto un peso rilevante il fenomeno del suicidio carcerario. Il suicidio è un tema di per sé complesso, tanto più se avviene all'interno di un carcere, che rappresenta luogo di privazione e di perdita di quanto ci si era costruiti bene o male nella vita di tutti i giorni.

In quest'ottica, il primo disagio che il detenuto affronta in carcere, soprattutto chi vi accede per la prima volta, è la privazione delle sue attività, dei suoi affetti e di tutto ciò che lo circondava prima di essere ristretto¹. Compito degli operatori penitenziari è quello di evitare che i sentimenti che invadono i detenuti al momento della reclusione, quali la paura, la nostalgia, la rabbia e tanti altri, sfocino nell'autolesionismo o nel suicidio. Questo compito, oltre a quelli istituzionali di cui è investito, conferisce al Corpo di Polizia Penitenziaria una grande responsabilità che affronta con sensibilità e competenza, sin dalla sua istituzione.

Definizione del fenomeno

Nella letteratura disponibile, qualsiasi contributo che abbia come proprio tema il "suicidio", ha come elemento di riferimento obbligato il testo "Il suicidio" di E. Durkheim. In questa opera il sociologo francese offre la seguente definizione di suicidio: "Dicesi suicidio ogni caso di morte direttamente o indirettamente risultante da un atto positivo o negativo compiuto dalla stessa vittima consapevole di produrre questo risultato"². Contro questa definizione sono state mosse alcune critiche: il sociologo Baechler³, per esempio, propone una concettualizzazione più precisa, definendo il suicidio come ogni comportamento di un soggetto che cerca e trova soluzione ad un problema nella sua stessa morte e aggiunge che non sempre la lucidità mentale è un elemento costitutivo del suicidio. Enunciato ciò, negli anni (soprattutto dopo la definizione offerta da Durkheim) si è assistito ad un costante proliferare di altri tentativi di definizione, ma senza grandi risultati. Tant'è che la tendenza attuale è quella di fare ricorso a definizioni di tipo prettamente lessicale: "suicidio, atto con cui ci si dà volontariamente la morte" oppure "per suicidio si intende la morte di un soggetto conseguente ad una sua azione od omissione indirizzata a questo specifico fine".

Possiamo anche registrare posizioni che dichiarano l'impossibilità di definire il "costrutto": "...per la multidimensionalità del fenomeno suicidario si può concludere che, più che difficile, è quasi impossibile dare una definizione esaustiva del suicidio"⁴. In particolare, secondo il sociologo olandese Diekstra, nel fenomeno complesso del suicidio, sarebbe riduttivo concentrarsi unicamente sull'evento della morte. Infatti, la morte non è mai un fine, ma è un mezzo che porta all'allontanamento da una realtà disturbante attraverso una trasformazione di se stessi. A partire da questa asserzione Diekstra sviluppa un'analisi del comportamento suicidario distinguendone tre elementi: l'esito, la deliberatezza (che riguarda le ragioni e l'intento suicidario) e infine i motivi, che attengono allo stimolo e all'impulso finale del comportamento. Come ha sottolineato l'autore, per la multidimensionalità del fenomeno suicidario, è difficile dare una enunciazione esauriente del suicidio. Si tratta, infatti, di mettere in correlazione due elementi: l'evento, che consiste nella morte e il comportamento. Non basta guardare al problema della morte come evento esternamente osservabile, ma è necessario cercare di studiare il "comportamento suicidario" e cioè quell'insieme dei comportamenti connessi al suicidio e che lo precedono, nei quali interagiscono diversi fattori esogeni, endogeni e la loro interazione; infatti ha una sua rilevanza autonoma sul comportamento anche il particolare modo in cui il soggetto percepisce e "metabolizza" l'ambiente esterno in cui si trova. Concludendo, si rileva che l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha proposto di recente una "definizione operativa di suicidio, tentato suicidio e parasuicidio, basata sul concetto del cosiddetto "fatal out" (o self harm) o atto estremo. Per cui:

- il suicidio è un atto ad esito fatale che il soggetto, con la coscienza e l'aspettativa di un esito fatale, ha pianificato e portato a termine per ottenere lo scopo desiderato di morire;
- il tentato suicidio è un atto ad esito non fatale, ma consciamente tendente all'autodistruzione, deliberatamente iniziato e condotto a compimento dal soggetto;
- il parasuicidio è un atto ad esito non fatale, iniziato e condotto a compimento nell'aspettativa di un qualche esito in grado di realizzare il desiderio autolesivo.

Enunciato ciò, tramontata in epoca moderna la tendenza a leggere il suicidio in chiave patologica, la sua comprensione rimane particolarmente complessa, poiché si tratta di integrare le riflessioni e i risultati delle ricerche dei sociologi, degli psicologi, degli antropologi, degli storici⁵. Anche nella prospettiva psicodinamica, è difficile individuare lo sviluppo di questo atto autodistruttivo che annulla interamente ogni aspetto di auto-conservazione insito nella natura umana.

Esaminando il tema del suicidio in carcere è opportuno valutare, da un lato, i fattori di vulnerabilità individuale e il ruolo (predisponente o catalizzatore) nella condotta di suicidio di alcuni disturbi psicologici e psichiatrici⁶; dall'altro, non si può prescindere né dalle particolari caratteristiche patogene/stressanti del contesto carcerario, né dagli specifici livelli di salute psicofisica delle persone detenute, più bassi di quelli della popolazione generale⁷. La combinazione delle due variabili fa sì che i detenuti rappresentino un gruppo più vulnerabile rispetto al suicidio. Più complesso è individuare, all'interno del gruppo, gli individui particolarmente vulnerabili al suicidio per le loro caratteristiche psicopatologiche individuali. In più, nel carcere, a differenza che fuori, ogni atto autolesivo tende ad essere letto nella logica custodiale come resistenza/ribellione del custodito all'istituzione carceraria. Si pensi alla dimensione "comunicativa" degli atti autolesivi sopra accennata: essa è in genere interpretata come parte intrinseca della sofferenza, quale forma di espressione del disagio dell'individuo. Al contrario, per i detenuti, si ragiona sulle condotte auto aggressive, cercando di distinguere fra atti "manipolativi" e atti che esprimono un "reale" disagio.

Per l'istituzione gestire la pena detentiva è un problema di controllo/protezione dei corpi dei detenuti, la perdita della libertà si sostanzia nella "consegna" del corpo all'istituzione carceraria. Il corpo è dunque lo spazio di comunicazione che viene ad essere comune sia al detenuto che all'istituzione. In questo senso, il carcere è il luogo per eccellenza del "linguaggio del corpo". E' la modalità immediata e regressiva che il detenuto ha per esprimersi pubblicamente, per comunicare ad altri il proprio disagio, a volte per rivendicare i propri diritti. E' un "parlare" attraverso il corpo ferito che tradisce un'impotenza relazionale e un profondo turbamento della comunicazione⁸.

Da qui la cautela verso un approccio (prevalentemente) rivolto a individuare i soggetti "a rischio", quale forma privilegiata di prevenzione del suicidio: in una parola, a "psichiatrizzare" il suicidio in carcere. Tale approccio,

che la letteratura psicosociale ha da tempo definito come "eccezionalista", focalizzato sui soggetti etichettati come portatori di deficit, ha il difetto di aumentare la stigmatizzazione individuale, col rischio di non cogliere l'interazione fra individuo e ambiente. E' dunque preferibile un approccio "universalista", che veda nel potenziamento delle opportunità ambientali l'ambito più favorevole alla promozione delle abilità dei soggetti, a partire da quelli più deboli. E' l'approccio alla promozione della salute, anche e soprattutto in ambito carcerario. Con due vantaggi: allontanare i suddetti pericoli della psichiatrizzazione del suicidio, particolarmente insidiosa nel carcere, poiché esso offre un terreno culturalmente fertile al recupero della tradizione custodiale propria della psichiatria fino a non molti decenni fa; evitare gli eccessivi "specialismi", a favore di un approccio comunitario che coinvolga il personale tutto e i detenuti stessi nella creazione di un carcere più "sano", o, almeno, meno "malato".

Regolamentazione normativa del suicidio e degli atti di autolesionismo

Oggi in Italia il suicidio ed i tentativi di suicidio non costituiscono reato. Due motivazioni sono state alla base della non incriminabilità del suicidio a giudicare dalla relazione ministeriale sul progetto del codice penale vigente. Il primo motivo è dato dalla condizione che: "*mors omnia solvit*" (la morte scioglie tutto), il secondo motivo è determinato dalla circostanza che la decisione sulla propria morte appartiene alla sfera intima dell'individuo⁹. Con riferimento al principio "*mors omnia solvit*", si ritiene contraddittorio in dottrina il fatto che non venga incriminato neppure il tentato suicidio. In tal caso, infatti, non esistono problemi relativi alla pratica impossibilità di una efficace repressione, dato che l'autore del "fatto" rimane in vita.

L'art. 5 c.c. (atti di disposizione del proprio corpo) dispone che "*Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati, quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica o quando siano altrimenti contrari alla legge, ordine pubblico, o buon costume*". Questo articolo, letto in relazione con l'art. 32¹⁰ della Cost. che tutela il diritto alla salute e di conseguenza alla vita, dà luogo ad una forte contraddizione in quanto sembrerebbe che il tentato suicidio costituisca un illecito. Tuttavia, non esiste, nella legislazione italiana, una norma specifica che punisca direttamente il suicidio o il tentativo di suicidio.

Ciò nonostante, anche se l'ordinamento non punisce il suicidio, dal suo complesso si evince che il suicidio è un atto deviante o meglio un comportamento tacitamente stigmatizzato nell'etichetta della devianza. Il processo di *stigmatizzazione* del suicidio come atto deviante si accentua quando il comportamento suicidario si verifica in carcere, ove è già in corso un'altra forma di *etichettamento* nei confronti della "società dei reclusi". Sul piano operativo, il suicidio del detenuto in carcere può essere ritenuto un "reato omissivo improprio". L'obbligo giuridico in realtà è destinato non tanto al detenuto, ma al personale di Polizia Penitenziaria che deve intervenire per provvedere al *salvataggio* dell'aspirante suicida. L'agente ha il preciso dovere giuridico di salvare il detenuto anche a costo di usare la forza. L'eventuale uso di violenza sarebbe scriminato dall'art. 51 del codice penale in quanto *esercizio di un diritto o adempimento di un dovere*. Questa ricostruzione dell'obbligo alla vita in carcere è riconducibile alla combinazione normativa tra l'art. 27, c.3, e l'art. 32, c.1., della Costituzione che si fonda in ultima analisi sulla tutela costituzionale del *diritto alla salute* e infine alla *vita*¹¹.

La disposizione che affronta direttamente il suicidio in carcere e le altre forme di autolesionismo non si trova, tuttavia, nell'ordinamento penitenziario, ma nella "circolare Amato" (circolare n. 3233/5683 del 30 Dicembre 1987) la quale richiama l'attenzione sull'art. 11 della legge n. 354 del 1975, il quale stabilisce, fra l'altro: "*All'atto dell'ingresso nell'istituto i soggetti sono sottoposti a visita medica generale allo scopo di accertare eventuali malattie fisiche o psichiche. L'assistenza sanitaria è prestata, nel corso della permanenza nell'istituto, con periodici e frequenti riscontri, indipendentemente dalle richieste degli interessati. Il sanitario deve visitare ogni giorno gli ammalati e coloro che ne facciano richiesta.(...)*" e, si può aggiungere all'articolo (afferma Amato), "*coloro che, pur non facendone richiesta, ne abbiano bisogno.*"

Mi sembra evidente che, anche in questo caso, lo spunto per la prevenzione e quindi per una certa regolamentazione di tali atti sia offerto precisamente dal combinato di norme che riguardano la tutela alla salute e alla vita. Diritti questi ultimi che trovano il loro fondamento, principalmente, nell'art. 32 della Costituzione, che viene specificato nell'ordinamento penitenziario all' art. 11; oltre ciò, al secondo comma specifica che ove siano necessarie cure o accertamenti diagnostici che non possono essere apprestati dai servizi sanitari degli istituti, i

detenuti sono trasferiti, con provvedimento del magistrato competente, in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura. L'art.32, letto in rapporto agli artt. 2 e 3 della Costituzione, si specifica in una serie di principi:

1. il diritto alla salute come fondamentale diritto *erga omnes*: si tratta dunque di una situazione soggettiva assoluta il cui contenuto è dato dalla protezione contro ogni aggressione ad opera di terzi. Tale connotazione ha consentito l'estensione del diritto alla salute sino alla configurazione di un diritto alla salubrità dell'ambiente in cui opera l'individuo e, sul piano processuale, la possibilità di impugnazione dei provvedimenti della P.A. ritenuti lesivi avanti all'Autorità giudiziaria ordinaria anziché al giudice amministrativo;
2. la salute come fondamentale diritto verso lo Stato chiamato non solo a predisporre strutture e mezzi idonei ad assicurare una condizione ottimale di sanità individuale ma anche ad attuare una politica efficace di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di intervento sulle possibili cause di turbativa dell'equilibrio psico-fisico della popolazione. In tal modo il diritto alla salute si atteggia quale "diritto sociale" che attua nel settore sanitario il principio di eguaglianza fra i cittadini;
3. la tutela della salute è, alla luce dell'art. 3, secondo comma, Cost., uno strumento di elevazione della dignità sociale dell'individuo e pertanto costituisce interesse della collettività;
4. La tutela della salute, per il richiamo dell'art. 3 della Costituzione al "rispetto della persona umana", assume un carattere personalistico talché il mancato riconoscimento di mezzi di tutela per singoli aspetti specifici di protezione viola il valore costituzionale della persona;

Gestione dell'evento suicidario

Un tema molto delicato è tentare di conciliare l'esigenza di mantenere l'ordine interno all'istituto con quella di tutelare l'incolumità dei detenuti. L'equivoco nasce anche dal fatto che spesso il procedimento applicato e i rimedi adottati a tutela dell'incolumità sono gli stessi che, secondo l'articolo 14 bis dell'ordinamento penitenziario, vengono "irrogati" come sanzioni (es. isolamento) quando il detenuto assume un comportamento eteroaggressivo compromettendo l'ordine dell'Istituto. Infatti quando nell'ambiente penitenziario si verifica un episodio di tentato suicidio di solito il personale addetto alla sorveglianza si preoccupa di fare rapporto immediato alle autorità. In questi casi si dispone come misura di sicurezza il regime di *sorveglianza particolare*, non è chiaro se questa misura sia rivolta a preservare l'incolumità. La stessa normativa dell'articolo 14 bis fa sorgere quest'ambiguità. Questa disposizione è posta a tutela dell'ordine, quindi l'oggetto della tutela riguarda gli altri detenuti i quali verrebbero tutelati da colui che pone in essere un comportamento che compromette la sicurezza dell'ambiente (in questo caso il comportamento suicidario). Tuttavia occorre ricordare che quando si verifica un episodio di suicidio o tentato suicidio la tutela è rivolta verso l'incolumità di colui che tenta il suicidio. Applicare nel caso di tentato suicidio l'articolo 14 bis, vuol dire, da un lato tradire la *ratio* della norma, utilizzando disposizioni riguardanti l'ordine interno dell'istituto in difesa dell'autore del gesto. Dall'altro ha la conseguenza paradossale che misure, sulla carta punitive, vengano adoperate a scopo preventivo e terapeutico.

Quando, invece, il comportamento suicidario è un gesto puramente "strategico" la procedura dell'articolo 14 bis si mantiene fedele anche alla così detta *ratio legis*, rivolta alla tutela della disciplina interna, continuando a perseguire l'obiettivo di preservare il "buon ordine" dell'Istituto. Infatti nel caso in cui si tratti di un gesto simulato, il tentato suicidio viene in considerazione come fatto da reprimere in quanto generatore di disordine¹².

Strumenti di prevenzione adottati dall'amministrazione penitenziaria

L'Amministrazione Penitenziaria ha cominciato ad affrontare il problema del suicidio e dell'autolesionismo in maniera specifica negli anni ottanta, quando si individuano alcune categorie di detenuti a rischio (malati di mente, tossicodipendenti, i giovanissimi, coloro che fanno ingresso in istituto per la prima volta, tutti coloro che, in generale, vivono la privazione della libertà in maniera particolarmente sofferta e traumatica)¹³.

Nel 1987, è istituito il "Servizio Nuovi Giunti": si compone di un presidio psicologico (con la presenza di psichiatri, psicologi, criminologi) che affianca i medici, con lo scopo di individuare i soggetti a rischio sulla base

della diagnosi psicopatologica. I nuovi giunti diagnosticati a rischio sono destinati ad un reparto specifico¹⁴. Negli anni duemila, sono emanate altre indicazioni per la riduzione dei suicidi in carcere. Il Servizio Nuovi Giunti è sostituito dal Servizio di Accoglienza¹⁵ per le persone provenienti dalla libertà. L'obiettivo del servizio è sempre quello di attenuare gli effetti traumatici della privazione della libertà e di predisporre gli interventi a tutela della incolumità fisica e psichica conseguenti all'ingresso in istituto. Nell'ambito del servizio le funzioni dello psicologo sono espletate da professionisti ai sensi dell'art. 80 O.P., prevedendone una maggiore presenza temporale in istituto. Lo psicologo è affiancato da altre figure professionali, in modo da costituire uno "staff di accoglienza" multidisciplinare, che prende in carico i detenuti nuovi giunti, al fine di predisporre azioni specifiche atte a prevenire gesti autolesionistici.

Inoltre, maggiore risalto viene dato ai rapporti che presuppongono l'attivazione di stabili raccordi tra carcere e territorio, utili al successivo reinserimento del detenuto. Il riferimento è diretto al ruolo che negli anni ha assunto il Ser.T, all'interno degli istituti a seguito del transito del personale del c.d. presidio socio-sanitario per i detenuti tossicodipendenti - P.D.T. - (D.lgs, 22/06/1999 n.230) al servizio sanitario nazionale alla previsione dell'art. 20 del D.P.R. 230/ 2000 (R.E.), che attribuisce ai servizi territoriali esterni la presa in carico del detenuto affetto da patologie mentali, in armonia con quanto previsto dal Decreto del Ministero della Sanità del 21.04.2000.

Di recente, con l'aggravarsi del disagio nelle carceri e l'aumento dei suicidi, il DAP ha di nuovo fornito indicazioni per rafforzare l'osservazione e l'ascolto dei detenuti, sia impegnando maggiormente in questa attività il personale di Polizia Penitenziaria, accanto al personale dell'area educativa e ai volontari; sia favorendo una maggiore presenza dei volontari e dei rappresentanti della comunità esterna anche in orari pomeridiani e serali. Si ribadisce l'invito ad assicurare nel concreto l'esercizio di alcuni diritti- come quello dei colloqui col difensore - e a prestare attenzione agli "spazi e ai momenti di affettività fra i detenuti e i loro congiunti e familiari"¹⁶.

Conclusioni

Il diritto alla vita è riconosciuto e garantito dalla Costituzione quale diritto inviolabile così come la libertà personale. Posto che sull'Amministrazione Penitenziaria grava un obbligo giuridico di tutelare la vita e l'integrità psico-fisica degli individui che ad essa vengono affidati, l'oggetto finale della nostra attività è capire se un soggetto detenuto abbia il diritto o no a lasciarsi morire, cioè a rifiutare ogni protezione, ogni intervento proveniente dall'ordinamento giuridico fino alla morte, senza che le persone che stanno attorno ad esso (con un preciso dovere di vigilanza e custodia) possano fare alcunché per evitare l'evento. Per rispondere al quesito non ci sono validi strumenti legislativi, e le norme generali esistenti sono ambigue e contraddittorie. Nel caso in cui esistono delle lacune o un vuoto normativo nell'ordinamento penitenziario si ricorre per ricoprire tali carenze alla legislazione "ordinaria", nel senso che ci si avvale di quelle norme che valgono per il trattamento dei cittadini liberi. Il cittadino detenuto, in quanto tale, ha il diritto di autodeterminarsi, per cui è equiparato a livello trattamentale al cittadino libero.

Un esempio di quanto appena detto è rappresentato dall'applicazione della legge sul trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.) da parte del personale dell'Amministrazione Penitenziaria. L'articolo 34 di detta legge prevede al 2° comma che trattamenti obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, possono essere disposti nei confronti di persone affette da malattia mentale. La dottrina ci insegna che il tassativo richiamo all'articolo 32 della Costituzione implica che un provvedimento di trattamento obbligatorio è legittimo solo quando l'obbligo scaturisce dalla necessità di preservare altri individui o intere comunità da un pericolo diretto per la loro salute. Il 4° comma dell'articolo 34 sancisce anche la possibilità che il t.s.o. per malattia mentale venga prestato in condizioni di degenza ospedaliera ma, impone tassativamente la contemporanea presenza di tre condizioni: il mancato consenso dell'infermo, la mancanza di condizioni e circostanze che consentono un tempestivo ed idoneo trattamento extraospedaliero e altra condizione indispensabile "solo se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici", cioè quando sia urgentemente necessario curare le alterazioni psichiche. Stando a queste norme, nel caso di comportamenti negativi di una persona detenuta (es. sciopero della fame) che conducano fino ad un punto di non ritorno, l'Amministrazione Penitenziaria può effettuare un t.s.o., che si legittima soltanto nel momento in cui "esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici". La libertà di cura può significare ripudio delle cure per lasciarsi morire, ma non anche libertà di compiere atti positivi per morire, non spiegandosi altrimenti la possibilità di t.s.o. in presenza di

gravi tendenze suicidarie¹⁷. In questo senso le indicazioni date dal D.A.P. in un caso di sciopero della fame, in data 6.9.96 ad un direttore sanitario di istituto penitenziario, che doveva decidere sull'esecuzione o meno del t.s.o.; l'Amministrazione Penitenziaria ha optato per l'esecuzione del trattamento, senza considerare la libertà di scelta del detenuto, che comprende anche la libertà di lasciarsi morire.

Enunciato ciò, occorre ricordare che alle istituzioni penitenziarie è attribuita dall'ordinamento anche una dose di potere sul "corpo" della persona. Nel carcere si rinchioda il corpo per privare l'individuo di una libertà considerata un diritto e insieme un bene. Tale potere sul corpo è di diversa ampiezza e cogenza, a seconda del grado di compressione della libertà personale che ciascuna categoria di istituzione è autorizzata a porre in essere in vista dell'assolvimento della funzione assegnatale. Quanto maggiore è il potere attribuito all'istituzione di conformare (comprimendo) la libertà personale dell'individuo affidatole, tanto maggiore è l'obbligo dell'istituzione medesima di prendersi cura, quantomeno, del corpo della persona soggetta al potere stesso. Detto potere conformativo della libertà individuale è massimo nella istituzione carceraria: il corpo è qui irretito in un sistema di costrizioni, di obblighi e di divieti, ai quali deve necessariamente soggiacere. Al dovere di custodia della persona del detenuto gravante sulla struttura penitenziaria, dunque, non possono non inerire obblighi accessori che, in lessico giuridico, sono definibili di protezione, direttamente proporzionali al grado di privazione della libertà personale. Tali obblighi di protezione comprendono la tutela dell'incolumità del detenuto che deve essere salvaguardata oltre che dalla violenza di terzi, come altri detenuti, anche da eventuali gesti autosoppressivi o autolesivi. L'Amministrazione Penitenziaria, titolare del potere sul corpo del detenuto, ha l'obbligo giuridico di vigilare affinché il detenuto non compia gesti di questo tipo. Pertanto, l'Amministrazione Penitenziaria sarebbe responsabile nel caso in cui un soggetto sia messo in condizione di causarsi un evento letale. Al riguardo si sottolinea che negli eventi in cui è protagonista un detenuto, già sottoposto a misure precauzionali per precedenti comportamenti autolesivi (sorveglianza a vista ecc.) e di conseguenza allocato in particolari sezioni, il P.M. può "aprire" un fascicolo per il reato di cui all'art. 580 c.p. (istigazione al suicidio), contro ignoti. Ciò in quanto per la configurabilità del reato di istigazione o aiuto al suicidio è sufficiente un qualsiasi comportamento che renda più agevole la realizzazione del suicidio (la condotta di agevolazione può presentarsi in forma anche omissiva). Anche se poi occorrerà accertare che l'atto di togliersi la vita sia stato determinato da quella condotta e non da altra causa in particolare, laddove ricorre la violazione di un obbligo giuridico di vigilanza o custodia. In conclusione, per tutto quanto sopra rappresentato, in assenza di una specifica disposizione legislativa sull'argomento, spetta al Legislatore trovare una soluzione normativa tra il diritto alla vita, che le autorità devono rispettare e far rispettare, e quello alla libera manifestazione del pensiero che un individuo, del tutto sano di mente, decide di esercitare.

Riferimenti bibliografici

- Barbagli, 2009; De Leo, 2009
- Chiolo Patrizia "Il suicidio negli Istituti Penitenziari: ruolo della Polizia Penitenziaria nella prevenzione del fenomeno e responsabilità e profili operativi dell'area sicurezza negli eventi suicidari" 2011
- D. Gonin "Il corpo incarcerato"
- De Cupis, Atto di disposizione del proprio corpo, Noviss. Dig. It. 1959
- Diekstra R.F.W., Jansen, M.A. (1989), "Importanza degli interventi psicologici nell'assistenza primaria", tr. It. In Tibaldi G., Intervento psicologico nella salute, Masson, Milano, 1989
- Emile Durkheim "Il suicidio" Studio di Sociologia" 1897
- J. Baechler "Suicides, Basic backwell" 1980
- Laura Baccaro e Francesco Morelli, "In carcere: del suicidio ed altre fughe" (Edizioni Ristretti, 2009)
- Morelli. (Edizioni Ristretti, 2009)
- Perlingeri P., La personalità umana nell'ordinamento giuridico, Napoli, 1972

- Studi statistici: Cox e Skegg 1993; Hayes 1997; Holley 1998; He et al. 2001; Shaw et al. 2004; Gunnell et al. 2005; INDET 2009
- Task Force on Suicide in Canada. Suicide in Canada. Minister of National Health and Welfare, Ottawa, 1994
- Tatarelli-Pompili "Il suicidio e la sua prevenzione" 2006

Note

- ¹ D. Gonin "Il corpo incarcerato"..
- ² "Il suicidio". Studio di Sociologia" Emile Durkheim 1897.
- ³ J. Baechler "Suides, Basic backwell" 1980.
- ⁴ Diekstra R.F.W., Jansen, M.A. (1989), "Importanza degli interventi psicologici nell'assistenza primaria", tr. It. In Tibaldi G., Intervento psicologico nella salute, Masson, Milano, 1989
- ⁵ Barbagli, 2009; De Leo, 2009.
- ⁶ "Il suicidio e la sua prevenzione" Tatarelli-Pompili 2006
- ⁷ Task Force on Suicide in Canada. Suicide in Canada. Minister of National Health and Welfare, Ottawa, 1994.
- ⁸ In carcere: del suicidio ed altre fughe", di Laura Baccaro e Francesco Morelli. (Edizioni Ristretti, 2009).
- ⁹ De Cupis, Atto di disposizione del proprio corpo, Noviss. Dig. It. 1959.
- ¹⁰ Art 32 comma 1 Cost.: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti".
- ¹¹ Perlingeri P., La personalità umana nell'ordinamento giuridico, Napoli, 1972.
- ¹² Cox e Skegg 1993; Hayes 1997; Holley 1998; He et al. 2001; Shaw et al. 2004; Gunnell et al. 2005; INDET 2009.
- ¹³ Vedi la circolare 3182/5632 del 1986
- ¹⁴ Circolare 3233/5683, "Tutela della vita e dell'incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati. Istituzione e organizzazione del Servizio Nuovi Giunti"
- ¹⁵ Circolare D.A.P. del 6 Giugno 2007/102.
- ¹⁶ Circolare 26 aprile 2010 - Nuovi interventi per ridurre il disagio derivante dalla condizione di privazione della libertà e per prevenire i fenomeni autoaggressivi.
- ¹⁷ Cassazione penale sez. IV, sent. n. 13241 del 12 gennaio 2005.

Abstract

La D'Aniello riporta il significato etimologico del termine "autolesionismo": dal greco autòs, se stesso, e dal latino ledere, ferire: indica l'atto per effetto del quale un individuo provoca intenzionalmente un danno al proprio corpo, lesionandosi, di solito, in modo abbastanza grave. Gli atti autolesivi presentano gradi di diversa gravità, affrontati sulla base di una diversa capacità di coping in situazioni di stress emotivo. coglie bene l'aspetto strumentale che, in alcuni casi, è alla base del tentativo di suicidio. Difatti, per poter ottenere un beneficio, il detenuto strumentalizza al massimo grado la propria corporeità, attivando pericolosi gesti autoaggressivi, per destare l'attenzione degli operatori penitenziari. Come rilevano L. Baccaro, F. Morelli (2009), lo "scambio comunicativo" tra ristretti e personale penitenziario avviene attraverso l'uso del corpo. L'Amministrazione penitenziaria ha l'obbligo di tutelare l'integrità psicofisica dei detenuti, e può agire anche in modo coattivo quando un soggetto perda la capacità di intendere e di volere. Nel caso specifico del perdurare dello sciopero della fame, si inserisce il ricorso al trattamento sanitario obbligatorio, di cui alla legge 833/78.

* * *

Gli atti di autolesionismo e gli atti suicidari rappresentano un fenomeno diffusissimo, all'interno delle strutture detentive, tanto da costituirne una delle caratteristiche strutturali.

La mancanza di una definizione condivisa di "autolesionismo" nella letteratura risulta nella mancanza di pareri univoci; diversi ricercatori rilevano differenti costrutti e comportamenti che finiscono per chiamare autolesionismo.

Etimologicamente la parola deriva dal greco autòs, se stesso, e dal latino ledere, ferire: indica l'atto per effetto del quale un individuo provoca intenzionalmente un danno al proprio corpo, lesionandosi, di solito, in modo abbastanza grave da provocare danneggiamenti ai tessuti o agli organi¹.

È tradizione indagare separatamente la condotta autolesiva rispetto al più drammatico fenomeno del suicidio.

La letteratura scientifica², da molto tempo, ha riflettuto sulle relazioni e sulla continuità tra le varie manifestazioni autoaggressive, sino a parlare di un "continuum di autodistruzione" che parte da quelle meno cruente sino a quelle autosoppressive.

Scegliere di approcciare il fenomeno tenendo conto di questa relazione non significa accomunare i vari fenomeni in modo indifferenziato.

Gli atti autolesivi e suicidari differiscono tra loro rispetto alle diverse motivazioni che ne muovono l'agire.

Secondo alcuni autori, mentre l'automutilazione è il tentativo di tornare ad uno stato di normalità, un atto patologico di rigenerazione, il suicidio rappresenta un'uscita attraverso la morte, un atto di fuga. Mentre una persona che tenta il suicidio cerca di porre fine a tutte le sensazioni, con una fuga definitiva dalla sofferenza emotiva, chi si auto-ferisce cerca, invece, una soluzione per rimanere in avanti e andare avanti, attraverso il sollievo temporaneo dal disagio psicologico.

Anche Gonin³ ha interpretato la semplice lesione auto-inferta come un comportamento finalizzato alla decompressione psicologica di uno stato stressante ed angosciante.

"L'elemento puramente manipolativo e volto ad ottenere benefici non può rendere conto sufficientemente delle motivazioni alla base dell'autolesionismo carcerario".

Questo, per altro verso, non implica cadere nell'errore opposto di credere tali condotte espressione di manifestazioni psicopatologiche. Esse sono, piuttosto, manifestazione di un disagio con gradi di diversa gravità, affrontati in ragione di una diversa capacità di *coping* in una situazione di stress emotivo.

Interessante è l'affermazione secondo la quale l'autolesione servirebbe ad interrompere stati di morte emotiva.

Grande è la suggestione di tale definizione che riporta alle condizioni di vita dei settori più deprivati e ristretti degli istituti penitenziari.

In generale la condotta auto-aggressiva è un fenomeno drammatico, dove motivazioni cosce ed inconse si intrecciano, dove costante è la non tolleranza della situazione attuale, dove è sempre presente un sentimento di vuoto esistenziale. Attraverso di essa il detenuto realizza un modo di comunicare verso l'ambiente sentito come ostile.

In un particolare contesto, quale quello detentivo, il fenomeno dell'autolesionismo assume connotazioni particolari sia in relazione all'ambiente in cui tali comportamenti maturano sia in relazione agli autori che li pongono in essere. Si verificano spesso estrinsecazioni violente che possono manifestarsi o come violenza contro gli altri oppure come violenza contro se stessi.

Il detenuto, nella struttura detentiva, per poter ottenere un beneficio, strumentalizza al massimo il proprio organismo, rasentando forme di autolesionismo rischiosissime e ciò al fine di richiamare l'attenzione degli operatori penitenziari.

Sono tanti in carcere a tagliarsi, cucirsi la bocca, aggredire il proprio corpo per esprimere il disagio della detenzione: si arriva, perciò, a parlare di "autolesionismo dell'anima".

In questi casi i gesti auto-aggressivi costituiscono un modo di agire provocato da disperazione, comportamenti comunicativi e meccanismi inconsci di trasformazione della rabbia repressa e dell'angoscia.

Tali atti evidenziano un problema non trascurabile, poiché per quanto finalizzati ad una sostanziale manipolazione degli operatori, rilevano comunque una scelta di campo: il linguaggio del corpo attraverso la sua lesione, il cui potenziale aggressivo non può passare inosservato.

Ad alcune modalità di autolesione corrisponde una richiesta ben definita, perfettamente compresa dal personale penitenziario. Infatti è un codice linguistico condiviso da entrambi le parti: lo "scambio comunicativo" avviene attraverso l'uso del corpo⁴.

La condotta autolesiva del soggetto recluso può avere origini soggettive diverse, così da potersi distinguere tre forme di autolesionismo: condotta autolesionistica intesa come sintomo di psicosi o nevrosi carceraria (autolesionismo con causa psichica); condotta autolesionistica che assume il significato dell'atto istintivo di protesta nei confronti dell'operatore dell'amministrazione penitenziaria e/o dell'autorità giudiziaria (autolesionismo con causa emotiva); condotta autolesionistica (con causa razionale) deliberatamente diretta ad ottenere strumentalmente un beneficio giudiziario-penitenziario⁵ o attraverso la pressione psicologica esercitata sugli organi giudiziari o penitenziari; oppure mediante la deliberata predisposizione del deficit psico-fisico elevato dall'ordinamento a presupposto oggettivo legittimante la concessione di una misura o di una modalità alternativa all'esecuzione penale nella struttura carceraria.

Questa tripartizione assume una importanza fondamentale perché gli effetti giuridici delle condotte autolesive si possono correttamente far variare in relazione alle cause soggettive motivazionali, che permettono di leggere e comprendere il gesto e, soprattutto, individuare quali provvedimenti adottare e in quale direzione orientare il trattamento.

Dal punto di vista psicologico, analizzando la personalità del soggetto che ricorre al gesto dell'autolesione, vengono annoverate strutture di personalità istrioniche, ma anche soggetti fragili ed indecisi.

Spesso, in queste persone, in assenza di un evidente quadro psicopatologico, si riscontra un atteggiamento di tipo rivendicativo ove risultano ipervalutati i torti subiti e trascurate le personali responsabilità. Talora, inoltre, si

possono evidenziare anche strutture di personalità rigide e diffidenti, poco adattabili, che pongono in atto gesti con determinazione e ripetitività fino a che le loro rivendicazioni ed istanze non vengono recepite.

Infine, si può ricordare come la particolare situazione ambientale determini in soggetti facilmente influenzabili comportamenti imitativi, anche autolesivi, ritenuti necessari allo scopo di essere meglio accettati dal gruppo.

Da quanto detto, in primo luogo, emerge la difficoltà di interpretare in maniera univoca il gesto autolesionistico: per alcuni soggetti, può essere un mezzo per ottenere attenzione e aiuto e per altri, invece, può rappresentare un atto dimostrativo di reazione alla situazione detentiva che sfugge alla propria volontà e controllo. Attraverso la violenza e l'aggressività, il soggetto vuole dimostrare la propria forza, il potere sulle cose, sulla struttura che lo detiene e sugli operatori penitenziari.

A prescindere dalle diverse finalità, si tratta di gesti che, comunque, meritano la massima attenzione da parte degli operatori penitenziari e, soprattutto, di coloro che inevitabilmente vengono chiamati a fronteggiare emergenze di questo genere. A questo proposito sono state emanate dall'Amministrazione Penitenziaria numerose circolari con le quali si raccomanda a tutto il personale, secondo le rispettive competenze, di garantire costantemente con prontezza, efficacia e scrupolo il massimo impegno, allo scopo di prevenire il verificarsi di suicidi e di atti di autolesionismo da parte dei detenuti, sia rimuovendone, per quanto possibile, le cause, sia impedendone l'esecuzione.

Infatti viene riconosciuto allo Stato il potere di intervenire coattivamente ponendo fine alla condotta dell'autore del gesto, anche contro la sua volontà, quando l'atto autolesivo sia posto in essere secondo modalità tali da far sussistere un concomitante interesse della collettività. Questo può avvenire nelle ipotesi in cui l'atto sia talmente grave da porre in pericolo la vita dello stesso autore, oppure sia da considerarsi come sintomo di una malattia mentale che limiti o escluda la capacità di autodeterminarsi o infine, nei casi più gravi, quando dal gesto insano possono aversi conseguenze sulla diffusione ed il contagio di patologie incidenti sulla pubblica incolumità, di cui l'autore sia portatore.

In altri casi la reazione giuridica è di tipo negativo, nel senso che lo Stato interviene semplicemente non concedendo quel beneficio che l'autore voleva raggiungere in modo fraudolento, ponendo in essere strumentalmente una autolesione.

E' questo un delicato punto critico attesa anche la natura estremamente poco delineata dei diritti confliggenti in tale fattispecie. Ed infatti, nel caso in cui un detenuto rifiuti consapevolmente le cure prestatigli dall'amministrazione, vengono a scontrarsi il diritto ineludibile dell'individuo di far ciò che crede sia meglio per sé stesso, con il dovere dell'amministrazione di garantire l'integrità psico-fisica del detenuto che gli è stato affidato dalla collettività.

Pertanto, la ricostruzione del "comportamento" dell'A.P. tra l'obbligo giuridico di impedire l'evento e la gestione della sussistenza di un diritto a lasciarsi morire trova, in particolare, nello sciopero della fame il terreno di un difficile bilanciamento trattandosi di interessi costituzionalmente rilevanti.

L'importanza del tema non sfugge a nessuno se si pensa che le più forti opposizioni dei detenuti alle cure imposte dall'A.P. si sono realizzate durante lo svolgimento dei c.d. scioperi della fame, laddove la prolungata e mancata assunzione di cibo provoca nel detenuto uno stato patologico che l'Amministrazione cerca di vincere, anche contro la volontà del digiunatore, in vista della necessità di evitare l'esito infausto che potrebbe realizzarsi se si consentisse al detenuto di rifiutare le cure ad oltranza.

Lo sciopero della fame, in linea generale, è una forma di manifestazione delle proprie idee riconducibile all'alveo degli artt. 2 e 21 Cost.

Alla luce di tale inquadramento può, innanzitutto, affermarsi in termini generali che, qualora il soggetto che compie la scelta del rifiuto del cibo sia capace di intendere e di volere, anche se tale scelta può comportare il rischio della vita, non può essere ritenuto legittimo un intervento medico realizzato con le modalità dell'alimentazione forzata.

Atteso, infatti, che tale trattamento è inquadrato dalla pressoché unanime dottrina nel catalogo di quelli di tipo sanitario, lo stesso si porrebbe in violazione del diritto individuale al rifiuto delle cure, di cui al combinato disposto degli artt. 2, 13 e 32 Cost., riconosciuto dalla giurisprudenza costituzionale⁶.

Diritto che incontra quale unico limite la circostanza che la scelta del singolo possa pregiudicare la salute della collettività: ipotesi in presenza della quale il legislatore è legittimato ad intervenire coattivamente, ancorché, nei “limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

Non c'è dubbio, quindi, che gli interessi al rispetto della dignità della persona, della sua libertà di autodeterminarsi e, segnatamente, di manifestare le proprie idee con ogni mezzo debbono essere garantiti e bilanciati con i (potenzialmente) contrapposti interessi all'integrità fisica e alla stessa vita, e ciò almeno fin quando le conseguenze delle scelte del singolo si mantengono all'interno della sfera individuale. E soluzione diversa non può certamente fondarsi sull'art. 5 c.c., laddove si prevede che “gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica o quando sono contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume”, dal momento che tale disposizione, riletta alla luce dell'art. 32 Cost., deve intendersi “tacitamente modificata” in seguito alla sostituzione del concetto statico di integrità fisica con quello dinamico di salute⁷.

Se tali sono le premesse, occorre chiedersi se il particolare status di detenuto solleciti a considerare in modo diverso la problematica del difficile bilanciamento degli interessi in gioco.

Da un parte, potrebbe osservarsi che chi versa in stato di detenzione, privato dei normali canali con i quali far conoscere le proprie opinioni, trova nello sciopero della fame uno dei rari strumenti attraverso i quali è in grado di manifestare il proprio disagio e la propria protesta, tenendo vivo l'interesse su un certo evento.

In tal modo riappropriandosi per così dire, di una porzione di quella libertà che originariamente gli viene negata.

D'altra parte, è innegabile che, quando lo sciopero della fame si realizza all'interno delle mura di un carcere inevitabilmente assume contorni e sfumature diversi rispetto a quelli riscontrabili quando il medesimo gesto viene compiuto nella società libera, data la condizione di solitudine, fragilità e generale privazione in cui versa lo scioperante.

Ed è legittimo chiedersi, alla luce di tale constatazione, se la Costituzione consenta o addirittura imponga al legislatore, all'esito di un diverso contemperamento degli interessi in gioco, di riconoscere al detenuto un livello di tutela dell'integrità fisica superiore a quello previsto in via generale per tutti gli individui.

Talora si è ritenuto di fornire una risposta positiva a tale interrogativo. Lo ha fatto, in primo luogo il Governo, quando ha tentato di promuovere una riforma tesa a dotare il Ministro della Giustizia, in talune circostanze, del potere di disporre l'alimentazione forzata del detenuto in sciopero della fame. E non sono mancate, in dottrina, ricostruzioni tese ad individuare nella legislazione vigente le disposizioni sulle quali fondare la piena legittimità dell'applicazione del trattamento sanitario. Orientamento seguito anche da alcune pronunce giurisdizionali, che hanno ammesso, in determinate circostanze e nel rispetto di precise garanzie, la possibilità per l'amministrazione carceraria di praticare tale trattamento coattivo sul detenuto.

Il fondamento legislativo del trattamento sanitario, in particolare, è stato individuato ora negli artt. 33 e 34 della legge n.833/1978, laddove si prevede la legittimità di tale pratica nei confronti delle persone affette da malattie mentali, ora nell'art. 41 della legge penitenziaria, ove si consente l'utilizzo dei mezzi di coercizione fisica nei confronti dei detenuti al fine di prevenire “atti di violenza” e garantire la loro “incolumità”.

Soluzioni invero avversate dalla prevalente dottrina in forza della considerazione per cui, quanto alla prima disposizione richiamata, la posizione del detenuto che rifiuta consapevolmente il cibo non può essere assimilata a quella di un malato di mente, né può aver pregio l'argomento per cui il deperimento fisico del digiunante inevitabilmente finisce, dopo un certo numero di giorni, per produrre riflessi anche sul suo equilibrio psichico.

Quanto all'altra previsione richiamata, si è osservato come la stessa appaia all'evidenza diretta ad impedire atti di autolesionismo e non sembri, dunque, riferibile all'ipotesi di un comportamento omissivo consapevolmente protratto nel tempo.

Sulla scia delle indicazioni costituzionali, sembra ragionevole seguire la tesi in forza della quale il bilanciamento tra l'obbligo giuridico di impedire un evento e la gestione della sussistenza di un diritto a lasciarsi morire (interesse alla vita e all'integrità fisica, da un parte, e alla libertà di autodeterminazione, dall'altra), debba essere in linea di principio impostato secondo un medesimo schema tanto con riguardo al libero cittadino che al detenuto. Non sembra possibile, in altre parole, riscontrare nel peculiare *status* del detenuto caratteri tali da giustificare in astratto soluzioni diversificate. Sembrano a questo proposito calzanti le parole della Corte Costituzionale che, in più occasioni, ha ricordato come la garanzia dell'inviolabilità della libertà personale sancita dall'art. 13 Cost. non soltanto operi anche nei confronti di chi si trova in stato di detenzione, (ovviamente per quella parte che residua dall'applicazione della misura detentiva) ma che tale porzione di libertà "è tanto più preziosa in quanto costituisce l'ultimo ambito nel quale può espandersi la personalità individuale"⁸.

Così come sembra senz'altro da scartare, in relazione all'art. 32 comma 2 Cost., l'unica strada che consentirebbe di giungere ad una soluzione diversa: vale a dire quella di vedere nello sciopero della fame un fenomeno dotato di "potenzialità epidemica"⁹.

Se questa è dunque la soluzione che appare più ragionevole, ciò non significa, ovviamente, che l'Amministrazione Penitenziaria non debba operare con tutti gli strumenti legittimi a sua disposizione per ridurre al minimo il rischio che il detenuto scelga di intraprendere uno sciopero della fame: in questo senso vanno, ad esempio, numerose circolari adottate, soprattutto a partire dalla seconda metà degli anni 80, dal D.A.P., ove si ribadisce di fornire una continua assistenza sanitaria e psicologica ai detenuti.

Né ciò significa che la condizione carceraria non renda ancora più delicato e rilevante l'accertamento della specifica condizione di salute del detenuto che dà inizio allo sciopero della fame, onde accertarne l'effettiva capacità di compiere tale scelta in modo davvero consapevole.

Non può, del resto, non costituire motivo di riflessione il diverso approccio, forse più pragmatico, seguito in circostanze analoghe dalla Corte europea dei diritti dell'uomo, che ha riconosciuto in alcune occasioni una chiara prevalenza all'obbligo dello Stato di proteggere l'integrità del detenuto.

La Corte, in particolare, ha affermato, con specifico riguardo al deliberato rifiuto del cibo, che l'alimentazione coattiva non deve sempre ritenersi illegittima e che anzi l'art. 3 della CEDU, sul divieto di tortura e di trattamenti inumani e degradanti, in certi casi impone allo Stato un obbligo di proteggere l'integrità fisica delle persone private della libertà, ovviamente a condizione che venga opportunamente dimostrata dai sanitari la "necessità medica" di un intervento coattivo e che siano rispettate le procedure stabilite dal legislatore statale¹⁰.

L'Amministrazione penitenziaria può ben essere considerata titolare di una vera e propria posizione di garanzia penalmente rilevante nei confronti della persona detenuta. Graverebbe su di essa un obbligo giuridico, desunto dall'ordinamento penitenziario nel suo complesso, di tutelare la vita e l'integrità psico-fisica degli individui che ad essa vengono affidati ed il cui inadempimento configurerebbe un'ipotesi di reati ai sensi del combinato disposto della clausola generale di equivalenza di cui all'art. 40 c.p. con gli articoli di parte speciale 589 c.p. (omicidio colposo) o 590 c.p. (lesioni personali colpose) o, ancora gli art. 328 c.p., comma 1, (rifiuto di atti d'ufficio) e 586 c.p. (morte o lesioni come conseguenza di altro delitto).

Il detenuto si trova sotto la responsabilità dell'Amministrazione penitenziaria, a cui è affidato il compito di assicurare che egli rimanga in carcere evitando che evada, di controllare il rispetto da parte sua delle regole della disciplina penitenziaria, ma anche di garantirne l'incolumità. L'Amministrazione è, quindi, garante dell'impedimento dell'evento concreto di danno o di pericolo. Su di essa graverebbe l'obbligo giuridico di attivarsi, anche e soprattutto, contro la volontà del detenuto.

In tale contesto si pongono le indicazioni fornite dal D.A.P.¹¹.

L'orientamento favorevole all'intervento coatto dell'amministrazione rafforza la propria tesi sviluppando alternativamente due considerazioni¹².

La prima ritiene che la scelta di lasciarsi morire in carcere per fame sia libera solo in apparenza. Il comportamento del soggetto risulterebbe influenzato dallo stato detentivo, ossia da una condizione ambientale in cui, il detenuto costretto a vivere contro la sua volontà, sarebbe portato a distorcere, a livello essenziale, la percezione della realtà. La condizione di detenuto renderebbe incapace il soggetto di valutare in maniera adeguata il reale, tanto da risultare bisognoso di una tutela differenziata che così finisce con il distinguerlo e con il discriminarlo rispetto agli altri soggetti in libertà.

La seconda considerazione fa leva, invece, sullo stadio terminale del digiuno, per cui le conseguenze a livello di apparato digerente determinano una condizione somato-psichica tale che “è il digiuno che prende la mano al digiunatore”, dove l’organismo non vuole o non può più ricevere il cibo, per cui non ci si troverebbe di fronte ad una libera volontà del digiunatore ma ad un non volere derivato da un rifiuto somatico. E, ancora, il dissenso alla nutrizione artificiale risulterebbe invalidato dal subentrare di un stato fisico-psichico tale da scemare grandemente ogni capacità di intendere e volere del digiunante.

In tutti questi casi, dove il soggetto perde conoscenza, ovvero versa in condizioni psichiche assimilabili allo stato di infermità mentale, verrebbe a mancare quell’attualità del dissenso che impedisce il trattamento medico.

In tale circostanza lo sconfinare del rifiuto di alimentarsi in disturbo psicologico assimilabile alla malattia mentale autorizzerebbe il ricorso agli artt. 34 e 35 della Legge 833/78¹³.

Note

¹ Mastronardi L., Manuale per operatori criminologici e psicopatologici forensi, Ed. Giuffrè, Milano, 2001

² Per la disamina della problematiche psichiatriche ci si è basati su DSM-IV, Manuale diagnostico dei disturbi mentali, Masson, 1996

³ Gonin D., Il corpo incarcerato, Ed. Gruppo Abele, Torino, 1994.

⁴ Baccaro L., Morelli F., In carcere: del suicidio ed altre fughe, Ristretti orizzonti, Padova, 2009

⁵ Di solito per ottenere un permesso, per l’avvicinamento alla famiglia, per il trasferimento in un altro carcere, per parlare con il magistrato o per un posto di lavoro all’interno dell’istituto.

⁶ Modugno F., Trattamenti sanitari “non obbligatori” e Costituzione in dir e soc., 1982

⁷ Fiandaca G., Sullo sciopero della fame nelle carceri, in Foro it., 1983

⁸ Corte cost. n.349/1993, in Foro it., 1995

⁹ Allegranti I.,Giusti G., Aspetti medico-legali e deontologici dello sciopero della fame del detenuto, Padova, 1983

¹⁰ Così Jalloh c. Allemagne, sent 11 luglio 2006; Nevmerzhtsky c. Ukraine, sent 5 aprile 2005

¹¹ “Nel caso del c.d. sciopero della fame del detenuto, oltre a porre in essere le forme trattamentali più idonee per far recedere il detenuto da tale comportamento di nocimento su se stesso, si ritiene che l’alimentazione forzata debba essere attuata dal momento in cui il detenuto sia pervenuto a condizioni di vita tali da trovarsi in stato di alterazione della propria volontà a causa di anormalità psichica e, ciò nonostante, prosegua nel rifiuto dell’alimentazione. Il sanitario, pertanto, ha il compito di seguire lo svolgimento cronico dello stato morboso del detenuto scioperante e di adottare con tempestività i necessari interventi terapeutici per tentare di prevenire il ricorso alle situazioni di estrema urgenza, come nel caso di trattamento sanitario obbligatorio. Così, oltre che per il personale sanitario, anche per quello direttivo degli istituti penitenziari, vi è l’obbligo di garantire al ristretto l’incolumità personale e la salute, in considerazione del fatto che la scelta di lasciarsi morire in carcere per fame è libera soltanto in apparenza, essendo il comportamento del detenuto influenzato dallo stato detentivo, che può portare a distorcere a livello essenziale la percezione della realtà. Fra gli interventi che gli operatori e i sanitari sono tenuti a porre in essere per prevenire la morte o i danni da denutrizione del recluso che, volontariamente, rifiuta di nutrirsi vi è anche quello del ricorso al trattamento sanitario obbligatorio, secondo le procedure e le modalità indicate dal legislatore con la normativa di cui alla legge n. 833/78, istitutiva del servizio sanitario nazionale.”

¹² Mancini R., Trattato di diritto penale italiano, Utet, Torino, 1964, vol. VIII,

¹³ Art. 34. (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale).

La legge regionale, nell’ambito della unità sanitaria e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l’istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale.

Le misure di cui al secondo comma dell’articolo precedente possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale.

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri di cui al primo comma.

Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall’infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma dell’articolo 33 da parte di un medico dell’unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.

.....omissis...

Art. 35.(Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale).

Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, da emanarsi entro le 48 ore dalla convalida di cui all'art. 34, quarto comma, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'art. 33, terzo comma, e dalla suddetta convalida deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune, nonché al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'Interno, e al consolato competente, tramite il Prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso..

GLI INTERVENTI DELL'AMMINISTRAZIONE NEL DISAGIO PENITENZIARIO. STRUMENTI, LIMITI E RESPONSABILITÀ.

a cura di Francesca Maria De Musso - vicecommissario di polizia penitenziaria

Abstract

L'Autrice considera i vari fattori che possono sollecitare le azioni auto ed etero distruttive all'interno delle strutture penitenziarie. Il sovraffollamento, l'esiguità degli spazi e degli organici degli operatori penitenziari, la conflittualità tra gli occupanti la cella detentiva, la presenza elevata di detenuti stranieri, tossicodipendenti e con malattie mentali. Tutto questo mina la realizzazione del mandato istituzionale, relativo all'opera di trattamento e reinserimento sociale. Lo stesso Comitato Nazionale per la Bioetica, attraverso un documento del 25.06.2010 rileva, tra l'altro, che il carcere non può annullare alcuni diritti fondamentali, come quello relativo alla risocializzazione.

Il suicidio rappresenta allora la negazione della relazionalità.

L'istituzione penitenziaria ha un obbligo di tutela della vita e dell'incolumità personale dei detenuti e degli internati, e quindi è titolare del "potere sul corpo" del detenuto. Dovrà pertanto vigilare affinché lo stesso non compia gesti autosoppressivi o antolesivi. L'intervento medico specialistico è invece sancito nelle regole penitenziarie, laddove all'art.47 co.2 si afferma che "il servizio medico penitenziario deve fornire le cure psichiatriche a tutti i detenuti che ne abbiano necessità e porre particolare attenzione alla prevenzione del suicidio"

* * *

L'art. 27, co.3, della nostra Carta Costituzionale, in perfetta sintonia con il principio dell'umanizzazione della pena, ascrive alla sanzione una spiccata funzione di prevenzione speciale e consacra, al contempo, la necessità che non solo il quantum ma anche le metodologie applicative della stessa siano finalisticamente orientate, quantomeno, al reinserimento del condannato, così affermando il principio fondamentale che il carcere debba essere un luogo, sì, di espiazione ma, soprattutto, di rieducazione e reinserimento.¹

Ma la rieducazione del condannato o dell'internato per essere effettiva postula che: nel perimetro ambientale al cui interno si colloca il medesimo vengano principi efficacemente dominanti e facilmente identificabili al punto tale da costituire indici di parametrizzazione validi per orientare l'opera di rieducazione; le metodologie di analisi della personalità siano idonee a fornire valutazioni diagnostiche e prognostiche attendibili; i trattamenti siano, in ogni caso, rispettosi della libertà e della dignità umana².

Da tempo, ormai, le ideologie del trattamento penitenziario e della risocializzazione del reo stanno attraversando una fase di crisi dovuta ai modesti risultati conseguiti in termini di riduzione della recidiva criminale ed alla fallibilità delle scienze umane (pedagogia, psichiatria, psicologia, criminologia e le altre) poste alla base dell'osservazione scientifica della personalità³.

Sovraffollamento, carenza di spazi, di fondi, esiguità degli organici degli operatori penitenziari, elevato numero di detenuti stranieri e tossicodipendenti, soggetti con diagnosi plurime, fanno il resto, costituendo dei veri e propri ostacoli alla realizzazione dell'obiettivo primario attribuito dallo Stato all'Amministrazione Penitenziaria: tutela della salute del detenuto e custodia dello stesso, che si sostanzia non solo nel fine di sicurezza ma, altresì, nella predisposizione da parte delle Istituzioni di tutti quegli strumenti idonei a portare il soggetto a correggere i propri comportamenti antisociali ed ottenerne un progressivo, seppur costante, reinserimento sociale.

Come autorevolmente si evidenzia⁴, oggi è, infatti, ristretto, in misura diversa ma in ciascun carcere, un numero di persone di gran lunga superiore alla capacità ricettiva massima dei singoli istituti⁵, il che determina una significativa riduzione degli spazi disponibili all'interno della camera detentiva nella quale i ristretti trascorrono, quasi sempre, la maggior parte del tempo della giornata.

Da ciò consegue una maggiore promiscuità ed una più probabile conflittualità tra gli occupanti la cella detentiva, una netta diminuzione delle opportunità che ciascun carcere può offrire e, più in generale, della capacità di risposta del mondo penitenziario alle istanze dei detenuti e di assistenza sanitaria⁶.

Grandi presenze comportano, inoltre, con il connesso aumento dei carichi di lavoro del personale, una flessione nei normali meccanismi di controllo e nella conoscenza che l'istituto dovrebbe avere dei detenuti che ospita, incidendo, perciò solo, sulla sicurezza oltre che sulla qualità della osservazione cui ciascun detenuto dovrebbe essere sottoposto⁷. Senza considerare, poi, le caratteristiche della popolazione detenuta in gran parte costituita da stranieri, tossicodipendenti e persone con problemi mentali.

Tali riflessioni comprovano la sussistenza di un collegamento a filo doppio tra le condizioni della vita detentiva e le caratteristiche dei ristretti, da una parte, e la produzione della violenza negli istituti penitenziari, nelle due forme dell'auto e dell'etero aggressività, dall'altra, e pongono in evidenza la necessità di riflettere sulle condizioni di vita e sulle modalità organizzative della detenzione, nell'ottica della profilassi dei rischi autolesivi e della marginalizzazione del disagio.

Prova evidente del fatto che il problema oggi esista, che sia attuale e tutt'altro che trascurabile, è la constatazione, fatta di recente dal CNB⁸ dell'elevato tasso di suicidi della popolazione carceraria, di gran lunga superiore a quello della popolazione generale⁹.

Nello stesso documento si sottolinea, ancora, l'idea sostanziale che il carcere possa sospendere unicamente il diritto alla libertà, senza annullare gli altri diritti fondamentali, come quello alla salute e alla risocializzazione, scontando una pena che non mortifichi la dignità umana.

Tra l'altro, la necessità che l'esecuzione penale riviva in armonia con le previsioni costituzionali e che il principio di personalità della responsabilità penale ramifichi la propria estensione non solo sul terreno della sanzione ma, altresì, della sua esecuzione, fa sì che la profilassi del disagio diventi uno dei principali doveri degli operatori penitenziari ed impone di considerare il ruolo nuovo da attribuire, all'esito della necessaria specifica formazione, al personale di Polizia Penitenziaria anche e, soprattutto, in ragione dei più ampi e delicati compiti istituzionali che oggi allo stesso vengono attribuiti¹⁰.

Di qui, poi, la ulteriore necessità di perimetrare, in tali casi critici, l'ambito di estensione degli interventi dallo stesso personale praticabili ed individuarne i limiti - nel difficile bilanciamento tra esigenze di sicurezza e garanzia di libertà del detenuto - anche per evitare di incorrere in responsabilità sanzionabili.

A tal fine è necessario un mutamento di rotta e l'adozione di una prospettiva d'indagine che consideri il punto di vista non più dell'etica ma del diritto e lo scopo del diritto penale nel dettaglio.

Infatti, in una prospettiva bioetica (che assume a proprio dover essere e fa assurgere a centro privilegiato di attenzione la tutela della libertà e della vita), con un sindacato rilevante sul piano empirico, che evidenzia l'irriducibile carattere relazionale della vita umana, si è pervenuti alla constatazione del suicidio quale gesto che acquista una valenza di negazione della relazionalità: il suicidio è ciò che non deve accadere, perché non deve accadere che la vita si rivolga contro sé stessa, perché la vita è l'unico orizzonte comune di pensabilità del nostro essere reale, che sia affidato alla comune responsabilità¹¹.

La suddetta prospettiva etica di lettura ci ha indotti, conseguentemente, a richiamare l'attenzione sul delicato equilibrio tra responsabilità individuali, sociali ed ambientali nella decodifica del problema e coinvolge tutti, operatori, società, enti esterni, in un'azione di prevenzione che solo ove fondata sull'impegno collettivo può essere realmente efficace.

Tuttavia, se questo è vero è, però, altrettanto vero, com'è notorio, che il concetto di responsabilità etica e quello di responsabilità giuridica non sono tra loro sovrapponibili, essendo diverse le finalità alle stesse sottese.

Ciò posto, attesa la pressoché totale assenza di previsioni normative specifiche, di giurisprudenza e dottrina in argomento, si è tentata una analisi ricostruttiva che, condotta alla luce dei principi generali dell'ordinamento, ha provato ad individuare, senza alcun intento tuzioristico, una linea di azione utile ad una impostazione corretta dell'ampiezza degli interventi praticabili da parte degli operatori interessati.

Con, tuttavia, la necessaria premessa che nel riparto di competenze in materia si deve tener conto che, con la c.d. sanitarizzazione della medicina penitenziaria, la responsabilità istituzionale della tutela della salute in carcere è da ritenersi in capo al SSN, per cui, oggi, le istituzioni sanitarie sono chiamate non solo a migliorare la qualità degli interventi clinici individuali, ma a farsi carico della prevenzione ambientale, tenendo presente la più volte richiamata particolare vulnerabilità della popolazione carceraria¹².

In quest'ottica, la prevenzione del suicidio in carcere è ambito di intervento anche, e soprattutto, delle autorità sanitarie locali, specie attraverso i servizi territoriali di salute mentale¹³.

Tanto detto, appare come necessariamente prodromica all'analisi relativa alla individuazione delle competenze rilevanti ed alla rintracciabilità, nel nostro sistema giuridico, di una posizione di garanzia (sulla scorta delle diverse teorie in materia prospettate) e di un obbligo impeditivo - che, ove violato, in modo colpevole ed eziologicamente determinante rispetto ad una ipotesi autosoppressiva o autolesiva, possa essere ritenuto presumibilmente idoneo a fondare la responsabilità del comandante o, più in generale dell'operatore di polizia penitenziaria - la valutazione dell'ampiezza e della portata del sistema dei diritti che il nostro ordinamento riserva e garantisce al detenuto.

Invero, ciò che si intende affermare è che se il nostro sistema è tale per cui l'ordinamento riconosce alla persona detenuta una serie di diritti insopprimibili ed intangibili da chiunque, e, dunque, anche dallo Stato nell'esercizio della propria potestà punitiva, è necessario che l'azione del comandante del reparto, in funzione preventiva o repressiva, soprattutto ove vada ad incidere su quei diritti garantiti, trovi, per essere compatibile con il sistema, la propria fonte di giustificazione e legittimazione in una norma.

Infatti, gli interventi esterni, anche di tipo coattivo, appariranno tanto più leciti e giustificabili, e la loro omissione sanzionabile, quanto più siano proporzionati al grado di autodeterminazione consapevole che si ritenga di poter rinvenire in una decisione autolesiva e/o autosoppressiva.¹⁴

Sicuramente l'Amministrazione Penitenziaria è titolare di poteri-doveri di supremazia e di coazione nei confronti dei detenuti, ai sensi dell'art. 41 O.P., dell' 82 dpr.230 del 2000, nel caso di violenza autolesionistica impedibile dall'esterno, ma l'uso della forza fisica è ammissibile esclusivamente nelle ipotesi ex lege e deve, comunque, essere limitato ai casi strettamente necessari e sotto costante controllo sanitario¹⁵.

Solo nel caso di atti di autolesionismo che abbiano i caratteri della violenza, ove sia assolutamente necessario e il danno in altro modo non altrimenti evitabile, potrebbe, dunque, ritenersi legittimo l'uso di tali strumenti, tra l'altro, si intende, esclusivamente per fini protettivi in ambito penitenziario¹⁶.

E qui si porrebbe, poi, l'interrogativo della individuazione di un termine temporale di ricorso ai mezzi suddetti entro il quale lo stesso possa essere ritenuto ancora legittimo.

Tanto detto, al fine di proseguire nel presente cammino esegetico, diventa utile valutare quanta libertà e quanta liceità ci sia nella determinazione suicida per potere, poi, correlativamente, meglio individuare i parametri del bilanciamento, nel giudizio di responsabilità, e le competenze in materia.

In particolare, con riferimento all'indagine sulla possibilità di affermare che del moderno concetto di libertà faccia parte anche il suicidio come Freitod, e, dunque, come libertà di darsi la morte, utile appare una analisi ricostruttiva operata, in altro non proprio recente parere, sempre dal Cnb¹⁷.

“In epoca classica”, si legge nella relazione, “il suicidio era una decisione tragica, volta alla tutela della dignità umana. Poi, per secoli, è stato considerato un peccato, successivamente è divenuto un delitto, quindi una malattia. Ben presto tornerà ad essere considerato una libera scelta, il “sigillo della libertà”. Così, in tale rapida e provocatoria, ma sicuramente anche discutibile, sintesi, J.Fletcher¹⁸ dice tutto quello che è essenziale sapere sulla storia “esterna” del suicidio, mettendo in evidenza come, a suo avviso, l'avvento della modernità avrebbe dovuto indurre a sciogliere il plurisecolare dilemma sulla liceità o meno del suicidio, riconducendo l'autoaggressione mortale all'ambito della libertà personale. Il diritto moderno avrebbe precorso, una volta tanto, il sentimento morale e si sarebbe mosso in questa direzione togliendo all'atto suicidario ogni carattere di illiceità. All'etica sarebbe restato solo da compiere l'ultimo passo, erodendo ogni residua illusione nel carattere di sacralità della vita ed affidando alla sola ed insindacabile valutazione dei singoli viventi il giudizio sulla dignità e meritorietà della vita stessa”.

Le cose non sono, naturalmente, così semplici, soprattutto ove si vadano a contestualizzare tali riflessioni in ambito penitenziario dove - oltre ad armonizzarle con quelle relative alla riconducibilità del suicidio, nel nostro ordinamento, alla categoria del giuridicamente tollerato, perché costituisce un disvalore ma, tuttavia, non viene punito¹⁹ - ci si deve chiedere se, nel conflitto tra il diritto alla libertà personale e il diritto (o anche dovere?) alla vita, quest'ultimo appartenga all'individuo stesso o alla società.

Ma prima di tutto bisogna chiarirsi su un altro concetto utile al resto dell'analisi e rispetto al quale vengono, contestualmente, invocate, ancora una volta, riflessioni etiche oltre che giuridiche: entro quali limiti si può accedere all'idea tipicamente moderna del suicidio come atto di libertà?

Infatti, si dice, non dell'infinito delle possibilità vive la libertà, bensì della scelta e dei limiti che essa induce²⁰.

Tra l'altro, se il segno dell'atto libero sta nel fatto che non possiede cause determinanti, come può questo essere detto propriamente dell'atto suicida?

Sembrerebbe, anzi, non solo che il suicidio sia definibile come tale proprio in quanto abbia una precisa causa psicologica intrinseca (altrimenti, come differenziarlo da una autouccisione involontaria?) ma che, addirittura, di cause ne abbia fin troppe e se un perché esiste ed è così forte da indurre il soggetto ad una azione tale è chiara, quanto meno, la difficoltà di continuare a parlare di libertà in relazione al suicidio²¹. In un modo o nell'altro sembra che si finisca in un circolo vizioso: se il suicidio è veramente tale, e non un mero incidente, esso deve porre in gioco la libertà del soggetto; tra l'altro, la necessaria ricerca di una motivazione sembra comunque condurre al di là della libertà, in quell'ambito oscuro in cui il soggetto non riesce a padroneggiare se stesso e trova la propria personalità schiacciata da impulsi che la sovrastano, la dominano e la rendono schiava.²²

Di qui la tesi, diventata pressoché unanime a partire dagli anni ottanta, della malattia mentale, anche se intesa in senso lato, che affliggerebbe ogni suicida e che sarebbe, se non la sola, una delle cause determinanti del suo atto²³.

Nel caso di soggetti detenuti, poi, vi è da conciliare tali riflessioni con la considerazione dell'“obbligo dello Stato di adottare misure effettive per prevenire e proteggere ogni pregiudizio al diritto alla vita di ogni individuo²⁴ e, a maggior ragione, del detenuto affetto da problemi tali da ingenerare, tra l'altro, il rischio di pratiche autolesioniste, compresa quella estrema del suicidio”²⁵.

Si ritiene, invero, da una certa giurisprudenza²⁶ che, “negli ordinamenti democratici di tipo europeo – con tale espressione intendendosi quelli che hanno, da tempo, fatto proprio il principio dell'habeas corpus e nei quali, da secoli, è scomparsa la pratica del supplizio – alla custodia del ristretto per ragioni di giustizia ineriscano, sul piano giuridico, obblighi “di protezione” a carico dell'Amministrazione Penitenziaria”.

Più in generale, si osserva che a talune istituzioni della società, che possono definirsi di disciplina, quali, principalmente, il carcere - la cui fortuna si affermò e crebbe in sincronia con quella dell'idea di libertà - è attribuita dall'ordinamento anche una dose di potere sul corpo della persona.

Tale potere sul corpo è di diversa ampiezza e coerenza, a seconda del grado di compressione dalla libertà personale che ciascuna categoria di istituzione è autorizzata a porre in essere in vista dell'assolvimento della funzione assegnatale²⁷.

In uno Stato di diritto dei nostri giorni si ritiene, in particolare, che quanto maggiore sia il potere attribuito all'istituzione di conformare, comprimendo, la libertà personale dell'individuo affidatole, tanto maggiore è l'obbligo dell'istituzione medesima di prendersi cura (quantomeno) del corpo della persona soggetta al potere stesso.

“Detto potere conformativo della libertà è massimo nella istituzione carceraria: il corpo è qui irretito in un sistema di costrizioni e privazioni, di obblighi e divieti ai quali deve necessariamente soggiacere”²⁸.

Conseguentemente, si afferma, al dovere di custodia della persona detenuta gravante sulla struttura penitenziaria non possono non inerire obblighi accessori che, in lessico giuridico, sono definibili “di protezione”, che saranno direttamente proporzionali al grado di privazione della libertà personale e che non possono non comprendere la tutela dell'incolumità della persona ristretta: essa deve essere salvaguardata oltre che da violenze da terzi anche da eventuali gesti autosoppressivi o autolesivi.

Di qui l'obbligo giuridico, secondo tale interessante ricostruzione, per l'Amministrazione Penitenziaria, titolare del potere sul corpo del detenuto, di vigilare affinché lo stesso non compia neanche gesti di tale tipo che, a parere del giudicante, sarebbero, in quanto non infrequenti, tutt'altro che imprevedibili ed imprevedibili²⁹.

In particolare, si ritiene che, dagli artt.1 e 11 O.P. sia possibile desumere, a carico dei dipendenti dell'Amministrazione Penitenziaria, un obbligo di tutela della vita e dell'incolumità personale dei detenuti e degli internati negli istituti di pena.³⁰

In realtà, tale affermazione, posta sovente ed in modo generico alla base delle imputazioni a carico di comandanti di reparto omette, talora, a modesto parere di chi scrive, una verifica di compatibilità con i compiti e le funzioni agli stessi operatori conferite oltre che con i principi costitutivi della posizione di garanzia ed, in particolare, con il principio di colpevolezza e con la constatazione della necessità, perché un fatto di reato possa essere addebitato ad un soggetto, che tutti gli elementi che concorrono a contrassegnarne il disvalore possano essere attribuiti al suo autore almeno a titolo di colpa³¹.

Invero, piuttosto discutibile appare l'affermazione della sussistenza di una posizione di garanzia del personale di polizia penitenziaria e del comandante del reparto, quantomeno fuori dai casi di responsabilità per dolo o colpa in vigilando - a seguito della segnalazione del sanitario che prescriva, ad esempio, il ritiro degli oggetti in possesso al detenuto e suscettivi di un uso anomalo, o particolari modalità di sorveglianza ovvero di condotte colpevoli in presenza di rischi manifesti.

Nelle ipotesi succitate ci si chiede se - piuttosto che ritenere configurabili in capo al comandante di reparto (in assenza di una formazione specialistica dello stesso che gli consenta di diagnosticare la ricorrenza del rischio suicidario) correlati ai poteri e doveri di custodia e sorveglianza, altresì, dei doveri accessori di protezione in relazione al pericolo di condotte autolesive - non sia, invece, più corretto considerare che in capo allo stesso funzionario possa radicarsi, invece, solo un obbligo impeditivo per così dire "di secondo grado", di fatto insorgente a seguito della formulazione, da parte del sanitario competente, di una diagnosi di pericolo nell'ipotesi di omissione delle doverose cautele nella disposizione e nel controllo sulla corretta esecuzione della sorveglianza conseguentemente attivata.

Il problema, tuttavia, nelle poche occasioni in cui è stato esaminato è stato per lo più impostato considerando, come si è detto, in modo generico, la sussistenza di un generico obbligo del comandante di proteggere la vita ed incolumità fisica del detenuto, talora dedotto dalla funzione dallo stesso svolta e, dunque, dall'art. 31 DPR 82 del 1999, che, però, prevede l'obbligo, dal primo diverso, di garanzia del mantenimento dell'ordine e della sicurezza dell'istituto e che istituzionalmente gli compete³².

Chiarendo meglio sul punto, si è, in qualche occasione, ritenuto di desumere implicitamente - sulla scorta della tesi sostanzialistica - la responsabilità omissiva del comandante dalla asserita pregnante valenza di garanzia assegnata al ruolo di "responsabile della sicurezza" e dai poteri alla stessa connessi, da cui conseguirebbe una non meglio precisata "presa in carico" del detenuto: dalla funzione esercitata (di comandante) deriverebbero poteri idonei a spiegare riflessi immediati sul funzionamento operativo dei servizi dell'Amministrazione Penitenziaria cui sarebbe correlato il dovere di attivarsi per impedire eventi dannosi, di ogni tipo, per i detenuti.

Altre volte, invece, la giurisprudenza³³ ha sostenuto di poter desumere, con la tesi c.d. mista³⁴, l'esistenza di un particolare rapporto di protezione tra il comandante-garante ed il bene-salute, vita ed incolumità personale dei detenuti e degli internati negli istituti di pena, da una lettura combinata delle norme dell'ordinamento penitenziario e dell'art.2 del regolamento di esecuzione, in ragione, si dice, della loro ratio.

Gli obblighi nelle stesse dedotti configurerebbero una posizione di garanzia in capo agli addetti alla custodia, e, in particolare, a colui che ne coordina il servizio cui competerebbe la salvaguardia dell'incolumità dei detenuti: il comandante, infatti, avrebbe, si dice, in ragione della posizione rivestita, il controllo delle fonti di pericolo cui conseguirebbe l'obbligo dello stesso di adottare le misure di sicurezza volte alla prevenzione.

Non vi è chi non veda come a tutte le ricostruzioni suddette possano essere mosse obiezioni con riferimento, quanto meno, alla loro incompatibilità con i principi di legalità e tassatività.

Ad ogni modo, quand'anche si ritenesse di condividere le precedenti ricostruzioni, ciò nonostante, risulterebbe, in assenza dell'accertamento di condotte antidoverose specifiche, quanto meno complesso riuscire ad imputare l'eventuale evento mortale a titolo di omissione colposa al personale in servizio nelle sezioni, al comandante del reparto o al direttore dell'istituto.

E questo è chiaro solo se si sposta l'analisi sul terreno della verifica, prima, dell'efficacia condizionante della presunta omissione rispetto all'evento, e, poi, dell'esigibilità della condotta impeditiva.

Ad ogni modo, volendo provare a tirare le somme di tali riflessioni, non può che dirsi che la sensazione prevalente è quella di essere, in assenza di regolamentazione univoca in materia, in un ambito caratterizzato, per tutti gli operatori, da grande incertezza ed insicurezza ermeneutica e, dunque, anche operativa.

La sensazione dominante che se ne ricava è, infatti, quella di essere in presenza di valori e diritti tutti ugualmente meritevoli di salvaguardia, il che non agevola l'individuazione della soluzione giuridicamente più corretta.

A sciogliere il nostro nodo gordiano sembra intervenire la Cedu che in una recentissima sentenza ha ritenuto necessaria, nel caso di soggetti a rischio di autolesionismo, la predisposizione di una adeguata sorveglianza con personale qualificato, sicché, ove il detenuto si tolga la vita, si legge nella massima - sebbene non possano conoscersi i motivi che lo hanno indotto a tale gesto estremo - il difetto di quella sorveglianza si deve ritenere che abbia giocato un ruolo decisivo nel decesso.

Lo stesso dicasi per la decisione di sottoporre il detenuto ad isolamento senza tener conto del fatto che le turbe psichiche in cui possa versare potrebbero avere ripercussioni, quali, su tutte, il rafforzamento del proposito di suicidarsi. Una misura del genere, tra l'altro, considerata alla luce delle esigenze peculiari di un detenuto a rischio suicidario collegato, magari, ad un particolare stato depressivo non adeguatamente considerato, si porrebbe, altresì, quale misura contraria al divieto di trattamenti inumani e degradanti di cui all'art.3 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo.³⁵

Le indicazioni contenute in tale recentissima sentenza offrono interessanti spunti per una attenta riflessione che consenta di tentare una risposta ai nostri quesiti.

In primis, invero, sembra dalla stessa emergere, con evidenza, il concetto della necessità, per l'ipotesi del compimento o di rischio di pratiche autolesive o anticonservative da parte di un detenuto, di una attenta diagnosi specialistica idonea a fornire, nel caso specifico, le indicazioni in ordine alle modalità custodiali e di sorveglianza da adottare, derogatorie di quelle ordinarie, e maggiormente intense, oltre alla necessità di una valutazione specialistica relativa alla idoneità di un provvedimento di allocazione del detenuto in isolamento, ovvero di ritiro di oggetti che potrebbero "agevolare" lo stesso nella realizzazione dei suoi intenti autosoppressivi.

La Corte, infatti, fa un chiaro riferimento alla necessità di predisposizione, in una prospettiva preventiva e di contrasto, di una adeguata sorveglianza con personale qualificato, così come alla necessità di una diagnosi di rischio precisa, quale condicio sine qua non della scelta allocativa del detenuto in isolamento che attesti la idoneità della misura alla riduzione del rischio esistente.

Al riguardo, invero, va osservato che se è vero che nel corso del tempo si è pervenuti, con la letteratura più autorevole in materia, a confutare la tendenza a psichiatrizzare il suicidio è, però, pur vero che non può non considerarsi il fatto che tale ricostruzione, tesa a definire una responsabilità sociale rispetto al fenomeno ed un coinvolgimento generale nella rimozione delle cause esogene del problema, non può avere, poi, per le ragioni già enunciate, sul piano giuridico, la funzione di individuare le competenze negli interventi praticabili e le responsabilità conseguenti.

Tanto detto, ove si voglia procedere ad individuare e definire le competenze in relazione agli interventi operativi praticabili, sia in funzione di profilassi che di repressione, non sembra, tuttavia, potersi revocare in dubbio che gli stessi non possano che essere che di tipo clinico e specialistico.

A corroborare l'assunto intervengono, poi, anche le regole penitenziarie,³⁶ nonché le plurime circolari del DAP³⁷ che fanno appello al senso di responsabilità di tutti gli operatori, esortati ad una particolare attenzione e sensibilizzazione ma solo al fine di provare, facendo di necessità virtù, ad arginare con l'impegno collettivo le carenze strutturali e di sistema, senza che le stesse indicazioni possano valere ad attuare impossibili trasferimenti di competenze.

Alla fine di questo breve cammino esegetico uno solo sembra essere il dato in grado di imporsi con certezza, ossia, la necessità, imprescindibile per ogni operatore penitenziario, di trovare un punto di equilibrio tra il ruolo e l'umana accoglienza che, sola, può consentirci, conciliando la solo apparente dicotomia tra la vocazione trattamentale e quella custodiale, di concorrere, stanti le ontologiche difficoltà attuali, ad uscire fuori da quello che sembra essere, per la realtà penitenziaria, un vero e proprio empasse, facendo in modo che l'esecuzione penale ritorni ad armonizzarsi con la Costituzione.

E' evidente, infatti, che a fronte di gesti estremi, espressivi di disagio sociale o psichico, la soluzione non possa risiedere nel ricorso alla contenzione o nell'adozione di provvedimenti coercitivi quanto, piuttosto, come si sostiene da più parti, in provvedimenti preventivi quali l'“umanizzazione” delle strutture carcerarie, la sollecitudine del corso della giustizia, l'adozione di politiche di sicurezza alternative e un più ampio dialogo ed una più puntuale risposta alla ineludibile esigenza del rispetto dei diritti fondamentali ed inalienabili delle persone detenute.

Ad ogni modo, se è necessario il coinvolgimento collettivo di tutti gli operatori perché gli interventi preventivi possano spiegare una reale efficacia deterrente è, parimenti, necessario evitare inopportuni trasferimenti di competenze, sul piano giuridico, attribuendo a ciascuno le responsabilità, e solo quelle, strettamente connesse al ruolo - ed alla funzione - istituzionalmente svolto nel contesto di riferimento, in quanto le uniche realmente esigibili e, come tali, idonee a fondare giudizi di responsabilità in grado di accordarsi con il nostro ordinamento di regole e principi.

Con riferimento all'analisi specifica, poi, la considerazione delle molteplici ragioni, quasi sempre di impossibile decodifica, sottese ad una condotta suicida, e, la constatazione, nella maggior parte dei casi, del compimento di tale gesto estremo quale esito di un raptus momentaneo che si esaurisce in un attimo, ove non sia dovuto a psicosi depressive o a malattie mentali, portano ad individuare come referenti primari, sul piano della prevenzione, le figure specialistiche tradizionalmente deputate alla diagnosi clinica del disagio, senza che questo, tuttavia, possa significare legittimazione della deresponsabilizzazione di ogni figura professionale da quelle diversa.

Il solo scopo di tale riflessione è, invece, quello di perimetrare la portata dei singoli interventi, di individuare con chiarezza poteri, compiti e responsabilità individuali idonee a garantire una maggiore serenità nell'azione ma, altresì, ad evitare ingiustificati coinvolgimenti degli operatori, in talora faziosi e quasi sempre defatiganti iter processuali, solo sulla base di talora apodittiche affermazioni di presunte responsabilità connesse al ruolo ed alla funzione.

Tra l'altro, anche l'obbligo dello Stato di garantire l'incolumità fisica e psichica del detenuto deve essere circoscritto per non rischiare di connotarsi di indeterminatezza tale da renderlo incompatibile con la necessità della tassativizzazione degli obblighi protettivi.

Concludendo, dunque, solo un'ultima riflessione: è importante, stanti le difficoltà del sistema penitenziario odierno, perché si possa lavorare nel migliore dei modi possibili per l'attuazione dei fini istituzionali, che si mantengano delle “teste lucide”, scevre da pregiudizi e da condizionamenti ambientali, capaci di conoscere, riconoscere e rispettare i limiti dei diritti e delle competenze altrui, per poter essere realmente liberi nelle determinazioni che si adottano e vedersi, così, riconosciuta quell'autorevolezza e quel rispetto da parte degli altri operatori e dei collaboratori che sono necessari perché il lavoro svolto, in quanto condiviso, sia realmente efficace. E questo è un dato importantissimo in un contesto lavorativo come quello penitenziario, nel quale, ad onta di tutte le carenze, le parole chiavi devono essere prevenzione, sicurezza, ordine, disciplina e trattamento, e che è foriero di forti stress e tensioni emotive che l'operatore, nonostante tutto, deve superare essendo chiamato ad “assicurare la speranza”, per conferire alla detenzione quell'importante valore civile e sociale idoneo a renderla, davvero, l'ultimo anello della giustizia, il solo che possa attribuirle effettività.

Note

¹ E, invero, la necessità che la pena debba tendere alla rieducazione, come sostenuto dalla Corte Costituzionale (Sent. 313 del 1990), “lungi dal costituire una mera generica tendenza riferita al solo trattamento, indica proprio una delle qualità essenziali e generali che la caratterizzano nel suo contenuto ontologico e l'accompagnano da quando nasce, nell'astratta previsione normativa, fino a quando in concreto si estingue”, ponendosi, pertanto, come imperativo categorico non solo per il legislatore, in sede di ideazione legislativa, ma anche per il giudice, sia esso della cognizione, dell'esecuzione o della sorveglianza, oltre che per le stesse autorità e per gli operatori penitenziari tutti. – vd. per tutti, Garofoli R., Manuale di diritto penale, nel diritto ed., Roma, 2009

² Garofoli R., Manuale cit.

³ Ibidem, pag. 1173

⁴ Cascini F., Il carcere. I numeri, i dati, le prospettive, in *Questione Giustizia*, n.1 del 2010.

⁵ Infatti sono, al momento, presenti nelle carceri italiane 67.3036 detenuti, il numero più alto nella storia dell'Amministrazione Penitenziaria. La capienza regolamentare complessiva dei 206 istituti penitenziari, secondo un parametro desunto da un decreto ministeriale del 1975 dell'allora Ministero della Sanità è di 45.281 unità (Fonte Dap).

⁶ Cascini F., op. cit.

⁷ Cascini F., op. cit.

- ⁸ Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica, Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici, 25.06.2010.
- ⁹ Una recente ricerca, condotta in un'arco temporale di 30 anni, dal 1980 al 2009, (Baccaro-Morelli, Morire di carcere, Centro studi di Ristretti Orizzonti, Padova, in *Criminalia*, 2009), rivelava, altresì, che all'interno degli istituti di pena il tasso di comportamenti suicidari era di gran lunga superiore a quello della popolazione "libera": in particolare, si accertava che fra i detenuti la frequenza del suicidio era circa 20 volte maggiore rispetto all'insieme della popolazione italiana, laddove, invece, i tentativi di togliersi la vita posti in essere dai detenuti risultavano, addirittura, 243 volte di più.
- ¹⁰ Marotta I., Il ruolo della polizia penitenziaria nell'attività di prevenzione e gestione del suicidio in carcere, in *Oltre a sorvegliare e punire*, (a cura di) Pajardi D., Giuffrè, 2008
- ¹¹ Cnb, Parere sul suicidio degli adolescenti come problema bioetico, 19.07.1998.
- ¹² Presidenza del Consiglio dei Ministri, CNB, Il suicidio in carcere, op.cit.
- ¹³ Ibidem
- ¹⁴ Se si considera l'evoluzione del dibattito penalistico sul tema degli obblighi a contenuto impeditivo desumibili dall'art.40 cpv, c.p.,(per tutti, sul punto, cfr, Fiandaca, Il reato commissivo mediante omissione, Milano, 1979, 129ss) ci si avvede della non proprio recente tendenza ad orientare il riconoscimento delle posizioni di garanzia penalmente rilevanti soprattutto in funzione della capacità del titolare del bene di salvaguardarne da sé medesimo l'integrità. Riportando il discorso sul terreno più specifico dell'eventuale obbligo di impedire il suicidio di terzi (si tratta di un tema particolarmente approfondito dalla dottrina tedesca. cfr, per una sintesi delle diverse posizioni, Schoenke-Schroeder, *Strafgesetzbuch/Kommentar*, 1257 ss e letteratura ivi cit.), ciò comporta che nel processo di concretizzazione delle relative posizioni di garanzia assuma un ruolo decisivo la capacità di autodeterminazione responsabile del suicida medesimo. Invero, tuttavia, come autorevolmente evidenziato, tale impostazione, sembrerebbe avere una sua logica giuridica oltre che una specifica utilità soprattutto nell'ipotesi, invero, particolare, di sciopero della fame del detenuto per giustificare il ricorso all'alimentazione coattiva sul punto, si veda, Fiandaca, Sullo sciopero della fame nelle carceri, in foro it., parte II, 19, 1983 ma anche, commento di Fiandaca ad Assise Cagliari, 10.03.1982, in *Foro it*, 1983, II, 27,29; Allegranti- Giusti, Sciopero della fame del detenuto, Cedam, Padova, 1983; Fassone, Onida e Pulitanò, Sciopero della fame. Autodeterminazione e libertà personale, in *Questione giustizia*, 1983, 342ss., De Leo, Pavan, Il suicidio, verso nuove strategie preventive, Padova, 1994).
- ¹⁵ Cfr. Maffei, Lo sciopero della fame della persona detenuta, in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, n.3 del 2003
- ¹⁶ La Corte Nomofilattica, con la sent. Sez. IV, del 19.12.1979, ha valutato tali forme di coercizione come atti leciti in ambito carcerario e non come atti medici e ha ritenuto di ammettere, a pieno titolo, gli interventi coattivi per impedire un'impiccagione o per eliminare gli effetti di atti autosoppressivi in corso, come ad esempio, il taglio delle vene.
- ¹⁷ Il suicidio degli adolescenti come problema bioetico, a cura del Comitato nazionale di bioetica, 1998.
- ¹⁸ J.Fletcher, in *Verteidigung des Suizids*, in A.Eser (Hrgs), *Suizid und Euthanasie als human und sozialwissenschaftliches Problem*, Stuttgart, 1976, p.244 e ss.
- ¹⁹ Cfr. Ramacci, Riz, Barni, Libertà individuale e tutela della salute, in *Riv.It.med.leg.*,V, 1983, 848 ss.
- ²⁰ Cfr. parere Cnb, 1988, cit., 9ss.
- ²¹ Ibidem
- ²² Ibidem
- ²³ Ibidem
- ²⁴ Vd. Fiandaca, Sullo sciopero della fame nelle carceri, in foro it., parte II, 19, 1983 ma anche, Allegranti- Giusti, Sciopero della fame del detenuto, Cedam, Padova, 1983; Fassone, Onida e Pulitanò, Sciopero della fame. Autodeterminazione e libertà personale, in *Questione giustizia*, 1983, 342ss.
- ²⁵ vd. Cedu, Sez. V, sent. 16.08.2008, ricorso n.5608/05 - Pres.Lorenzen; Renolde contro Francia
- ²⁶ Ex multis, Sent. Trib. di Milano. n.1178/09
- ²⁷ Ibidem
- ²⁸ Ibidem
- ²⁹ Contra, si evidenzia da altra dottrina che la molteplicità delle cause del suicidio ne rendono complicata la prevenzione e la prognosi di rischio che non può che competere a degli esperti. Conseguentemente, se ne deduce che se è chiara la possibilità di esigere dal comandante la predisposizione di una attenta vigilanza, idonea a scongiurare eventi dannosi per i detenuti e il controllo sull'adozione esatta, da parte dei propri collaboratori, delle particolari disposizioni cautelari impartite, ove prescritte dai sanitari, in assenza di tali disposizioni o di episodi eclatanti, chiaramente sintomatici della volontà suicida del detenuto non sembrerebbe, in assenza di dolo o colpa, potersi allo stesso funzionario imputarsi alcunché.
- ³⁰ sui limiti di una tale posizione di garanzia nei casi di rifiuto volontario di nutrirsi da parte dei detenuti cfr. Fiandaca, Sullo sciopero della fame nelle carceri, cit.
- ³¹ Vd. sentt. Cass. 364 e 1085 del 1988
- ³² Sent. Trib.Genova, III sez.collegiale, del 14 luglio 2008, n. D 3119/08, in Banca dati de Agostini.
- ³³ Sent. Trib. Torino, IV sez. penale, del 20.11.1992, nel giudizio RG.N. n.155/91
- ³⁴ Il rif. è a Fiandaca-Musco, *Diritto penale. Parte generale*, cit., 565.
- ³⁵ ibidem
- ³⁶ all'art. 47 co.2 le regole succitate statuiscano, infatti, che "il servizio medico penitenziario deve fornire le cure psichiatriche a tutti i detenuti che ne abbiano necessità e porre particolare attenzione alla prevenzione del suicidio".
- ³⁷ Il rif. è alla Circ. DAP n. 327623/12 del 1979; circ. DAP n. 3173/5623 del 1986; Circ. DAP n.3182/5632 del 1986; circ. Dap n. 3233/5683 del 1987; Circ. DAP n. 148719/4-2-1 del 1998, alla circ.3524/5974 del 2000; alla n.3620/6070 del 2009, ma, anche circ. 0032296 del 2010; e circ.0177644 del 2010, che richiama la nota del 10.12.2009.

L'OBBLIGO GIURIDICO DI IMPEDIRE UN REATO: PROFILI PRATICI ED OPERATIVI IN TEMA DI GESTIONE DI PARTICOLARI EVENTI DA CUI PUÒ DERIVARE LA RESPONSABILITÀ PENALE.

a cura di Maria Grazia Grassi - vicecommissario di polizia penitenziaria

abstract

Viene menzionato l'obbligo giuridico di impedire un evento ex art. 40 del Codice Penale, la cui "clausola di equivalenza" stabilisce che "non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo". I due orientamenti in tema di individuazione delle posizioni di garanzia sono la teoria formale dell'obbligo giuridico di impedire l'evento, che desume il dovere di azione da fonti giuridiche a ciò preposte, e la teoria funzionale che fa leva, invece, su principi di tipo sostanziale. Teorie che tendono sempre più ad un'integrazione tra di esse. Gli orientamenti sia di natura formale, sia di natura funzionale, danno entrambi alla posizione di garanzia – protezione una connotazione che tiene conto dei principi di legalità, solidarietà e responsabilità personale nei casi in cui si verificano eventi di estrema gravità all'interno delle strutture penitenziarie. Diverse circolari dipartimentali in materia di assistenza sanitaria e tutela della vita e della salute delle persone detenute, vincolano l'Amministrazione penitenziaria per il conseguimento di tale obiettivo, proprio in quanto i detenuti sono affidati alla sua custodia.

* * *

Ai fini della disamina della tematica che si intende trattare ossia, al fine del riscontro dell'esistenza di una possibile responsabilità penalistica di colui che appartenente all'Amministrazione Penitenziaria in generale e, più nello specifico, appartenente al Corpo della Polizia Penitenziaria non impedisca il compimento ad opera della popolazione detenuta di gesti anticonservativi ovvero l'estremo gesto dell'auto-soppressione, non può non procedersi preliminarmente alla ricerca del fondamento dell'obbligo giuridico dell'intervento impeditivo del verificarsi di un particolare evento dannoso.

Nell'ambito del nostro ordinamento l'obbligo giuridico di impedire un evento è riconducibile alla fattispecie del reato omissivo improprio, disciplinato ad opera del legislatore nella sola parte generale del c.p., mediante la previsione di una cd. "clausola di equivalenza" in base alla quale "non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo" (ex art. 40 cpv. c.p.).

In tal modo, il reato omissivo improprio finisce con l'essere ricostruito dall'interprete in base all'innesto della disposizione di cui all'art. 40 cpv. sulle norme di parte speciale che prevedono le ipotesi di reato commissivo suscettive di essere convertite in corrispondenti ipotesi omissive.

Proprio per effetto di un simile innesto sorge una nuova fattispecie incentrata sul mancato impedimento dell'evento: questa nuova fattispecie non rappresenterà una semplice forma di manifestazione della fattispecie commissiva espressamente prevista ma, piuttosto, una fattispecie con carattere autonomo.

L'autonomia dei reati omissivi impropri nascenti dal combinato disposto tra la singola norma di parte speciale, che prevede il reato in forma attiva, e la clausola di equivalenza fissata dall'art. 40 cpv. è data dal punto di vista strutturale dalla ricorrenza dei seguenti elementi: l'obbligo giuridico di impedire l'evento, comportante l'esistenza di una fonte da cui lo stesso scaturisca; la condotta omissiva; l'evento da intendersi in termini naturalistici; il nesso di causalità tra l'omissione e l'evento.

La responsabilità che si incardinerà in capo al soggetto agente non scaturirà dal fatto che si è tenuta una condotta di mero non fare, ma piuttosto dalla circostanza di non aver fatto qualcosa di determinato, dal non compiere l'azione richiesta ovvero sia il non facerequoddebetur.

E' bene chiarire che l'obbligo di impedimento di un evento può radicarsi in capo al soggetto agente solo se ed in quanto questi rivesta il ruolo di cd. garante della tutela di uno specifico bene giuridico a protezione del quale è stata predisposta una disposizione legislativa che ne vieti la compromissione o la lesione.

La posizione di garanzia occupa, dunque, un posto di assoluta centralità nel contesto della fattispecie omissiva impropria, al punto da potersi considerare il fulcro della responsabilità penale per omesso impedimento dell'evento.

Infatti, essa assolve una pluralità di importanti funzioni, prima tra tutte quella di indicare le situazioni fattuali, giuridicamente rilevanti, in presenza delle quali l'ordinamento fa scaturire la doverosità dell'azione impeditiva dell'evento. Si può dire pertanto che la posizione di garanzia, per un verso, riassume le diverse situazioni tipiche dell'obbligo di agire e, per l'altro, esprime i criteri da cui dipende l'individuazione del soggetto obbligato all'azione.

Non a caso la dottrina maggioritaria¹ considera le fattispecie omissive improprie quali reati propri, nel senso che la posizione di garanzia è costituita da obblighi a contenuto particolare, che gravano solo su specifici soggetti e non su altri.

Inoltre, la posizione stessa costituisce l'elemento cui va correlato l'evento, ovvero la base del giudizio di causalità dell'omissione, la cui particolarità è quella di avere natura ipotetica.

Per tali ragioni, la posizione di garanzia deve considerarsi la base ricostruttiva della fattispecie omissiva impropria, quale risulta dalla combinazione della norma incriminatrice tipizzata in termini commissivi e la clausola generale di equivalenza tra fare ed omettere, di cui all'art. 40 co. 2° c.p. .

Eppure, a fronte della convergenza di opinioni che si registra sull'importanza della nozione di posizione di garanzia nel contesto del reato omissivo improprio, profonde discordanze sussistono in relazione ai criteri che devono guidare l'interprete nell'individuazione sia delle situazioni tipiche da cui dipende l'obbligo di impedire l'evento, sia, conseguentemente, dei soggetti obbligati ad assicurare la tutela del bene giuridico.

I due orientamenti che si contendono il campo in tema di individuazione delle posizioni di garanzia sono la tradizionale teoria formale dell'obbligo giuridico di impedire l'evento, che desume il dovere di azione esclusivamente da fonti giuridiche a ciò abilitate, e la teoria funzionale che fa, invece, leva su criteri di carattere sostanziale.

La dottrina e la giurisprudenza largamente prevalenti² tendono ad individuare una fonte giuridica degli obblighi stessi, prescindendo da ogni indagine in ordine alla loro funzione.

In altre parole, secondo la teoria formale, la situazione fattuale tipica, da cui dipende l'obbligo di impedire l'evento, va individuata in base ad una fonte formale (il così detto "trifoglio", ossia la legge, il contratto e la precedente attività pericolosa), idonea a ricondurre ad una tale situazione una rilevanza a livello dell'intero ordinamento giuridico.

Questa impostazione rivela in modo evidente le proprie ascendenze liberali, in primo luogo, perché mostra una spiccata sensibilità per la certezza del diritto e per il favorlibertatis, in quanto valorizza anche nel campo dell'omissione la garanzia della legalità sub specie della riserva di legge: l'ancoraggio della posizione di garanzia ad una fonte formale, infatti, mira a scongiurare l'eventualità che l'obbligo di agire venga desunto da meri doveri etici, religiosi o sociali.

In secondo luogo, le forti venature liberali si rinvengono anche nella circostanza che l'impostazione formale si mostri restia all'espansione delle fattispecie di responsabilità penale per omissione; infatti, già nelle prime formulazioni della concezione in esame, emerge con forza l'idea che l'intervento penale debba esprimersi, di regola, attraverso la imposizione di divieti, che si ascrivono nell'ambito della più generale regola dell'alterum non ledere ma che, a differenza di quanto accade nel campo dell'illecito civile extracontrattuale, vengono assoggettati al principio di frammentarietà, tipico dell'intervento penalistico.

Ancora, l'esigenza di un contenimento della responsabilità per omesso impedimento dell'evento viene suffragata da un altro argomento che fa leva sulla minore "invasività"³ del divieto rispetto all'obbligo di agire: il divieto, si osserva, comprime meno le libertà individuali di quanto non faccia l'obbligo di agire, per la semplice ragione che "il divieto di un'azione rende lecite tutte le altre possibili, mentre l'obbligo di agire rende impossibili tutte le altre condotte, ponendosi in alternativa ad esse"⁴.

Invece, la concezione funzionale dell'obbligo di agire e della correlativa posizione di garanzia mira a potenziare quella forza espansiva del dovere di solidarietà, fino al punto di equiparare alla violazione del divieto dell'alterum non ledere la delusione di una aspettativa di un comportamento; a conferma di tale impostazione da alcuno⁵ è stata richiamata l'efficace metafora con la quale l'essenza dell'omissione, il tralasciare un'azione sulla quale l'ordine sociale fa affidamento "svelle una ruota del congegno della società, sicché il relativo meccanismo funziona in modo difforme dalle aspettative programmate". Si comprende pertanto che, nel delineare i connotati della posizione di garanzia, i sostenitori della teoria funzionale pongano l'accento soprattutto sull'esigenza di tutela di determinati beni giuridici e sulla necessità di costituire la posizione di garanzia in base allo scopo di protezione della fattispecie incriminatrice⁶.

Non può omettersi di segnalare che le suindicate teorie non risultano essere, ad oggi, in netta contrapposizione in quanto, grazie alle elaborazioni dottrinali e giurisprudenziali, esse tendono ad un progressivo avvicinamento e ad una reciproca integrazione.

Inoltre, le inadeguatezze delle suddette teorie a caratterizzare l'obbligo di garanzia e a differenziarlo da altri tipi di obblighi di agire possono essere superate attraverso la ricostruzione dell'obbligo di garanzia nei suoi precisi elementi costitutivi, alla luce dei principi di legalità, solidarietà, libertà e di responsabilità personale.

In base al principio costituzionale di legalità-riserva di legge⁷ requisito primo è la giuridicità dell'obbligo di garanzia, nel senso che esso deve trovare la propria fonte giammai in norme soltanto morali, poiché l'inosservanza dei doveri impeditivi morali, se sovente esprime carente solidarietà umana, non può dare luogo a responsabilità penale per non impedimento; né, tanto meno, in mere situazioni fattuali di garanzia (ad ex. convivenza more uxorio) ma sempre e soltanto in fonti giuridiche formali, costituite, per quanto detto in precedenza dalla legge e dal contratto.

In base al principio di legalità-tassatività⁸, il secondo requisito è la sufficiente specificità dell'obbligo di garanzia, con la conseguente esclusione degli obblighi indeterminati, poiché è l'azione doverosa stessa ad avere una funzione di tipizzazione del reato di non impedimento.

Così, può affermarsi che gli stessi doveri costituzionali generici (quali i doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale ex art 2 Cost.), che costituiscono il fondamento costituzionalmente legittimo della responsabilità omissiva, non siano idonei a fondare la diretta punibilità per il singolo reato.

Terzo requisito, in base al principio di solidarietà⁹ è la specificità dei soggetti beneficiari dell'altrui obbligo di garanzia, che attiene alla stessa essenza e funzione di tale obbligo, perché la tutela rafforzata solidaristica va circoscritta ai soli soggetti incapaci di adeguata autotutela.

In base al principio di libertà¹⁰ il quarto requisito è la specificità dei soggetti destinatari dell'obbligo di garanzia, poiché questo può gravare, non mai sulla generalità dei consociati, ma solo su specifiche categorie predeterminate di soggetti, che si trovano in un particolare rapporto giuridico con il bene da proteggere (ad es. genitori, medici ospedalieri) o con la cosa fonte di pericolo da controllare (ad es. proprietario di animali pericolosi o di edifici che minacciano rovina). Pertanto, come in precedenza specificato, il reato omissivo per mancato impedimento dell'evento non è un reato comune, realizzabile da chiunque, ma un reato proprio di specifiche categorie di soggetti.

In base, poi, al principio della responsabilità penale personale¹¹ è possibile individuare ulteriori requisiti:

- l'imprescindibile esistenza di poteri giuridici impeditivi, sottostanti all'obbligo di garanzia, i quali consistono in poteri di vigilanza circa l'insorgere di situazioni di pericolo e di intervento su tale situazione, e che sono conferiti al garante da una specifica norma, nonché indispensabili per adempiere all'obbligo di garanzia.

Invero, l'obbligo di garanzia e, quindi, l'affidamento della tutela dei beni al garante sussistono nei limiti della compresenza di doveri e di speculari poteri giuridici impeditivi, conferiti in via generale (ad es. in materia di rapporti familiari tra genitori e figli minori) o particolare (ad es. in tema di affidamento dell'incolumità dei lavoratori, nel luogo di lavoro, al datore di lavoro). Tali poteri caratterizzano l'obbligo di garanzia e lo differenziano da ogni altro obbligo di agire, onde imprescindibile risulta essere l'accertamento giudiziale sul se l'evento verificatosi rientri o meno nei poteri impeditivi del soggetto;

- La preesistenza del poter-dovere impeditivo rispetto alla situazione di pericolo, perché solo così il garante può esercitare i poteri-doveri di vigilanza ed intervento e, quindi, di tutela anche preventiva del bene affidatogli;

- La possibilità materiale del garante di compiere l'azione impeditiva idonea, venendo meno altrimenti l'obbligo di garanzia sulla base del brocardo latino "ad impossibilia nemo tenetur". Inoltre, in caso di azione impeditiva "libera", nel senso che la fonte dell'obbligo non descrive l'azione richiesta, occorre distinguere tra l'impossibilità assoluta, che preclude cioè ogni azione impeditiva ed è quindi liberatoria dell'obbligo (ad es. bagnino colto da improvviso svenimento), e l'impossibilità relativa, cioè limitata ad una o a talune delle possibili azioni impeditive (ad es. la madre, incapace di nuotare, è pur sempre tenuta ad invocare il soccorso altrui per salvare il figlio caduto in acqua).

A questo punto è possibile distinguere all'interno del genusposizione di garanzia tre differenti tipologie di garanti che, rispettivamente, rivestano una posizione di protezione, una posizione di controllo ovvero siano obbligati ad impedire il compimento di fatti di reato ad opera di terzi.

Per la tematica che nel presente lavoro interessa, è opportuno soffermare la nostra attenzione sulla sola posizione di protezione poiché è questa la posizione che potrebbe richiamarsi come esistente laddove si volesse arrivare ad affermare la sussistenza di una responsabilità penale dell'operatore penitenziario che non avesse impedito il compimento di atti autolesionistici ovvero la realizzazione di un fatto suicidario ad opera della popolazione detenuta.

Il punto di partenza non può non essere quello del richiamare gli elementi costitutivi della posizione di protezione per verificarne l'adattabilità alla questione concreta; infatti, per poter legittimamente affermare l'esistenza di una posizione di protezione rilevante ai sensi dell'art. 40 cpv. c.p. è necessario, in primo luogo, che la veste di garante dell'integrità di un bene nasca da un rapporto di protezione che rinvienga nella legge il proprio fondamento¹² ed, in secondo luogo, che il titolare del bene si trovi in uno stato di incapacità che non gli consenta di contrastare le situazioni di pericolo che possano pregiudicare il bene.

Nella manualistica in materia di diritto penale, la stragrande maggioranza degli Autori¹³, non ha alcuna difficoltà a riportare tra le ipotesi esemplificative delle posizioni di protezione, quella dei dipendenti dell'Amministrazione Penitenziaria rispetto alla tutela della vita e dell'incolumità personale dei detenuti ed internati negli Istituti di pena¹⁴, sebbene poi nello specifico ben pochi si sono soffermati a verificare la praticabilità della suddetta affermazione, anche alla luce dei presupposti necessari per poter in concreto addivenire alla affermazione di una responsabilità omissiva del dipendente stesso.

Con ciò non si pretende di rimproverare la superficialità con la quale talvolta la materia viene affrontata, ma con assoluta modestia, si può provare a verificare se l'affermazione teorica della esistenza della posizione di protezione, possa in concreto determinare forme di responsabilità per omissione.

La disamina deve quindi muovere dalla ricerca del fondamento normativo della tutela della vita e dell'incolumità dei detenuti, per poi verificare se ed in che termini può ritenersi che il detenuto versi in una condizione di incapacità, per cui si rende necessario che vi sia un garante deputato alla protezione di quel bene che il detenuto stesso non è in grado di proteggere.

Il punto dal quale partire ai fini della disamina da effettuare, non può non essere ricercato preliminarmente nelle norme costituzionali: il Costituente, infatti, dopo aver sancito nell'art. 2 il riconoscimento e la garanzia dei diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo che nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, nell'art. 32 C. definisce il diritto alla salute quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, garantendo, altresì, la predisposizione di cure gratuite per coloro i quali, a causa della propria indigenza, non siano in grado di provvedervi autonomamente.

In attuazione del disposto costituzionale, l'ordinamento penitenziario garantisce la tutela del diritto alla salute attraverso gli artt. 1 e 11 della l. 354/75.

L'art. 1 O.P., infatti, stabilisce che il trattamento penitenziario deve essere conforme ad umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona potendosi, quindi, ritenere, che il rispetto della dignità personale postuli un obbligo in capo all'Amministrazione di provvedere alla salvaguardia della salute dei detenuti e degli internati, alla cura di eventuali possibili malattie, nonché, quindi, alla tutela della vita e dell'incolumità fisica e psichica dei ristretti.

L' art. 11 O.P., invece, si occupa dell'organizzazione del servizio sanitario negli istituti dettando le disposizioni volte ad assicurare l'attuazione degli interventi terapeutici resi necessari dall'attualità della condizione del detenuto o internato¹⁵, dando piena concretizzazione al principio della parità di diritti tra detenuti e cittadini liberi in relazione alla erogazione di prestazioni sanitarie¹⁶.

Numerose risultano, poi, essere le Circolari emanate dal Dipartimento, rispettivamente in tema di assistenza sanitaria della popolazione detenuta, e di tutela della vita e della salute delle persone detenute¹⁷.

In tutte le suddette disposizioni, si rimarca il dovere di garantire la salute quale bene primario di ogni cittadino, dovere che si manifesta in modo tanto più vincolante per l'Amministrazione Penitenziaria, quanto più si consideri che i soggetti ai quali occorre garantire la tutela del diritto (ristretti) sono affidati alla custodia dell'Amministrazione stessa.

Senza alcuna pretesa di esaustività sull'argomento, che per la sua importanza ed ampiezza meriterebbe una trattazione in un separato scritto, le numerose disposizioni Dipartimentali in materia di tutela della vita del detenuto, con particolare riferimento alle esigenze di prevenzione di gesti autolesionistici e suicidari, hanno come tratto comune quello di richiamare costantemente l'attenzione del personale tutto, nell'ambito delle rispettive competenze, affinché si possa con prontezza, efficacia e scrupolo, prevenire il verificarsi di suicidi e di atti di autolesionismo, rimuoverne per quanto possibile le cause ed impedirne l'esecuzione.

Ogni singolo operatore, quindi, giocherà un ruolo importante nell'assicurare la tutela del diritto inviolabile del detenuto.

A riprova di quanto precisato, può ad esempio soffermarsi l'attenzione sulla evoluzione che nel tempo ha avuto lo stesso Servizio nuovi giunti¹⁸, nato come servizio atto a garantire un tempestivo intervento, al momento dell'ingresso in istituto, di soggetti così detti primari ovvero provenienti da altri istituti, allo scopo di accertare qualsiasi eventuale situazione personale di fragilità fisica o psichica, e qualsivoglia sintomo, inclinazione o tendenza all'autoaggressività, intervento fondato prevalentemente sull'assistenza fornita ai soggetti in questione ad opera degli esperti ex art. 80 l. 354/75.

Con le successive direttive emanate, il Dipartimento ha avuto modo di chiarire che l'assistenza da prestare non deve limitarsi al solo momento dell'ingresso, individuando con scrupolo, sulla base delle risultanze della visita medica e del colloquio con gli esperti ex art. 80, l'allocazione del detenuto all'interno delle sezioni detentive; ma la medesima attenzione ed assistenza deve perdurare per l'intero periodo detentivo, non potendosi affermare a priori che il rischio di atti di autoaggressione si manifesti nel solo momento iniziale della detenzione.

Esigenza primaria, che emerge dalla lettura delle Circolari in materia, è quella del coinvolgimento degli operatori tutti, a partire dal personale medico, passando per quello appartenente all'area educativa o degli assistenti volontari, fino a coinvolgere pienamente il personale appartenente al Corpo di Polizia Penitenziaria operante all'interno dell'istituto.

Infatti, fondamentale risulta essere il ruolo, per finalità preventive ed impeditive di gesti anticonservativi, di chi si trova ad essere in contatto con la popolazione detenuta nell'intero arco della giornata. Il richiamo è alla massima attenzione del Poliziotto Penitenziario nell'eseguire, ad esempio, quei provvedimenti che dispongano la grande sorveglianza ovvero la sorveglianza a vista , a segnalare tutte quelle anomalie comportamentali dalle quali può inferirsi l'esistenza di un possibile rischio suicidario o autolesivo, ad esercitare, quindi, il proprio compito istituzionale di vigilanza ed osservazione nel miglior modo possibile, con ciò potendo contribuire fattivamente all'assicurazione della tutela della vita e dell' incolumità del detenuto.

Da ultimo, la riprova dell'importanza del ruolo della Polizia Penitenziaria nell'ambito dei suddetti processi preventivi, si è avuta con la istituzione delle Unità di ascolto di Polizia Penitenziaria¹⁹, infatti: stanti le carenze relative alle figure professionali istituzionalmente deputate all'assistenza psicologica del detenuto, e constatato che la funzione di supporto psicologico e umano è spesso delegata al personale di Polizia Penitenziaria, la cui assidua e costante presenza all'interno delle sezioni nell'arco delle 24 ore rappresenta una risorsa utilmente spendibile, idonea ad assicurare ogni intervento di sostegno diretto ed immediato, nella Circolare si prevede l'istituzione di un Servizio di ascolto, composto da personale di Polizia Penitenziaria, dell'area educativa ed integrato da appartenenti al volontariato.

Il servizio, si legge, avrà il precipuo compito di soccorrere il detenuto in situazioni di imminente criticità in cui non sia possibile l'intervento immediato dei professionisti esperti, attraverso l'attivazione di dinamiche comunicative finalizzate al sostegno del soggetto in difficoltà²⁰.

Tutto quanto sino ad ora illustrato ci aiuta a comprendere che il dovere di assicurare la tutela del diritto alla salute, alla vita e all'integrità fisica del detenuto è riconducibile, in generale, all'Amministrazione penitenziaria ed, in particolare, all'area sanitaria; entrambe, però, devono necessariamente avvalersi anche dell'opera degli altri operatori del sistema penitenziario, ed anche, quindi della Polizia Penitenziaria.

Quest'ultima, quindi, potrebbe, per quanto sinora evidenziato, assumere la veste di garante dell'integrità del bene giuridico vita ed incolumità fisica e psichica del detenuto o dell'internato, potendosi ritenere sussistente quel rapporto di protezione che lega il garante al bene giuridico meritevole di tutela.

Ma, come in precedenza rimarcato, non è questo il solo valido presupposto necessario affinché possa affermarsi l'esistenza di un obbligo giuridico rilevante ai sensi dell'art. 40 cpv. c.p. : è, altresì, necessario che il titolare del bene si trovi in uno stato di incapacità tale che non gli consenta di contrastare le situazioni di pericolo che possano pregiudicare il bene.

L'esistenza di una situazione di "dipendenza" del soggetto garantito rispetto al garante appare un elemento necessario perché sussista una posizione di garanzia-protezione; tale requisito riveste un'importanza centrale per decidere se ed a quali condizioni sussista per il garante un obbligo di impedimento dell'evento ai sensi dell'art. 40 cpv. .

Ora, se comunemente si ritiene che il detenuto versi in una condizione di cd. minorata difesa²¹, in quanto egli è custodito, osservato, sottoposto a regole comportamentali imposte coattivamente, limitato nel possesso dei beni, controllato nei contatti con le altre persone, ci si chiede se tale circostanza possa essere assimilata a quella di una incapacità atta a determinare, appunto, quella condizione di dipendenza rispetto alla protezione che il garante sarebbe tenuto a fornire.

Sebbene la tentazione di accostare la condizione del detenuto di minorata difesa ad una generica incapacità di provvedere ad una adeguata tutela del bene passibile di pregiudizio appare forte, non può non evidenziarsi che le incapacità alle quali si suole fare riferimento per fondare il dovere di protezione sono di ben altro tipo.

Infatti, la tipica posizione di protezione è quella del genitore rispetto al minore (incapace naturale), per cui appare alquanto forzato ritenere che la minorata difesa possa assimilarsi ad una incapacità naturale.

Ma c'è un dato normativo che, a mio modestissimo avviso, appare determinante per concludere nel senso che, salve ovviamente le ipotesi in cui una incapacità acclarata ricorra²², il detenuto non possa essere assimilato ad un soggetto incapace per il sol fatto della sua condizione di restrizione: il dato è rinvenibile nell'art. 4 della legge 354/75, ai sensi del quale "i detenuti esercitano personalmente i diritti loro derivanti dalla presente legge"; se a questo dato si aggiunge la considerazione che, l'ordinamento penitenziario riconosce al detenuto la possibilità di azionare strumenti di difesa dei propri diritti sia apud iudicem²³, che attraverso la presentazione di istanze o reclami ex art. 35 l. 354/75²⁴, ancora più evidente può apparire la insostenibilità di una presunta condizione di incapacità del detenuto.

A supporto ulteriore di quanto detto, possono esaminarsi le fattispecie dello sciopero della fame e, successivamente, dedurne le conclusioni che possono formularsi rispetto al fenomeno del gesto estremo del suicidio

Come in precedenza affermato, dalle disposizioni richiamate degli artt. 1 e 11 della l. 354/75, si ricava un obbligo di tutela dei beni personali della vita e dell'incolumità personale dei detenuti ed internati; il siffatto obbligo incontra però un limite nell'ipotesi in cui il detenuto si determini al rifiuto di nutrirsi, praticando uno sciopero della fame e condannandosi, così, ad una lenta morte.

Vengono, dunque, in rilievo diversi profili, tra i quali: l'eccezionalità nel nostro ordinamento di interventi terapeutici obbligatori²⁵, la tutela della vita umana, la parità di condizioni, quanto al rispetto dei beni fondamentali, tra detenuti ed altri soggetti; la necessità di salvaguardare l'ordine e la sicurezza negli istituti di pena, ed il diritto di ciascun individuo al rispetto della propria personalità e della propria individualità.

Il dovere di soccorso, come si avrà modo di specificare anche in seguito, incontra un limite ove esso si imbatta nella decisione libera e consapevole dell'individuo capace di autodeterminarsi, e ciò, in quanto, l'intervento del garante si trasformerebbe nell'impiego di strumenti coattivi volti a vincere la resistenza del soggetto da proteggere.

L'eventuale riferimento al disposto dell'art. 41 co. 3° O.P., che legittima l'impiego dei mezzi di coercizione fisica al fine di garantire l'incolumità del soggetto stesso, integrato con quanto previsto dall'art 82 Reg. Es.²⁶, non appare idoneo a legittimare un intervento coattivo, in contrasto con la volontà del detenuto, poiché le norme, si ritiene, abbiano come area di operatività solo quella dei soggetti, che per le più diverse ragioni, non siano compotes sui.

D'altro canto, sembra ben strano che con riguardo a questioni che toccano beni fondamentali, quali la vita e l'incolumità personale oltre che la dignità umana, sia possibile attribuire rilievo allo status di detenuto, per farne il punto di riferimento di una disciplina differenziata, impedendo cioè all'individuo detenuto il compimento di atti che sono consentiti a chiunque altro.

In mancanza di una disciplina specifica nell'ordinamento penitenziario, si è ritenuto possibile dare una soluzione ai problemi posti dal rifiuto dell'alimentazione da parte del detenuto, attraverso il ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori, previsti nell'art. 33 della legge 833 del 1978.

E' bene chiarire che, onde evitare di porsi in evidente contrasto con il dettato delle norme Costituzionali degli artt. 2, 32 co.2° e 13²⁷, il ricorso a tale strumento sarà consentito solo in presenza di un manifesto consenso del detenuto stesso, ovvero nelle ipotesi in cui non sussista più la capacità di autodeterminazione del soggetto da proteggere, anche se essa sia venuta meno per effetto dello sciopero della fame volontariamente intrapreso e protratto.

Questo risulta essere l'orientamento affermatosi anche nell'ambito dell'Amministrazione Penitenziaria, che attraverso l'emaneazione di diverse Circolari²⁸, ha, infatti provveduto ad individuare quali siano le linee guida da seguire in presenza di siffatti eventi; una volta che si sia ricevuta la dichiarazione dello sciopero della fame da parte del detenuto, attiva una serie di interventi: il detenuto viene così sottoposto a costante osservazione e controllo medico, per meglio monitorare le sue condizioni psico-fisiche. Viene visitato due volte al giorno, con particolare attenzione al peso, in modo che sia possibile verificare se si tratti di un vero e proprio sciopero della fame, o se invece si sia in presenza di una pretestuosa simulazione.

Il soggetto, poi, non viene isolato dalla restante popolazione detenuta, e diviene destinatario di un'adeguata assistenza di tipo psicologico; con il protrarsi dell'astinenza, potrà essere trasferito al reparto di infermeria o nei centri diagnostici e terapeutici (CDT) dell'Amministrazione Penitenziaria. Con l'aggravarsi delle condizioni di salute, può rendersi necessario un trattamento terapeutico che necessita, per quanto in precedenza detto, del consenso del detenuto stesso.

La assenza del consenso rappresenterà un limite invalicabile dell'intervento coattivo, che risulterà legittimo solo ove sia venuta meno la capacità di autodeterminazione del soggetto stesso²⁹.

La disamina effettuata, quindi, in tema di sciopero della fame della persona detenuta, ci ha aiutato a chiarire che laddove vi sia la libera determinazione del soggetto, non residua spazio per poter postulare l'esistenza di una posizione di protezione che dovrebbe scontrarsi con la volontà del soggetto titolare del bene giuridico da proteggere.

Appare adesso opportuno verificare se, in concreto, il ragionamento effettuato, possa adattarsi anche ad eventi mortali derivati da atti suicidari.

Richiamando quanto evidenziato in tema di elementi costitutivi della posizione di garanzia, e ribadendo che un particolare legame tra bene giuridico da tutelare ed il garante può essere rinvenuto negli artt. 1 e 11 dell'ordinamento penitenziario, quello che, comunque, anche in tal caso appare latitare è la ricorrenza del secondo presupposto necessario ai fini della legittima costituzione di una posizione di garanzia, ossia: la condizione di incapacità del titolare del bene a presidio del quale la posizione è costituita.

Se, da un lato, si è già evidenziato che la cd. condizione di minorata difesa del detenuto non appare riconducibile ad una vera e propria condizione di incapacità, dall'altro, la medesima soluzione appare prospettabile laddove si

intenda sostenere che, in concreto, all'interno degli istituti penitenziari la decisione di addivenire alla commissione di un gesto così estremo, non sia mai frutto di una libera scelta di autodeterminazione, ma piuttosto derivi dalle particolari condizioni di disagio e restrizione in cui si trova il soggetto stesso.

Volendosi, comunque, prescindere da valutazioni psicologiche o criminologiche del fenomeno, non può non precisarsi che dal punto di vista del diritto penale, a meno che una incapacità non sia verificata ed attestata, non può farsi derivare sic et simpliciter dalla generica condizione di disagio in cui versa il detenuto, una situazione di incapacità assimilabile a quella necessaria perché possa costituirsi legittimamente una posizione di garanzia-protezione. Anche in tal caso, quindi, la capacità di autodeterminazione del soggetto può rappresentare un limite all'applicazione della clausola di equivalenza ex art. 40 cpv. c.p. .

Se, quindi, il suicidio si fonda su una decisione libera e consapevole di un soggetto capace di percepire il significato del proprio gesto e pienamente padrone delle proprie azioni, dovrà negarsi l'esistenza di una posizione di garanzia-protezione; si può aggiungere che la statuizione di un obbligo di intervento volto a contrastare le condotte di un soggetto capace di agire, che non rechina a terzi alcun nocumento, sembra porsi in contrasto con quel right of privacy, con il rispetto, cioè, di una sfera personale di riserbo e di autonomia che risulta dai principi fondamentali della Costituzione³⁰.

In proposito, può essere utile ricordare che, nell'ambito della dottrina tedesca³¹ largamente prevalente, si nega l'esistenza di un obbligo di impedimento del suicidio quando esso si fondi su di una libera e responsabile decisione del suicida.

Ad una tale conclusione gli autori tedeschi pervengono sulla base del principio di accessorialità della partecipazione, che impone di considerare non punibili né l'istigazione, né l'agevolazione del suicidio, poiché il fatto principale del suicidio non costituisce reato.

Argomentando dalla non punibilità della compartecipazione al suicidio di un individuo pienamente responsabile, infatti, si ritiene di escludere la punibilità del mancato impedimento da parte del garante, e ciò sulla base di due possibili spiegazioni: la prima, fa leva sul fatto che è il solo suicida ad avere la signoria sull'accadimento, per cui il garante non avrebbe né la possibilità né, tantomeno, l'obbligo di impedire l'evento; la seconda, invece, reputa necessaria l'esclusione della punibilità dell'omesso impedimento del suicidio perché, in caso contrario, sarebbe possibile punire ogni forma di agevolazione o di istigazione, in relazione all'omesso impedimento dell'evento lesivo che a tali forme di comportamento necessariamente si collega.

Ovviamente, una tale impostazione non è estensibile all'ordinamento italiano, nel quale l'art. 580 c.p.³² sanziona l'istigazione e l'aiuto al suicidio.

In particolare, nell'ambito del nostro ordinamento, pur considerandosi il suicidio penalmente lecito e, comunque, irrilevante e tollerato, ciò non di meno si incrimina la partecipazione dolosa del terzo al suicidio stesso. Si tratta, quindi di previsione incriminatrice essenziale per assicurare la punibilità della partecipazione, attesa l'inapplicabilità della disposizione generale di cui all'art. 110 c.p. : si è, quindi, in presenza di una fattispecie monosoggettiva attraverso la cui previsione sono incriminate condotte da ritenere tipiche, non perché accessorie al fatto del suicida, ma perché causalmente idonee ad offendere il bene protetto.

Per il fine che qui a noi interessa, la parte della norma che può assumere rilievo è quella che sanziona la agevolazione del suicidio, poiché, stabilendosi che l'agevolazione stessa può avvenire in qualsiasi modo, non è da escludere che la condotta possa essere anche di tipo omissivo.

In concreto, per poter ritenere rilevante penalmente la condotta omissiva del personale di Polizia Penitenziaria, è necessario che, ad esempio, non si adottino, volutamente, le precauzioni imposte e necessarie al fine di evitare atti auto lesivi, lasciando nella disponibilità del detenuto, oggetti dei quali sia stata disposto il prelievo (ad es., una cintura, dei sacchetti di plastica).

In tal caso, però, siamo al di fuori della sfera di operatività della clausola di equivalenza, in quanto, il legislatore ha già nella norma incriminatrice sanzionato la condotta dolosa di chi agevola, nella forma omissiva, la realizzazione dell'evento morte, prescindendosi, quindi, dalla valutazione della preesistenza, ab origine, di una qualsivoglia forma di posizione di garanzia.

Alla stessa conclusione, ad esempio, può addivenirsi laddove si faccia riferimento all'ipotesi in cui, l'appartenente al Corpo, rinvenga in una camera detentiva, il corpo di un detenuto che sia o sembri inanimato; ricorrerà, ove il suddetto ometta di prestare l'assistenza occorrente o di attivare gli adempimenti necessari³³, una fattispecie omissiva riconducibile all'art 593 co. 2° c.p.³⁴.

La fattispecie dell'omissione di soccorso, non postula la preesistenza in capo all'omittente di una posizione di garanzia; piuttosto, si precisa, essa nasce nel momento stesso in cui il soggetto agente rinviene il corpo, per cui ben si comprende che essa ha una portata ben diversa rispetto a quella che abbiamo definito quale posizione di protezione.

Sulla base della breve disamina effettuata, dunque, è possibile concludere nel senso della inesistenza di un obbligo giuridico di impedimento che rinvenga la propria fonte nel disposto dell'art. 40 co.2° c.p., e ciò in considerazione della circostanza che non può ritenersi sussistente una posizione di garanzia-protezione che imponga un intervento impeditivo, pena la responsabilità penale per omissione.

Note

¹ Fiandaca, Il reato commissivo mediante omissione, Milano 1979; Romano, Commentario sistematico del codice penale, Milano 1995; Stella, in Crespi-Stella-Zuccalà, Commentario breve al codice penale, sub art. 40.

² In dottrina: Spasari, L'omissione nella teoria della fattispecie penale, Milano 1957, Grispigni, Diritto penale italiano; Grispigni, L'omissione nel diritto penale; Antolisei, L'obbligo di impedire l'evento, in Scritti di diritto penale, Milano 1955; Pagliaro, Principi di diritto penale. Parte Generale, Milano 1980; Nuvolone, Il sistema del diritto penale, Padova 1982.

In giurisprudenza: Cass., Sez. IV, 24 novembre 1961, Cass., Sez. III, 24 febbraio 1967; più di recente Cass., Sez. IV, 12 luglio 1994, Cass. Sez. Un., 25 novembre 1998, Cass., Sez. IV, 4 luglio 2007.

³ Sgubbi, Responsabilità penale per omesso impedimento dell'evento, Padova, 1975.

⁴ Affermazione riconducibile a Feuerbach, testualmente riportata nello scritto di Sgubbi citato.

⁵ Fiandaca, in Il reato commissivo mediante omissione, in Raccolta di studi di diritto penale, Milano 1979, riporta la suddetta metafora così come postulata da Kohler, in Studienausdemstrafrechts, 1886.

⁶ Secondo l'impostazione articolata da Sgubbi, in Responsabilità penale per omesso impedimento dell'evento, Padova 1975, la responsabilità penale omissiva sarebbe chiamata a surrogare la mancata tutela di quegli interessi la cui crescita è stimolata dalla Costituzione, ma che, allo stato del diritto positivo vigente, risultano protetti in modo insufficiente.

⁷ Ai sensi dell'art. 25 co. 2° Cost.: "Nessuno può essere punito se non in forza di una legge che sia entrata in vigore prima del fatto commesso".

⁸ Il principio rinviene la sua fonte non in una norma di rango Costituzionale, ma nell'art. 1 c.p., alla luce del quale può specificarsi che comunemente si ritiene che il principio di tassatività sia rivolto al giudice onde evitare che questi indulga in interpretazioni estensive delle norme penali, con ciò vanificando la stessa operatività del principio di legalità ex art. 25 C. .

⁹ Ai sensi dell'art. 2 della Costituzione "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità...".

¹⁰ Principio enunciato dall'art. 13 C., a norma del quale "La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di ... né qualsiasi altra restrizione della libertà personale ...".

¹¹ Ex art. 27 della C.: "La responsabilità penale è personale".

¹² Ovvero, che il fondamento sia rinvenibile in un corrispondente atto di assunzione consensuale. E' chiaro che, per la tematica in esame, questo fondamento non può assumere rilievo, posto che l'assunzione della posizione di garante della incolumità e della vita del detenuto va ricercata nella legge e non già in un ipotetico atto negoziale di assunzione.

¹³ Fiandaca, Manuale di diritto penale, Parte Generale; Garofoli, Manuale di diritto penale, Parte Generale; Mantovani, Diritto Penale, Parte Generale; Nappi, Manuale di diritto penale, Parte Generale; Giovagnoli, Studi di diritto penale, Parte Generale; Caringella-Della Valle- De Palma, Manuale di diritto penale, Parte Generale.

¹⁴ Sebbene, poi, alcuni, come vedremo in seguito, fanno in passo indietro laddove si sia in presenza di determinati comportamenti, quale quello, ad esempio, del rifiuto volontario di nutrirsi, rinvenendo un limite invalicabile all'intervento nella libertà di autodeterminazione del detenuto stesso.

¹⁵ L'art. 11 O.P. stabilisce che: "Ogni istituto penitenziario è dotato di servizio medico e di servizio farmaceutico rispondenti alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati; dispone, inoltre, dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria.

Ove siano necessari cure ed accertamenti diagnostici che non possono essere apprestati dai servizi sanitari degli istituti, i condannati e gli internati sono trasferiti, con provvedimento del magistrato di sorveglianza, in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura. (...).

All'atto dell'ingresso in istituto i soggetti sono sottoposti a visita medica generale allo scopo di accertare eventuali malattie fisiche o psichiche. L'assistenza sanitaria è prestata, nel corso della permanenza in istituto, con periodici e frequenti riscontri, indipendentemente dalle richieste degli interessati. Il sanitario deve visitare ogni giorno gli ammalati e coloro che ne facciano richiesta; (...)

I detenuti e gli internati possono richiedere di essere visitati a proprie spese da un sanitario di loro fiducia (...).

¹⁶ Tale principio è stato affermato con il D. Lgs. 22 giugno 1999, n.230, in materia di riordino della medicina penitenziaria.

¹⁷ Il riferimento è alle circolari che in modo pressochè continuativo si sono susseguite nel tempo, a partire dalle più datate del 12 sett. 1985, n. 3132/5582 e del 2 gen. 1986 n. 3154/5604, passando per l'istituzione del Servizio nuovi giunti con la Circ. 30 dic. 1987, n. 3233/5683, fino ad arrivare alla istituzione delle Unità di ascolto della Polizia Penitenziaria, con la Circ. del 25/01/10, n. 32296.

¹⁸ Servizio istituito con la circolare del 30 dicembre 1987, n.3233/5683, successivamente integrata dalla Circ. 16 maggio 1988, n. 3245/5695; ancora Circ. 12 maggio 2000 n. 3524/5974; Circ. 6 luglio 2009, n. 3620/6070; ed, in fine, Circ. 25 gennaio 2010, n. 32296.

¹⁹ Ai sensi della Circ. 25 gennaio 2010 n. 32296.

²⁰ L'attivazione del servizio, ovviamente dovrà essere preceduto da un adeguato percorso formativo per il personale di Polizia Penitenziaria che all'uopo si provvederà ad individuare.

²¹ Questa definizione si rinviene anche nell'ambito della Circ. del 21 marzo 2007, n. 92858, in tema di uso legittimo delle armi, laddove si specifica che, l'uso suddetto va scriminato esclusivamente ai sensi del dettato normativo dell'art. 53 c.p., poiché - si afferma - che il detenuto, soggetto che appunto si trova in uno stato di minorata difesa, pone normalmente in essere azioni prevenibili e prevedibili secondo regole e prassi consolidate, con

ciò volendosi significare che, il rispetto dei parametri dell'art. 53 c.p. deve essere assolutamente rigoroso, al fine di evitare eccessi che potrebbero importare gravi conseguenze per il personale coinvolto.

²² Si pensi, ad esempio ai soggetti minorati psichici, ovvero a quelli ristretti nell'ambito degli ospedali psichiatrici giudiziari.

²³ Si pensi al disposto dell'art 14 ter, in materia di reclamo avverso il provvedimento che dispone o proroga il regime di sorveglianza particolare, ovvero all'art 30 bis in materia di reclami relativi ai permessi; così come ex art. 69 co. 5° che richiama la procedura dell'art. 14 ter per la decisione dei reclami in materie, quali, l'attribuzione della qualifica lavorativa, la remunerazione ecc. .

²⁴ Il diritto di reclamo così si connota ex art. 35: “ I detenuti e gli internati possono rivolgere istanze o reclami, orali o scritti, anche in busta chiusa: al direttore dell'istituto, agli ispettori, al direttore generale per gli istituti di prevenzione e pena ... , al magistrato di sorveglianza ...”.

²⁵ Il secondo comma dell'art. 32 C., infatti sancisce che: “Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

²⁶ Che stabilisce: “La coercizione fisica, consentita per le finalità indicate nel 3° co. dell'art. 41 della legge, si effettua sotto il controllo del sanitario, con l'uso dei mezzi impiegati per le medesime finalità presso le istituzioni ospedaliere pubbliche”.

²⁷ Riferiti alla inviolabilità dei diritti fondamentali dell'individuo, tra i quali rientra anche la libertà personale, nonché alla impossibilità di imporre trattamenti sanitari obbligatori se non nelle ipotesi tassativamente indicate dalla legge.

²⁸ Circ. 19 marzo 1996 n. 566285, in tema di procedure per l'invio delle comunicazioni concernenti la tutela della salute e della vita dei detenuti; Circ. 21 aprile 1998, n. 148.339/4-1, in tema di sciopero della fame; Circ. 12 maggio 2000.

²⁹ Diversi sono gli Autori che condividono questa soluzione: Grasso, *Il reato omissivo improprio*, Milano 1983; Fiandaca, *Sullo sciopero della fame nelle carceri*, in *Foro It.*, Parte II 1983; Pulitano, *Sullo sciopero di imputati in custodia preventiva*, in *Questioni Giuridiche* 1982; Allegranti Giusti, *Lo sciopero della fame del detenuto. Aspetti medicolegali e deontologici*, Padova 1983.

³⁰ Diritto ricavabile dal combinato disposto degli artt 2, 13 e 32 c.2° della Cost.

³¹ Dottrina richiamata da Grasso, in *Il reato omissivo improprio*, Milano 1983.

³² L'art. 580 prevede che: “ Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima.

Le pene sono aumentate se la persona istigata o eccitata o aiutata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'art. precedente. Nondimeno, se la persona suddetta è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità di intendere o di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio”.

I numeri 1 e 2 dell'articolo 579 richiamato si riferiscono alla persona minore degli anni diciotto, e alla persona inferma di mente, oche si trovi in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità, o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti.

³³ Ci riferiamo, ad esempio, alla richiesta di intervento degli operatori sanitari dell'istituto ovvero dell'assistenza medica del 118, nonché alla richiesta di supporto ad opera degli altri operatori.

³⁴ Potendosi altresì aggiungere che, nello specifico caso in esame, il Poliziotto Penitenziario appare legittimato, ex art. 41 O.P. all'utilizzo di mezzi di coercizione, al fine di garantire l'incolumità dello stesso soggetto..

IL RUOLO DELLA POLIZIA PENITENZIARIA NELL'ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E GESTIONE DI EVENTI CRITICI: GESTI AUTOLESIONISTICI”.

a cura di Mariarosaria Iannaccone - vicecommissario di polizia penitenziaria

Abstract

L'Autrice considera il gesto autolesionistico nei suoi aspetti causali, rilevando per esempio l'attivazione di esso a seguito della negazione di un beneficio, o della percezione di un'ingiusta detenzione, o della mancanza di privacy. Un altro aspetto preso in esame nell'elaborato, è il fenomeno dello sciopero della fame e il Trattamento Sanitario Obbligatorio. Lo sciopero della fame può configurarsi quale “diritto di non essere curato”, un diritto che, in ambito penitenziario, mina la posizione di garanzia di assicurare la tutela della salute dei ristretti. Tuttavia, quando lo sciopero supera i tre giorni, la morte può essere evitata soltanto attraverso l'alimentazione artificiale accettata dal soggetto o imposta dall'autorità sanitaria. Quando subentra uno stato d'incapacità d'intendere e di volere, è legittimo il ricorso all'alimentazione forzata. Il Trattamento Sanitario Obbligatorio interviene soltanto qualora due medici abbiano formalmente verificato la momentanea incapacità d'intendere e di volere.

* * *

Le circostanze che, anche potenzialmente, possono determinare situazioni di rischio per l'ordine e la sicurezza negli Istituti penitenziari o compromettere l'incolumità psico-fisica degli operatori penitenziari e delle persone ristrette, sono definiti “eventi critici”.

Tra questi rientra il gesto autolesionistico, il cui compimento può essere dettato da molteplici motivazioni, come ad esempio dall'ottenimento, in modo strumentale, di un beneficio precedentemente negato, come l'assunzione di farmaci oltre quelli prescritti o di sedativi in caso di astinenza. Ulteriori motivi possono ravvisarsi nella “ritenuta” ingiusta detenzione, nelle richieste di spostamento da una camera detentiva ad un'altra, nel timore per la propria incolumità o nella mancanza di privacy. Inteso in tal senso¹, il benessere della persona detenuta e quindi, la conseguente assenza di gesti autolesionistici od autosoppressivi, non risiederebbe negli stimoli esterni (corsi didattici e ricreativi) ma, nel rapporto della persona detenuta con le altre persone ristrette e con l'ambiente penitenziario.

L'autoaggressione può essere considerata anche come fenomeno predicente l'estremo gesto suicidale, quando quest'ultimo non sia frutto di un raptus ma, l'epilogo di un percorso che segna la minore o maggiore gravità del disagio. Tale tragitto può essere scomposto in più fasi: “iniziale”, in cui alla comparsa di sensazioni di ansia, angoscia ed irrequietezza, si affianca la ricerca di un aiuto farmacologico e di un supporto psicologico; una fase centrale, in cui prevale lo stato ansioso con iniziali scatti d'ira, di rabbia e di disperazione. Pervasa da intenti autoaggressivi, tale stadio preannuncia la fase “finale”² in cui si può sviluppare un desiderio di fuga dalla “non realtà” o un'anestesia psichica verso qualsiasi timore, anche verso la morte³.

In questi casi, ed in qualsiasi altra situazione in cui si possa ravvisare un elevato rischio del compimento di gesti auto – etero aggressivi, necessita l'adozione di adeguati e mirati provvedimenti di sorveglianza attraverso i quali, l'intero personale viene allertato ad una maggiore attenzione nei confronti della persona detenuta a rischio.

Svariate sono le modalità per concretizzare il disagio o l'intento manipolativo: dai tagli multipli sugli avambracci, sull'addome, sul torace, dalle incisioni sulla pelle, dalle cuciture delle palpebre e labbra, si arriva all'ingestione di oggetti o sostanze tossiche, al darsi fuoco, allo sciopero della fame, al rifiuto della terapia, all'induzione o aggravamento di patologie ed alla simulazione di malattia. Diversi sono anche gli strumenti adoperati: lamette, pile, posate di plastica e di alluminio, bombolette di gas, detersivi, fili di rame elettrici etc.

I corpi estranei frequentemente ingoiati, sono quelli facilmente reperibili nella camera detentiva : chiodi, viti, spazzolini da denti, manici di cucchiaini, forchette, lamette, pile, lampadine, molle delle reti del letto e pezzi di metallo in genere.

Di fronte a tale moltitudine di oggetti o strumenti utilizzati per auto ledersi, è difficile se non impossibile per il personale del Corpo di Polizia Penitenziaria prevenire in modo assoluto atti di tal natura. A ciò si aggiunge che nel caso di ingestione di corpi estranei, essendo spesso programmata dalla persona detenuta al fine di “evadere” seppure temporaneamente dalla camera detentiva, emergono difficoltà gestionali, soprattutto in caso di carenza di organico, data la necessità, in casi estremi, di ricoveri nelle strutture ospedaliere esterne all’Istituto penitenziario (è il caso di sospetta perforazione intestinale derivante dall’ingestione di pile che richiede un intervento chirurgico, la c.d. laparotomia urgente)⁴. La difficoltà di gestire tale evento critico emerge anche se si dovesse avallare l’opinione di chi ritiene che il detenuto non ingerisca oggetti per puro desiderio di allontanarsi dalla struttura detentiva, ma per segnalare un’esistenza trascurata, un abbandono od uno sconforto⁵.

È ormai pacifico che è possibile intervenire coattivamente, anche contro la volontà dell’autore, quando l’atto autolesivo sia posto in essere secondo modalità tali da far sussistere un concomitante e prevalente interesse della collettività. E ciò avviene: a) quando l’atto sia talmente grave da porre in pericolo la vita dello stesso autore, b) quando l’atto sia il sintomo di una malattia mentale che limiti o escluda la capacità di autodeterminarsi; c) quando dall’atto possano derivare conseguenze sulla diffusione ed il contagio di patologie incidenti sulla pubblica incolumità, di cui l’autore sia portatore.

Tali affermazioni pur essendo pacifiche, non rendono semplice l’affrontare la modalità autolesionistica/autosoppressiva dello sciopero della fame. In merito, dispute dottrinali hanno ad oggetto il rapporto tra il diritto alla salute e l’autodeterminazione della persona detenuta, alla luce delle norme costituzionali.

Il fenomeno dello sciopero della fame è un’ipotesi di “diritto di non essere curato” quale risvolto negativo del diritto alla salute. È un diritto che, in ambito penitenziario, insinua la posizione di garanzia di assicurare la tutela della salute dei ristretti. A tale obbligo penitenziario, si contrappone la libertà dei detenuti di rifiutare oltre gli alimenti, anche gli interventi terapeutici. In altri termini, vige un rapporto tra posizioni contrastanti che pone il problema di valutare l’eventuale prevalenza del diritto di libertà individuale di gestire il proprio corpo e la propria vita, ai sensi degli artt.2, 13 e 32 comma 2 della Costituzione, sul dovere dello Stato di tutelare la salute dei consociati (art 32 comma 2 Costituzione).

Per contemperare il “diritto” ed il “dovere” va adottato il principio della prevalenza del diritto del singolo, solo se dal suo esercizio non ne derivino conseguenze precludenti le facoltà degli altri consociati; ergo, in caso contrario, si affievolisce la posizione individuale⁶.

Lo sciopero della fame è il rifiuto totale e volontario dell’assunzione di cibo, senza giustificato motivo medico, che duri da più di tre giorni⁷. Se il digiuno si prolunga nel tempo, la morte può essere scongiurata solo con l’interruzione dello sciopero della fame attraverso l’alimentazione artificiale accettata dal soggetto o imposta dall’autorità sanitaria⁸.

Di fronte ad una persona detenuta che sciopera dunque, il problema è quello della liceità dell’intervento medico attraverso l’alimentazione forzata. Essendo un trattamento non solo obbligatorio ma anche coattivo, per essere lecito dovrebbe rispondere alla duplice valenza della riserva di legge scaturente dagli artt.32 e 13 della Costituzione⁹. Quindi, se in base a tali disposizioni, non può essere imposto alcun trattamento che non sia previsto dalla legge (art. 32 della Costituzione) e nessuna misura restrittiva della libertà personale può essere adottata, neanche per fini sanitari se non nei casi previsti dalla legge e con le garanzie dell’intervento del giudice (art 13 della Costituzione), ne deriva l’illiceità dell’alimentazione forzata dei detenuti, in assenza di disposizioni legislative che si riferiscano direttamente a tale ipotesi¹⁰.

A fronte delle opinioni dottrinali che si esprimono sfavorevolmente alla legittimità del ricorso al trattamento sanitario obbligatorio nei confronti del detenuto digiunatore¹¹, avanza l’obbligo giuridico della tutela della incolumità fisica del detenuto che grava sull’Amministrazione Penitenziaria. Ne consegue il dovere di intervenire al fine di prevenire la morte o i danni derivanti da denutrizione¹² e, quando subentra uno stato di incapacità di intendere e di volere, è legittimo il ricorso all’alimentazione forzata. Il T.S.O. interviene solo qualora due medici abbiano formalmente acclarato la momentanea incapacità di intendere e di volere, non potendosi ipotizzare un T.S.O. se il soggetto è “sano di mente”.

La competenza a disporre il T.S.O., con le modalità dell’alimentazione forzata, spetta al sindaco del Comune in cui si trova l’Istituto penitenziario ove è ristretto il detenuto. Per quel che concerne la responsabilità del medico

ed il dovere di salvaguardare l'incolumità del detenuto, sotto il profilo penalistico rileva la fattispecie dell'omicidio colposo in caso di omissione dell'intervento terapeutico dal quale ne deriva la morte¹³.

Assodato che ogni trattamento sanitario, deve essere "di regola" preceduto dal consenso del soggetto destinatario ed un eventuale dissenso è superabile solo dove una legge ne prevede un preciso dovere di intervenire anche coattivamente, si pone il problema di come collocare in tale situazione, gli artt.41 O.P. e 82 reg. esec. In ossequio all'art.41 O.P. sussiste, in capo alla Polizia Penitenziaria, l'obbligo giuridico d'intervenire per sventare l'attuarsi di eventi critici. Tale norma infatti, rubricata "Impiego della forza fisica e uso dei mezzi di coercizione", individua il dovere giuridico e la responsabilità della Polizia Penitenziaria nel salvare il recluso, anche usando la forza se necessario. In sintesi, il personale è autorizzato ad usare quei mezzi di coercizione fisica che, "normalmente" gli sono proibiti¹⁴.

Nel discorrere di "obbligo di impedire gli eventi" attraverso l'uso della forza fisica e mezzi di coercizione nel caso dello sciopero della fame, la normativa penitenziaria non prevede un chiaro intervento in tale direzione, limitandosi a consentire l'impiego della forza fisica per prevenire o impedire atti di violenza, per impedire tentativi di evasione o per vincere una resistenza, anche passiva, all'esecuzione degli ordini impartiti, e ad autorizzare il ricorso a mezzi di coercizione diversi dalla forza fisica, espressamente previsti dal regolamento, al fine di evitare danni a persone o di garantire l'incolumità dello stesso soggetto. Il richiamo all'art. 82 del D.P.R. 230/2000, si riferisce agli strumenti impiegati, sotto controllo sanitario, per le medesime finalità, presso le istituzioni ospedaliere pubbliche, che si sostanziano nelle misure di immobilizzazione dell'individuo (fasce di contenzione ai polsi e caviglie). Non essendo pacifico che lo sciopero della fame sia un atto autolesionistico, che possieda i caratteri della violenza, è dubbioso se possa rientrare appieno tra quegli atti che la normativa mira ad impedire; norma tra l'altro, che non essendo inserita in quelle concernenti i problemi sanitari, si ritiene finalizzata ad interventi di altra natura¹⁵. Tra i quali, se rientrano a pieno titolo gli interventi coattivi per impedire un'impiccagione o per eliminare gli effetti di atti autolesionistici (tagli delle vene), non rientrano le imposizioni di "fare" a fronte di condotte omissive. L'Amministrazione Penitenziaria è però titolare di una vera e propria posizione di garanzia nei confronti della persona detenuta, il cui obbligo è suffragato anche dalle norme penalistiche¹⁶. L'Amministrazione quindi, se da un lato è garante dell'impedimento, avendo l'obbligo giuridico di attivarsi, anche contro la volontà del detenuto dall'altro, non può essere impiegato l'uso della forza fisica per vincere una resistenza posta a tutela di un proprio diritto, in assenza di un pregiudizio alla salute della collettività.

Se dunque, lo sciopero della fame è considerato "potenzialmente epidemico" per la microsocietà penitenziaria, è ovvio che può essere impiegato l'uso della forza; in caso contrario invece, viene meno il dovere giuridico d'intervento, escludendosi lo stesso nesso di causalità tra la condotta e l'evento di cui all'art. 40 c.p. Considerata in tali termini, se da un lato, la restrizione della libertà personale, conseguente allo stato di detenzione, consente, per fini di ordine e sicurezza, un controllo della persona da parte del personale appartenente al Corpo di Polizia Penitenziaria, dall'altro, il detenuto ha il diritto, costituzionalmente tutelato, di espandere la propria responsabilità attraverso l'esplicazione del "residuo" di libertà personale, al pari del soggetto libero.

L'orientamento favorevole all'intervento coatto dell'Amministrazione, sviluppa invece due considerazioni¹⁷. La prima ritiene che la scelta di lasciarsi morire per fame nella struttura penitenziaria è apparentemente libera, perché il comportamento del soggetto non è scervro da condizionamenti derivanti dalla stato detentivo, che spingono il detenuto a perdere la percezione della realtà. Essendo dunque, incapace di valutare in maniera adeguata il "reale", necessita di una tutela differenziata rispetto ai soggetti in libertà.

La seconda considerazione fa leva sullo stadio terminale del digiuno che determina una condizione somatopsichica¹⁸. Lo sconfinare del rifiuto di alimentarsi in disturbi psicologici, assimilabile alla malattia mentale autorizzerebbe il ricorso agli artt. 34 e 35 della L. 833/78, ossia al T.S.O.¹⁹

Note

¹ F. FAGGIAN, "Ti sicuro", Uni Service, Trento, 2007, pag. 24.

² L. MANCONI, A. BORASCHI, "Quando hanno aperto la cella era già tardi perché: suicidi ed autolesionismo in carcere 2002 - 2004" in Rassegna Italiana di Sociologia, 1, gennaio - marzo 2006: una considerevole parte dei suicidi possono definirsi "suicidi annunciati" in quanto gli autori versano obiettivamente in gravi o gravissime condizioni di depressione o hanno già posto in essere tentativi o minacce di suicidi;

³ F. FAGGIAN, "Ti sicuro", Uni Service, Trento, 2007, pag. 27;

⁴ F. FAGGIAN, "Ti sicuro", Uni Service, Trento, 2007, pag. 33;

- ⁵ F. FAGGIAN, "Ti sciuro", Uni Service, Trento, 2007, pag.33: l'opinione contraria risale a Gonin;
- ⁶ G. BONILINI, M. CONFORTINI, "Codice penale ipertestuale, leggi complementari, commentario con banca dati di giurisprudenza e legislazione", a cura di M. Ronco, S. Ardizzone, Utet giuridica, 2007, pag.133;
- ⁷ ALLEGRANTI, GIUSTI, "Lo sciopero della fame del detenuto. Aspetti medico legali e deontologici", Cedam, Padova, 1983 pag.6;
- ⁸ ALLEGRANTI, GIUSTI, "Lo sciopero della fame del detenuto. Aspetti medico legali e deontologici", Cedam, Padova, 1983 pag.6;
- ⁹ ONIDA, "Dignità della persona e diritto di essere ammalati", in *Questioni giuridiche* 1982, pag. 362;
- ¹⁰ ONIDA, "Dignità della persona e diritto di essere ammalati", in *Questioni giuridiche* 1982, pag.362; VALENTINI, "I trattamenti e gli accertamenti sanitari obbligatori in Italia", Padova, 1996, pag.333;
- ¹¹ ONIDA, "Dignità della persona e diritto di essere ammalati", in *Questioni giuridiche* 1982, pag.365; LUCIANI, "Diritto alla salute", in *Enciclopedia Giuridica*, pag. 11: pur distinguendosi tra obbligo di soccorso in punto di morte e intervento coattivo in caso di digiuno volontario, si nega la legittimità dell'alimentazione forzata e si afferma l'inapplicabilità della normativa sui trattamenti sanitari obbligatori;
- ¹² M. CANEPA, S. MERLO, "Manuale di diritto penitenziario", Giuffrè, Milano, 2006, pag.145;
- ¹³ M. CANEPA, S. MERLO, "Manuale di diritto penitenziario", Giuffrè, Milano, 1996, pag.124;
- ¹⁴ Seminario di psicologia penitenziaria, "La distruttività nell'uomo: psicopatologia dei reati nella popolazione carceraria", 19 settembre 2008, Complesso socio-sanitario dei Colli, pag 10;
- ¹⁵ La Corte di cassazione ha valutato tali forme di costrizione come atti di coercizione leciti in ambito carcerario e non come atti medici: in *Cassazione penale sez IV sent 19 .12. 1979*;
- ¹⁶ GIUNTA, "La posizione di garanzia nel contesto della fattispecie omissiva impropria", in *Diritto penale processuale*, 1999, pag. 629: Infatti, l'obbligo giuridico si desume dal combinato disposto della clausola generale di equivalenza di cui all'art 40 c.p., con gli articoli di parte speciale 589 (omicidio colposo), 590 (lesioni personali colpose) c.p., o ancora gli artt 328, comma 1 (rifiuto di atti di ufficio. Omissione) e 586 (morte o lesioni come conseguenza di altro delitto)c.p.; TERRAGNI, *Illecito omissivo improprio e posizione di garanzia*, in *Giurisprudenza italiana*, 1998, V, pag. 1081; FIANDACA, *sullo sciopero della fame nelle carceri*, in *Foro italiano*, 1983, II, pag 235;
- ¹⁷ M. CANEPA, S. MERLO, "Manuale di diritto penitenziario", Giuffrè, Milano, 2006;
- ¹⁸ dove "è il digiuno che prende la mano al digiunatore", dove l'organismo non vuole o non può più ricevere il cibo a causa delle modificazioni anatomiche della mucosa gastroenterica e delle ghiandole annesse,
- ¹⁹ il sindaco rilascerà, nella sua qualità di autorità sanitaria, previa proposta motivata del sanitario, apposita ordinanza di ricovero, immediatamente esecutiva, presso il servizio psichiatrico di un ospedale civile del territorio e contestualmente comunicherà il provvedimento al giudice tutelare..

LA PREVENZIONE DELLE CONDOTTE AUTO AGGRESSIVE: IL FENOMENO DEI SUICIDI IN CARCERE

a cura di Pasquale Iannella--- - vicecommissario di polizia penitenziaria

Abstract

L'autore rileva che nonostante il numero dei suicidi nelle carceri italiane sia inferiore a quello degli istituti penali francesi, belgi e austriaci, esso è comunque troppo elevato. Gli istituti penitenziari hanno l'obbligo di preservare la salute e la sicurezza dei detenuti, ed anche un solo tentativo di suicidio rappresenta una sconfitta per l'Amministrazione penitenziaria, che ha la responsabilità istituzionale del recupero. L'Autore si sofferma anche sulle diverse origini delle condotte autolesive, e in particolare:

- l'origine psicotica o nevrotica

- l'etiologia emotiva, dettata dall'istinto di protesta verso gli operatori penitenziari e/o dell'Autorità Giudiziaria

- la causa razionale, come risultato di un atto deliberato e finalizzato a ottenere in modo manipolatorio un beneficio giudiziario e/o penitenziario.

Gli effetti giuridici delle condotte autolesive sono in relazione ai fattori causali soggettivi, che determinano pertanto le diverse risposte delle autorità penitenziarie e giudiziarie. Con l'art.580 c.p., è punita la partecipazione al suicidio: - istigazione o aiuto al suicidio: "Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima..."

* * *

Il fenomeno delle condotte autoaggressive in carcere è molto diffuso, tanto da rendere tali gesti parte della quotidianità penitenziaria. Questa triste constatazione, avallata da fredde statistiche elaborate dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, sembra faccia immaginare il carcere come un luogo in cui sia "normale" o fisiologico che i detenuti si infliggano lesioni spesso anche letali.

La carcerazione è un fattore specifico di vulnerabilità all'autoaggressione che è un chiaro ed inequivocabile segnale del grave stato di disagio e di malessere in cui i detenuti si trovano a vivere.

Gli atti di autolesionismo compiuti in carcere, possono essere interpretati in vario modo. Spesso sono frutto di una certa teatralità, che affonda le sue radici nell'esigenza di catturare l'attenzione degli operatori penitenziari quando ci si sente abbandonati nel ventre di un'istituzione.

Non è così per il suicidio. Esso, non prevede nessun rapporto ulteriore ed anzi tronca definitivamente ogni relazione. Il suicida dichiara, senza ambiguità, senza alternative, che la sofferenza è stata più forte dell'istinto di conservazione.

Non sempre il suicidio in carcere è un gesto di ribellione, ma pone sempre l'istituzione davanti alla propria impotenza. Il condannato cessa di essere un recluso per affermarsi, attraverso la radicale negatività del gesto, come essere umano.

Dal 1987 l'Amministrazione Penitenziaria ha predisposto norme e direttive generali per realizzare presidi per la prevenzione dei suicidi, soprattutto nelle prime fasi della carcerazione¹.

Nel 2007 il DAP ha ancora dettato regole di accoglienza finalizzate, nelle intenzioni dichiarate, al contenimento e riduzione degli effetti stressanti dell'impatto con il carcere ed i gesti autosoppressivi². Se dopo venti anni si è avvertita la necessità di tornare sull'argomento, è un chiaro segno che il fenomeno rimane grave e sostanzialmente immutato.

Giova rilevare che sul piano numerico i suicidi nelle carceri italiane risultano meno della metà di quelli che si verificano nelle carceri francesi, la metà di quelli delle carceri belghe, un terzo di quelli delle carceri austriache, grosso modo pari a quelli di Inghilterra e Germania, e meno della media che si registra nei sistemi penitenziari europei.

Ma sono sempre troppi. È un evento drammatico che sconvolge l'ambiente penitenziario ed interroga sulle responsabilità professionali di ciascuno di noi. Di fronte ad un suicidio in carcere ci si sente sotto accusa, si registra uno smacco. Gli istituti penitenziari hanno l'obbligo di preservare la salute e la sicurezza dei detenuti ed anche un solo tentativo di suicidio è una sconfitta per l'Amministrazione Penitenziaria che ha il compito costituzionale di recupero e reinserimento.

Si può affermare che l'Amministrazione Penitenziaria, pur avendo il compito di gestire l'esecuzione penale, ha il dovere, attraverso l'attività di tutela della salute della popolazione detenuta, di garantire il rispetto di quella dimensione personale senza la quale il carcere diverrebbe sempre più luogo di contenimento di semplici corpi ripiegati negli spazi angusti ed infelici della detenzione. Se così fosse, l'esecuzione della pena verrebbe illegittimamente ad incidere sul diritto alla salute costituzionalmente riconosciuto (art.32 Cost.) e si risolverebbe in un trattamento contrario al senso di umanità (art.27 Cost.).

Esiste, altresì, anche marcato richiamo alla responsabilità sociale il quale è rafforzato dalla considerazione della particolare vulnerabilità bio-psico-sociale della popolazione carceraria rispetto a quella generale. Ne deriva il preciso dovere morale di assicurare un ambiente carcerario che rispetti la dignità delle persone in un percorso di reintegrazione sociale, alla luce di una riconsiderazione critica delle politiche penali.

Osserviamo che alcuni studi più recenti³ hanno avvalorato che la tesi della non esclusività della malattia psichica come ragione predominante nella spiegazione dei gesti anticonservativi, includendo fattori sociologici e di contesto quali variabili necessariamente da considerare, mettono in evidenza come le condotte autolesionistiche devono essere affrontate non come onere di carattere specialistico ma con il contributo integrato di tutte le competenze istituzionali.

Il nuovo approccio, discostandosi da quegli interventi che inquadrano il fenomeno come esclusivo problema clinico e quindi affrontabile soprattutto attraverso la rivisitazione degli interventi psicologici, ci consiglia di spostare il baricentro dall'enfaticizzazione del dato sintomatico e selettivo alla centralità dei bisogni del soggetto. Tale nuova prospettiva, rappresenta la possibilità di intervenire concretamente, da un punto di vista operativo ed organizzativo, attraverso il contributo di tutte le figure professionali operanti in carcere.

Sono diverse le modalità con le quali i detenuti pongono in essere gesti anticonservativi in carcere.

In primo luogo si fa riferimento alle condotte auto lesive, intendendo le stesse come quei gesti che si sostanziano nel procurarsi lesioni sul corpo. Tale comportamento viene posto in essere solitamente attraverso l'uso improprio della lametta contenuta nel rasoio il cui utilizzo è consentito dalle vigenti normative. Esso consiste nel praticarsi dei tagli superficiali in precise parti del corpo non vitali, quali avambracci, spalla, gambe, pancia ecc...

Tali condotte trovano ragione di esistere fondamentalmente per due categorie di motivi.

La prima attiene alle finalità di strumentalizzare il gesto per ottenere qualcosa; rientrano in tale ipotesi ad esempio, la negazione di una certa terapia sanitaria, un cambio camera detentiva, problematiche giudiziarie, trasferimenti di istituto.

La seconda categoria, concerne i disturbi psichici, momenti di sconforto, condizioni familiari e problematiche di carattere personale.

Un mezzo significativo a cui spesso fa ricorso il detenuto per poter richiamare l'attenzione sulle sue vicende, è l'ingestione di corpi estranei.

Fra gli oggetti più frequentemente riscontrati, grazie all'ausilio delle radiografie, si trovano: tagliaunghie, chiodi, chiavi, viti, spilli, spazzolini da denti, manici di cucchiari, forchette, piccoli coltelli, catenine con crocifissi o medaglie, lamette, pile, lampadine, molle delle reti del letto, pezzi di vetro, pezzi di metallo in genere, cioè tutto quel materiale che è possibile recuperare in cella.

Le lame di rasoio sono fra le cose che fanno più impressione, la tecnica consiste nel rompere a metà la lametta nel senso della lunghezza, sovrapporla e farla scivolare sul fondo della lingua. Dalle radiografie non si evidenziano particolari lesioni e l'espulsione anale avviene, di solito, senza dolore e a volte senza che il detenuto se ne accorga.

Agli "ingoiatori" viene programmata una dieta a base di cibi solidi (mollica di pane, patate, mele, verdure, crusca), al fine di favorire l'espulsione naturale dell'oggetto ingerito. La progressione dei corpi estranei nel tubo digerente viene favorita mediante l'ingestione di farinacei che avvolgendo il corpo, ne riducono anche la pericolosità per la parete gastro-intestinale e gli impediscono di restare impigliato nelle pliche della mucosa.

Ma che "risultato" ottiene l'ingoiatore?

Si potrebbe pensare ad un ricovero in un centro clinico dell'Amministrazione Penitenziaria o in un ospedale civile se si tratta di un intervento urgente d'emergenza. E quindi, anche se in modo traumatico, il detenuto, anche solo temporaneamente, "evade" dalla propria cella, oppure talvolta, il gesto può essere finalizzato a segnalare l'esistenza trascurata, lo sconforto o l'abbandono di un detenuto.

Tra le condotte autolesive va riportata anche quella di inalare il gas contenuto nelle ricariche dei fornelli comunemente in dotazione e consentite dalle vigenti disposizioni, al fine di stordirsi provocandosi delle allucinazioni.

Rappresenta un comportamento anticonservativo frequente anche il così detto "sciopero della fame o della sete" ossia, la scelta dichiarata di non nutrirsi o assumere liquidi.

Infine, si rilevano i comportamenti autosoppressivi con i quali indichiamo le condotte suicidarie, le quali sono solitamente poste in essere attraverso impiccamento utilizzando pezzi di lenzuolo, cinte dei pantaloni, lacci delle scarpe.

È naturale come si può giungere alla morte anche attraverso comportamenti che mirano all'autolesionismo ma sono mal calcolati e dunque preterintenzionali.

Secondo alcuni studiosi la condotta autolesiva del soggetto recluso può avere tre origini soggettive diverse, così da potersi distinguere, tra:

- autolesionismo con causa psichica: come sintomo di psicosi o nevrosi carceraria;
- autolesionismo con causa emotiva: come atto istintivo di protesta nei confronti dell'operatore dell'Amministrazione Penitenziaria e/o dell'Autorità Giudiziaria;
- autolesionismo con causa razionale, come atto deliberato diretto ad ottenere strumentalmente un beneficio giudiziario-penitenziario.

Distinguerne le cause è di estrema importanza perché gli effetti giuridici delle condotte autolesive sono in relazione alle cause soggettive motivazionali che giustificano una pluralità articolata di reazioni da parte delle autorità penitenziarie e giudiziarie.

Vi sono stati psicologici alla base del gesto autolesivo: uno dei più frequenti è la crisi ansioso-depressiva, che può manifestarsi con lo sciopero della fame, le lesioni da taglio multiple sugli avambracci o sull'addome o sul torace compiuti da detenuti di nazionalità italiana. Mentre, per i detenuti extracomunitari, specie se di religione musulmana, l'atto di procurarsi enormi tagli con forti emorragie assume un valore purificatorio, quasi di catarsi. Generalmente nei soggetti che ricorrono a questi mezzi "ricattatori", in assenza di un evidente quadro psicopatologico, si riscontra un atteggiamento di tipo rivendicativo, ove risultino ipervalutati i "torti" subiti e trascurate le responsabilità personali. Talora, inoltre, si notano anche personalità rigide, diffidenti, scarsamente adattabili, che pongono in atto tali gesti con determinazione, spesso ripetendoli più volte anche sottoponendosi ad interventi chirurgici, se le loro rivendicazioni non fossero accolte.

Infine, si può ricordare come la situazione ambientale determini in soggetti facilmente influenzabili comportamenti imitativi, anche autolesivi, ritenuti necessari allo scopo di essere meglio accettati dal gruppo.

Per tentare di contenere questo “problema” l’Amministrazione Penitenziaria ha emanato varie circolari raccomandando a tutto il personale il massimo impegno per prevenire il verificarsi di suicidi e di atti di autolesionismo da parte dei detenuti, sia rimuovendone, per quanto possibile, le cause, sia impedendone l’esecuzione. Infatti, viene riconosciuto allo Stato il potere di intervenire coattivamente “quando l’atto autolesivo sia posto in essere secondo modalità tali da far sussistere un concomitante e prevalente interesse della collettività”. Questo può avvenire in tre casi:

- a) quando l’atto sia talmente grave da porre in pericolo la vita dello stesso attore,
- b) quando l’atto sia il sintomo di una malattia mentale che limiti o escluda la capacità di autodeterminarsi;
- c) quando all’atto seguano conseguenze sulla diffusione ed il contagio di patologie incidenti sulla pubblica incolumità, di cui l’autore sia portatore.

In altri casi la reazione giuridica è di tipo negativo, nel senso che lo Stato interviene semplicemente non concedendo quel beneficio che l’autore voleva raggiungere ponendo in essere strumentalmente un’autolesione.

La rilevanza giuridica del suicidio.

Va osservato che nel nostro ordinamento giuridico, il suicidio non costituisce reato.

Dalla lettura della relazione ministeriale sul progetto del codice penale vigente, sembra che la volontà di non punire chi si toglie la vita, risieda nella duplice considerazione che la morte di un soggetto assolve tutto, inoltre, la scelta di uccidersi attiene alla sfera intima dell’individuo.

Con riferimento alla prima considerazione, non si comprende in dottrina come non sia punito il tentativo del suicidio atteso che l’autore resta in vita e dunque si può punire.

Giova rilevare che una parte della dottrina (Manzini) trova incoerente che il tentato suicidio non costituisca reato, soprattutto se si pensa che ai sensi dell’art. 5 del codice civile risultano vietati perfino gli atti di disposizione del proprio corpo⁴. Tale disposizione si pone in correlazione con l’art. 32, co. 1 della Costituzione che tutela il diritto alla salute e in senso lato anche il diritto alla vita, dunque, anche se non esiste una norma che punisca direttamente il suicidio o il tentativo di suicidio, le condotte autosoppressive contravvengono, se non i principi del diritto penale, almeno quelli di diritto civile e costituzionale.

Ora esemplificando all’estremo i termini della questione ed evitando di soffermarci sull’evoluzione storica della repressione giuridica del suicidio – di per sé peraltro suscettibile di diverse interpretazioni⁵ – e comunque culminata nella sua decriminalizzazione – deve osservarsi, che con la secolarizzazione dell’ordinamento giuridico, il diritto ha il compito esclusivo di regolare i rapporti tra consociati, allo scopo di assicurare e mantenere una loro pacifica coesistenza. Questa sua finalità ontologicamente relazionale, fa sì che la tutela dei beni sia proiettata verso le aggressioni esterne, non rivestendo rilievo le condotte poste in essere dagli stessi titolari.

Contro una siffatta impostazione, si potrebbe sostenere che l’assenza di un precetto normativo contenente un comando di vivere, trova giustificazione nella non sanzionabilità della violazione e che il suicidio resta comunque un fatto antiggiuridico perché rappresenta la più aperta negazione e la più decisa ribellione al contratto sociale che sta alla sua base⁶.

Giova osservare che con l’art. 580 c.p., è invece punita la partecipazione al suicidio⁷. Occorre accertare che il soggetto: a) abbia commesso una qualsiasi azione per effetto della quale in una persona sia sorto il proposito (istigazione primaria) o si sia rafforzato il proposito (istigazione secondaria) di suicidarsi; b) oppure abbia fornito a chi intendeva suicidarsi i mezzi necessari per attuare l’insano proposito (agevolazione). In codesti fatti è da ravvisarsi non solo la condotta criminosa, ma anche l’evento (di pericolo) del reato; occorre accertare, altresì che il soggetto abbia voluto effettivamente spingere la persona al suicidio o agevolare l’esecuzione (dolo).

La tutela della salute del detenuto e l’obbligo giuridico di impedire l’evento.

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'art. 27, terzo comma, Cost. 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 deve 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 direzione.

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, non possono essere pienamente compresi al di fuori di quel binomio sicurezza-trattamento che caratterizza tutta la fase esecutiva e accompagna, con tutte le ambiguità e le difficoltà insite nel reciproco rapporto, l'espletamento di tali funzioni, espressioni diverse della unica 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 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: negli artt. 5 e 6 O.P. sulle modalità di costruzione dei nuovi istituti penitenziari e sulle caratteristiche dei locali di soggiorno e di pernottamento; nell'art. 7 sul vestiario ed il corredo da fornirsi a ciascun detenuto; nell'art. 8 sull'uso dei bagni e delle docce per l'igiene e la pulizia personale; nell'art. 9 sulla somministrazione del vitto e nell'art. 10 sulla permanenza all'aria aperta per un tempo minimo di due ore⁸.

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 dalle norme poste a tutela "preventiva" del diritto alla salute, l'organizzazione del servizio sanitario negli istituti penitenziari prevista dall'art. 11 O.P., è volta ad assicurare la realizzazione delle cure mediche che si rendono necessarie dall'attualità delle condizioni del detenuto.

Tale disposizione, traendo forza dall'art. 32, co. 2 Cost., 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 carcere⁹.

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 ordinaria¹⁰.

Attraverso il riordino della medicina penitenziaria, avvenuto con il D.lgs. 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 ora tra il Ministero della Sanità, per la programmazione controllo del Servizio Sanitario Nazionale negli istituti penitenziari, le Regioni e le AA.SS.LL.; 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 esterni¹¹.

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 cura¹².

Dunque, il rapporto esecutivo penale è caratterizzato dall'esistenza di una sfera di potestà pubblica che si relaziona, attraverso i propri atti e provvedimenti, con soggetti detenuti in termini non già unilaterali (potestà/soggezione) bensì bilaterali, di rapporto giuridico di diritto pubblico (secondo l'impostazione tradizionale: potere - diritto soggettivo/diritto affievolito, interesse legittimo). La seconda caratteristica del rapporto tra l'Amministrazione Penitenziaria e la persona detenuta o internata concerne la posizione di garanzia che la particolare situazione segregativa in cui si trova il detenuto, fa sorgere in capo all'Amministrazione Penitenziaria, quale istituzione deputata alla custodia dei condannati e internati. Da tale posizione nasce un'articolata serie di obblighi per l'amministrazione, quali la tutela dell'integrità fisica e della salute che comporta l'insorgere di responsabilità a carico dell'amministrazione che può essere fatta valere in sede civilistica (sotto il profilo risarcitorio)¹³, in coerenza con i rimedi attivabili presso il Magistrato di Sorveglianza (reclamo ai sensi degli artt. 14 ter e 69 L.354/75 con possibilità di emissione del decreto di ottemperanza ai sensi del 69 O.P.).

A tal proposito si rileva che secondo il più recente orientamento, le residue barriere dogmatiche che impedivano una piena omologazione tra "rischio di impresa" del privato e "rischio di servizio" dell'ente pubblico debbono essere rimosse, ed è pertanto applicabile anche alla p.a. il paradigma della responsabilità oggettiva che ex art. 2049 c.c. grava sui datori di lavoro privati per i fatti illeciti dei dipendenti.

Giova rilevare che, mancando nel Codice Civile una precisa disposizione che fondi l'obbligo di attivarsi in presenza di determinate condizioni, ha indotto gli studiosi ad ispirarsi alle riflessioni condotte in relazione all'art. 40, 2° co., c.p., norma che equipara il comportamento omissivo, che integra violazione di un obbligo di azione, a quello commissivo.

Occorre però, ai fini del risarcimento del danno extracontrattuale derivante da omissione, considerare rilevanti i soli comportamenti omissivi costituenti violazione di un obbligo giuridico di agire, non bastando la mera inerzia di fronte ad un pericolo ipoteticamente evitabile a fondare un giudizio di responsabilità.

Si è peraltro notato come non vi siano norme che impongano all'Amministrazione Penitenziaria l'obbligo di prevenire, ad esempio, l'uso della droga da parte dei detenuti al fine di tutelarne la salute. Tuttavia, sebbene non esistano norme positive che stabiliscano un obbligo del genere, si potrebbe ritenere che vi sia comunque un obbligo generico di esercitare un controllo per impedire l'introduzione di sostanze stupefacenti all'interno degli istituti penitenziari anche in funzione della salvaguardia della salute dei detenuti derivante dalla particolare situazione nella quale i medesimi si trovano.

Inoltre, in caso di decesso di un detenuto per overdose, la mera presenza e circolazione di droga nella struttura carceraria non basta per addebitare all'Amministrazione Penitenziaria la violazione omissiva di obblighi giuridici, non potendosi escludere modalità di introduzione della sostanza che non implicano la violazione di alcun obbligo, e non essendo pertanto ascrivibile alcuna responsabilità omissiva al Ministero della Giustizia¹⁴; inoltre, la scelta di compiere o non controlli preventivi all'interno dei penitenziari rientra nell'ambito della discrezionalità amministrativa della P.A. e sfugge, pertanto, a qualsiasi sindacato giudiziale.

Obblighi "giuridici" di controlli stringenti sussistono solo con riguardo a detenuti "a rischio": tranne il caso in cui, per la presenza di palesi indicatori di labilità psichica, i detenuti siano da considerare come soggetti a rischio, non può ritenersi sussistente un incondizionato obbligo "giuridico" di svolgere un'attività di controllo diretta ad evitare che questi possano assumere consapevolmente sostanze stupefacenti¹⁵.

La gestione della sussistenza di un "diritto a lasciarsi morire".

Giova precisare che la questione va intesa e circoscritta al problema della sussistenza in capo ad ognuno del diritto a non essere sottoposto a trattamenti medici contrari alla propria volontà e non a quello di un "diritto a lasciarsi morire" inteso come eutanasia che trova riferimenti normativi precisi come l'art. 579 c.p. (omicidio del consenziente) e sulla letteratura formatasi intorno all'istituto del consenso dell'avente diritto.

Il risvolto negativo della tutela della salute è il diritto di non essere curato.

E' evidente che il riconoscimento di tale diritto pone questioni serie e delicate nel rapporto tra la libertà di disporre consapevolmente dei trattamenti terapeutici e la tutela del bene vita.

Osserviamo che il diritto all'autodeterminazione individuale e consapevole in ordine ai trattamenti sanitari può considerarsi positivamente acquisito ed è espressamente posto:

1) dall'art. 32 della Cost. – “nessuno può essere obbligato a un trattamento sanitario se non per disposizione di legge” - Oltre alle legge sulle vaccinazioni obbligatorie, la legge più significativa, contenente anche norme di carattere generale, che ha dato attuazione alla norma costituzionale in tema di trattamenti sanitari obbligatori, è la n. 833 del 23.12.1978, ed in più specificatamente agli artt. 33e 34.

2) Art. 5 della Convenzione di Oviedo sulla biomedicina attuata in seno al Consiglio di Europa: “un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona abbia dato consenso libero e informato”.

3) Art. 3 della Carta Europea dei Diritti dell'Uomo: “nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati: a) il consenso libero e informato della persona interessata”.

4) Art. 32 del codice di deontologia medica: il quale statuisce che, in ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona.

Siamo perciò di fronte al riconoscimento positivo della piena libertà di scelta del paziente rispetto al trattamento e al principio della sua fisica inviolabilità.

E difatti, a fondamento del diritto qui in esame, vi è, da un lato, il riconoscimento di una sfera di libertà (o di autonomia) della persona nelle scelte che più intimamente la riguardano; dall'altro l'idea di una sfera di inviolabilità dello spazio fisico, corporeo, che non si può invadere senza il consenso del titolare.

Come effetto di tale riconoscimento si avrà che la mancanza del consenso qualifica come esercizio di violenza l'esecuzione del trattamento sanitario, chiamando in causa non solo la violazione dell'art. 32 Cost. ma anche quella dell'art. 13 Cost., posto a tutela della inviolabilità della libertà personale, che conseguentemente chiama in causa la duplice riserva rinforzata:

di legge e di giurisdizione. Difatti, là dove il nostro Ordinamento ha imposto il trattamento sanitario obbligatorio ha previsto che ciò avvenga nei casi espressamente previsti dalla legge e con provvedimento del Giudice (nella specie quello tutelare, vedasi art. 33 L. 833/78).

Tuttavia, contro tale impostazione, apparentemente ineccepibile sul piano formale, è possibile muovere una importante obiezione, in base alla quale il diritto fondamentale in parola troverebbe comunque un limite nelle superiori esigenze di salvaguardia della vita umana, concepita come il valore supremo nel nostro ordinamento.

Il ragionamento è semplice: a ciascuno spetterebbe una libertà di rifiutare ogni trattamento medico, a meno che non si tratta di un trattamento c.d. di sostegno vitale, ossia di un trattamento necessario per la propria sopravvivenza; in tale caso le istanze di tutela della vita prevarrebbero, ed il trattamento in questione potrebbe essere imposto al paziente anche in assenza di una specifica norma di legge autorizzatrice, operando comunque – a giustificazione della coazione- la generale norma scriminante dello stato di necessità – art. 54 c.p.

È il caso del così detto sciopero della fame del detenuto riguardo la legittimità dell'alimentazione obbligata del soggetto che volontariamente si astiene dal nutrirsi e la potenziale responsabilità penale dei medici e dei funzionari dell'Amministrazione Penitenziaria¹⁶.

In via generale possiamo affermare che il dibattito ruota attorno a due opinioni:

la prima tesi si fonda sull'applicabilità dell'art. 54 C.P. (stato di necessità) e del combinato disposto degli artt. 589 C.P. (omicidio colposo) e 40 C.P. che vedrebbe un rapporto causale dell'omissione di intervento con la morte e obbligo giuridico del pubblico ufficiale che ha la responsabilità della custodia di agire quando vi sia imminente pericolo di vita del detenuto (art. 51 C.P. adempimento di un dovere).

La seconda contraria si basa sull'interpretazione dell'art. 32 Cost. che vieta trattamenti sanitari obbligatori non previsti espressamente dalla legge, come nel caso di specie, nonché, sulla disposizione del codice di deontologia medica del 2009 ove è previsto che il medico non deve intervenire nel caso in cui una persona sana di mente e dunque capace di intendere e di volere si rifiuti di alimentarsi.

In sostanza si deve rilevare da un lato, a carico del personale medico e dell'Amministrazione Penitenziaria, l'obbligo di garantire l'incolumità personale, poiché con la presa in carico del detenuto si assume la responsabilità della sua tutela all'integrità fisica; dall'altro, si deve constatare che la scelta di non nutrirsi e dunque l'intento di suicidarsi, sembra essere libera solo all'apparenza poiché sappiamo che la carcerazione può distorcere la percezione della realtà.

Per quanto sopra evidenziato, è opportuno che il detenuto venga attentamente monitorato al fine di capire se la sua scelta di non alimentarsi è frutto della sua volontà o invece si trova in uno stato confusionale che gli impedisce di decidere con consapevolezza¹⁷.

Note

¹ In particolare si fa riferimento alla circolare n° 3233/5683 del 30 dicembre 1987 dell'allora Direzione Generale degli II.PP. (Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati: istituzione e organizzazione del servizio nuovi giunti).

² Lettera circolare n° 0181045 del 6 giugno 2007 della Direzione Generale Detenuti e Trattamento (I detenuti provenienti dalla libertà: regole di accoglienza – linee di indirizzo)

³ Buffa P.: "L'attenzione al disagio psichico in carcere: dalla responsabilità formale al pragmatismo etico" in *Autonomie locali e servizi sociali*, XXVI, 1/2003, Il Mulino, Bologna.

⁴ L'art. 5 c.c. testualmente dice: "gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati, quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica o quando siano altrimenti contrari alla legge, ordine pubblico, o buon costume".

⁵ La ricostruzione storica contenuta nel classico saggio in argomento di E. Durkheim, *Le suicide Etude de sociologie*, Paris, 1897, è stata recentemente sottoposta ad una serrata critica da Marra, *La repressione legale del suicidio. Analisi e sviluppo della ricostruzione durkheimiana*. In *Materiali per una cultura giuridica*, 1986, XVI, 129 ss. E Id., *Suicidio, diritto e anomia, Immagini della morte volontaria nella civiltà occidentale*, 1987, 99 ss. In sintesi, mentre il Durkheim afferma che, nel corso dei secoli e presso tutte le civiltà, la repressione legale del suicidio si pone come il risultato di una forte disapprovazione sociale, al contrario Marra – con dovizia di fonti e ampia dimostrazione degli errori storici commessi da Durkheim – sostiene che tale riprovazione morale può rinvenirsi solo nel diritto religioso medievale. In una prospettiva storica vedi anche Bernardini, *Dal suicidio come crimine al suicidio come malattia*, in *Materiali per una storia della cultura giuridica*, 1994, 81 ss.

⁶ Così VITALE, *L'antigiuridicità "strutturale" del suicidio*, in *Riv. Internaz. Fil. Dir.*, 1983, 46 ss., secondo cui il suicidio si oppone "alla struttura stessa del rapportarsi giuridico, giacché il diritto, lungi dall'essere una mera tecnica di organizzazione sociale, si rivela come una forma di strutturazione e misurazione reciproca della coesistenza, ove lo statuto deontico della doverosità, che si esprime nel dover essere della norma, va più precisamente inteso come dovere- di-essere".

⁷ - istigazione o aiuto al suicidio - "Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, e' punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, e' punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima. Le pene sono aumentate se la persona istigata o eccitata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'articolo precedente. Nondimeno, se la persona suddetta e' minore degli anni quattordici o comunque e' priva della capacita' d'intendere o di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio".

⁸ Il diritto di permanere all'aria per almeno due ore al giorno può essere rinunciato dal detenuto nel corso della fruizione, con il dovere in capo alla Polizia Penitenziaria di consentire il rientro in camera anche se ciò può comportare un aggravio di lavoro (M.d.S di Brescia , 14 aprile 1998, in *Rass. Pen. Crim.*, 1998, 285)

⁹ La Cass. In sent. 14 giugno 1993, in *Cass. Pen.* 1994, 3111 ha ritenuto che le verificazioni mediche ed i relativi prelievi a scopo diagnostico su detenuti ed internati costituiscano attività amministrative di controllo, legittimate dall'art. 11 O.P., dovendosi conseguentemente escludere le adozioni delle garanzie previste dal C.P.P.

¹⁰ V. Magliona-Pastore, *La cartella clinica penitenziaria – aspetti giuridici e medico-legali*, in *Riv. It. med. leg.*, 1991, 453.

¹¹ V. su *Dir. Pen. Proc.* 1999, 1221, il commento alla normativa introdotta con D.lgs. 22 giugno 1999 n. 230 di La Greca, con note critiche sul fatto che si è in concreto creata una competenza concorrente tra i ministeri della Sanità e Giustizia che potrebbe portare ad una dispersione di risorse e mancanza di funzionalità.

¹² Il provvedimento che nega un ricovero in un luogo esterno di cura non è impugnabile poiché non incide sulla libertà del soggetto , ma solo sulle modalità della detenzione. In tal senso, *Cass.* 30 gennaio 1991, in *Cass. Pen.* 1992, 2817

¹³ Con la Sentenza n. 2845 del 4 novembre 2009, il Tribunale di Venezia, sez. III, ha deciso sulla pretesa risarcitoria avanzata dai famigliari di un detenuto deceduto in carcere dopo avere assunto sostanze stupefacenti (oppiacee) in combinato con forti dosi di alcool.

La domanda di risarcimento è stata proposta nei confronti del Ministero della giustizia, ritenuto responsabile dell'omissione dei controlli che avrebbero evitato l'ingresso delle sostanze medesime nella struttura carceraria, e così la morte del loro congiunto.

¹⁴ *Trib. Roma*, sez. II, 3 settembre 2007

¹⁵ v. *Cass. sez. I n.* 10723/1996; sez. III n. 12124/2003; sez. III n. 11609/2005.

¹⁶ Sulla questione V. Fiandaca, *Sullo sciopero della fame nelle carceri*, in *Foro it.* 1983, II, 235.

¹⁷ V. sent. 10/04/89, *Rass. Pen. Crim.*, 1989, 280, il tribunale di Milano perveniva a condanna degli imputati (tutti medici penitenziari) argomentando che, pur non potendo ammettere l'intervento coattivo per la nutrizione del soggetto che volontariamente si astiene dal cibo, l'alimentazione forzata doveva essere operata dai sanitari, per evitare la morte del detenuto, attraverso il trattamento sanitario obbligatorio disciplinato dagli artt. 34 e 35 della L. 833/78, dal momento stesso in cui il soggetto non era più capace di intendere e di volere per l'anomalia psichica e ciò nonostante proseguiva il digiuno..

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.

a cura di Giuseppe Laforgia - vicecommissario di polizia penitenziaria

Abstract

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 oppure omissioni nel comportamento del personale di Polizia penitenziaria, è possibile rilevare in questi casi una responsabilità penale per omicidio, a titolo di omissione colposa. Il rischio di suicidio di un detenuto rappresenta un forte fattore ansiogeno, sia per il personale di Polizia penitenziaria che per gli altri detenuti. Possono verificarsi forti emozioni di rabbia e proteste da parte degli altri ristretti, nei confronti del personale preposto alla sezione detentiva, per non aver scongiurato la comparsa dell'evento. Il personale di Polizia penitenziaria, a sua volta, potrà vivere profondi sensi di frustrazione, fino alla comparsa di disfunzioni psicosomatiche. E' necessario quindi che il personale segua una specifica formazione, indirizzata agli aspetti preventivi del fenomeno, insieme agli operatori sanitari, in particolare nel delicato momento dell'accoglienza dei "nuovi giunti".

* * *

1. Il fenomeno suicidario: considerazioni introduttive

Il fenomeno del suicidio, nel mondo, è in forte aumento e l'Organizzazione Mondiale della Sanità si trova a dover fare i conti con numeri di vittime che superano quelli dei conflitti bellici, del terrorismo e delle catastrofi naturali. Per la società e per la salute pubblica, prevenire e diminuire i casi di suicidio e di tentato suicidio è una sfida che si è concretizzata, nel tempo, attraverso studi di settore e con l'istituzione della giornata mondiale per la Prevenzione del Suicidio col fine primario di dare una dimensione di concretezza ai programmi e ai progetti di tutti.

In Italia, pur esistendo una lunga tradizione di studi in materia di suicidiologia, la sottoscrizione e la partecipazione alla Giornata Mondiale è avvenuta da pochi anni.

Attualmente l'Italia si attesta a metà della classifica mondiale, nel senso che il rischio di suicidio nel nostro Paese non assume mai, nell'andamento, dei picchi accentuati.

Sul territorio italiano, inoltre, si è registrata negli anni una diversa dislocazione geografica del fenomeno

Nel Meridione il suicidio è meno diffuso rispetto alle province del Nord-Est e dell'arco alpino, ma sono i più giovani a ricorrervi con maggior frequenza. Nel Centro si è constatato un tasso di suicidio molto più basso della media nazionale in tutte le province del Lazio e in quella dell'Aquila. In Sardegna, invece, tutte le province hanno raggiunto tassi altissimi tra i suicidi degli uomini con una percentuale che si attesta al 75% in più rispetto alla media nazionale. Il professor Pompili¹ afferma che la suddivisione dell'Italia in termini di percentuali di suicidio riflette differenze socio-economiche e culturali che possono ripercuotersi su molti aspetti legati al suicidio: dall'offerta dei servizi di cura e assistenza per pazienti affetti da disordini mentali fino alle possibilità offerte dal mercato del lavoro. Allo stesso modo influirebbe sulla tutela delle persone lo stato civile; l'essere coniugato, infatti, è stato riscontrato come fattore protettivo, nonostante significative differenze di genere.

Cosa spinge un essere umano a togliersi la vita? Gli studiosi concordano con il fatto che non esista una singola causa, ma è una concomitanza di situazioni negative, o percepite come tali dall'individuo che ha preso la fatale decisione, che coinvolgono sia la sfera privata che il contesto sociale in cui il soggetto vive.

Esiste sempre però un elemento scatenante, un dolore psicologico talmente insopportabile che il suicidio viene visto come unica possibilità di eliminare tale dolore.

2. I Detenuti rappresentano un gruppo ad alto rischio

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 colposa.

Un suicidio in ambiente carcerario può inoltre scatenare l'interesse dei mass media, e con facilità trasformarsi anche in scandalo politico.

Ancora, 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.²

Come noto, gli ambienti detentivi 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, livelli di stress e accesso ai servizi sanitari di base o ai servizi di igiene mentale. Ognuno di questi fattori può influenzare il tasso dei suicidi in vari modi: esistono tuttavia alcuni principi e pratiche fondamentali attraverso cui è possibile ridurre il numero di suicidi in ambiente carcerario.

Considerati come gruppo, i detenuti hanno tassi di suicidio più elevati rispetto alla comunità, e vi sono dati che il numero di suicidi sia in aumento anche in aree dove il numero di detenuti è ridotto.

All'interno degli istituti di pena non solo vi è un numero maggiore di comportamenti suicidari, ma gli individui che subiscono il regime di detenzione presentano frequenti pensieri e comportamenti suicidari durante tutto il corso della loro vita.

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 degli 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.

Ciò non significa che l'ambiente detentivo non abbia un impatto nello sviluppo degli atti suicidari, e dall'altra parte è proprio quando questi individui vulnerabili sono all'interno dell'istituzione carceraria, e quindi raggiungibili, che andrebbero trattati. 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.

Elenchiamo di seguito alcuni fattori di rischio individuali e ambientali che se presenti in qualsiasi combinazione potrebbero contribuire ad innalzare il rischio suicidario tra i detenuti:

- Gli istituti di pena sono luoghi dove si concentrano gruppi vulnerabili che sono tradizionalmente tra quelli più a rischio, ovvero giovani maschi, persone con disturbi mentali, persone interdette, socialmente isolate, con problemi di abuso di sostanze, e con storie di precedenti comportamenti suicidari;

- 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;

- 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 psichiatrici.

Premesso ciò, 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 sono seguite riduzioni significative del numero dei suicidi e dei tentativi di suicidio.³

Anche se i dettagli di questi programmi variano a seconda delle risorse locali e delle necessità dei detenuti, determinati elementi ed attività sono comuni a tutti questi programmi e costituiscono la base per la conoscenza delle strategie più efficaci nel campo.

Un primo passo verso la riduzione del numero di suicidi tra i detenuti è quello di creare un "profilo" in grado di identificare situazioni e/o gruppi ad alto rischio. Per esempio, la letteratura dimostra che i detenuti in attesa di giudizio si distinguono da quelli già condannati per alcuni importanti fattori di rischio. purtroppo in molti istituti questi diversi "profili" vengono confusi, e i diversi tipi di detenuti ospitati nella medesima istituzione.

Profilo 1: nuovi giunti e detenuti in attesa di giudizio

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 carcere.

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".

Profilo 2: detenuti condannati

In confronto ai 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 4 o 5).

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.

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.

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 elevato.

I profili possono rivelarsi utili per identificare gruppi potenzialmente ad alto rischio che necessitano di monitoraggio e interventi nel tempo. Man mano che vengono implementati programmi di prevenzione del suicidio, i profili di alto rischio possono cambiare.

Allo stesso modo, vi sono delle condizioni locali specifiche che possono variare il tradizionale profilo dei detenuti ad alto rischio. Ne consegue che i profili suicidari dovrebbero essere utilizzati solo come un supporto per identificare gruppi o situazioni potenzialmente a rischio elevato. Ove sia possibile, sarebbe opportuno elaborare dei profili che riflettano le condizioni locali, ed aggiornarli regolarmente per cogliere ogni eventuale cambiamento.

I fattori di rischio non sono a prova d'errore e non dovrebbero essere utilizzati senza un'accurata valutazione clinica.

3. Le condotte auto aggressive negli istituti penali italiani.

L'autolesionismo in carcere è un fenomeno diffusissimo. Tanto da diventare una delle caratteristiche strutturali.

Decina di migliaia di casi che rendono percettivamente "normale", purtroppo, immaginare il carcere come luogo ove le persone detenute si infliggono lesioni spesso anche mortali.⁴

Dal 1987 l'Amministrazione Penitenziaria ha adottato direttive e disposizioni generali per costituire presidi per la prevenzione dei suicidi, soprattutto nelle prime fasi della carcerazione, e molte delle direzioni degli istituti di pena hanno sperimentato modalità d'intervento innovative.

Nel 2007 il D.A.P. ha nuovamente dettato regole d'accoglienza finalizzate, nelle intenzioni dichiarate, a ridurre gli effetti stressanti dell'impatto e i gesti auto soppressivi.

Se a distanza di oltre vent'anni si è sentito il bisogno di tornare sull'argomento questo è segno che il fenomeno rimane grave e sostanzialmente immutato.

D'altra parte il suicidio è solo una delle condotte auto aggressive che caratterizzano il fenomeno che, peraltro, non si limita (seppur accentuato) ai momenti successivi all'ingresso in carcere ma è diffuso nel corso dell'intera carcerazione. Da queste semplici constatazioni deriva il bisogno di approfondire la questione e lo sforzo di non dare per scontato un fenomeno così tragico e complesso.

Quali sono le cause di tale grave e cruenta realtà? Disperazione, sofferenza, tornaconto, patologia. Tutto questo declinato nelle individualità di migliaia di persone che vi ricorrono ogni anno.

Esistono delle regolarità, delle linee di tendenza che ci consentano di adottare idonee soluzioni per prevenire tali condotte?

Sinteticamente Manconi e Boraschi⁵ prospettano le seguenti considerazioni.

In primo luogo in carcere ci si toglierebbe la vita con maggiore frequenza nei primi giorni e settimane di detenzione, e questo viene correlato all'impatto con l'ambiente carcerario e allo shock derivante che assumerebbe il significato di "fattore principale di precipitazione verso il gesto auto soppressivo".

In secondo luogo viene evidenziata la connessione tra gli eventi suicidari e l'affollamento degli istituti penali.

L'aumento dei ristretti implicherebbe la conseguente diminuzione di spazi, il deterioramento delle condizioni igieniche e delle relazioni con lo staff e una maggiore difficoltà ad accedere alle opportunità ricreative, formative e lavorative.

Tutto questo genererebbe l'aumento del disagio e della sofferenza vera e propria, premesse per il passaggio all'atto dei più disperati.

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 umana.

Un terzo elemento rilevato da Manconi e Boraschi è che una considerevole parte dei suicidi presi in considerazione potevano definirsi "suicidi annunciati" in quanto gli autori versavano obiettivamente in gravi o gravissime condizioni di depressione o avevano già posto in essere tentativi o minacce di suicidi.

Manconi giunge altresì alle conclusioni, sia nel lavoro congiunto con Boraschi, che in uno antecedente, che "si ammazza chi conosce il proprio destino e ne teme l'ineluttabilità e si ammazza, in misura appena meno rilevante, chi non ha la minima idea del proprio destino e ne teme l'imprevedibilità".

In altre parole i dati hanno evidenziato, tra i soggetti in questione, una quasi parità tra quelli condannati definitivamente e, al contrario, le persone ristrette in maniera cautelare, in attesa di rinvio a giudizio o, se rinviati, in attesa della sentenza di primo grado.

Altro elemento indicato come saliente per la comprensione del fenomeno suicidale è il momento del gesto che parrebbe localizzarsi nelle prime settimane se non addirittura nei primissimi giorni della carcerazione.

Sin qui le principali considerazioni frutto delle analisi prese in considerazione e finalizzate, in particolar modo, all'approfondimento del suicidio in carcere.

E' tradizione, infatti, indagare separatamente questa condotta rispetto al fenomeno auto lesivo più generale. Caglio e Piotti, tuttavia, nel ricordarci tale tendenza, sottolineano che la letteratura scientifica, da molto tempo, ha riflettuto sulle relazioni e la continuità tra le varie manifestazioni auto aggressive, sino a parlare di un "continuum di autodistruzione" che parte da quelle meno cruente sino a quelle autosoppressive.

La letteratura esaminata dagli Autori evidenzia come gli atti suicidali e quelli autolesivi differiscono profondamente tra loro rispetto alle loro motivazioni più profonde.

Secondo questi Autori "il suicidio rappresenta infatti un'uscita attraverso la morte, un atto di fuga, mentre l'automutilazione è il tentativo di tornare ad uno stato di normalità, un atto patologico di rigenerazione.

Mentre una persona che tenta il suicidio cerca di porre fine a tutte le sensazioni, con una fuga definitiva dalla sofferenza emotiva, chi si autoferisce cerca invece una soluzione per rimanere in vita e andare avanti, attraverso il sollievo temporaneo del disagio psicologico".

Interessante è l'affermazione secondo la quale l'autolesione servirebbe ad "interrompere" "stati di morte emotiva".

Prima di procedere oltre è necessario precisare che, per comodità espositiva, faremo riferimento alla definizione di condotta autolesiva per indicare l'azione autolesionistica che si sostanzia nel procurarsi lesioni sul corpo o nell'ingerire corpi estranei.

Si utilizzerà, viceversa, il termine condotta astensiva per indicare la scelta dichiarata di non nutrirsi o assumere liquidi o farmaci o una combinazione di tali condotte.

Più in generale si impiegherà il termine di condotta auto aggressiva per indicare, in modo differenziato, l'insieme di tutte le condotte prese in esame.

Sul territorio nazionale gli istituti penitenziari differiscono in maniera rilevante tra loro rispetto alle loro caratteristiche strutturali.

Questo è dovuto al fatto che il patrimonio edilizio penitenziario è frutto di una progressiva implementazione che fa riferimento a momenti storici molto diversi tra loro, caratterizzati da filosofie e finalità penitenziarie diverse e, quindi, da esigenze architettoniche tra loro dissimili.

Coesistono, quindi, piccoli istituti con capienza ridottissime, nella misura di poche unità e grandi istituti metropolitani; istituti progettati per una detenzione più custodiale ed altri più rivolti ad attività trattamentali.

Questa semplice ed ovvia constatazione, sommata ad altre variabili, determina che la vita detentiva assume condizioni molto diverse a seconda dell'istituto in cui viene vissuta.

In tal senso, si sono classificate cinque tipologie di strutture: gli istituti molto piccoli con capienza al di sotto delle 100 unità; piccoli con capienza comprese tra 100 e 300 unità; grandi con capienze comprese tra 500 e 700 unità ed infine istituti molto grandi con capienza superiori alle 700 unità.

Premesso ciò, gli istituti classificati come molto grandi risultano mediamente caratterizzati da una proporzione inferiore di suicidi, tentati suicidi e comportamenti astensionistici mentre risultano più rappresentate le condotte auto lesive rispetto al dato medio nazionale rispetto al totale degli eventi.

I grandi istituti vedono una proporzione mediamente sovra rappresentata di suicidi e di condotte auto lesive.

L'insieme degli istituti medi si caratterizzano per una composizione di eventi che vede sottorappresentate le categorie dei suicidi e dell'autolesionismo e, viceversa, un'incidenza media più elevata dei tentativi di suicidio, e delle condotte astensionistiche.

Nel gruppo di istituti classificati come piccoli e molto piccoli l'incidenza dei suicidi e delle condotte astensionistiche supera la proporzione media nazionale. Negli stessi istituti sono sottorappresentate le condotte auto lesive mentre, per quanto riguarda i tentati suicidi i dati evidenziano una proporzione superiore a quella nazionale negli istituti piccoli e decisamente inferiore in quelli molto piccoli.

Mediamente la ripartizione percentuale tra i diversi tipi di condotte nell'ambito delle diverse dimensioni degli istituti appare relativamente stabile.

La quota dei suicidi è leggermente superiore nei grandi e nei piccoli istituti.

Negli istituti medi sono sovra rappresentati i tentativi di suicidio. Le condotte auto lesive lo sono negli istituti molto grandi e grandi così come le condotte astensive lo sono negli istituti molto piccoli.

La maggior parte dei protagonisti delle condotte esaminate non era ancora stato destinatario di una condanna definitiva.

Il 56,4% del campione, infatti, risulta ristretto in istituto con una misura non definita o con una posizione giuridica mista.

Di converso, la percentuale di soggetti ristretti in misura cautelare o soggetti a condanne non ancora definitive risulta essere mediamente pari al 46,8% del totale dei presenti.

Il dato rappresenta la media tra le registrazioni effettuate al 30 giugno 2006 e quelle riferite al 30 giugno 2007 a cura dell'Ufficio per lo sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato – Sezione statistica del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

Rispetto alle modalità con le quali sono state poste in essere le condotte, si registra che la quasi totalità dei casi di suicidio e di tentato suicidio, 585 casi nel complesso, comporta l'impiccamento (87,6%) o l'inalazione di gas anche se in misura decisamente inferiore (7%).

Caglio e Piotti affermano che circa la metà dei suicidi sia nella società libera che all'interno degli istituti di pena non è associata ad alcun tentativo precedente.

I dati della ricerca delineano una serie di evidenze di varia natura.

La prima che pare opportuno sottolineare si riferisce alla distribuzione dei casi, sia a livello nazionale che locale.

Come abbiamo già riferito si sono rilevati alcuni distretti che, proporzionalmente al numero degli ingressi “ esprimono” livelli di auto aggressività maggiori di altri.

A livello locale si verifica agevolmente una concentrazione di casi in alcune parti degli istituti mentre altre sezioni ne sono esenti o rappresentano casi sporadici.

La letteratura esaminata è orientata a ritenere l'auto aggressività, in tutte le sue manifestazioni, una risposta differenziata a stati di profondo disagio.

Le condotte auto aggressive sono suddivisibili in due grandi classi; la prima che raggruppa i tentativi, riusciti o meno, di auto soppressione, e una seconda caratterizzata da una auto aggressività finalizzata alla riduzione della tensione senza, per questo, rappresentare una vera e propria volontà di morte.

In un caso come l'altro gli Autori esaminati tratteggiano i caratteri dello stato di stressante condizione che, in vario modo, caratterizza il contesto ove maturano le condotte in esame e coniano una definizione di particolare efficacia: la morte emotiva.

Tale definizione evoca condizioni di vita emotivamente stressanti che non possono essere estranee alla storia personale del soggetto ma che, sicuramente, sono anche influenzate da un contesto detentivo, fisico e relazionale, che amplifica la terribile sensazione di angoscia interiore che innesca un abnorme processo difensivo di sfogo auto aggressivo o, decisamente e drammaticamente, la scelta di fuga autosoppressiva.

La seconda evidenza che pare opportuno sottolineare riguarda l'incidenza del fenomeno nel suo complesso.

La quota degli autori oltrepassa di poco il 6% del totale dei soggetti detenuti e il livello medio di recidiva non pare particolarmente alto.

Viceversa è molto probabile che le dimensioni ridotte di altri istituti facilitino un maggior livello quanti – qualitativo di relazione, risultando così più efficaci nel contenimento dell'ansia reattiva.

Essere straniero non pare correlabile con condotte di questo genere ad eccezione dell'autolesionismo.

La tossicodipendenza è sottorappresentata rispetto a tutte le forme auto aggressive.

L'età parrebbe giocare un ruolo nel senso che il livelli di auto aggressività è maggiore nella categoria degli adulti, con particolare riguardo alle condotte più gravi.

Solo l'autolesionismo sfugge a questa tendenza.

Sia i minori che i giovani adulti ricorrono a tale condotta in misura maggiore che gli adulti.

Quest'ultima condotta è marcatamente più legata a soggetti che risultano essere disciplinarmente più irrequieti.

Un altro dato di notevole rilievo, che conferma quanto già riportato in letteratura, è che l'auto aggressività è posta prevalentemente in essere da persone non condannate definitivamente.

Tali soggetti, infatti, vivono una condizione di insicurezza e di attesa rispetto al futuro e questo può costituire elemento di angoscia esistenziale.

Pur non essendo riusciti a verificare l'effettivo legame con l'esterno, si è tuttavia analizzato il rapporto intercorrente tra le condotte esaminate e lo stato civile dei loro autori.

Rimane indubbio che le posizioni affettivamente più forti e stabili, almeno formalmente, ovvero quelle di coniugato e convivente, rappresentano, all'incirca, un terzo del totale degli autori.

L'ingresso in carcere comporta un impatto stressante e si comporta quale elemento rilevante nella genesi delle condotte in questione, se solo si pensa che poco più di un quarto dei suicidi si è registrato nei primi novanta giorni e la metà di quelli registrati in questo lasso temporale sono avvenuti nella prima settimana.

Che di effetto di ingresso si possa parlare lo si desume anche dall'andamento nel tempo delle altre condotte auto aggressive. Tutte, invariabilmente, decrescono quasi geometricamente nel corso del primo anno dal momento dell'ingresso.

Le condotte suicidarie e i tentativi autosoppressivi non sono preceduti da condotte auto aggressive e questo fatto, non facilita l'attività prognostica che, infatti, nella pratica risulta spesso inefficace.

Riguardo, poi, le modalità e gli strumenti adottati, possiamo affermare che sono di certo tra di loro connessi, nel senso che sono dipendenti dalle condizioni strutturali di detenzione.

Questo dato conforta perché lascia intravedere una possibile attività preventiva se solo si immagina una più puntuale attenzione alle strutture e ai beni in uso all'interno del contesto detentivo. Questo potrebbe probabilmente modificare le modalità adottate ma anche limitare la possibilità di procurarsi lesioni di varia natura e gravità.

Da sola tale attenzione non potrà avere effetti decisivi se non è contestualmente accompagnata da altri interventi preventivi, sia strutturali che individuali, che mirano alla limitazione dei fattori scatenanti l'angoscia esistenziale.

4. Addestramento del personale di Polizia Penitenziaria e screening dei "nuovi giunti": l'attuale politica preventiva

Tutti gli istituti di pena, indipendentemente dalla grandezza, dovrebbero avere un programma di prevenzione per il suicidio che sia applicabile e completo, la cui organizzazione e predisposizione spetta, prima ancora che al personale che si occupa della custodia, alle autorità amministrative dei penitenziari stessi.

La componente essenziale di ogni programma di prevenzione⁶ del suicidio dovrebbe senz'altro essere e, al momento almeno in Italia sembra finalmente esserlo, l'addestramento del personale di custodia che indiscutibilmente costituisce la colonna portante di ogni istituto di pena.

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 saranno addestrati per la prevenzione dei suicidi e saranno divenuti più attenti nei confronti dei detenuti sotto la loro custodia.

Gli agenti sono spesso le uniche figure disponibili 24 ore la giorno; quindi formano la prima linea di difesa nella prevenzione del suicidio.

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 addestrati.

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. Si dovrebbero prevedere, sia nell'addestramento iniziale che negli aggiornamenti successivi, anche delle esercitazioni di "falso allarme", per assicurare una pronta risposta in caso di tentativo di suicidio.

Una volta effettuato l'addestramento degli agenti e favorita la loro dimestichezza con i principali fattori di rischio suicidario, il passo successivo sarebbe l'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 dovrebbe, 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.

Ove le risorse lo permettano, lo screening per il suicidio potrebbe essere effettuato nel contesto di una valutazione medico-psicologica, condotta da professionisti.

Laddove invece lo screening sia effettuato a carico degli agenti, si dovrebbe prevedere un addestramento appropriato, e dovrebbe essere fornita loro una lista di domande che li aiuti a valutare l'entità del rischio suicidario.

Ad esempio, nel contesto di una valutazione all'interno del carcere, una risposta affermativa ad una o più delle seguenti domande può indicare un rischio di suicidio maggiore, e quindi la necessità di un ulteriore intervento:

- Il detenuto è in stato di intossicazione da sostanze e/o ha un passato abuso di sostanze;
- Il detenuto esprime livelli insoliti di vergogna, colpa e preoccupazione per l'arresto e l'incarcerazione;
- Il detenuto ammette di avere al momento pensieri riguardanti il suicidio (sbagliato credere che non si debba domandare ad una persona se pensa, in quell'istante, di volersi suicidare perché ciò potrebbe indurlo all'azione);
- Il detenuto in passato è stato in trattamento per problemi psichiatrici;
- Il detenuto soffre attualmente di un disturbo psichiatrico, o si comporta in maniera insolita e strana, per esempio se ha difficoltà di concentrazione, parla da solo o sente delle voci;
- Il detenuto ha già tentato una o più volte il suicidio, e/o afferma che il suicidio al momento è una soluzione possibile;
- Il detenuto afferma di avere attualmente piani suicidari (da prendere in considerazione anche i contatti con i familiari ed altri detenuti vicini);
- Il detenuto riferisce di avere poche risorse interne e/o esterne di supporto;
- L'agente che ha arrestato e/o tradotto il detenuto lo ritiene a rischio di suicidio;
- Dal registro emerge che il detenuto ha già avuto in passato un rischio suicidario.

Una lista di questo tipo è parte importante di un programma di prevenzione del suicidio, per vari motivi:

- Fornisce al personale domande strutturate su alcune aree fondamentali indagate;
- Quando c'è poco tempo per condurre una valutazione più approfondita, fornisce un pro-memoria per il personale impegnato;
- Facilita la comunicazione tra gli agenti e gli operatori sanitari e psichiatrici;
- Rappresenta una documentazione legale che il detenuto è stato sottoposto a screening per valutare il rischio suicidario all'ingresso in istituto e quanto le condizioni siano cambiate.

Anche quando la valutazione è condotta dal personale medico, rimane comunque importante utilizzare una serie di domande strutturate, per le stesse ragioni.

Ogni volta che viene identificato un rischio elevato di suicidio, questa informazione dovrebbe essere inserita nella cartella personale del detenuto, in modo che le informazioni vengano passate al personale del turno successivo, o a quello dell'istituto in cui il detenuto eventualmente sarà trasferito.

In caso di screening positivo, il personale medico dovrebbe visitare il detenuto nel più breve tempo possibile.

Purtroppo, ci sono solo informazioni limitate sui potenziali fattori protettivi dal suicidio, dati che potrebbero in realtà facilitare l'identificazione del rischio e renderla più accurata.

Le procedure di screening, seppur importanti, rappresentano solo una piccola parte di un programma di prevenzione del suicidio negli istituti di pena.

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 detenzione. A tal fine, il personale può raccogliere informazioni sul grado di suicidalità del detenuto durante i seguenti momenti:

- Controlli di sicurezza di routine volti ad accertare stati di disagio psichico quali crisi di pianto, insonnia, pigrizia, estrema irrequietezza o improvvisi sbalzi di umore;
- 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 la percezione di un intento suicidario nel loro familiare detenuto;
- A causa dell'enorme numero di suicidi che avvengono in regime di isolamento⁷, i detenuti al principio di questo nuovo regime detentivo dovrebbero ricevere, come nella realtà tuttavia già avviene, un breve esame di status mentale per verificare se lo stato psichico 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.

Dopo lo screening, infine, sarà necessaria un'adeguata osservazione nel tempo, stabilendo pertanto un processo di gestione, con linee guida articolate in maniera chiara e procedure che definiscano le varie responsabilità per l'alloggio, la supervisione continua e gli interventi psichiatrici per i detenuti ad altro rischio di suicidio.

Per concludere, anche se molte volte non ci è dato di prevedere con precisione se e quando un detenuto tenterà il suicidio o lo porterà a termine, il personale del Corpo di Polizia Penitenziaria, gli operatori sanitari e il personale psichiatrico possono essere messi in grado di identificare detenuti in crisi suicidaria, stimare il loro rischio e trattare con adeguata competenza eventuali casi concreti.

Note

¹ Quaderni italiani di psichiatria, numero 2, giugno 2010.

² La prevenzione del suicidio nelle carceri, World Health Organization, pag. 7 e ss.

³ Cox JF, Morschauer PC. A solution to the problem of jail suicide. *Crisis. The journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 1997 18(4): 178-184.

⁴ 42 Buffa P., "Alcune riflessioni sulle condotte autoaggressive poste in essere negli istituti di pena italiani (2006-2007)", in *Rassegna penitenziaria e criminologica Sett-Dic. 2008*, pag7 e ss.

⁵ 43 Manconi L - Boraschi A., "Quando hanno aperto la cella era già tardi perchè: suicidi ed autolesionismo in carcere 2002-2004", in Rassegna Italiana di Sociologia gen-mar 2006.

⁶ Management of Mental and Brain Disorders, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, 2007.

⁷ Art. 33 legge 354/75.

LE REGOLE DI ACCOGLIENZA DEI NUOVI GIUNTI ALLA LUCE DELLE CIRCOLARI MINISTERIALI: STRUMENTI E COMPETENZE DELLO STAFF MULTIDISCIPLINARE NELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO AUTO – LESIVO

a cura di Roberta Maietta - vicecommissario di polizia penitenziaria

Abstract

L'Autrice si sofferma sulla necessità di conoscere in maniera adeguata il detenuto, per poter prevenire il fenomeno dell'etero/ auto aggressività e del suicidio, considerato quale gesto estremo di una sofferenza emozionale derivante dallo stato detentivo. Sul piano operativo, accanto agli interventi clinici e di comprensione della personalità del ristretto, è necessario potenziare quelli sociologici e di analisi del contesto, attraverso il contributo dei vari profili professionali operanti in ambito penitenziario. Lo staff multidisciplinare è tenuto a realizzare interventi adeguati e personalizzati, per poter intervenire al meglio in caso di disagio. La Polizia Penitenziaria, una volta affrancata dai compiti meramente istituzionali, e legati alla sicurezza, dovrà coinvolgersi in prima linea nell'attività di osservazione scientifica della personalità del detenuto. Con tale intervento, il Personale del Corpo di Polizia rafforzerà l'assunzione di responsabilità e il processo d'identificazione con l'organizzazione e la sua mission.

* * *

La pretesa di individuare gli strumenti che tendono a migliorare l'esperienza detentiva, limitando i tragici effetti connessi all'ingresso negli istituti di pena può apparire ardua, se si considerano il grave sovraffollamento e l'immanente carenza di organico che affliggono i penitenziari italiani in questo contesto storico. Gli obiettivi di sicurezza e programmazione del trattamento insiti nell'Amministrazione Penitenziaria risultano difficili da perseguire, se bisogna "fare i conti" con le centinaia di ingressi giornalieri e con i continui trasferimenti dei detenuti da un istituto all'altro per esigenze organizzative ineludibili¹. Gli stessi problemi connessi all'edilizia penitenziaria rendono poco dignitosi e alquanto traumatici non solo l'ingresso, ma anche la permanenza negli istituti, spesso angusti e gravati da profonde carenze strutturali. Il detenuto che entra in carcere, specie per la prima volta, porta sempre i più disparati elementi delle situazioni vissute e cova con frequenza preoccupante, ma giustificata, un conflitto senza fine con le figure autoritarie, o tali percepite, alle quali si oppone con tutte le sue forze in quanto le ritiene ingiuste, iper-esigenti, assurde e diverse.

Di qui, la problematica con gli operatori penitenziari, percepiti talvolta come figure distaccate, inautentiche, espressioni meramente e rigidamente verticistiche. L'Amministrazione Penitenziaria ha voluto sensibilizzare tutto il personale operante negli istituti a mantenere il massimo dell'attenzione, della sensibilità e dell'impegno, al fine di eliminare o quanto meno alleviare le sofferenze ed i disagi della popolazione detenuta cercando, in tal modo, di prevenire i comportamenti auto ed etero-aggressivi connessi a tale malessere. La privazione della libertà rappresenta un'esperienza devastante che, a seconda delle caratteristiche personali, del grado culturale e dei precedenti vissuti, può portare a conseguenze estreme, tra le quali la decisione di compiere atti di auto-lesionismo, se non addirittura di tentare il suicidio; ciò è dimostrato anche statisticamente, se si pensa che simile rischio, per le persone recluse, è circa nove volte più elevato di quanto possa rilevarsi nella popolazione libera². Tali dati hanno focalizzato l'attenzione dell'Amministrazione Penitenziaria sul fenomeno, portando all'emanazione di una serie di Circolari riguardanti il problema dei suicidi e degli atti di auto-lesionismo³ e la tutela della vita e della salute delle persone detenute⁴. Si consideri che la cautela assume il suo carattere più significativo all'atto di ingresso in istituto, in quanto provengono dalla libertà soggetti giovanissimi, anziani, tossico-dipendenti, persone in condizioni fisiche o psichiche non buone o comunque di particolare fragilità, nei confronti dei quali, la privazione della libertà può arrecare traumi accentuati, tali da determinare in essi dinamiche auto-lesionistiche e suicide. Il concetto di assistenza si fonda su continui ed adeguati interventi e sul dialogo con i detenuti nell'intento di smorzare quell'opinione, tra loro diffusa, sull'inutilità del tempo trascorso in carcere⁵. La risposta, che deve necessariamente passare attraverso il lavoro delle figure professionali che operano internamente alla struttura, facendo leva sull'intera rete di possibili supporti anche esterni alla stessa, è non solo farmacologica e specialistica, ma soprattutto relazionale. Tra gli operatori penitenziari è spesso presente il disagio di essere pochi ed insufficienti, oberati dai compiti quotidiani, con conseguenze rilevanti sul piano delle prestazioni. L'impegno di questi ultimi dovrebbe essere quello di ridefinire ogni volta il detenuto come persona in grado di compiere, adeguatamente supportato, una rivisitazione critica del suo passato e scelte consapevoli

per il futuro. L'opera del volontariato può costituire un baluardo nel contrasto di una penalità isolante, volta a moltiplicare soluzioni che potenzino offerte e valori alternativi alla cultura carceraria⁶. Certamente è indispensabile il potenziamento dei presidi psicologici e psichiatrici, ma ciò porta anche alla "sanitarizzazione" del disagio e della sofferenza. Quindi, vanno potenziate le opportunità di incontro e di ascolto non solo con gli operatori istituzionali investiti della diagnosi precoce ai primi segnali di malessere, ma di tutti coloro che gravitano intorno al soggetto⁷. Il disagio psichico e il sistema penitenziario, infatti, si connettono strettamente con l'episodio auto-lesionistico, considerato come un vero e proprio evento relazionale. In tal senso, le informazioni contenute nella cartella clinica costituiscono un ottimo supporto di verifica, sin dall'ingresso, dell'andamento dello stato emotivo della persona. Fondamentale è stimolare la soglia di attenzione del personale di polizia penitenziaria e accogliere le segnalazioni provenienti dal servizio sanitario, psichiatrico e dagli educatori al fine di attivare interventi che migliorino il vivere quotidiano della persona ristretta. La conoscenza del detenuto è indispensabile anche per comprendere meglio il fenomeno dell'etero-aggressività in carcere, in quanto i bisogni si acuiscono innanzitutto per quello stato di "soggezione dagli altri" che inevitabilmente il sistema produce. È importante, dunque, che l'operatore esprima tutte le sue capacità intuitive e conoscenze teoriche per carpire il vissuto relazionale in cui si verifica la condizione di malessere. Lo scompensamento emozionale individua una serie di motivazioni che possono indurre all'auto-lesionismo: di natura personale, familiare e sociale, ma anche giuridica (se riferite alla condanna) o logistica (relativa alle condizioni della struttura detentiva) oppure legate alla gestione della persona (sovraffollamento e condivisione con gli altri degli stessi spazi). Quando qualcuno viene etichettato (identificato come deviante), tale qualifica genera una reazione negativa da parte della stessa comunità che, se sufficientemente forte e prolungata, può alterare lo stato emotivo del soggetto e portarlo a intensificare la sua ostilità verso il sistema⁸. Bisognerebbe capire quanto le cause incidano nella sfera motivazionale, aggravando i fattori di rischio che possono determinare quello stato di reazione o di depressione che porta al gesto auto/etero-lesivo⁹ o al suicidio, quale epilogo più drammatico del disagio della detenzione. Le condotte auto-aggressive sono suddivisibili in due grandi classi: la prima, che raggruppa i tentativi riusciti o meno di auto-soppressione e una seconda, caratterizzata da una auto-aggressività finalizzata alla riduzione della tensione, senza per questo, rappresentare una vera e propria volontà di morte. Tale aspetto, in pratica sconosciuto in ambiente esterno, assume in carcere connotazioni di condivisione culturale da parte della popolazione detenuta rivestendo svariati significati: richiamo dell'attenzione per la situazione di disagio vissuta, semplice protesta e mera scelta di indirizzare l'aggressività su sé stesso piuttosto che sugli altri. L'auto-lesionismo può esprimersi attraverso ferite da taglio più o meno gravi auto-inferte, spesso su braccia e polsi oppure attraverso l'ingestione di corpi estranei (batterie, lamette da barba, posate). Per quanto attiene al compimento di gesti estremi, i detenuti in attesa di giudizio costituiscono il tasso di suicidi più alto; tale dato riporta l'attenzione su uno dei maggiori momenti di fragilità della detenzione: il primo, connesso alla custodia cautelare e invisibile dall'incognita di un futuro che può essere percepito come rovinoso. Anche l'incremento della popolazione carceraria riveste, quasi sicuramente, un'incidenza in termini di aumento dei gesti estremi, perché rende più aspre e difficili le condizioni di vivibilità. Crescita dell'affollamento ed insostenibilità della detenzione sono due fattori direttamente proporzionali. L'influenza sconvolgente che l'ambiente penitenziario esercita sull'individuo ristretto è, quindi, la fonte originaria alla quale bisogna risalire per meglio ispezionare i meccanismi che si susseguono nella mente di una persona calata in un mondo sconosciuto. Da tale disadattamento, si ramificano flussi negativi, destinati a trasformarsi in stati patologici veri e propri, che costituiscono un terreno fertile per il realizzarsi dei comportamenti anti-conservativi.

Dal punto di vista operativo, lo spostamento del fuoco dalle variabili esclusivamente cliniche e personologiche, a quelle più sociologiche e di contesto, lascia intravedere una possibilità organizzativa concreta che può, ad esempio, consentire di utilizzare meglio le figure professionali di aiuto, indirizzando e concentrando il loro contributo nei confronti delle persone che esprimono con l'auto-lesionismo un disagio esistenziale profondo¹⁰.

Una vera presa in carico presuppone il riconoscimento di una storia, di una dignità, di un progetto di vita attraverso azioni che contrastino un gesto di auto-offensività o in ultima ipotesi, di silenzio estremo. Il recente e preoccupante incremento di atti di auto-lesionismo riscontrato nelle carceri impone, in termini di assoluta urgenza e priorità, un allertamento delle Direzioni con riferimento all'intensificazione dei controlli e dell'attenzione nei confronti di tutti quei soggetti che possono classificarsi a rischio¹¹. Al fine di arginare i possibili fattori che sono alla base degli atti auto-lesivi compiuti nella prima fase detentiva, in determinati istituti, sono state delineate alcune linee guida che prendono in considerazione l'ambiente e le misure terapeutiche, come strumenti di monitoraggio e protezione di tale fenomeno¹². In ordine al primo punto, si sottolinea l'esigenza di migliorare le condizioni generali detentive (cibo, igiene), di agevolare le relazioni umane, i contatti con il mondo esterno e di incrementare la sorveglianza. Le misure terapeutiche, invece, mirano a trattamenti psichiatrici

personalizzati, disponendo, eventualmente, l'aggiunta di un gruppo di volontari che proponga progetti psico-educativi. I programmi preventivi presumono una prima valutazione da parte dello staff multi-disciplinare che deve essere ferrato in tema di fattori di rischio e realizzare una valutazione di tale fenomeno sui nuovi giunti. Affinchè la prospettiva possa essere efficace, deve avvenire entro le prime ore dall'entrata, seguita da una successiva valutazione a breve distanza. L'accoglienza è, infatti, fondamentale per evitare che vengano poste in essere scelte estreme. Dato che in alcuni carceri, l'insufficienza di risorse e l'alto turn-over rendono quasi impossibile la valutazione di tutti i detenuti, si seguono dei parametri standard volti ad individuare il rischio autolesivo, quali presenza di:

- uno stato di tossicodipendenza;
- un alto livello di vergogna, colpa e preoccupazione per l'arresto e la carcerazione;
- disperazione e paura per il futuro;
- segni di depressione e attualità di pensieri riguardo il suicidio;
- pregressi problemi di salute mentale.

Attualmente, l'aliquota del personale sanitario, educativo e di polizia penitenziaria è nettamente inferiore rispetto alla popolazione ristretta. Con un tale rapporto di forza, il tentativo di prevenire e ridurre l'auto-aggressività, passa anche per il tramite di una migliore distribuzione del personale, il cui operato deve essere indirizzato a ben precisi risultati. Oltre il 92% dei casi, infatti, è riferito a comportamenti che non indicano vere e proprie volontà auto-aggressive, in quanto l'ineluttabile determinazione ad auto-sopprimersi rappresenta una condizione di difficilissima prevenzione¹³. Gli istituti di dimensioni medio-grandi vedono sovra rappresentate le condotte autolesive, in quanto le ampie strutture non favoriscono i livelli qualitativi di relazione, risultando così poco efficaci nel contenimento dell'ansia reattiva. Diretta ed immediata conoscenza delle persone e del loro atteggiamento, minore promiscuità e turn-over sono tutti elementi che attivano un rapporto interpersonale ed una maggiore attenzione. Tali condizioni non sono di facile realizzazione negli istituti di maggiore capienza, ove il flusso è vorticoso e non consente, spesso, neppure il tempo di conoscere le persone in ingresso. Un altro dato di notevole rilievo è che l'auto-aggressività è posta prevalentemente in essere da persone non condannate definitivamente, che vivono una condizione di insicurezza e di attesa rispetto al futuro e ciò può costituire elemento di angoscia esistenziale.

L'ingresso in carcere comporta un impatto stressante, se solo si pensa che la maggior parte dei suicidi viene registrata nei primi novanta giorni di detenzione ed in particolare nella prima settimana. Si parla di un vero e proprio effetto ingresso, che si può desumere dall'andamento delle condotte auto-aggressive, che decrescono nel corso del primo anno dal momento dell'entrata. La polizia penitenziaria ha il preciso onere di tutelare il diritto alla salute dei soggetti che ha in custodia; tuttavia, può capitare che la mancata reiterazione degli episodi reattivi generi una riduzione della sorveglianza. Di conseguenza, l'auto-lesionismo non dovrebbe essere percepito come diffusissimo e di difficile approccio, ossia come caratteristica ineliminabile della pena detentiva¹⁴. Altro errore è di legare tale fenomeno esclusivamente alle condizioni psicologiche del soggetto, senza tener conto delle altre variabili presenti nel contesto del penitenziario. Una possibile attività preventiva dovrebbe avere più attenzione alla strutture e ai beni in uso all'interno del contesto detentivo. Alla luce della paventata carenza di organici a disposizione, devono essere attivati gli interventi più opportuni, senza ricorrere in modo indifferenziato alle risorse. Oltre le carenze strutturali, vanno annoverate altre condizioni ampiamente riscontrate tra i vissuti degli autori delle condotte auto-aggressive, quali: la promiscuità tra soggetti con diversa posizione giuridica, l'affollamento detentivo in strutture degradate, lo scarso livello relazionale con gli operatori. Tali presupposti possono dipendere da scelte organizzative sbagliate.

In primis, le indicazioni impartite nelle prime fasi della detenzione andrebbero estese a tutto il corso della carcerazione. Oggi, soprattutto nei grandi istituti, risulta veramente difficile operare in un contesto talmente eterogeneo da costringere molti operatori ad interventi generici ed indifferenziati e, come tali, spesso inefficaci. La predisposizione di regimi differenziati consentirebbe la concentrazione di risorse in ragione di bisogni ed esigenze diversi. Analogamente, un maggiore approfondimento sulle motivazioni della persona potrebbe meglio indirizzare il tipo di approccio professionale necessario, con un impiego razionale delle risorse da parte dell'Amministrazione Penitenziaria.

Lo stato psico-fisico va tenuto costantemente sotto osservazione; in particolare, le indicazioni dello psicologo sono fondamentali per la tipologia di vigilanza da attivarsi. L'auto-lesionismo, in molti casi, è praticato anche a scopo di protesta contro l'istituzione o l'autorità e per attirare l'attenzione degli operatori. Soggetti particolarmente fragili, per diversi motivi, possono, infatti, mettere in atto gesti inconsulti. L'osservazione della personalità, il contributo di tutto il personale e in particolare della polizia penitenziaria sono finalizzati a prevenire tentativi di auto-soppressione. In tal senso, va comunicato qualsiasi cambiamento nei normali comportamenti e nell'umore del soggetto, osservato direttamente o anche riportato dagli stessi compagni di detenzione; la comunicazione in tali casi è rivolta a tutto il personale, di ogni ruolo e qualifica. Supponiamo il caso in cui venga disposta la sorveglianza a vista, che si sostanzia in un'attività di osservazione e di controllo nelle 24 ore mediante la predisposizione di un servizio a turno, nel quale il personale si alterna nel costante ed ininterrotto controllo visivo dei movimenti compiuti dal detenuto all'interno della camera detentiva. Sarebbe opportuno che il provvedimento che dispone tali servizi indichi analiticamente le modalità di svolgimento dello stesso ed i comportamenti da assumere in caso di comportamento sospetto del detenuto. Qualora, invece, ciò non dovesse accadere, si ritiene di fondamentale importanza l'intervento del Comandante e degli Ispettori a capo delle Unità Operative, i quali dovrebbero erudire il personale al fine di effettuare il servizio nel modo più efficace possibile, fugando qualsiasi dubbio o difficoltà interpretativa in merito alle prescrizioni imposte. Naturalmente, è compito del Comandante di Reparto, predisporre, le linee guida da seguire durante il compimento di tale attività, scegliendo operatori con spiccate doti di osservazione e motivandoli adeguatamente in merito alla tutela dell'incolumità della persona. Questi, infatti, rappresentando la figura professionale maggiormente competente a conoscere la situazione all'interno delle sezioni, riveste un ruolo decisivo nell'assegnazione del nuovo giunto nei reparti detentivi.

In effetti, rilevata la possibilità di rischio suicidario in capo a quest'ultimo, deve attivarsi un meccanismo coordinato dal Comandante di concerto con l'Autorità Dirigente dell'istituto, al fine di individuare la collocazione più idonea ad evitare che il soggetto ponga in essere un gesto estremo. A ciò va aggiunto l'impiego di personale di comprovata esperienza e forte capacità di dialogo e osservazione. E', inoltre, cura del capo dell'Area Sicurezza chiedere ai propri collaboratori dei periodici rapporti che mostrino in modo esaustivo il quadro della situazione, al fine di poter scongiurare l'evento critico. Si rammenta, in ogni caso, che tali rapporti dovrebbero pervenire in un contesto di integrazione e circolarità di informazioni tra le varie Aree, affinché vengano intensificati i colloqui con il soggetto a rischio e prese le determinazioni ritenute più valide. Un'elevata commistione tra le varie figure professionali genera un'efficace perseguimento della comune mission istituzionale. Fondamentale per la realizzazione del progetto risulta essere, infatti, la partecipazione congiunta degli operatori e la condivisione delle linee guida del lavoro di gruppo.

I tentativi di suicidio più frequenti avvengono, generalmente, tramite l'impiccagione: gli strumenti comunemente usati sono strisce di lenzuola, cinte di pelle, di accappatoio e stringhe di scarpe. L'auto-lesionismo viene effettuato anche tramite ferite profonde che portano al dissanguamento (a mezzo di lamette o pezzi di vetro), overdose da psicofarmaci, eventualmente accumulati e sfuggiti al controllo, assunzione di sostanze nocive, in qualche modo venute in possesso del soggetto, ingestione di lamette o batterie; addirittura alcuni soggetti tentano di sopprimersi "dandosi fuoco" oppure cercano di soffocarsi utilizzando sacchetti di plastica o aspirando il gas contenuto nelle bombolette dei fornellini da campo, dei quali è consentito l'uso nelle stanze.

Gli interventi del personale, nel caso il soggetto riesca a porre in essere tali atti, vanno coordinati ed eseguiti con le cautele necessarie in relazione al pericolo da affrontare, al tipo di tentativo attuato, alle precauzioni di tipo sanitario. Il Comandante deve organizzare le operazioni di soccorso con un numero di unità adeguato, munendo le stesse eventualmente di tute di protezione, mascherine, estintori, lacci emostatici e guanti. E' evidente che il primo dovere del poliziotto, preposto alla vigilanza, è di intervenire tempestivamente per impedire le estreme conseguenze, dando subito l'allarme, informando i superiori gerarchici e il personale medico.

Anche il ritardato o mancato soccorso può configurare responsabilità di carattere disciplinare e penale. In caso di fallimento del tentativo, il Comandante, previa consultazione con lo psicologo, può disporre ulteriori misure di protezione per il soggetto, privandolo di qualsiasi cosa con la quale possa ripetere il gesto, eventualmente sottoponendolo a osservazione costante del personale medico, in apposito reparto e a sorveglianza a vista del personale di polizia penitenziaria.

In ogni caso, al fine di garantire l'incolumità dell'utenza, è sempre bene che la polizia penitenziaria effettui una vigilanza mirata alle caratteristiche e particolarità della sezione, con riferimento alla tipologia dei nuovi giunti e alla loro pericolosità potenziale, nonché alle qualità strutturali. Il Comandante ha il compito di sensibilizzare il

personale in ordine ai propri compiti istituzionali, onde evitare che situazioni “abitudinarie” possano ridurre il normale livello di attenzione. In tal senso, l’operatore ha il dovere di rispondere sempre alle chiamate dei ristretti, purchè non siano ripetute per futili motivi; aprire le stanze, laddove si appalesino situazioni d’urgenza (tentativo di impiccagione) e dando, comunque, l’allarme con i mezzi a disposizione.

La polizia penitenziaria deve esercitare, nel rispetto dei relativi ordini di servizio, l’opportuna vigilanza soprattutto in casi particolarmente delicati, quali isolamento, grande sorveglianza e sorveglianza a vista, che richiedono un maggior grado di impegno. In merito ai suddetti servizi, infatti, sono istituiti registri delle consegne separati, che devono essere sottoscritti dal personale, ad ogni cambio turno, e che vengono supervisionati dall’Ispettore responsabile del settore, che ne cura gli aggiornamenti. A tale proposito, la vigilanza va incrementata proprio nel corso di momenti critici, successivamente dopo e nelle ore notturne, eseguendo più frequenti “giri” di controllo e prestando attenzione ad ogni rumore sospetto.

Il Comandante e i responsabili di settore esercitano la supervisione sulle modalità operative degli appartenenti ai ruoli inferiori, non solo a scopo di verifica e valutazione, ma anche come supporto e riferimento costante, per fornire ogni utile indicazione sul servizio da svolgere, su eventuali dubbi, nonché correggere le unità che presentino lacune nel lavoro prestato, indirizzandole al più idoneo atteggiamento professionale. Tale supervisione ha il suo fondamento nel lavoro di coordinamento e di trasmissione delle disposizioni dell’Autorità Dirigente al personale al quale sono destinate. Il Comandante può stimolare la motivazione della Polizia Penitenziaria a tale progetto anche attraverso il coinvolgimento in appositi corsi di formazione. Del resto, il consolidarsi di un sistema ove i detenuti hanno precisi interlocutori con cui interfacciarsi esalta lo stesso operato della polizia penitenziaria, che, senza mai svincolarsi dai compiti istituzionali connessi alla sicurezza, risulta ampiamente coinvolta nelle attività di reparto, fornendo preziose informazioni sulla tipologia detentiva, ivi ristretta. Emblematica, in proposito, risulta la diminuzione degli eventi critici sul piano dell’ordine interno, registrati durante le prime fasi di permanenza negli istituti ove il personale si attenga alle predette indicazioni¹⁵. All’interno delle strutture penitenziarie, che si differenziano per tipologia di utenza e finalità del contenimento, cooperano figure professionali molto diverse tra loro, per formazione, metodi e strumenti di intervento¹⁶.

La loro finalità più ampia consiste nella progettazione e realizzazione di trattamenti qualitativi, calibrati in relazione alle specificità personali e alla storia giudiziaria e penitenziaria pregressa dei soggetti che giungono in istituto¹⁷. L’individualizzazione del trattamento non può, dunque, prescindere da una conoscenza il più possibile completa dei destinatari dell’intervento, realizzata attraverso l’osservazione scientifica della personalità. Il senso del lavoro interprofessionale sta nell’intraprendere un percorso comunicativo che nasca dall’esplicitazione delle specificità professionali, per arrivare a costruire un linguaggio di condivisione delle informazioni provenienti dai diversi punti di vista. Ulteriore obiettivo è quello di comprendere i bisogni individuali attraverso una lettura interdisciplinare che consenta di monitorare costantemente l’effettiva realizzazione degli interventi e l’eventuale necessità di modifica delle linee programmatiche¹⁸. Il primo fine è quello relativo all’eliminazione delle disfunzioni organizzative e dei disservizi, che derivano dalla comunicazione poco funzionale tra gli operatori che si interfacciano con il detenuto, all’atto di ingresso in istituto. In merito al servizio prestato dal personale di Polizia Penitenziaria, uno degli scopi di più difficile realizzazione è quello che mira ad educare ad una mentalità lavorativa improntata più al processo lavorativo che ad una singola attività, laddove si tende, per mancanza di tempo, a seguire solamente un segmento del processo di lavoro e a tralasciare il risultato finale. In tal senso, emerge la necessità da parte del Comandante di Reparto di stimolare la propensione al raggiungimento degli obiettivi, anche attraverso attività formative che rafforzino l’interiorizzazione dei messaggi trasmessi nelle ordinarie Conferenze di servizio. I risultati raggiunti collettivamente devono, quindi, rappresentare motivo di orgoglio individuale. Questa tappa necessita di una fase, da curare quotidianamente, di estrinsecazione delle soluzioni da raggiungere, in modo da segnalare al personale la meta, il percorso e i tempi di percorrenza.

Indicare la meta al poliziotto che ogni giorno varca la soglia del carcere, può costituire un ottimo antidoto contro l’insano virus della demotivazione, e avviare il processo, da sempre auspicato, di identificazione con l’organizzazione, con la mission e i suoi valori.

La responsabilizzazione del personale mira a stimolare una maggiore sensibilità per gli aspetti che attengono alle peculiarità dell’utenza che fa ingresso in istituto, superando la rigidità derivante dall’applicazione dei classici schemi custodiali.

In riferimento all’operatività dello staff multi-disciplinare, considerando la sua accezione di servizio rivolto ad un’utenza che presenta specifiche e complesse problematiche, la sfida istituzionale sta nell’impegno assolto per

promuovere la possibilità che il nuovo giunto utilizzi l'operatore per migliorare la propria condizione di vita. Il personale, infatti, partendo dalla consapevolezza della condizione di malessere connessa all'esperienza detentiva, dovrebbero realizzare interventi mirati ed attenti alla specificità del singolo nella prospettiva di un'effettiva presa in carico di tale disagio.

La valenza del gruppo professionale sta, appunto, nella possibilità di attivare un intervento primario attraverso l'avvallo di diversi livelli di competenza e l'impiego di risorse tecniche e personali. Il ragionamento fondato su una mente gruppale, se da un lato può appesantire il processo di gestione della presa in carico, dall'altro, l'arricchisce di contenuti attraverso un confronto costante e continuo fra tutte le figure professionali del carcere¹⁹. I detenuti sono più di 61mila in Italia, quasi due milioni in Europa, dieci milioni nel Mondo²⁰. È interessante la riflessione sulla "resistenza" al carcere, cioè sul modo di contrastare quei processi che mettono la persona a dura prova, rendendo difficile la quotidianità detentiva. Esistono i cd. "fattori di resilienza" relativi alla capacità soggettiva di ritrovare rapidamente un equilibrio dopo l'evento negativo, che sono rimessi alle risorse del soggetto, alla progettualità individuale e alle sue capacità relazionali. Chi ha queste caratteristiche, è in grado di reggere meglio le dinamiche penitenziarie.

Laddove la persona sia priva di tali risorse, è dovere dell'operatore attivare gli strumenti che rendano meno traumatico l'ingresso nella struttura. Non è il protrarsi della detenzione la causa prevalente del disagio, ma è essenzialmente l'impatto con il carcere, la mancata e pronta assuefazione allo stesso. Tuttavia, anche se i fattori più significativi sono riconducibili a persone vulnerabili e psichicamente labili, concorrono purtroppo quelli connessi alla insufficiente capacità di risposta dei servizi degli istituti in riferimento alle risorse sanitarie e trattamentali. Tali malesseri sono, inoltre, acuiti dal processo di istituzionalizzazione che caratterizza il carcere e che può essere sintetizzato nella "spoliazione di sé", prodotta nei reclusi dalla separazione "dal loro ambiente originario e da ogni altro elemento costitutivo della loro identità".

Ad oggi, la composizione e la coesione della popolazione detenuta sono cambiate e ci si imbatte in soggetti più "fragili" che presentano un livello maggiore di solitudine.

Con gli stranieri e i tossico-dipendenti si arriva quasi ai due terzi dei detenuti: fra questi vi è anche una percentuale rilevante di malati psichici. È verosimile che, proprio per questa nuova popolazione, sia fortemente diminuita la coesione fra la stessa con riflessi sulla condivisione di quella che era la "cultura carceraria". Si consideri il dilagante fenomeno dell'auto-lesionismo, i cui autori non costituiscono più oggetto di scherno dalla restante compagine ristretta, rappresentando al contrario degli esempi da emulare. È anche vero che, se pure in misura diversa sul territorio, i vecchi istituti sono stati, in parte rilevante, sostituiti con l'effetto che le camere detentive nascono singole e sono raddoppiate per il sovraffollamento. Tutti i settori che costituiscono l'istituto penitenziario devono essere integrati tra di loro nel perseguire l'unità degli intenti, trovando nella gestione del detenuto lo scopo dell'agire e, pur nelle differenti competenze, garantire l'armonizzazione dell'azione penitenziaria, orientandola alle priorità dettate dalla nostra Costituzione²¹. Del resto, la qualità dei servizi offerti ai ristretti è una conditio sine qua non per avere un clima sereno all'interno della struttura e consentire al personale di operare in tranquillità. In tal senso, diventa necessario mettere in campo tutte le conoscenze pedagogiche e le risorse strutturali allo scopo di rendere il carcere una parentesi necessaria alla ri-costruzione della persona nei suoi molteplici aspetti. Il contributo della polizia penitenziaria in tale percorso è fondamentale in quanto, vivendo ogni momento accanto al detenuto, può cogliere ogni aspetto della sua personalità operando una vera e propria attività di intelligence, affidata alla supervisione tecnica del Comandante di Reparto. A tal fine, è importante che questi crei la consuetudine di esaltare gli episodi che hanno visto un impegno particolare del personale di polizia penitenziaria. In proposito, si è dimostrato ampiamente, come le attività realizzate dai gruppi multi-professionali nei penitenziari presi in riferimento, abbia comportato risultati estremamente positivi. Oltre alla coesione delle figure professionali operanti negli istituti, si tende ad un sempre più elevato coinvolgimento del mondo esterno.

Il carcere è lo specchio della società, la quale spesso si aspetta che tutte le situazioni meno accettabili vengano relegate lì e che sorgano sempre nuovi penitenziari, quali ultimi e soli baluardi che fungano da protezione dalla sua stessa violenza²². Il ricorso alla realtà esterna, invece, deve diventare un prezioso strumento di sostegno della persona che vive l'esperienza della detenzione e che consenta agli istituti di abbandonare qualsiasi forma di auto-referenzialità. Dato che i carichi di lavoro degli operatori non consentono, spesso, di procedere spediti verso la realizzazione degli obiettivi, le risorse umane esterne al carcere svolgono un ruolo chiave di raccordo e mediazione dei conflitti. Lo scopo di ogni operatore è, appunto, favorire percorsi che consentano di

intraprendere in maniera costruttiva e responsabilizzata il periodo detentivo, attraverso l'oculata analisi dei bisogni di cui sono portatori coloro che solcano, specie per la prima volta, la soglia della prigione²³.

Riferimenti bibliografici

- ARZONE R. Un impatto drammatico, in "Le due città", novembre 2001
- BACCARO L. - Morelli F. In carcere: del suicidio e di altre fughe, in "Ristretti orizzonti"
- BERTÈ F. Nuovi giunti. Racconti dal carcere, Editrice Monti
- BRUNETTI C. - Ziccone M. Diritto penitenziario, Gruppo editoriale Esselibri - Simone, 2010
- BUCARELLI A. - Pintor G.P. Morte e detenzione, in "Rassegna italiana di criminologia", Edizioni Giuffrè, Milano, 1991
- BUFFA P. Alcune riflessioni sulle condotte auto-aggressive poste in essere negli istituti penali italiani (2006 - 2007), in "Rassegna penitenziaria e criminologica", n. 3, Nuova Serie, Anno XII, Settembre - Dicembre 2008
- CANEPA M. - Merlo M. Il trattamento penitenziario nell'ordinamento vigente, in "Manuale di diritto penitenziario", Giuffrè Editore
- Ceraudo F. Metodi adoperati in carcere per il suicidio, in "Principi fondamentali di medicina penitenziaria", Pisa 1988
- COCO N. Ipotesi per una riforma del servizio nuovi giunti. Bion, n. 1 - 3, dicembre 1997
- CREPET P. Le dimensioni del vuoto e il suicidio giovanile, Edizioni Feltrinelli, Milano, 1993
- DE LEO G. - Patrizi P. Le funzioni del trattamento e l'ottica dell'interprofessionalità, in "Psicologia giuridica", Il Mulino - Aspetti della psicologia
- DURKHEIM E. Il suicidio, Edizioni Utet, Torino, 1987
- GIANFROTTA F. Gli obiettivi dell'Amministrazione Penitenziaria
- IMBURGIA M.L. Il ruolo dello psicologo nel trattamento penitenziario, da "Esperienze sociali", n. 83/2001
- LAGANÀ E. Il disagio psicologico nella carcerazione. Il ruolo del volontario, in "Detenuti in attesa di giudizio - carcerazione preventiva e società" a cura di Seac Sicilia e Cesvop
- MAROTTA G. Sondaggio d'opinione sul servizio nuovi giunti in una prospettiva di riforma. Bion, n. 1-3, 1997
- PAGE S. Suicidio ed istituzioni totali, Londra, 1994
- PAJARDI D. - Vagni M. Sistema penitenziario ed intervento della psicologia, in "Prospettive di psicologia giuridica", Giuffrè Editore
- PATETE D. Ingresso in Istituto, in "Manuale di diritto penitenziario", Laurus Robuffo
- POMPILI M. Il suicidio nelle carceri. II: la situazione italiana ed elementi di prevenzione, in "Psichiatria e Psicoterapia", Psichiatria di comunità, 2006
- RIGIONE S. - Roncato G. Per non morire di carcere, Edizione Angeli

- SANNA N. Sindromi reattive alla carcerazione in “Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense” a cura di F. Ferracuti, Vol. XII
- SERRA C. Psicologia Penitenziaria, Giuffrè 1999
- Statistiche delle presenze negli Istituti penitenziari italiani, in “Fonte Dap, elaborazione Pianeta Carcere”
- STENGEL E. Il suicidio e il tentato suicidio, Edizioni Feltrinelli, Milano, 1977
- STURNIOLO I. Molteplicità soggettiva, in “Problematica pedagogica penitenziaria”, Edizioni Laurus Robuffo, Roma
- TERRACINA G. Il fenomeno suicidario negli istituti penitenziari, in “Rassegna penitenziaria e criminologica”. Anno 2 - dicembre 1998

Note

- ¹A tale proposito, l'art. 42 dell'Ordinamento Penitenziario, espressamente, richiama il principio della territorialità della pena, stabilendo che: nel disporre i trasferimenti deve essere favorito il criterio di destinare i soggetti in istituti prossimi alle residenze delle famiglie.
- ²F. TAGGI, R. TARTARELLI, G. POLIDORO, I. MANCINELLI, 1997.
- ³ Circ. D.A.P. n. 3173/5623 del 07 aprile 1986. Suicidi ed atti di auto-lesionismo; circ. D.A.P. n. 3524/5974 del 12 maggio 2000. Atti di autolesionismo e suicidi in ambiente penitenziario. Linee guida operative ai fini di una riduzione dei suicidi nelle carceri; circ. D.A.P. n. 434312 del 18 dicembre 2008. Prevenzione dei suicidi e tutela della salute e della vita delle persone detenute e/o internate; circ. D.A.P. n. 32296 del 25 gennaio 2010. Emergenza suicidi. Istituzione di unità di ascolto di Polizia Penitenziaria.
- ⁴ Circ. D.A.P. n. 3182/5632 del 21 luglio 1986. Tutela della vita e della salute delle persone detenute; circ. D.A.P. n. 2844 del 17 giugno 1997. Tutela della vita e della salute delle persone detenute.
- ⁵ I. STURNIOLO. Problematica pedagogica penitenziaria.
- ⁶ E. LAGANA'. Disagio psicologico nella carcerazione. Il ruolo del volontariato, in “Detenuti in attesa di giudizio. Carcerazione preventiva e società”.
- ⁷ Circ. D.A.P. n. 32296 del 25 gennaio 2010. Emergenza suicidi. Istituzione di unità di ascolto di Polizia Penitenziaria. Il dettato ministeriale contempla la creazione di unità dedite al sostegno psicologico del detenuto e composte da personale di Polizia Penitenziaria, componenti dell'Area Educativa ed esponenti del mondo esterno.
- ⁸ BECKER. Teoria dell'etichettamento trasposta in ambiente penitenziario.
- ⁹ M. DE PASCALIS. Come migliorare la conoscenza del detenuto. Un passo avanti sul piano dell'osservazione scientifica e del trattamento, in “Per non morire di carcere”.
- ¹⁰ P. BUFFA. L'attenzione al disagio psichico in carcere: dalla responsabilità formale al pragmatismo etico, in “Autonomie locali e servizi sociali”, 2003.
- ¹¹ Circ. D.A.P. n. 2844 del 17 giugno 1997. Tutela della vita e della salute delle persone detenute. Atti di auto-lesionismo e suicidi in ambiente penitenziario; circ. D.A.P. n. 0434312 del 18 dicembre 2008. Prevenzione dei suicidi e tutela della vita e della salute delle persone detenute e/o internate.
- ¹² M. POMPILI, C. FERRARA, P.M. GALEANDRO, V. NARCISO, C. OLIVIERI, C. CECCHITELLI, R. TARTARELLI. Suicidio nelle carceri, II. La situazione italiana ed elementi di prevenzione in “Psichiatria e Psicoterapia” (2006) 25, 4, 309-322. Psichiatria di Comunità.
- ¹³ D. GONIN. Il corpo incarcerato, 1994.
- ¹⁴ P. BUFFA. Alcune riflessioni sulle condotte auto-aggressive poste in essere negli istituti penali italiani (2006-2007), in “Rassegna penitenziaria e criminologica” n. 3 del 2008.
- ¹⁵ Vedi al paragrafo 3.4 i discreti risultati raggiunti negli istituti penitenziari presi in considerazione circa la diminuzione dei fenomeni auto-soppressivi connessi all'ingresso in carcere.
- ¹⁶ C. SERRA, 1995.
- ¹⁷ G. DI LEO - P. PATRIZI. Le funzioni del trattamento e l'ottica dell'interprofessionalità.
- ¹⁸ G. DI LEO, 1995.
- ¹⁹ M.S. DI TULLIO D'ELISIIS. L'intervento penitenziario quale sfida professionale: competenze e contesti a confronto.
- ²⁰ Dati International Centre for prison, Studies of King's college, London.
- ²¹ Circolare D.A.P. n. 24103 del 20 gennaio 2011. Progetto di Istituto: evoluzione del Progetto Pedagogico. Linee di indirizzo per l'anno 2011.
- ²² L. Baccaro - F. Morelli. In carcere: del suicidio e di altre fughe, in “Ristretti orizzonti”.
- ²³ Conferenza del Capo del Dap sui compiti di polizia giudiziaria della Polizia Penitenziaria. La specificità della polizia penitenziaria consiste nel “custodire” il bene prezioso affidato dalla Legge e che si identifica nella persona...

LE CONDOTTE AUTOLESIVE ED IL SUICIDIO NELLE CARCERI: RUOLO DELLA POLIZIA PENITENZIARIA E STRATEGIE PREVENTIVE

a cura di Michele Martinelli - vicecommissario di polizia penitenziaria

Abstract

L'Autore presenta un'analisi psico-sociale dei comportamenti autoaggressivi in carcere, considerandoli come segnali di malfunzionamento di qualcosa all'interno dell'apparato penitenziario. Alla luce di queste considerazioni, vengono auspicati degli elementi correttivi, come l'attenzione da parte del comandante di reparto di Polizia penitenziaria, sull'eventuale disagio dei detenuti. Pertanto si rende opportuna una collaborazione sinergica tra le varie aree e figure professionali all'interno del penitenziario, per reperire le soluzioni più efficaci, a livello di prevenzione del fenomeno suicidario. Per esempio, quando il rischio di atti auto o etero – aggressivi da parte di un ristretto risulta elevato, lo psichiatra incaricato dovrà richiedere la predisposizione di una sorveglianza particolarmente attenta. A questo proposito l'Amministrazione Penitenziaria ha emanato varie circolari, con le quali si esorta tutto il personale, per le rispettive competenze, a garantire il massimo impegno con prontezza, efficacia e scrupolo, allo scopo di prevenire il verificarsi di atti di autolesionismo da parte dei detenuti.

Il "Presidio nuovi giunti" ed il "Servizio di ascolto", istituiti per attenuare gli effetti traumatici dello stato detentivo e per individuare eventuali disagi psico-fisici, hanno come finalità primaria quella di predisporre tutti gli interventi a tutela dell'incolumità fisica e psichica del detenuto. In quanto "istituzione totale", la struttura detentiva esercita un controllo pressoché globalizzante sulle attività dei detenuti, privandoli della propria identità mediante regole molto rigide.

* * *

Il fenomeno degli atti di autolesionismo e delle condotte auto aggressive in carcere costituisce un tipico esempio di criticità del sistema penitenziario italiano che, soprattutto negli ultimi anni, si sta verificando con preoccupante frequenza.

Si tratta di campanelli d'allarme che devono far riflettere sul fatto che qualcosa all'interno dell'apparato penitenziario non sta funzionando correttamente e per questo necessita di correttivi.

Pertanto, il comandante di un reparto di Polizia Penitenziaria deve avere sempre chiara la situazione riguardante non solo il proprio personale ma anche le condizioni psicofisiche dei ristretti ed il loro eventuale stato di disagio, il tutto allo scopo di dare attuazione al dettato costituzionale che è alla base della funzione risocializzante della pena.

E' proprio a tale scopo che risulta essere preziosa e fondamentale l'attività sinergica e l'integrazione professionale tra le varie aree e le varie figure professionali che operano nel carcere, al fine di trovare soluzioni che, in base alla situazione reale, vengono ritenute più opportune per evitare il verificarsi di gesti estremi che possono portare anche alla privazione della propria vita.

Infatti, riuscire a comprendere in via preventiva che il detenuto si trovi in uno stato di sconforto interiore dovuto a varie cause, oppure rilevare che lo stesso abbia propositi suicidari, forse anche finalizzati alla protesta per una decisione dell'Autorità Giudiziaria mai accettata, potrebbe essere un fattore importante per salvare una vita umana.

Quando un uomo viene istituzionalizzato, cioè privato della propria libertà, come afferma il Goffmann "è sottoposto ad un processo di spoliamento del sé a seguito della separazione dal suo ambiente originario e da ogni altro elemento costitutivo della sua identità".¹

Non si può negare che il carcere, come istituzione totale dal potere inglobante, in grado di controllare tutte le attività quotidiane dell'individuo, priva il detenuto della propria identità con l'imposizione di regole rigide ed autoritarie.

L'ingresso al suo interno è, senza dubbio ed ineluttabilmente, molto traumatico: viene preclusa l'uscita verso il mondo esterno, con conseguenziale pregiudizio per lo scambio sociale e la perdita dei riferimenti del tempo e dello spazio,² lascia il soggetto in balia di un senso di smarrimento tanto profondo da toccare il cuore dell'umanità individuale, che ne risulta perciò, mutilata e ferita.³

Le successive umiliazioni e le profanazioni del sé, la vita di gruppo obbligata, contribuiscono a creare ansia per la propria sicurezza.

Iniziano così alcuni cambiamenti nella psiche e nel comportamento del detenuto determinati dal progressivo mutare del tipo di credenze che l'individuo ha su di sé e su coloro che gli sono vicini.

Questo processo di adattamento forzato alle condizioni carcerarie è stato definito da Donald Clemmer "processo di prigionizzazione".⁴

Il segno indelebile che ne rimane nell'esperienza psichica varia da individuo a individuo, dal momento che l'influenza della detenzione nel portato emotivo dipende dalla struttura della personalità e dalla sensibilità di ciascuno, nonché dall'interazione di altri fattori d'ordine sia biologico che psicologico e sociale.

Il lavoro di Clemmer evidenzia che un regime di stretta sorveglianza, opera negativamente sulla riabilitazione del detenuto: l'imposizione delle norme comunitarie che governano la vita quotidiana individuale e nei rapporti con gli altri, ricordate e applicate in continuazione, e diventate nel tempo vere e proprie regole di comportamento, vengono interiorizzate dal detenuto molto più velocemente rispetto alle altre. Ecco perché la salute, il benessere e la vita di ogni uomo sono beni di prioritaria importanza, la cui difesa merita tanta più attenzione e impegno quando si tratta, come nel caso dei detenuti, di persone affidate alla sorveglianza ed alle cure di altri. E' questa la ratio che ispira l'ordinamento penitenziario, L.354/1975.

Le cure sanitarie diventano pertanto obbligatorie e, ancora, l'art. 13 della legge 354/1975, inserito nel Capo "Modalità di trattamento", sottolinea che, fin dall'inizio della reclusione e in tutto il corso di essa, i condannati e gli internati sono sottoposti a continua osservazione scientifica della personalità per rilevare le carenze fisiopsichiche e le altre cause di disadattamento sociale.

L'aumento considerevole dei suicidi, delle violenze fisiche e sessuali, auto ed etero dirette negli Istituti Penitenziari, portarono l'Amministrazione Penitenziaria ad intervenire in materia.

Una serie di circolari riguardanti il problema dei suicidi e degli atti di autolesionismo furono emanate al fine di alleviare le sofferenze, i disagi dei detenuti, prevenire, impedire o ridurre comportamenti di etero o autoaggressione.

Prima fra tutte, la circolare Amato⁵, con cui l'allora Direttore Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena, affrontò per la prima volta il preoccupante problema degli atti anticonservativi.

Tale documento indicava alcune categorie di detenuti che, per la loro maggiore fragilità, erano più esposti ad eventuali intimidazioni, ricatti, prevaricazioni da parte di altri reclusi, nonché, al rischio di condotte suicide.

I malati di mente, per esempio, ma anche i tossicodipendenti, i giovanissimi, coloro che fanno ingresso in istituto per la prima volta, tutti coloro i quali, in generale, vivono la privazione della libertà in maniera particolarmente sofferta e traumatica sono indubbiamente tra i soggetti da considerarsi più a rischio.

Alla luce di tali premesse, la circolare si proponeva di indicare, inoltre, gli strumenti attraverso i quali contenere il dilagante fenomeno dei suicidi in carcere.

A questa prima circolare ne seguì, nel 1987 una nuova circolare "Amato" dal titolo "Tutela della vita e dell'incolumità fisica e psichica del detenuto e degli internati", che esprimeva preoccupazione per l'ulteriore aumento del numero dei suicidi ed- individuava, in un'ottica preventiva, l'atto d'ingresso della persona in istituto come il momento più significativo. Sottolineava la necessità di intervenire tempestivamente al momento dell'ingresso allo scopo di accertare qualsiasi eventuale situazione personale di fragilità psicofisica e qualsiasi eventuale inclinazione, tendenza o sintomo suscettibile di tradursi in un atto auto aggressivo o di rendere il soggetto più vulnerabile all'altrui aggressività.

Si davano disposizioni affinché in ogni istituto di pena venisse creato un particolare servizio per i detenuti e gli internati nuovi giunti dalla libertà, consistente in un presidio psicologico che avrebbe affiancato, pur senza sostituirli, la prima visita medica (art.11 III° comma Legge 354/1975) ed il colloquio di primo ingresso (art. 23 IV° comma D.P.R. 431/1976)⁶.

Tali iniziative sono state adottate non solo per raggiungere obiettivi di efficienza amministrativa, misurabili sulla base di indicatori statistici e di gestione, ma anche con l'intento di umanizzazione della vita detentiva, dunque per rimuovere le cause profonde del disagio e non semplicemente per contrastarne i sintomi.

Determinante per la nascita del “presidio nuovi giunti”, come ricordato dal Prof. C. Serra⁷, sono stati i nuovi problemi che si profilavano all'interno dell'istituzione penitenziaria, in particolare quelli connessi alla tossicodipendenza, al fenomeno dell'aids, alla presenza degli stranieri” ma, tuttavia, cogliendo una suggestione offerta dalla lettura dell'intervento di Daga, è plausibile pensare che è l'aumentata sensibilità al fenomeno a far sì che lo stesso venga selezionato come problema e a comprenderne la prevenzione nell'operatività penitenziaria attraverso l'istituzione di un intervento ad hoc.

Infatti è nella fase iniziale della restrizione della libertà che possono verificarsi forme di reazione abnormi o di comportamenti anomali che in psichiatria vengono classificate come “disturbi dell'adattamento”, reazioni emotive di eccitazione, distruttive, depressive, ansiose.

Alcune di queste reazioni sono dovute al clima particolarmente teso dell'ambiente detentivo, ma soprattutto al carico di frustrazione che la carcerazione comporta. Come risulta dall'esperienza empirica, nonché dai più attendibili studi in argomento, il momento di maggior rischio per il compimento di scelte estreme è rappresentato dalla fase iniziale della carcerazione, specie se accompagnata da un periodo di isolamento.

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.

Le successive circolari e direttive⁸ emanate mirano ad arginare la recrudescenza di tale fenomeno, descrivendo dettagliatamente ed in modo articolato tutti gli interventi possibili che il personale di Polizia Penitenziaria dovrà compiere al momento dell'ingresso del nuovo giunto al fine di attenuare gli effetti traumatici della privazione della libertà e predisporre tutti gli interventi a tutela della incolumità fisica e psichica conseguente all'ingresso in istituto e nello stesso tempo stimolare le istituzioni e tutti gli operatori penitenziari al fine di eliminare, o quantomeno ridurre, le condizioni di disagio, insensibilità e difficile vivibilità che possono verificarsi negli Istituti penitenziari.

Il servizio nuovi giunti non deve risultare, quindi, fine a se stesso; occorre invece, che il presidio operi una effettiva presa in carico da parte del personale di polizia soprattutto degli operatori dell'area educativa e sanitaria, dei detenuti classificati a rischio facendo rientrare nel momento terapeutico un adeguato ed individualizzato trattamento psicologico del disagio e del disturbo rilevati. Per il raggiungimento di tale obiettivo è fondamentale il coinvolgimento di tutto il personale di Polizia Penitenziaria.

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-istituto “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.

In realtà spetterebbe al personale competente, gli psicologi e non ai poliziotti penitenziari il compito di valutare se un detenuto è a rischio suicidio, ma nella prassi, anche a causa delle note carenze, le figure professionali istituzionalmente deputate all'assistenza psicologica del detenuto risultano (nelle ore pomeridiane, serali e notturne in cui più di frequente si verificano gli eventi a maggiore criticità) per lo più assenti o, comunque, non prontamente reperibili.

In assenza di psicologi, si prende atto che la funzione di supporto psicologico e umano è spesso delegata al personale di Polizia Penitenziaria, la cui assidua e costante presenza all'interno delle sezioni detentive nell'arco delle 24h, rappresenta una risorsa utilmente spendibile e tale da assicurare ogni intervento diretto ed immediato, anche se ciò non rientra, come evidenziato dalla stessa circolare, nel primario compito istituzionale.

Infatti, l'art. 5 della legge 395/1990 recita che: "la Polizia Penitenziaria partecipa, anche nell'ambito di gruppi di lavoro, alle attività di osservazione e di trattamento rieducativo dei detenuti e degli internati".

Anche il contatto precoce con i volontari, sarà utile sia per mantenere relazioni da parte del ristretto con la propria famiglia sia per l'ascolto delle loro problematiche. Ai nuovi giunti sarà obbligo informarli dei diritti di cui il ristretto può fruire, delle regole di vita dell'istituto penitenziario, del regolamento interno, dei servizi interni, delle ragioni della detenzione, sulle opportunità offerte dalle associazioni di volontariato ovvero di quell'insieme di norme non solo di condotta ma anche e soprattutto di interazione sociale.

Quest'aspetto è particolarmente importante perché è nella vita quotidiana che il detenuto gioca la propria responsabilità di continuare ad essere individuo; è in questo ambito che il soggetto intreccia una serie di relazioni sociali ed interazioni che incidono fortemente sulla sua personalità ed identità. Per questo è fondamentale porre il ristretto in grado di utilizzare le risorse che il sistema mette a disposizione ed è per questo che verranno consegnati opuscoli informativi in versione multilingue.

Uno studio su questo tema, condotto da Buffa⁹, 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, con la reattività disciplinare contro lo staff, i compagni di detenzione e con i fenomeni pantoclastici. Questo studio ha altresì dimostrato che tali fenomeni non si distribuiscono in modo indifferenziato 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, avrebbero maggiore difficoltà a cogliere quelle limitate opportunità che il carcere offre.

Vari autori (Caglio, Piotti, Gonin)¹⁰ hanno dato un'interpretazione delle motivazioni che spingono un detenuto ad auto infliggersi una lesione più o meno cruenta fino ad arrivare a quella autosoppressiva e concordano che tali gesti sono l'espressione di un disagio con gradi di diversa gravità, affrontati in ragione di una diversa capacità di coping, in una situazione di stress emotivo.

Studi recenti sono giunti alla conclusione che influiscono su coloro che compiono tali gesti, variabili di natura esogena di ordine sociale ed istituzionale, piuttosto che variabili endogene e patologiche¹¹.

Accentuare, aggravare o addirittura inventare una malattia per un detenuto può voler dire ottenere benefici, per esempio, evitare di presenziare al processo e sperare in un rinvio dell'udienza o magari avere il trasferimento in luogo esterno di cura, oppure avere la concessione degli arresti domiciliari.

I detenuti con disturbi di personalità antisociale o sociopatici sono in genere più inclini ai tentativi di manipolazione in quanto hanno più difficoltà ad adattarsi ad un ambiente ipercontrollato e alle comuni condizioni della vita in carcere¹².

Per altri detenuti, invece, gli atti autolesionistici rappresentano una modalità per ridurre la tensione¹³.

La scelta del tipo di simulazione dipende da una serie di fattori quali ad esempio il livello intellettuale del simulatore, il suo grado di autosuggestibilità, la possibilità di mettere in atto meccanismi psicofisici riflessi e di controllarli con la volontà.

Il detenuto per poter ottenere un beneficio strumentalizza al massimo il proprio organismo, rasentando forme di autolesionismo rischiosissime. Pensiamo a gesti di autolesionismo come l'ingestione di corpi estranei o lo sciopero della fame che rappresentano i mezzi più significativi a cui spesso fa ricorso il detenuto per poter richiamare l'attenzione delle autorità competenti sulla propria posizione processuale.

Il gesto autodistruttivo è, in ogni caso, dettato da diverse motivazioni cosce ed inconscie ed è condizionato sia da fattori esogeni legati all'ambiente, sia da fattori endogeni legati all'individualità del soggetto ecco perché una

valutazione psicologica approfondita del detenuto dovrebbe essere condotta immediatamente dopo l'evento, non appena le circostanze cliniche lo consentono.

La valutazione dovrebbe chiarire i fattori che hanno precipitato l'atto autolesivo, il grado di intenzionalità dell'atto, le problematiche (sia acute che croniche) che il detenuto sta affrontando, la presenza o meno di un disturbo psichiatrico, la probabilità di una ripetizione dell'atto a breve termine, il tipo di aiuto necessario e quello che il detenuto è in grado di accordare¹⁴.

Quando il rischio di atti auto o etero-aggressivi è elevato, lo psichiatra richiede la predisposizione di una sorveglianza particolarmente attenta del detenuto, al fine di prevenire eventuali gesti violenti.

A questo proposito sono state emanate varie circolari dall'amministrazione penitenziaria¹⁵, con le quali si raccomanda a tutto il personale, secondo le rispettive competenze, di garantire costantemente con prontezza, efficacia e scrupolo, il massimo impegno, allo scopo di prevenire il verificarsi di suicidi e di atti di autolesionismo da parte dei detenuti, sia rimuovendone, per quanto possibile le cause, sia impedendone l'esecuzione. Infatti viene riconosciuto allo Stato il potere di intervenire coattivamente quando l'atto è talmente grave da porre in pericolo la vita dello stesso autore oppure quando l'atto è sintomo di una malattia mentale che limita o esclude la capacità di autodeterminarsi.

Nel caso in cui un detenuto rifiuti consapevolmente le cure prestategli, vengono a scontrarsi il diritto ineludibile dell'individuo di far ciò che egli meglio crede che sia il bene per se stesso, con il dovere dell'Amministrazione di garantire l'integrità psico-fisica del detenuto che le è stato affidato dalla collettività.

Da eventi registrati, da motivazioni dichiarate a giustificazione dei gesti autoaggressivi e da alcuni studi compiuti da P. Buffa presso la Casa Circondariale di Torino, è emerso che varie sono le cause che spingono un detenuto a gesti autoaggressivi.

Le motivazioni possono essere suddivise tra quelle con finalità dichiaratamente più strumentali da quelle legate ad un disagio più marcatamente esistenziale.

Tra le prime sono compresi i riferimenti sanitari, dimostrativi, quelli legati a problematiche giudiziarie, ai trasferimenti amministrativi e alle minacce ricevute da terzi.

Tra le seconde, quelle relative ai disturbi psichici, alle condizioni familiari, ai momenti di sconforto e di reattività e più genericamente a motivi personali¹⁶.

Anche la scelta degli strumenti, è legata alla modalità autoaggressiva che si intende adottare ed alla facilità di reperirli nel contesto detentivo.

L'ingestione di corpi estranei, chiodi, chiavi, spilli, lamette, pile, rappresenta lo strumento di autoaggressione più usato negli istituti penitenziari al fine di richiamare l'attenzione degli operatori del settore e conseguentemente raggiungere l'obiettivo prefissato.

Tali atti rappresentano certamente un'aggressione nei confronti di se stessi ma nello stesso tempo è molto probabile che questo gesto possa essere finalizzato a segnalare l'esistenza trascurata, lo sconforto o l'abbandono del detenuto.

Tra i vari gesti autolesivi che i detenuti possono compiere vi è anche lo sciopero della fame. Per sciopero della fame si intende il rifiuto volontario, totale di assunzione di cibo, senza un giustificato motivo medico, che duri da più di tre giorni. Questo assume, spesso, il significato di un ricatto la cui posta in gioco è la salute, la sofferenza o la perdita della vita, derivato dal rifiuto della controparte nell'accogliere una determinata richiesta.

Si apre così la questione se sia lecito alimentare forzatamente il soggetto che rifiuta di nutrirsi e quale sia la responsabilità penale dei sanitari e dei funzionari dell'Amministrazione penitenziaria.

Sulla liceità dell'alimentazione coattiva si fronteggiano due opinioni: da un lato, si sostiene il dovere dell'autorità di intervenire, tanto che l'omesso intervento, qualora ci sia imminente pericolo di vita, potrebbe configurarsi come delitto; dall'altro, si esclude che tale intervento sia obbligatorio e si sostiene che esso sia addirittura illecito, in quanto violerebbe il diritto dell'individuo di autodeterminarsi¹⁷. Il responsabile dell'Area Sicurezza sarà

costantemente informato sulle condizioni del detenuto e dovrà sensibilizzare il personale di polizia penitenziaria a prestare la massima attenzione a quel detenuto.

Ma poiché il detenuto si trova sotto la responsabilità dell'Amministrazione Penitenziaria, a cui è affidato il compito di tutelare la salute e di garantire l'incolumità, l'Amministrazione ha l'obbligo giuridico di attivarsi, anche e soprattutto, contro la volontà del detenuto.

Quindi la soluzione del problema deve partire dall'adozione di tutta una serie di provvedimenti preventivi – politici e giudiziari – capaci di eliminare sin dall'origine le condizioni, oggettive e soggettive, che possano dar luogo a questo tipo di protesta. Prima di tutto l'umanizzazione dei penitenziari, la sollecitudine del corso della giustizia, nonché un più ampio dialogo e una più puntuale risposta alle esigenze di rispetto dei diritti delle persone detenute.

Il fenomeno del suicidio in carcere ha assunto proprio negli ultimi anni una considerevole rilevanza etica e sociale. Il fatto che siano state emanate specifiche circolari in merito¹⁸, dimostrano che al problema sono state poste tutte le attenzioni per mettere in atto le strategie e rimuovere tutte le condizioni capaci di favorire o far precipitare l'evento.

Il suicidio è uno dei traumi più tragici dell'esistenza umana; sembra innaturale, incomprensibile che un uomo, pur avendo tutti gli strumenti per vivere, all'improvviso non ne avverta più il senso e la ragione.

La storia delle definizioni fa chiaramente intravedere come le idee sul suicidio siano cambiate nel tempo, passando da una prima concezione di tipo psichiatrico, e semplificata nella frase di Esquirol (1838) "L'uomo attenta alla sua vita nel delirio, e tutti i suicidi sono degli alienati", ad una connotazione sociologica (Durkheim)¹⁹, per approdare infine ad una teoria psicologica (Deshaies)²⁰ Quindi ogni definizione, a causa della sua estrema genericità, non riesce a squarciare quell'alone di mistero che avvolge il gesto di togliersi la vita.

Ma per la multidimensionalità del fenomeno suicidario, come ha sottolineato Diekstra²¹, si può concludere che più che difficile, è quasi impossibile dare una definizione esaustiva del suicidio.

Nel corso della storia il suicidio è stato visto per lo più come atto criminoso, una grave colpa nei confronti del mondo sociale, un gesto folle e sconsiderato, un atto di aggressività da condannare e da riprovare.

Ancora oggi la morte volontaria viene censurata e dalle autorità religiose viene vista come una usurpazione di un diritto che è solo prerogativa di Dio.

Il fenomeno del suicidio è stato oggetto di studio ad opera delle più disparate scienze: psichiatria, genetica, sociologia, filosofia, psicologia, ognuna di esse ha fornito un contributo importante al fine di delineare il fenomeno e cercare di capirne le dinamiche e le motivazioni. Ma nessuna è riuscita a formulare una teoria esaustiva che possa spiegare un gesto che presenta, a tutt'oggi, numerosi punti d'ombra. Ancora più difficile è dare una spiegazione completa del suicidio in ambiente penitenziario. Le motivazioni possono essere le più disparate.

La linea per lo più seguita è quella di studiare il fenomeno tenendo presente sia i fattori endogeni che quelli esogeni, i quali interagendo tra loro, possono conferire all'individuo un rischio elevato di suicidarsi e comprendono ad esempio i fattori socio-culturali, i disturbi psichiatrici, il substrato biologico, la genetica, lo stress sociale, etc.

Le modalità con cui questi fattori interagiscono per generare un comportamento suicidario, sono articolate e non sono state chiarite. Ciononostante, varie combinazioni di tali fattori sono state utilizzate per identificare gruppi ad alto rischio²²:

1. Giovani maschi (dai 15 ai 49);
2. Persone anziane, soprattutto maschi;
3. Persone con malattie mentali;
4. Persone con abuso di alcool o di sostanze;

5. Persone con precedenti comportamenti suicidari;

6. Persone socialmente isolate.

Inoltre, una condizione di depressione e di paura, forte abbastanza da poter scatenare un tentativo di suicidio, può essere innescata da eventi in ambiente carcerario quali:

a) cattive notizie (malattia o morte di un familiare, abbandono da parte della famiglia o l'infedeltà coniugale);

b) violenza omosessuale;

c) improvviso isolamento (in detenuti arrestati per la prima volta);

d) mancanza di notizie e di informazioni esterne;

e) inaspettata condanna ad un periodo di detenzione inconsuetamente lungo;

f) senso di colpa emergente dalla riconsiderazione del delitto commesso (specialmente nel caso di crimini contro bambini, assassini di parenti o di amici, etc.);

g) aver subito un affronto fisico o morale da altri detenuti;

h) isolamento per un lungo periodo in una condizione di attesa di un giudizio definitivo;

i) lo stress quotidiano della vita in carcere;

j) crisi di astinenza dei tossicodipendenti.

Da ricerche svolte da studiosi sul tema quali Gough K. & Hawkins A., Crawford, Geraghty, Street & Simonoff, Pietrantoni, Prati & Raschini²³, sono stati evidenziati atteggiamenti positivi e negativi verso le condotte auto-aggressive.

La percezione di questo fenomeno da parte del personale penitenziario non varia in funzione della gravità e della frequenza delle condotte auto lesive. Vi è la tendenza a percepire il gesto autolesionistico come una forma di comunicazione del disagio per ottenere attenzione e che, di fronte a minacce o a gesti autolesionistici, emerge all'unanimità che gli operatori tentano di dissuadere il detenuto dal realizzarli informando immediatamente i superiori, considerati figure più tranquillizzanti, le cui decisioni vengono viste più autorevolmente ed accettate con maggiore facilità²⁴.

Da una ricerca realizzata il 16 dicembre 2010, a seguito del suicidio avvenuto a Sollicciano, emerge che sono i giovani a togliersi la vita con maggiore frequenza. Il tasso dei suicidi tutt'oggi rimane preoccupante²⁵. Di fronte ad una richiesta del detenuto non si deve rinviare o delegare, il ristretto dovrà sentirsi seguito e non abbandonato a se stesso e gli operatori dovranno intervenire in risposta ai disagi ed ai bisogni che si manifestano, solo così gli interventi saranno al tempo stesso terapeutici e rieducativi.

L'attività di ascolto, come stabilito anche dal D.A.P.²⁶ attraverso l'istituzione di unità d'ascolto di polizia penitenziaria, risulta importante anche al fine dell'instaurazione del dialogo e fare entrare il recluso in contatto con la propria colpa reale, aiutarlo a prendersi la responsabilità delle proprie azioni, promuovere in lui uno scopo di vita, sostenerlo in una sua progettualità.

La qualità del rapporto tra agente e detenuto è di cruciale importanza per ridurre il livello di stress dei detenuti e per far in modo che i detenuti stessi siano portati con fiducia a comunicare i momenti in cui le loro forze reattive stanno per essere sopraffatte, se provano disperazione o si sviluppa in loro un intento suicidario.

Un ruolo chiave potrebbero svolgerlo anche i compagni di cella fornendo un supporto sociale. La loro vicinanza potrebbe avere un buon impatto sulla salute dei potenziali suicidi che potrebbero essere più facilitati ad aprirsi e a confidarsi.

Interventi forzati o controllati possono anche comportare dei rischi. Ad esempio, detenuti con alto rischio di suicidio in celle condivise hanno maggiore accesso a strumenti letali, ed anche, compagni di cella poco collaborativi potrebbero non allertare il personale in caso di tentativo di suicidio. Quindi, il collocamento di un

detenuto con rischio suicidario in una cella condivisa non dovrebbe mai essere utilizzato in sostituzione di un'attenta osservazione.

Anche la predisposizione di attività occupazionali dedicate a quella fascia di soggetti che fanno registrare una presenza limitata nel tempo, potrebbe consentire la riduzione dell'inattività forzosa, fonte di per sé di angoscia e reattività.

Le esperienze vissute presso gli istituti di Milano San Vittore, Bari e Foggia, mi hanno fatto capire che il detenuto va valutato come una persona e non come un numero o una categoria al quale va garantito, al pari di qualunque cittadino libero, il diritto primario alla vita ed all'incolumità fisica. Al ristretto non serve commiserazione, ma mantenere il contatto con il mondo. Chiunque può avere momenti di disperazione o subire eventi difficili da metabolizzare.

A volte un gesto o una parola potrebbero ridurre o annullare quella sofferenza che può spingere a porre in essere gesti estremi e drammatici.

Cercare di conoscere la sua storia, non solo giudiziaria, indipendentemente dalla durata della sua permanenza in carcere, potrebbe aiutare il detenuto a sentirsi meno isolato e più "assistito".

Riferimenti bibliografici

ADLER, A.: "Prassi e teoria della psicologia individuale", Astrolabio, Roma, 1967.

ALLEGRENTI B., GIUSTI C., "Lo sciopero della fame del detenuto", Cedam, Padova, 1983.

BACCARO L., MORELLI F., "In Carcere: del suicidio e di altre fughe", Ristretti Orizzonti, Padova, 2009.

BAECHLER J.: "Les Suicides", Gallimard, Paris, 1989

BERZANO L.: "La pena del non lavoro", Franco Angeli Milano, 1994.

BRUNO F., ROLI G., COSTANZO S., "Criminologia dei reati omicidari e del suicidio", in Trattato di Criminologia Medicina Criminologica e psichiatria forense, a cura di Ferracuti F., edizioni Giuffrè, Milano, 1988.

BUCARELLI A. E PINTOR P., "Morte e Detenzione", in rassegna Italiana di Criminologia, Giuffrè, Milano, 1991.

BUFFA P. "Il Problem Solving applicato in ambito penitenziario in materia di contrasto al disagio psichico: ipotesi per la costituzione di gruppi di attenzione". In "il Reo e il Folle" Dicembre 2001.

BUFFA P. "Le condotte autoaggressive"-rassegna penitenziaria e criminologia, Nuova serie, anno XII, settenbre-dicembre 2008.

BUFFA P.: "I territori della pena: alla ricerca dei meccanismi di cambiamento delle prassi penitenziarie", E.G.A. Torino 2006.

BUFFA P., PIRFO E.: "Disturbi mentali e carcere" relazione presentata alla sessione carcere del corso "Problemi di psichiatria clinica e forense" organizzato dalla segreteria regionale piemontese della società italiana di psichiatria, Torino, 15/01/2000.

BUFFA P.: "Alcune riflessioni sulle condotte autoaggressive poste in essere negli istituti penali Italiani" dalla rassegna penitenziaria criminologica n.3 del 2008.

BUFFA P.: "Dall'attenzione alla prevenzione: esperienza multi professionale nella casa circondariale di Torino" in Concato G., Rigiore S. (a cura di): Per non morire di carcere: esperienze di aiuto nelle prigioni italiane tra psicologia e lavoro di rete, Franco Angeli, Milano, 2005.

BUFFA P.: "Il disagio psichico in carcere. Un'esperienza presso la casa circondariale di Torino", in Autonomie locali e servizi sociali, il Mulino. 1/2003

- BUFFA P.: “L’attenzione al disagio psichico in carcere:dalla responsabilità formale al pragmatismo etico” in Autonomie locali e servizi sociali, XXVI, 1/2003, Il Mulino, Bologna.
- CAGLIO F.,PIOTTI A.: “L’autolesionismo in carcere: analisi del fenomeno e rapporti con il suicidio”, www.amicocharly.it, 2007.
- CANEPA M. – MERLO SERGIO: “Manuale di diritto penitenziario”, Giuffrè Editore –Milano 2006
- CERAUDO F., “ La carcerazione - Eventi psicologici“, in Atti del I° Congresso Nazionale AMAPI di Psichiatria penitenziaria, Parma, 1993.
- CLEMMER, D., “The prison community”, Boston, Christopher House,1940.
- COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA: “Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici”.25 giugno 2010.
- CRAWFORD, GERAGHTY, STREET & SIMONOFF, “Staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adolescents”, Journal of adolescence,2003;
- DE FAZIO G. L. , GUALANDRI G.: “Autolesionismo in carcere e comportamento suicida”, in atti del convegno A.M.A.P.I. autolesionismi in ambiente penitenziario, Modena, 1990.
- DEKSTRA, R.,F.,W., JANSEN, M.: “Importanza degli interventi psicologici nell’assistenza primaria” in Tibaldi G. (a cura di), Interveto psicologico nella salute, Masson, Milano, 1989.
- DELMAS: “Psychologie pathologique du suicide”, Paris, F. Alcan, 1932.
- DESHAIES, “Psicologia del suicidio” , Astrolabio, Roma, 1951.
- DIGESTO: “Libro XLVIII, Tit.XXI,Legge n.3, Par.6”
- DIREZIONE CASA CIRCONDARIALE DI MILANO SAN VITTORE, o.d.s. n° 33 del 16/9/2003.
- DIREZIONE CASA CIRCONDARIALE DI MILANO SAN VITTORE, o.d.s. n° 26/1/2004.
- DIREZIONE CASA CIRCONDARIALE DI MILANO SAN VITTORE, o.d.s. n° 6 del 25/1/2010.
- “DSM- IV” - “Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali” American Psychiatric Association, Masson 1996.
- DURKHEIM E.: “Il suicidio studio di sociologia” Utet-Torino 1987.
- FREUD S.: “Lutto e melanconia”, Opere, Vol. VII, Boringhieri, Torino, 1976.
- FREUD. S., “Al di là del principio del piacere”, Opere, Vol. IX, Boringhieri, Torino, 1983.
- GALLIANI I. “Aspetti criminologici degli autolesionismi in ambito penitenziario”, in atti del convegno A.M.A.P.I.; Paolillo P. : “Studi su autolesionismi” Modena, 1990.
- GOFFMAN E., (2001), “Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell’esclusione e della violenza”, Edizioni di Comunità, Torino.
- GONIN D. “Il corpo incarcerato”, Edizioni Gruppo Abele, Torino,1994.
- GOUGH K., HAWKINS A., “Staff attitudes to self-harm and its management” in a “Forensic psychiatric Service” The British Journal of Forensic Practice,2000;
- GUARDINI R., “Mondo e persona”, Wurzburg, 1939.
- L. PIETRANTONI, G. PRATI, L. PALESTINI, I. GRAMELLINI, “Autolesionismo in carcere: la percezione del personale penitenziario”, in Psychofemia - anno XIII - n° 22/2010.

LEKKA NP, ARGYRIOU AA, BERATIS S. : “Suicidal ideation in prisoners: risk factors and relevance to suicidal behaviour. A prospective casecontrol study”. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2006.

LOHNER J, KONRAD N.: “Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: Distinguishing features in male inmates self-injurious behavior”. International journal of law and Psychiatry, 2006.

MORSELLI E.: “Il suicidio”, Milano, Fratelli Dumolard, 1879.

MORSELLI E., “Il suicidio dei delinquenti”, Rivista sperimentale di Freniatria, Reggio Emilia, 1875.

PAGE S., “Suicide and total institution”, in Deaths in Custody; International Perspectives, London 1994.

PANNEL J., HOWELLS K., DAY A., “Prison Officer beliefs regarding self-harm in prisoners: An empirical investigation”, International Journal of Forensic Psychology, 2003.

PIETRANTONI L., PRATI G., RASCHINI S.: “Prevenire il suicidio in adolescenza: insegnante come gatekeeper”, età evolutiva, 2007.

RINGEL E., “The Presuicidal Syndrom”, Psychiat. Fennica, 1973.

S.S. ASCH.; “Suicide and the Hidden Executioner”, International Review of Psychoanalysis 1980.

SANTORO E., (1997), “Carcere e società liberale”, G. Giappichelli Editore, Torino.

SNOW L.: “Prisoners motives for self-injury and attempted suicide”. The British Journal of Forensic Practice, 2002.

SPACCA A., ROMA.P., FERRACUTI S., TATARELLI R.,- “Le condotte suicidarie IN CARCERE: RICERCA SUL FENOMENO IN ITALIA E IN EUROPA”.

STENGEL E., “Attempted suicide”, Brit. J. Psych., 1970.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: “La prevenzione del suicidio nelle carceri”, 2007.

CIRCOLARI D.A.P.

Circolare DAP 24.02.1984, n° 605202/9. Servizio sanitario penitenziario;

Circolare DAP 12.09.1985, n° 3132/5582. Assistenza sanitaria ai detenuti;

Circolare D.A.P. 7.04.1986 n° 3173/5623;

Circolare D.A.P. 21.07.1986 n° 3182/5632.

Circolare D.A.P. 30.12.1987 n° 3233/5683

Circolare D.A.P. 16.5.1988. n° 3245/5695.

Circolare D.A.P. 10.10.1988 n° 3256/5706

Circolare D.A.P. 28.12.1988 n° 3258/5708.

Circolare DAP 19.03.1996, n° 566285. Procedure per l'invio delle comunicazioni concernenti la tutela della salute e della vita dei detenuti;

Circolare D.A.P. 17.06.1997 n° 2844.

Circolare DAP 21.04.1998, n° 148.339/4-1. Sciopero della fame.

Circolare D.A.P. 12.05.2000 n° 3524/5974

Circolare D.A.P. 06.06.2007 n° 181045

Circolare D.A.P. 06.07.2009 n° 3620/ 670

Circolare D.A.P. 25.01.2010 n° 0032296

Circolare D.A.P. 26.4.2010. n° 0177644

Sitografia

<http://www.ristretti.it/areestudio/disagio/ricerca/index.htm>

<http://www.amicocharly.it/>

<http://www.giustizia.it/>

<http://www.polizia-penitenziaria.it/>

<http://www.diritto.it/>

<http://www.ristretti.org/>

Note

¹Goffman E., *Asylums. Le istituzioni totali*, Torino Einaudi, 1968.

² Cfr. Goffman op.cit.

³ Gonin D. *Il corpo incarcerato*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1994.

⁴ Clemmer, D., *The prison community*, Boston, Christopher House, 1940

⁵ Circ. n° 3182/5632 del 21/7/1986.

⁶ Circ. DAP n° 3233/5683 del 30/12/1987.

⁷ Carlo Serra, psicologo e criminologo, docente presso l'Università "La Sapienza" di Roma.

⁸ Circ. n° 3245/5695 del 16/5/1988. Circ. D.A.P. n° 3524/5974 del 12/5/2000.

⁹ Buffa P.: "L'attenzione al disagio psichico in carcere: dalla responsabilità formale al pragmatismo etico" in *Autonomie locali e servizi sociali*, XXVI, 1/2003, Il Mulino, Bologna.

¹⁰ Caglio F., Piotti A.: "L'autolesionismo in carcere: analisi del fenomeno e rapporti con il suicidio", www.amicocharly.it, 2007. Gonin D.: *Il corpo incarcerato*, E.G.A., Torino, 1984.

¹¹ Buffa P.: "Alcune riflessioni sulle condotte autoaggressive poste in essere negli istituti penali italiani" dalla rassegna penitenziaria criminologica n.3 del 2008

¹² Lohner J., Konrad N. *Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: Distinguishing features in male inmates self-injurious behavior*. *International journal of law and Psychiatry*, 2006.

¹³ Snow L. *Prisoners motives for self-injury and attempted suicide*. *The British Journal of Forensic Practice*, 2002.

¹⁴ World Health Organization: *La prevenzione del suicidio nelle carceri*, 2007.

¹⁵ Circ. D.A.P. 7 aprile 1986 n. 3173/5623; Circ. DAP 21 luglio 1986 n. 3182/5632.

¹⁶ P. Buffa "Le condotte autoaggressive"-rassegna penitenziaria e criminologia, Nuova serie, anno XII, settenbre-dicembre 2008.

¹⁷ Circolare DAP 24.02.1984, n.605202/9. Servizio sanitario penitenziario;

Circolare DAP 12.09.1985, n. 3132/5582. Assistenza sanitaria ai detenuti;

Circolare DAP 19.03.1996, n. 566285. Procedure per l'invio delle comunicazioni concernenti la tutela della salute e della vita dei detenuti;

Circolare DAP 21.04.1998, n. 148.339/4-1. Sciopero della fame.

¹⁸ Circolare D.A.P. del 7 aprile 1986,- 21 luglio 1986. - 30 dicembre 1987.

¹⁹ Durkheim E. : *Il suicidio studio di sociologia* Utet-Torino 1987.

²⁰ Deshaies, "Psicologia del suicidio", Astrolabio, Roma, 1951.

²¹ Dekstra, R., F., W., Jansen, M., A. "Importanza degli interventi psicologici nell'assistenza primaria" in Tibaldi G. (a cura di), *Intervento psicologico nella salute*, Masson, Milano, 1989.

²² Spacca A., Roma.P., Ferracuti S., Tatarelli R.,- *Le condotte suicidarie in carcere: ricerca sul fenomeno in Italia e in Europa*.

²³ Gough K., Hawkins A., *Staff attitudes to self-harm and its management in a "Forensic psychiatric Service"* *The British Journal of Forensic Practice*, 2000;

Crawford, Geraghty, Street & Simonoff, "Staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adolescents", *Journal of adolescence*, 2003;

Pietrantonio L., Prati G., Raschini S., "Prevenire il suicidio in adolescenza: insegnante come gatekeeper", *età evolutiva*, 2007.

²⁴ L. Pietrantonio, G. Prati, L. Palestini, I. Gramellini, "Autolesionismo in carcere: la percezione del personale penitenziario", in *Psychofenia - anno XIII - n° 22/2010*.

²⁵ <http://www.ristretti.it/areestudio/disagio/ricerca/index.htm>

²⁶ Circ. DAP cit. n° 0032296 del 25 gennaio 2010..

IL PROBLEMA DELLA SUSSISTENZA DI UN DIRITTO A LASCIARSI MORIRE DEL DETENUTO. PROFILI DI RESPONSABILITÀ DEL COMANDANTE DI REPARTO E STRUMENTI DI PREVENZIONE DEL DISAGIO

a cura di Roberta Moramarco - vicecommissario di polizia penitenziaria

Abstract

Roberta Moramarco esamina, dal punto di vista giuridico, la tematica relativa all'eventuale responsabilità dell'Amministrazione Penitenziaria nell'ipotesi del suicidio in carcere e degli atti di autolesionismo da parte dei detenuti. Viene analizzato il "diritto alla vita", che trova esplicito riconoscimento nell'art.3 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, nonché negli artt.2 e 3 della Carta Europea dei diritti fondamentali. Il diritto alla vita è tutelato dalle fonti comunitarie e internazionali, come garanzia contro il compimento di eventuali arbitri da parte degli Stati membri. Di recente, la giurisprudenza della Corte Europea dei diritti dell'uomo, è intervenuta per ribadire la valenza primaria del diritto alla vita ed alla salute del detenuto. L'esclusione di un "diritto a morire", vale a fortiori per i detenuti, in quanto affidati alla cura e alla custodia dell'Amministrazione Penitenziaria. In caso di eventi auto aggressivi, l'Amministrazione Penitenziaria è tenuta a potenziare forme di intervento che possono prevenire ed impedire tali gesti, quali l'attività di dissuasione, il monitoraggio delle condizioni di salute del detenuto, il sostegno psicologico, l'individuazione di una collocazione ottimale all'interno della struttura detentiva.

* * *

La presente trattazione, passando per una breve analisi dell'evoluzione del tema della disponibilità del corpo umano, si propone di esaminare, dal punto di vista giuridico, il problema dell'eventuale responsabilità dell'Amministrazione Penitenziaria in caso di suicidio in carcere e di atti di autolesionismo posti in essere dalla popolazione detenuta.

In particolare, ci si interroga circa la sussistenza, nell'attuale ordinamento, di un "diritto a morire"¹ in capo ai soggetti liberi e non, alla luce delle più recenti aperture giurisprudenziali.

Da questi spunti si passerà alla verifica dell'esistenza di una posizione di garanzia dell'Amministrazione Penitenziaria, mettendo a fuoco i singoli doveri nei confronti della popolazione detenuta ed i poteri che lo Stato attribuisce allo scopo di poter gestire gli atti autoaggressivi ed autosoppressivi, siano essi attivi (come i tentati suicidi) o passivi (scioperi della fame e rifiuto di farmaci salvavita).

Il problema del "diritto di morire" e della disponibilità della vita umana

Storicamente, i sistemi giuridici hanno oscillato da un completo disconoscimento del "diritto ad una morte degna", alla esaltazione della stessa quale somma virtù morale². In tempi recenti, il riconoscimento dell'indisponibilità del bene vita è stato collegato alla visione personalistica che considera ogni essere umano "fine" e non "mezzo", e che tende a preservarne l'integrità anche contro la sua volontà³.

L'attuale ordinamento giuridico italiano presenta un carattere in qualche modo dicotomico, che costituisce in parte il frutto di una progressiva stratificazione normativa. Le principali fonti giuridiche che vengono in ausilio all'operatore che si cimenti con il tema della disponibilità del corpo umano sono costituite dal Codice Penale del 1930, dal Codice Civile del 1942 e dalla Costituzione del 1948. Tale ultima fonte, in particolare, ha assunto una portata dirompente in quanto, nel suggellare il passaggio dal regime fascista allo Stato democratico, ha comportato una profonda rivisitazione della scala dei valori informanti l'ordinamento⁴.

Non bisogna, inoltre, dimenticare la rilevanza, sempre crescente, delle fonti comunitarie ed internazionali sulla tutela diritti umani fondamentali, che costituiscono l'estrema garanzia contro eventuali arbitri degli Stati⁵.

La rilevanza penale del bene vita

A livello di fonte primaria il bene vita riceve una tutela quasi assoluta, garantita dalla predisposizione di un sistema di norme penali incriminatrici tendenzialmente onnicomprensive⁶, cui sfuggono soltanto i casi scriminati

dalla sussistenza di una valida causa di giustificazione (in primis, legittima difesa). Nessuna rilevanza è, però, attribuita al consenso dell'avente diritto che, lungi dall'essere riportabile alla scriminante generale di cui all'art. 50 c.p., rileva quale elemento costitutivo del delitto di omicidio del consenziente, di cui all'art. 579 c.p.

Anche il bene dell'integrità fisica, ricollegabile agli artt. 13 e 32 Cost., riceve a livello primario una tutela "rafforzata" contro aggressioni non solo manu aliena, ma anche manu propria mediante l'apposizione del divieto per lo stesso titolare di disporre del proprio corpo con atti tali da comportare lesioni a carattere permanente (art.5 c.c.). Il che sembrerebbe contrastare con il disposto dell'art. 32 Cost, che sancisce solennemente il carattere assoluto del diritto alla salute, comprensivo della libertà di autodeterminarsi in ordine ai trattamenti sanitari cui sottoporre il proprio corpo.

Tale antitesi normativa ha costituito il terreno su cui gli operatori del diritto si sono cimentati nel tentativo di risolvere l'interrogativo di fondo circa la disponibilità del corpo umano e della stessa vita.

Nel dibattito giuridico italiano, due sono le macro-tesi che si contendono il campo.

Una prima teoria, più garantista, nega che l'individuo abbia diritto a lasciarsi morire sottolineando il valore inestimabile della vita -fondamento "logico", oltre che fattuale, del riconoscimento di qualsiasi altro valore pertinente all'uomo- ed invocando a copertura dei propri assunti il rinvio operato dagli artt. 2 e 32 Cost. ai doveri inderogabili di solidarietà sociale ed alle esigenze collettive⁷.

Altra tesi afferma, al contrario, che dal riconoscimento del diritto all'autodeterminazione discenderebbe il diritto di ognuno di anticipare il momento della fine della propria vita. In particolare, si sottolinea che il c.d. diritto di morire con dignità troverebbe copertura negli artt. 2 e 3 Cost., quale specificazione del fondamentale diritto alla dignità umana⁸

L'inesistenza di un "diritto a morire" e la rilevanza giuridica del suicidio

De iure condito, è invero difficilmente negabile che la presenza nell'ordinamento italiano di fattispecie quali l'omicidio del consenziente o l'aiuto al suicidio sia di ostacolo al riconoscimento di un autentico "diritto" a morire. Del resto, il tema in questione si riporta inevitabilmente alla vexata quaestio circa la qualificazione giuridica del suicidio, variamente ricondotto dai sistemi giuridici che si sono susseguiti nel tempo all'interno delle categorie del diritto o del delitto. Nell'ordinamento italiano, posta la mancanza di una esplicita considerazione penale, il dubbio attiene al riconoscimento dello stesso in termini di liceità/illiceità, alla stregua dell'intero ordinamento giuridico. Sul punto, al di là delle opposte teorizzazioni, si segnala la posizione ermeneutica che considera il suicidio afferente al c.d. spazio libero dal diritto⁹.

Ciò non toglie a nostro parere, che da un esame sistematico delle norme che, a vario titolo, contemplano il fatto suicidario emerga un sottostante giudizio di disvalore¹⁰. In particolare, ciò è implicito nella criminalizzazione delle condotte di cui agli artt. 579 e 580 c.p., in quanto sarebbe difficilmente spiegabile, nonchè compatibile con in principi del sistema criminale, la comminatoria di una pena nei confronti di chi istighi o aiuti altri nella realizzazione di un fatto giuridicamente lecito.

Del resto, la teorizzazione che pretende di ricavare la base positiva di un diritto a morire dagli artt. 2, 13 e 32 Cost., se portata alle estreme conseguenze, implicherebbe l'illegittimità costituzionale sia dell'omicidio del consenziente che dell'aiuto al suicidio, nonchè di tutta la normativa speciale che a quest'ultimo fa riferimento, oltre a condurre a risultati paradossali¹¹.

Autorevole dottrina ha posto in luce che la realtà dimostra che le cause predominanti del suicidio sono costituite da psicopatologie o, comunque, situazioni di disagio di soggetti bisognosi di aiuto più che di un formale riconoscimento di un loro inviolabile "diritto naturale". Il preteso "diritto al suicidio", di fatto, più che un'esigenza scaturente dal basso, si dimostra spesso la "teorizzazione ideologica di chi sta bene" ¹².

Nel contesto Penitenziario

L'esclusione di un "diritto a morire" vale a fortiori per il soggetto detenuto, in quanto persona affidata alla cura ed alla custodia dell'Amministrazione Penitenziaria. Infatti, anche a voler dissentire dall'opinione dominante fin qui esposta, la condizione detentiva presenta numerose peculiarità che ostano al riconoscimento di un siffatto diritto.

Anzitutto, dubbi sono stati sollevati circa la piena consapevolezza e validità della scelta autosoppressiva dei ristretti. Il contesto penitenziario, invero, viene da molti ritenuto idoneo a comportare una distorsione della realtà ed una accentuazione del disagio individuale del soggetto dovuta alla privazione della libertà. In tale ambito, sarebbe difficile negare che la volontà anticonservativa del detenuto possa essere condizionata dai fattori ambientali, e dunque che la scelta suicidiaria sia il frutto di uno sconforto momentaneo e di una serie di esperienze “traumatiche” che probabilmente lo stesso soggetto non avrebbe vissuto nella condizione di libertà.

Inoltre, il contesto penitenziario si caratterizza per un affidamento quasi completo della persona ristretta allo Stato. Il detenuto, infatti, pur conservando formalmente intatti tutti i diritti non incompatibili con la condizione detentiva, si trova a dover dipendere dall’Amministrazione Pubblica per il soddisfacimento di molti dei suoi interessi.

Il problema fondamentale diviene, quindi, stabilire la rilevanza giuridica e, in specie, penalistica, dell’obbligo dell’Amministrazione Penitenziaria di tutelare la vita e la incolumità del detenuto, in modo da comprendere se si tratti di una autentica posizione di garanzia, anziché un mero obbligo di sorveglianza.

La posizione di garanzia dell’amministrazione penitenziaria nei confronti della popolazione detenuta.

L’obbligo di garanzia - rilevante ai fini della responsabilità penale di tipo omissivo-improprio di cui all’art. 40 cpv. c.p. - può essere definito come l’obbligo giuridico, che grava su specifiche categorie predeterminate di soggetti previamente forniti di adeguati poteri giuridici, di impedire eventi offensivi di beni altrui, affidati alla loro tutela per l’incapacità dei titolari di proteggerli in modo adeguato¹³.

Laddove l’obbligo di impedire l’evento, pur giuridicamente posto, non posseda tali requisiti, esso non potrà costituire fondamento di una posizione di garanzia penalmente rilevante, sostanziandosi, al contrario, in obblighi di sorveglianza o di mera attivazione¹⁴.

Ai nostri fini, si può agevolmente escludere che il contenuto degli obblighi di tutela dell’A.P. nei confronti dell’integrità del detenuto sia riportabile a meri obblighi di attivarsi. L’Amministrazione Penitenziaria, infatti, non può essere paragonata al *quisque de populo* che si imbatte in una situazione di pericolo per la vita altrui e che non presti soccorso. Essa, infatti, è istituzionalmente deputata alla cura ed alla custodia delle persone private della libertà personale.

Occorre allora valutare se tali compiti attribuiti dall’ordinamento possano sostanziare una autentica posizione di garanzia, penalmente presidiata.

Esaminando la posizione rivestita dall’Amministrazione Penitenziaria nei confronti dei detenuti, si deve propendere per la sussistenza di tutti i predetti requisiti.

Anzitutto, indiscutibile è la configurabilità di: altruità del bene; carattere predeterminato dei garanti (operatori penitenziari); affidamento del bene, che deriva dalla relazione di custodia.

Gli elementi della giuridicità dell’obbligo e dei previ poteri impeditivi richiedono, invece, degli approfondimenti.

Quanto all’esistenza di una fonte formale dell’obbligo di salvaguardia della vita e della salute dei ristretti, lo stesso appare ricavabile da un esame complessivo dell’Ordinamento Penitenziario del 1975 e della legislazione ad esso sopravvenuta. In particolare, il riferimento va agli articoli:

- 1 O.P., che pone in risalto l’obiettivo trattamentale, nonché le esigenze di ordine e sicurezza ad esso strumentali. Tali esigenze comprendono certamente la garanzia dell’incolumità dei ristretti, essendo lo stato di salute psico-fisico condizione fondamentale non solo della permanenza in istituto¹⁵, ma anche della stessa operatività di qualunque progetto trattamentale;

- 11 O.P., che garantisce la tutela della salute del soggetto detenuto in modo incondizionato ed anche in assenza di sua richiesta;

- 13 O.P., che sottolinea l'importanza dell'attività di osservazione scientifica della personalità del detenuto al fine di rilevare le carenze fisio-psichiche e le altre cause del disadattamento sociale;
- 41 O.P., che legittima il ricorso all'uso della forza per preservare l'incolumità del ristretto, anche a fronte di atti autolesivi;
- 2 D.Lgs. 15 febbraio 2006, n. 63, sull'ordinamento della carriera dirigenziale penitenziaria, che prevede la garanzia della salute delle persone detenute o internate tra le funzioni fondamentali del Direttore;
- 2, comma 2 del D.P.R. 230/2000, che attribuisce l'attività di custodia negli istituti al personale di Polizia Penitenziaria.

A livello "sostanziale", la sussistenza di una posizione di garanzia risulta confermata dall'attribuzione agli operatori penitenziari di poteri suscettibili di incidere sulla sfera giuridica del recluso, condizionandone i diritti e le facoltà di scelta, con il limite del rispetto della dignità umana e della non discriminazione. Dal dovere di custodia, che sorge con la conduzione in istituto del soggetto legalmente privato della libertà personale, deriva una situazione di soggezione del ristretto alle regole ed alle esigenze della compagine penitenziaria. Da questo momento in poi, la sfera giuridica del detenuto, pur rimanendo formalmente impregiudicata per tutti gli aspetti non incompatibili con la detenzione, subisce pesanti condizionamenti. Oltre alla compressione della libertà di movimento, infatti, la condizione detentiva comporta la perdita di spazi di autodeterminazione in riferimento a numerosi aspetti della vita quotidiana, quali la scelta del luogo in cui pernottare, le persone di cui circondarsi, gli oggetti da tenere con sé, il modo di impiego del proprio tempo etc. Tali aspetti vengono condizionati dalla struttura comunitaria del carcere e sottoposti dalla Direzione dell'istituto ad un giudizio di comparazione con le primarie esigenze di sicurezza e di ordine interno.

Le esigenze di sicurezza, in particolare, oltre a garantire il presidio dei beni strumentali e dell'istituto stesso rispetto all'esterno, contemplano altresì la tutela dell'incolumità della persona ristretta, costituente presupposto logico della realizzazione delle finalità costituzionali della pena detentiva.

Inoltre, l'ordinamento offre agli operatori penitenziari numerosi strumenti per impedire gli eventi auto-etero lesivi. Si pensi alla possibilità di ricorrere all'uso della forza ex art. 41 O.P., nonché alla scelta in ordine agli oggetti che i detenuti possono utilizzare e tenere con sé, soprattutto ove posseggano potenzialità lesive (es. lamette, coltelli, rasoio etc.).

Anche la scelta della sezione e della camera detentiva in cui ubicare i reclusi appare funzionale alle esigenze di sicurezza individuale, oltre che collettiva. Tra i compiti fondamentali dell'Amministrazione vi è, infatti, la valutazione dell'opportunità di collocare il soggetto in stanza singola o con altri, in infermeria o in sezione "protetti", nonché di conformare le modalità di vigilanza alle caratteristiche del soggetto. Si allude, in particolare, ai provvedimenti di "grande" o "grandissima" sorveglianza o, nei casi più gravi, di sorveglianza "a vista". Si tratta, dunque, di strumenti fondamentali per prevenire il rischio auto-etero lesivo, e che possono integrare i "fattori impeditivi" necessari a configurare una autentica posizione di garanzia in capo all'A.P.

Tale conclusione è condivisa anche dalla dottrina penalistica. Infatti, si afferma che se lo Stato limita la libertà personale di un soggetto, esso assume, per ciò solo, l'obbligo di garantirne la sopravvivenza e di proteggerne la salute¹⁶.

Ad ulteriore conferma, si vedano le numerose Circolari emanate dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria in materia di prevenzione degli atti anticonservativi dei detenuti, che testimoniano la massima attenzione nella predisposizione di idonei strumenti volti contenere il disagio esistenziale dei reclusi, al fine di limitarne i gesti autolesivi.

La posizione di garanzia rivestita dall'Amministrazione Penitenziaria si sostanzia, più precisamente, in un obbligo di protezione¹⁷, che impone alla stessa la salvaguardia dei beni fondamentali del detenuto rispetto ad ogni fonte di pericolo, dunque anche da se stesso.

L'obbligo per lo Stato Italiano di proteggere il diritto alla vita della persona. I recenti interventi dei giudici di Strasburgo

Le conclusioni raggiunte risultano confermate anche dalla giurisprudenza della Corte Europea dei diritti dell'uomo, recentemente intervenuta a sottolineare la valenza primaria del diritto alla vita ed alla salute del detenuto¹⁸.

In particolare, la Corte ha rilevato che la condizione detentiva rende più pregnante l'obbligo dello Stato nazionale di adottare misure effettive per proteggere il diritto alla vita. Ancor più, se si tratti di soggetto affetto da problemi mentali o che sia ritenuto a rischio di pratiche autolesioniste.

In tal caso è obbligo dello Stato predisporre tutte le misure necessarie per rendere la condizione di detenzione compatibile con la malattia in cui il detenuto versa, anche mediante ricovero in un ospedale psichiatrico. Occorre, in ogni caso, che vengano assicurati i controlli e le terapie richiesti in relazione alla situazione concreta, con particolare attenzione alla preparazione professionale del personale addetto alla sorveglianza. In caso contrario, eventuali decisioni assunte dagli operatori statali che siano suscettibili di rafforzare il proposito suicidario (es. mancata cura del soggetto o provvedimento di isolamento) potrebbero integrare "trattamenti inumani o degradanti", esponendo le autorità nazionali a responsabilità a titolo di violazione dell'art. 3 CEDU.

Il diritto a lasciarsi morire

Nell'ambito della generale tematica sul "diritto a morire" si è assistito, soprattutto negli ultimi anni, ad un crescente interesse degli operatori giuridici, oltre che dell'opinione pubblica, in merito al problema della sussistenza di un "diritto a lasciarsi morire", attuabile per lo più attraverso il rifiuto dell'alimentazione e dei sostegni curativi salva vita.

L'accentuata problematicità del tema riviene dalla formulazione dell'art. 32 Cost., comma 2, secondo cui "Nessuno può essere obbligato di un determinato trattamento sanitario, se non per disposizioni di legge"¹⁹. Tale norma, ricollegandosi agli articoli 2, 3 e 13 della stessa Grundnorm, ribadisce il fondamentale diritto di libertà individuale, subordinando la sottoposizione a trattamenti sanitari alla manifestazione di un valido consenso del soggetto. Ne consegue che il rifiuto di tali trattamenti, ove libero e consapevole, fa venir meno l'obbligo giuridico di agire del medico e la sua posizione di garanzia, imponendo un doveroso rispetto dell'altrui volontà, penalmente sanzionato²⁰.

Il problema sorge laddove dalla scelta dell'individuo di rifiutare i trattamenti medici derivi una sicura anticipazione della fine della propria vita. In tal caso, il diritto all'autodeterminazione terapeutica entra in conflitto con il dovere del medico di praticare interventi salva vita, eventualmente invocando la scriminante dello stato di necessità.

Lo sciopero della fame dei detenuti

In ambito penitenziario, la questione si è posta in relazione allo sciopero della fame dei detenuti, fenomeno legato per lo più a ragioni di protesta²¹ ma che potenzialmente è in grado di dar luogo a stati patologici anche gravi, fino a cagionare la morte del soggetto.

Ci si è, allora, interrogati in ordine ad eventuali profili di responsabilità dell'Amministrazione Penitenziaria ed, in particolare, circa la legittimità di trattamenti di nutrizione coatta.

A riguardo, si può far riferimento alle più recenti acquisizioni giurisprudenziali che, se pur relative a contesti differenti da quello penitenziario, offrono notevoli spunti ricostruttivi utilizzabili anche con riferimento alla persona privata della libertà personale, in quanto involgenti la tutela di diritti umani fondamentali. Ci si riferisce, in particolare, ai casi giudiziari Welby ed Englaro, nei quali la giurisprudenza, pur restando nel solco del "dogma" dell'indisponibilità della vita umana, ha solennemente riconosciuto il diritto di ciascuno di autodeterminarsi in ordine alla propria salute, anche se ciò possa condurlo alla morte. In altri termini, si ritiene che il diritto del singolo alla salute comprende anche un risvolto negativo: il diritto di perdere la salute, di non curarsi, di vivere le fasi finali della propria esistenza secondo canoni di dignità umana propri dell'interessato, finanche di lasciarsi morire²².

Il punto centrale della questione è costituito dall'individuazione dei limiti entro i quali l'intervento terapeutico e, in generale, salvifico deve arrestarsi. Tali limiti, alla luce della richiamata giurisprudenza, non possono che coincidere con la manifestazione di una volontà libera e cosciente da parte del soggetto che invoca la morte.

Le forme di intervento dell'Amministrazione Penitenziaria

In mancanza di una specifica disciplina a livello legislativo, le linee di indirizzo emesse a livello dipartimentale evidenziano che la primaria forma di intervento, cui tutti gli operatori penitenziari debbono collaborare, consiste in un'attività di dissuasione, mirante a far recedere il detenuto dalla condotta autolesiva. Ove tale opera di persuasione non dovesse avere successo, occorre predisporre una idonea opera di monitoraggio delle condizioni di salute del soggetto, garantendo che lo stesso venga sottoposto a visita medica almeno due volte al giorno.

Inoltre, al detenuto deve essere garantita una adeguata attività di sostegno psicologico, che miri a comprendere le cause della decisione di non alimentarsi.

In merito alla collocazione ottimale, il favor dell'amministrazione è nel senso di evitare l'isolamento del soggetto, che potrebbe contribuire ad acuire il disagio psichico. Nei casi più gravi, il detenuto potrà essere trasferito al reparto infermeria ovvero nei Centri Diagnostici e Terapeutici dell'Amministrazione.

Nulla è, invece, previsto in ordine alla praticabilità di interventi sanitari di tipo coattivo e, in particolare, della c.d. alimentazione forzata.

Il problema dell'ammissibilità di azioni di tipo coattivo

Dagli studi medici in argomento risulta che dopo 3 o 4 giorni dall'inizio dello sciopero della fame subentra nel soggetto un senso di inappetenza, che lo conduce ad un rapido dimagrimento. Ne deriva la possibilità di produzione di conseguenze dannose per la salute dello stesso, che vanno da situazioni di autointossicazione fino a gravi lesioni neurologiche ed, in definitiva, alla morte²³.

Il problema dei limiti dell'intervento sanitario risulta, allora, acuito dalla possibilità che il soggetto rifiuti non solo il cibo, ma anche le azioni diagnostiche e terapeutiche necessarie per salvaguardarne la salute. Tale scelta, certamente legittima ed anzi tutelata espressamente dall'articolo 32 Cost., dà luogo alla questione della liceità di interventi salva-vita imposti in via coattiva.

Come noto, l'effettuazione di trattamenti sanitari non volontari è subordinata alla garanzia di una legge di copertura ed, in ogni caso, al rispetto della dignità della persona. Allo stato, manca, però, una norma specifica che autorizzi tali trattamenti a fronte dello sciopero della fame del detenuto.

Invero, nel 1982 l'allora Ministro di Grazia e Giustizia presentò al Parlamento un disegno di legge²⁴ finalizzato ad introdurre a carico della Amministrazione Penitenziaria l'obbligo di praticare l'alimentazione forzata a fronte del rifiuto di nutrirsi, ove il ristretto versasse in "imminente pericolo di vita". Tale progetto, tuttavia, non ebbe seguito, in ragione delle censure di incostituzionalità derivanti da un lato dalla necessità di evitare di introdurre un'ingiustificata disparità di trattamento del detenuto rispetto al cittadino comune, dall'altro dalla mancanza di un interesse collettivo che potesse legittimare l'imposizione ex art 32 Cost di un trattamento coattivo.

Non resta, quindi, che rifarsi alla disciplina generale, tenendo anche conto dei più recenti approdi ermeneutici. Come si è visto, l'opinione dominante sostiene che il principio della volontarietà dei trattamenti sanitari, tutelato dall'art. 32 Cost quale diritto fondamentale dell'individuo, comporta il dovere dei poteri pubblici di astenersi, in via di principio, da ingerenze nell'ambito delle scelte individuali sulla salute, e ciò anche laddove ciò possa comportare seri rischi per la vita del soggetto. Ne consegue l'illiceità, anche penale, di un intervento di alimentazione artificiale disposto nonostante il dissenso espresso, inequivoco ed attuale del detenuto²⁵.

Lo stesso Codice Deontologico dei medici italiani vieta al sanitario di assumere l'iniziativa o di partecipare a manovre coattive di nutrizione artificiale a fronte di un rifiuto cosciente di nutrirsi da parte di un soggetto, ancorché ristretto²⁶. Un problema di intervento può porsi, quindi, solo nel caso in cui il soggetto non sia ritenuto in grado di rendersi coscientemente conto delle conseguenze del proprio rifiuto. A riguardo, occorre però distinguere due ipotesi.

Nel caso in cui la volontà del detenuto non sia ritenuta valida poiché condizionata da una pregressa o sopravvenuta patologia mentale, secondo la giurisprudenza²⁷ potrà farsi ricorso al TSO di cui all'art. 34 L. 833/1978, ove ne sussistano i requisiti.

Più complesso il caso in cui la volontà del soggetto si ritenga in qualche modo condizionata del deperimento fisico dovuto al prolungato digiuno, nonché l'ipotesi in cui il dissenso non sia ulteriormente confermabile a causa di sopravvenuta perdita di conoscenza.

Sul punto, due sono le opinioni emerse in dottrina e giurisprudenza.

Secondo una prima tesi, la scelta di lasciarsi morire in carcere per fame sarebbe, in ogni caso, libera solo in apparenza. Il comportamento del soggetto risulterebbe, cioè, influenzato dallo stato detentivo, che può portare a distorcere a livello essenziale la percezione della realtà²⁸. Inoltre, anche a ritenere libera la volontà di non nutrirsi nei primi giorni di digiuno, la scienza medica ha rilevato, soprattutto nello stadio terminale dell'astensione, l'insorgenza di una forma di anoressia secondaria che porta l'organismo a rifiutare il cibo²⁹ ed impedisce di considerare la volontà cosciente.

In questi casi, si dice, la condizione del detenuto sarebbe assimilabile allo stato di infermità mentale, legittimando il ricorso al TSO di cui agli articoli 34 e 35 della legge 833 del 1978³⁰.

Secondo un diverso orientamento³¹, invero maggioritario, non sarebbe corretto parlare di malattia mentale in relazione ad uno stato di incoscienza provocato da uno stato patologico. Inoltre, i fautori di tale tesi evidenziano la circostanza che si tratta di un soggetto che ha già in precedenza validamente manifestato il suo rifiuto nei confronti del trattamento terapeutico, e dunque vi è la possibilità che abbia, in quel momento, tenuto presente anche il rischio di una successiva perdita di conoscenza³².

Si conclude, dunque, che la mancanza nell'ordinamento di un'espressa norma autorizzatoria, comporta la rilevanza penale della condotta del medico che sottoponga il detenuto ad alimentazione forzata, trattandosi di intervento arbitrario³³.

Non si ritiene neppure invocabile, l'art. 41 O.P., non essendo lo sciopero della fame correttamente inquadrabile nell'ambito degli atti che detta norma mira ad impedire. Infatti, tale disposizione, anche alla luce della sua collocazione sistematica, fa riferimento ad atti connotati da violenza o, comunque, riportabili ad una condotta attiva del detenuto, mentre ne esulerebbero gli atti a contenuto medico³⁴.

La riferita opinione risulta avvalorata dalla più recente giurisprudenza in tema di rifiuto dei trattamenti sanitari non confermabile per sopravvenuta incoscienza, secondo cui l'intervento medico sarebbe legittimo solo laddove si ritenesse il dissenso originario non riferibile alla condizione attuale del soggetto, alla luce del radicale mutamento delle condizioni cliniche³⁵.

Applicando tali coordinate allo sciopero della fame del detenuto, si può allora ritenere che lo stato di incoscienza sopravvenuto a cagione del progressivo deperimento fisico non precluda, in assoluto, un intervento sanitario "salva vita". Spetta, infatti, al medico valutare, alla luce delle circostanze concrete, se il dissenso precedentemente manifestato fosse tale da avere per il soggetto una valenza assoluta, e dunque preclusiva di qualunque ingerenza anche a seguito della perdita di coscienza, ovvero se fosse riferibile ad una condizione di salute ancora reversibile e non a rischio letale³⁶. Dirimente risulta, in altri termini, il giudizio sulla attualità del rifiuto delle cure, alla cui ricostruzione presuntiva possono contribuire tutti gli operatori penitenziari che, a vario titolo, si siano relazionati con il ristretto.

In conclusione, la scelta del detenuto di non alimentarsi, purché libera, paralizza qualunque possibilità di intervento dell'Amministrazione, anche ove vi sia pericolo di morte, stante il rilievo assoluto attribuito dai principi costituzionali al diritto all'autodeterminazione terapeutica.

Un intervento terapeutico coattivo può, invero, ipotizzarsi in due casi:

- detenuto affetto da malattia mentale (non ritenendo tale lo stato di incoscienza indotto dal digiuno), ove sussistano i requisiti di cui alla normativa sul T.S.O. (art. 34 L. 833/1978);
- dissenso espresso in precedenza e non confermabile, ove il sanitario ragionevolmente ritenga che se il soggetto avesse conosciuto il rischio per la propria vita, avrebbe prestato il consenso all'attività terapeutica.

Fuori da tali ipotesi, la sottoposizione del detenuto a trattamenti da lui non consentiti è da ritenersi vietata, nonché penalmente rilevante.

Gli operatori penitenziari (in primis, sanitari) devono quindi limitarsi ad informare il detenuto circa i pericoli cui va incontro in caso di protrazione del digiuno, offrendogli un idoneo supporto psicologico. Prima di tutto, però, occorrerebbe capire le ragioni che spingono il soggetto a tale gesto ed, esclusa la valenza ricattatoria o simulatoria, ricercare possibili soluzioni.

Anche in questo caso, quindi, le migliori armi di cui avvalersi risultano essere l'ascolto ed il dialogo, nel doveroso rispetto delle forme di estrinsecazione dell'altrui dignità.

Conclusioni

La trattazione, che non ambiva a fornire certezze ma solo spunti valutativi, si è concentrata sulla rilevanza del bene vita nell'attuale ordinamento giuridico, giungendo alla conclusione che la dimensione costituzionale della dignità umana e della salute richiedono una salvaguardia piena.

La stessa Corte Europea dei diritti umani ha riconosciuto quale "primaria" responsabilità dello Stato, la garanzia della vita e dell'incolumità della persona, tanto più, ove si tratti di soggetti legalmente privati della libertà personale.

Il peculiare "bisogno di tutela" dei ristretti è riconosciuto anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che sottolinea la fragilità emotiva dipendente dalla condizione di detenzione.

A tale condizione, dunque, sarebbe imputabile la rilevata tendenza all'autolesionismo, la cui frequenza statistica supera ampiamente quella riscontrabile nella "società libera".

Invero, nel momento in cui lo Stato decide di prevedere e comminare la pena detentiva, si obbliga implicitamente a porre in essere tutti gli interventi necessari per assicurare che la stessa si svolga nel rispetto dei diritti umani fondamentali. In primis, la vita e la salute. Dalla "presa in carico" del detenuto, sorge allora un obbligo di custodia che impone la difesa dei suoi interessi fondamentali da ogni forma di aggressione, anche autoinferta.

La posizione di protezione sussistente in capo all'Amministrazione Penitenziaria esclude a fortiori l'ipotizzabilità (già esclusa in via generale) di un diritto a morire del soggetto.

Le recenti aperture giurisprudenziali in merito riguardano, invero, contesti specifici e casi-limite caratterizzati da una rilevante sofferenza umana, che hanno condotto la giurisprudenza a distinguere tra un diritto a morire ed un diritto a rifiutare le cure (salva-vita), riportando solo quest'ultimo nell'ambito della garanzia costituzionale di cui all'art. 32³⁷.

Tale distinzione, se da un lato consente di escludere la praticabilità di forme di alimentazione coattiva a fronte dello sciopero della fame del detenuto che rischi di portare all'esito letale, dall'altro rende doverosa l'attività di prevenzione e di impedimento degli atti di autolesionismo e suicidari posti in essere nel contesto penitenziario. Anzi, il mancato, colpevole impedimento di tali eventi potrebbe esporre gli operatori penitenziari a responsabilità penale, laddove venga processualmente accertata la sussistenza di tutti i requisiti costitutivi della fattispecie criminosa ipotizzata.

In questo campo, anzi, l'accertamento dovrebbe essere condotto con metodo particolarmente rigoroso. Le attuali proporzioni del disagio carcerario e la ontologica indecifrabilità dell'animo umano consigliano, infatti, un atteggiamento di cautela soprattutto nella valutazione della prevedibilità e della evitabilità dell'evento, oltre che una puntuale verifica, dell'elemento soggettivo del reato, della violazione dell'obbligo di diligenza e del nesso causale.

L'annoso conflitto tra diritto e dovere, tra autorità e libertà, impone infatti la ricerca di un punto di equilibrio e di una corretta perimetrazione del campo della responsabilità penale, che consenta di conciliare il rispetto della dignità umana e dell'autodeterminazione individuale con la responsabilità custodiale attribuita allo Stato dalla condizione di detenzione.

Quanto detto, al fine di evitare che la posizione di garanzia si trasformi in una responsabilità di posizione, certamente incompatibile con il carattere personale della responsabilità penale che il volto costituzionale del sistema richiede.

Riferimenti bibliografici

ALLEGRIANTI-GIUSTI, “Lo sciopero della fame del detenuto (aspetti medico legali e deontologici)”, CEDAM, Padova, 1983

CANEPA-MERLO, “Manuale di diritto penitenziario”, Giuffrè, Milano, 2002

FIANDACA, “Il diritto di morire tra paternalismo e liberalismo penale”, in Foro It. 2009

FIANDACA, “Sullo sciopero della fame nelle carceri”, in Foro it. 1983

MAFFEI, “Lo sciopero della fame della persona detenuta”, in Rass. Pen. Crim. 2003.

MANTOVANI, “Diritto penale, parte speciale”, I, CEDAM

MANTOVANI, “Il problema della disponibilità del corpo umano”, in “Vivere: diritto o dovere?”, a cura di STORTONI, L'editore, 1992

MANTOVANI, “Manuale di Diritto Penale”, CEDAM, 2001

MANZINI, “Trattato di diritto penale italiano”, UTET, Torino, 1964, vol. VIII

ONIDA, “Dignità della persona e diritto di essere ammalati”, in Questioni giuridiche, 1982

RAMACCI, “I delitti di omicidio”, Giappichelli, Torino, 2008

Note

¹ L'espressione “diritto di morire” viene generalmente utilizzata per designare fenomeni diversi, accomunati da un canto dall'elemento volontaristico, dall'altro dalla idoneità a cagionare un'anticipazione della morte dell'individuo che lo invoca. Il riferimento va sia ai casi di suicidio vero e proprio, sia ai fenomeni dell'eutanasia, del suicidio medicalmente assistito e, in generale, al rifiuto delle cure indispensabili a vivere. In senso ampio, nella tematica in discorso rientrano tutte le varie forme di estrinsecazione della volontà soggettiva di porre fine alla propria vita, per lo più giudicata dal soggetto che ne è titolare come non degna o non più degna di essere vissuta.

² Il problema della disponibilità della vita umana può teoricamente oscillare tra due poli opposti:

- diritto di vivere, inteso sia come “diritto di essere lasciati in vita” che come “diritto di decidere sulla propria vita”. Corollario di siffatta impostazione è il diritto di non curarsi che, portato alle estreme conseguenze, giunge a legittimare la decisione di porre fine alla propria vita.

- dovere di vivere, ossia dovere di garantire la propria esistenza al fine di adempiere ai doveri di solidarietà connessi al ruolo assunto nel contesto sociale.

Ne discende il dovere del soggetto di curarsi e, più in generale, di mantenere uno stato psico-fisico consono al proprio status. Le predette concezioni riflettono, invero, l'adesione ad una differente impostazione di fondo circa la considerazione dell'essere umano ed il bilanciamento tra i beni individuali e le istanze di rilievo sociale. Cfr. MANTOVANI, “Il problema della disponibilità del corpo umano”, in “Vivere: diritto o dovere?”, a cura di STORTONI, L'editore, 1992, p. 41 e segg.

³ Cfr. MANTOVANI, “Il problema della disponibilità”, op. cit.

⁴ Invero, nel testo della Carta fondamentale manca un riferimento esplicito al diritto alla vita, il che ha portato, per anni, i giuristi ad interrogarsi sulla dimensione costituzionale dello stesso. Tale querelle può ormai dirsi ampiamente superata, anche sulla scorta delle pronunce della Corte Costituzionale che hanno riconosciuto il carattere “aperto” del riferimento ai diritti umani inviolabili di cui all'art. 2, dunque non limitabile al catalogo contenuto nelle successive disposizioni.

Tra tali diritti rientrerebbe certamente il diritto alla vita. In realtà, la mancanza di un'esplicita menzione a livello costituzionale si ritiene il frutto non tanto di una “dimenticanza”, quanto del carattere “scontato”, quasi pregiudiziale della vita, quale presupposto essenziale del riconoscimento di qualunque altro diritto. La garanzia Costituzionale del diritto alla vita è stata, inoltre, ricollegata all'art. 32 Cost., ritenendo che la tutela della salute presupponga necessariamente quella della vita, non essendoci la prima senza la seconda. Tale norma è stata, invero, invocata anche quale fondamento della tesi incline a riconoscere l'esistenza di un supposto “diritto a lasciarsi morire”.

⁵ Il “diritto alla vita” trova, a livello internazionale, espresso riconoscimento nell'art. 3 della Dichiarazione Universale dei diritti umani, nell'art. 6 del Patto internazionale relativo ai diritti civili o politici e nell'art. 2 CEDU. A livello europeo, esso è contemplato dagli artt. 2 e 3 della Carta Europea dei diritti fondamentali.

⁶ Il riferimento è, anzitutto ai reati di cui al Capo I, Titolo XII, Libro II c.p., nonché ai delitti di cui al Titolo VI, Libro II c.p.

Uno dei principali problemi con cui i teorici del diritto penale si sono confrontati in relazione ai diritti di omicidio afferisce alla corretta individuazione del bene giuridico protetto. Al riguardo, due sono le principali teorie sorte, intimamente condizionate dalla propensione di fondo verso la valorizzazione delle dimensioni individuale o anche collettiva del bene vita.

Così, mentre i fautori del riconoscimento della dimensione di libertà del soggetto anche in riferimento alle scelte esistenziali hanno individuato l'oggettività giuridica nel diritto alla vita, quale diritto soggettivo assoluto che ogni uomo vanta rispetto ai terzi, i sostenitori di una dimensione assoluta del predetto diritto asseriscono che, non avendo il soggetto la libera disponibilità giuridica della propria vita, l'oggetto di tutela delle fattispecie di omicidio sarebbe più correttamente individuabile nel bene della vita umana, formula suscettibile di lasciar trasparire oltre alla dimensione individualistica della vita, anche la sua dimensione sociale. Cfr. RAMACCI, "I delitti di omicidio", Giappichelli, Torino, 2008, p. 129 e segg.

⁷ Tale principio troverebbe un'applicazione a livello di legge ordinaria nell'articolo 5 del Codice Civile, che vieta gli atti di disposizione del proprio corpo che possano determinare effetti permanenti e, dunque, a fortiori quelli che offendono il bene della vita, logico presupposto dell'integrità fisica. Vengono, inoltre, richiamate le norme penalistiche che puniscono l'omicidio del consenziente (articolo 579 c.p.) e l'aiuto o l'istigazione al suicidio (articolo 580 c.p.). Secondo tale lettura, pertanto, il nostro sistema giuridico, pur riconoscendo un ruolo significativo al valore della autonomia individuale, attribuisce una indiscussa priorità ai beni della vita e della salute, la tutela dei quali è suscettibile di spingersi oltre la volontà del soggetto.

⁸ A sostegno dell'assunto, si richiama altresì il portato normativo di cui agli articoli 13, comma 1, e 32, comma 2, Cost. che, richiamandosi alla visione personalistica che impronta tutto l'assetto costituzionale italiano, proclamano solennemente l'inviolabilità della libertà personale e il divieto di trattamenti sanitari contro il consenso del soggetto interessato, salvi i casi di TSO espressamente disciplinati dalla legge. Ne deriverebbe, quale logico corollario, l'inviolabilità del diritto a non curarsi, fino a lasciarsi morire. Con riferimento alla disciplina penalistica, invocata dall'opposta teorizzazione a sostegno della tutela assoluta e non graduabile della vita, si sostiene che la garanzia penale apprestata dagli artt. 579 e 580 c.p. riguarderebbe le sole aggressioni manu aliena, non anche le ipotesi di autoaggressione.

⁹ Tale espressione, utilizzata in primis dall'ENGISH, è riportata da RAMACCI, I delitti di omicidio, Giappichelli, Torino, 2008, p. 45. Il Mantovani parla, invece, di "fatti giuridicamente tollerati". Cfr. MANTOVANI, Diritto penale, parte speciale, I, CEDAM, 2001, p. 120.

¹⁰ In particolare, il fatto del suicidio rileva, oltre che per l'articolo 580 c.p., ai fini degli artt. 14 e 15 della L. 47/1948 e 30 L. 223/1990, che incriminano l'incitamento al suicidio nelle pubblicazioni e trasmissioni radiotelevisive; degli artt. 114-117 TULPS, che puniscono le pubblicazioni nei giornali o in altri scritti periodici dei ritratti dei suicidi.

¹¹ Si pensi ad un possibile obbligo dello Stato di predisporre gli strumenti per assicurare a tutti i cittadini la tutela del diritto a morire (anche a coloro che non abbiano la possibilità o il coraggio di suicidarsi), ovvero la punibilità ex art. 610 c.p. (violenza privata) dell'intervento impeditivo della morte e l'applicabilità della legittima difesa all'aspirante suicida che reagisce allo stesso. Cfr. MANTOVANI, Diritto penale- Parte speciale, cit., p. 121.

¹² MANTOVANI, Diritto penale- Parte speciale, cit., p. 120 e segg.

¹³ In particolare, alla stregua della preferibile ed attualmente maggioritaria concezione mista -formale-sostanziale- gli elementi essenziali che connotano la posizione di garanzia sono:

- giuridicità dell'obbligo;
- altruità del bene e incapacità del titolare di proteggere adeguatamente l'oggetto di tutela;
- carattere specifico e predeterminato dei soggetti "garanti", in virtù della posizione rivestita rispetto al bene da tutelare;
- previa attribuzione di adeguati poteri giuridici impeditivi;
- affidamento del bene al garante e possibilità materiale di protezione.

Cfr. MANTOVANI, "Manuale di diritto penale", CEDAM.

¹⁴ Tra gli obblighi giuridici di agire non sussumibili nell'area applicativa dell'articolo 40, c. 2, c.p., si suole distinguere:

- obblighi di sorveglianza, ossia obblighi attribuiti sì a categorie specifiche di soggetti, ma che si sostanziano in meri poteri di vigilanza sull'altrui attività e non anche nel conferimento di veri e propri poteri impeditivi. Il titolare dell'obbligo di sorveglianza ha, in altre parole, il solo obbligo di vigilare su determinati beni o fonti di pericolo e di informare il titolare ovvero il garante in caso di rilevazione di fatti potenzialmente offensivi.
- meri obblighi di attivarsi, genericamente previsti in capo a taluni soggetti e collegati al verificarsi di determinati presupposti di fatto. Tali obblighi, espressione del principio di solidarietà, vengono per lo più posti da norme penali incriminatrici ad hoc e si caratterizzano per l'assenza, in capo al soggetto, di poteri non solo impeditivi, ma anche di sorveglianza; l'esempio classico è costituito dal delitto di omissione di soccorso, di cui all'art. 593 c.p.

¹⁵ Si pensi agli istituti della sospensione dell'esecuzione penale (artt. 146 e 147 c.p.), ai trasferimenti in luoghi esterni di cura o alla detenzione domiciliare.

¹⁶ Così FIANDACA, "Sullo sciopero della fame nelle carceri", in Foro it. 1983.

¹⁷ Le posizioni di protezione si differenziano dalle posizioni di controllo in quanto mirano alla tutela di soggetti o interessi determinati a fronte di tutti i pericoli che possano attingerli. L'esempio paradigmatico è costituito dalla responsabilità dei genitori rispetto ai figli minori. Le posizioni di controllo si riferiscono, invece, a determinate fonti di pericolo (es. animali o oggetti pericolosi), rispetto a tutti i soggetti o gli interessi con cui possano venire in contatto.

¹⁸ CEDU, sezione V, sentenza 16 ottobre 2008, ricorso n. 5608/05, Renolde contro Francia.

¹⁹ Si allude essenzialmente al c.d. Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O.) di cui alla Legge 833/1978 che consente, a fronte di un'urgenza terapeutica, accertamenti e terapie su di un soggetto affetto da malattia mentale che rifiuti il trattamento. Il T.S.O. è un atto composito, di tipo medico e giuridico, basato su valutazioni di gravità clinica e di urgenza, e quindi inteso come una procedura finalizzata alla tutela della salute e della sicurezza del paziente. Esso ha sostituito la precedente normativa, di cui alla L. 306/1904, riguardante il "ricovero coatto", basata sul concetto di "pericolosità per sé e per gli altri e/o pubblico scandalo" e dunque palesemente finalizzato alla difesa sociale.

²⁰ Secondo la recente giurisprudenza della Cassazione, suggellata dalla sentenza delle S.U. 18.12.2008, "L'attività medico-chirurgica per essere considerata legittima necessita dell'acquisizione del consenso informato rilasciato dal paziente, salve le eccezioni previste dalla legge". In mancanza, la condotta del medico che sottoponga il paziente a trattamenti sanitari acquista sicura rilevanza penale, eventualmente scriminabile ai sensi dell'articolo 54 c.p. La citata sentenza delle S.U. ha, tuttavia, riconosciuto che, de iure condito, "Non ricorre alcuna fattispecie penale nel caso in cui il medico, pur in assenza di un valido consenso del paziente, abbia agito secondo la lex artis e l'intervento si sia concluso con esito benefico per la salute del paziente".

²¹ L'uso del proprio corpo come strumento di pressione è stato storicamente attuato in contesti e per il perseguimento di finalità differenti. Nell'ambito penitenziario, lo sciopero della fame assume una valenza peculiare, quale forma di esternazione del disagio personale del soggetto, che in tal modo intende attirare l'attenzione di operatori ritenuti troppo distanti, riappropriandosi di spazi di autodeterminazione. Cfr. MAFFEI, "Lo sciopero della fame della persona detenuta", in Rass. Pen. Crim. 2003.

²² In particolare, il Tribunale di Roma (caso Welby) ha affermato che "La facoltà di rifiutare le cure o di interromperle non può voler significare l'esplicito riconoscimento di un diritto al suicidio, bensì soltanto l'inesistenza di un obbligo a curarsi del soggetto". Infatti, "La difesa approntata dall'ordinamento alla inviolabilità della vita deve cedere di fronte al medico che possa metterla a rischio o addirittura pregiudicarla, se tale condotta sia stata posta in essere in ossequio alla volontà liberamente e consapevolmente espressa, sulle terapie cui sottoporsi o non sottoporsi, dallo stesso titolare del bene protetto". Cfr. sentenza G.U.P. Trib. Roma, 27.07.2007, n. 2049, che ha disposto il non luogo a procedere per il delitto ex art. 579 c.p. in relazione al medico che aveva praticato l'interruzione dei trattamenti che tenevano in vita il paziente, ritenendo il reato scriminato dall'adempimento del dovere di non proseguire nelle cure a fronte di un espresso rifiuto del malato. Anche nel caso Englaro, la giurisprudenza afferma con forza il diritto alla vita e alla continuazione delle cure per chi è in stato vegetativo permanente. La Cassazione ritiene, infatti, che "il diritto di rifiutare i trattamenti sanitari si fonda sulla premessa dell'esistenza, non di un diritto generale ed astratto ad accelerare la morte, ma del diritto all'integrità del corpo e a non subire interventi invasivi indesiderati". Cfr. Cass. Civ., sez. I, 16.10.2007, n. 21748. In dottrina si è sottolineato che si tratta della tutela del diritto fondamentale all'invulnerabilità del proprio corpo, che non implica di per sé un diritto di suicidarsi. Cfr. FIANDACA, "Il diritto di morire tra paternalismo e liberalismo penale", in Foro It. 2009.

²³ L'esito letale è condizionato da una serie di fattori che possono ridurne o accelerarne i tempi, quali l'età, la costituzione fisica, lo stato di salute etc. Cfr. ALLEGRIANTI-GIUSTI, "Lo sciopero della fame del detenuto (aspetti medico legali e deontologici)", CEDAM, Padova, 1983.

²⁴ Si allude al Disegno di Legge concernenti le modifiche all'articolo 11 della legge 354/75, presentato al Consiglio dei Ministri nella seduta dell'8 gennaio 1982.

²⁵ Secondo l'opinione attualmente prevalente, la responsabilità penale sarebbe ascrivibile a titolo di violenza privata, trattandosi di condotta lesiva del diritto all'autodeterminazione. Tra i precedenti che negano la responsabilità penale a titolo di omicidio per mancato impedimento della morte di un detenuto in sciopero della fame, cfr. C.App. Milano, 21.05.1992, inedita, che ha assolto il dirigente penitenziario che non aveva disposto l'alimentazione forzata, ritenendolo scriminato dall'adempimento del dovere di rispetto del rifiuto delle cure espresso dal detenuto.

²⁶ L'art. 53 del Codice di Deontologia medica del 2006 prevede che: "Quando una persona rifiuta volontariamente di nutrirsi, il medico ha il dovere di informarla sulle gravi conseguenze che un digiuno protratto può comportare sulle sue condizioni di salute. Se la persona è consapevole delle possibili conseguenze della propria decisione, il medico non deve assumere iniziative costrittive né collaborare a manovre coattive di nutrizione artificiale nei confronti della medesima, pur continuando ad assisterla".

²⁷ Cfr. Trib. Milano, sez. II penale, 10 aprile 1989.

²⁸ In merito alla tesi dell'intervento coatto dell'Amministrazione, cfr. in dottrina: CANEPA-MERLO, "Manuale di diritto penitenziario", Giuffrè, Milano, 2002; MANZINI, "Trattato di diritto penale italiano", UTET, Torino, 1964, vol. VIII. In giurisprudenza: Tribunale di Milano, Sez. II Penale, 10.04.1989; Tribunale di Padova, Ordinanza del 21.12.1983; Tribunale di Milano, Ordinanza del 13. 12. 1981.

²⁹ Si verificherebbe, in altri termini, una condizione per cui "è il digiuno che prende la mano al digiunatore". Cfr. ALLEGRI-GIUSTI "Lo sciopero della fame del detenuto (aspetti medico legali e deontologici)", CEDAM, Padova, 1983, nonché MAFFEI, "Lo sciopero della fame", op. cit., p. 33.

³⁰ Competente a disporre il TSO è il sindaco del luogo in cui è ubicato l'istituto penitenziario, il quale, rilascia nella sua qualità di autorità sanitaria e previa proposta motivata del sanitario, apposita ordinanza di ricovero presso il servizio psichiatrico di un ospedale civile del territorio. Tale provvedimento viene immediatamente comunicato al Giudice Tutelare.

³¹ Cfr. in dottrina: ONIDA, "Dignità della persona e diritto di essere ammalati", in *Questioni giuridiche*, 1982. In giurisprudenza: Tribunale di Padova, Ordinanza del 2.12.1982.

³² Altra critica rileva che la teoria avversa potrebbe incentivare un uso distorto della prassi dello sciopero della fame, attuato al solo scopo di ottenere l'applicazione degli strumenti che l'ordinamento appresta in relazione ad uno stato di incompatibilità con il regime carcerario. In altri termini, si consentirebbe al detenuto di condizionare od eludere l'applicazione e le modalità di esecuzione delle misure restrittive della libertà. Per una più ampia ricostruzione degli orientamenti menzionati, cfr. FIANDACA, "Sullo sciopero della fame nelle carceri", in *Foro it.*, 1983, II, p. 235; MAFFEI, "Lo sciopero della fame", op. cit., p. 34.

³³ Circa la qualificazione penalistica di tale condotta, ci si divide tra coloro che la ritengono sussumibile nell'ambito del delitto di lesioni (con conseguente responsabilità per omicidio preterintenzionale in caso di morte), e coloro che invocano le norme a tutela dell'autodeterminazione, in primis, la violenza privata. Tale ultima tesi risulta attualmente prevalente, anche in giurisprudenza. Tuttavia, la Cassazione più recente ha ritenuto, a Sezioni Unite, che in caso di intervento arbitrario con esito fausto, attuato nel pieno rispetto delle *leges artis* la condotta del sanitario sarebbe priva di rilevanza penale, in quanto non sussumibile in alcuna fattispecie di reato. Cfr. Cass. Pen. S.U. 18.12.2008, 2437.

³⁴ Inoltre, si evidenzia che il fine di garantire il detenuto non può giustificare un'attività che, lungi da portare alla "immobilizzazione" del soggetto" di cui all'art. 41 O.P., realizzerebbe una "manomissione" della persona. Cfr. Cass. Pen, sez. IV, sent. Del 19/12/1979.

³⁵ Cfr. Cap. II, Par. 3. Cfr. altresì Cass. Pen 2007, in merito al rifiuto all'emotrasfusione espresso inizialmente da un soggetto Testimone di Geova, ma non confermabile a fronte di un più grave contesto clinico.

³⁶ Fermo restando, sul piano penalistico, il principio affermato dalla richiamata sentenza delle S.U. Penali 2008 (18.12.2008, 2437), che esclude la rilevanza penale dell'intervento salvifico, attuato nel pieno rispetto delle regole dell'arte medica, in caso di consenso parziale, non integrabile per sopravvenuta incoscienza.

³⁷ In definitiva, la giurisprudenza italiana sembra rifarsi alla distinzione operata già nel 1997 dalla Corte Suprema degli Stati Uniti tra *right to refuse medical treatments*, tutelato a livello costituzionale, e *right to die*, privo di protezione da parte dell'ordinamento. Cfr. Corte Suprema degli Stati Uniti, sent. 26.06.1997, *Vacco contro Quill*, in *Foro it.* 1998, VI, 76..

IL SUICIDIO IN CARCERE: CAUSE DEL FENOMENO E STRUMENTI DI PREVENZIONE

a cura di Vincenzo Paradiso - vicecommissario di polizia penitenziaria

Abstract

L'Autore si sofferma sulle molteplici cause che possono generare gli atti suicidari: disturbi psichici preesistenti la carcerazione; il rimorso per il delitto commesso; la previsione della condanna; la condanna stessa. Queste e molte altre sono le motivazioni che possono incidere sulle caratteristiche psicologiche di un individuo provocando quel tipo di "sofferenza che prevale sull'istinto di conservazione" (G.Tamburino, 2001).

In ogni caso, ciascun atto autosoppressivo va considerato nella sua unicità e visto all'interno della particolare storia di vita di ogni detenuto. E' inoltre importante comprendere in maniera adeguata come la peculiarità dell'ambiente penitenziario, in quanto istituzione dal "potere inglobante", incida sulla personalità del singolo soggetto.

Sotto il profilo della tutela della salute in carcere, l'Italia si trova ad essere vincolata ai Patti delle Nazioni Unite, in particolare ai Patti sui diritti civili e politici, e alla Convenzione Europea sui diritti dell'uomo.

In tema di prevenzione del suicidio, infine, l'Autore menziona le linee-guida dell'OMS:

- la formazione del personale penitenziario
- il ruolo del servizio di accoglienza per i nuovi giunti
- l'attività di osservazione prolungata nel tempo, da parte di tutto il personale coinvolto
- la comunicazione efficace degli indicatori di rischio, tra le varie professionalità
- la creazione di forme stabili e formalizzate di raccordo con i servizi psichiatrici del territorio

Alla luce di quanto rappresentato, la prima strategia d'intervento viene offerta pertanto dall'integrazione operativa tra i servizi, l'Amministrazione Penitenziaria, le Asl, gli Enti Locali e il Volontariato.

* * *

Introduzione

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 da parte delle Istituzioni cui esse sono affidate. Il problema in questione si pone sin dal momento in cui una persona, facendo ingresso in istituto, viene privato della libertà rimanendo pur sempre titolare di tutti gli altri diritti riconosciuti dalla Carta Costituzionale, primi fra tutti il diritto alla vita ed alla salute che devono essere tutelati indipendentemente dal contesto in cui la persona viene a trovarsi.

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 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 penitenziario.

La detenzione implica, infatti, per il soggetto recluso, una serie di rinunce materiali rispetto alla vita nel mondo libero e il venir meno di quei riferimenti esterni sociali e familiari, che sono acuite dal vivere in una struttura rigidamente organizzata e caratterizzata da continue tensioni e situazioni conflittuali che la convivenza coatta con gli altri ristretti inevitabilmente comporta.

Naturalmente diverse possono essere le cause, le motivazioni che spingono a compiere un gesto così estremo come quello del suicidio: possono dipendere da disturbi psichici già esistenti o evidenziatesi nel corso della detenzione, o possono essere al contrario la strutturazione di una risposta di tipo psicotico ad eventi, particolarmente psico-traumatizzanti, quali la carcerazione, il rimorso per il delitto commesso, la previsione di condanna, la condanna stessa.

In ogni caso si tratta di un atto che “dichiara - senza ambiguità, senza alternative - che la sofferenza è stata più forte dell’istinto di conservazione”.¹

La tutela della salute in carcere

Alla tutela della salute si riferiscono, a livello internazionale, tutta una serie di disposizioni che hanno cura di definire l’ambito dei c.d. diritti naturali dell’uomo. Per quanto riguarda il nostro sistema giuridico, l’Italia si trova ad essere vincolata ai Patti delle Nazioni Unite, nello specifico ai Patti sui diritti civili e politici, e alla Convenzione europea sui diritti dell’uomo.

La Convenzione all’articolo 3 dispone che nessuno può essere sottoposto “a tortura né a pene o trattamenti inumani e degradanti”. La giurisprudenza interpretativa sia della Corte Europea, che della Commissione europea dei diritti dell’uomo, ha concorso a specificare tale dettato normativo. In generale si può affermare che un trattamento inumano o per lo meno degradante ha luogo quando le condizioni di svolgimento dell’esecuzione della pena sono tali da affievolire il diritto naturale dell’uomo ad una vita dignitosa. Nel 1987 il Consiglio d’Europa ha adottato le c.d. Regole minime europee in materia penitenziaria, un complesso di disposizioni specificamente rivolte all’ambito penitenziario, oggetto di una raccomandazione del Comitato dei Ministri del Consiglio d’Europa, che non vincola i paesi membri alla sua osservanza ma sancisce solo un obbligo morale al loro rispetto. La presenza, però, di un Comitato europeo contro la tortura e per la prevenzione dei trattamenti inumani e degradanti con funzioni ispettive (CPT), che verifica, visitando i penitenziari dei vari Paesi, le condizioni generali del sistema penitenziario, consente di tener in debito conto le regole nella valutazione delle condizioni generali degli individui reclusi.² Esse stabiliscono un livello standard di condizione detentiva della popolazione ristretta, che funge da parametro integrativo dei vari regolamenti penitenziari nazionali. La finalità è di stabilire una base di regole minime su tutti gli aspetti dell’Amministrazione Penitenziaria “che siano essenziali per assicurare delle condizioni umane di detenzione e un trattamento positivo”. Nel Preambolo, si prospetta, inoltre, la possibilità di una evoluzione di tali norme, attraverso l’impegno a “definire criteri di base realistici, che permettano alle Amministrazioni Penitenziarie di giudicare i risultati ottenuti e di misurare i progressi in funzione di più elevati standard qualitativi” nella dichiarata convinzione che l’ambiente e le condizioni personali sono determinanti nei progetti trattamentali di rieducazione.³

Lo stato di detenzione crea, infatti, esigenze e limiti peculiari, che da un lato costituiscono una limitazione dello status generale di cittadino e dall’altro sono il presupposto per la operatività di un sottosistema particolare, in cui si pongono speciali doveri e diritti dell’individuo e dell’autorità. La restrizione della libertà finisce con il limitare le scelte di vita individuale e rende il soggetto assolutamente dipendente dall’Amministrazione Penitenziaria per l’appagamento di molte esigenze fondamentali. Responsabilità dell’Amministrazione è quella di provvedere alle esigenze del soggetto ristretto, in modo rispondente alla situazione e ai suoi bisogni, anche di fronte alla società. Rientra in tale ambito il diritto alla salute del soggetto ristretto, che costituendo diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività, deve essere tutelato in ogni caso, anche nel momento in cui lo Stato esercita i suoi poteri coercitivi nei confronti di coloro che, a seguito di violazione delle norme penali, sono privati della libertà personale. Tale tutela avviene nel contesto sociale dove la personalità dell’individuo trova espressione, e l’istituto penitenziario, concretizzandosi in una formazione sociale, è il luogo in cui il detenuto esplica la propria personalità. Il detenuto, pertanto, quando fa il suo ingresso in carcere, “serba intatta la titolarità e la facoltà di esercitare tutti quei diritti che non siano concretamente in contrasto con la privazione della libertà”⁴.

Proprio l’articolo 27, comma 3, della Costituzione, disponendo che “le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato”, sottolinea l’invulnerabilità della vita e dell’integrità psico-fisica del condannato. Conseguentemente la garanzia della tutela della salute psico-fisica e sociale diventa basilare, costituendone la condizione imprescindibile per qualsiasi attività di recupero e reinserimento sociale delle persone in stato di detenzione. Quindi la pena deve essere attenta ai

bisogni umani del condannato in vista del suo possibile reinserimento sociale, e fra i bisogni “umani” primari necessariamente deve essere contemplata, appunto, la tutela del diritto alla salute. Il trattamento potrà essere positivo solo se s’inserisce in uno stato di benessere psico-fisico. L’assistenza sanitaria del detenuto, in tal senso, si pone come attività strumentale e si qualifica rispetto alla funzione di trattamento e di sicurezza.

Significato del suicidio in carcere

Il suicidio è spesso la causa più comune di morte nelle carceri, con una percentuale tra 15 e 18⁵ volte più frequente nella popolazione detenuta rispetto a quella generale. 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. Una prima considerazione generale è che “le cause dei suicidi sono tante quanti sono i suicidi. Può sembrare un’ovvietà, ma non se ne può prescindere: l’unicità e l’indecifrabilità delle motivazioni che determinano la decisione di togliersi la vita - tanto più all’interno di un universo chiuso come il carcere - non sono affrontabili con gli strumenti, inevitabilmente grossolani, di cui disponiamo”⁶.

In ogni caso l’atto autosoppressivo pone l’istituzione di fronte alla propria impotenza, in quanto il detenuto cessa di essere un recluso per affermarsi, attraverso la radicale negatività del gesto, come essere umano.

I suicidi rappresentano, pertanto, una forma drammatica e disperata di una comunicazione che non ha trovato risposta. Nel carcere siamo in presenza della “nuda vita”, cioè di individui che nella gran parte dei casi sono titolari solo ed esclusivamente della loro vita, ed è per questo che per comunicare possono arrivare, nei casi estremi, al suicidio. L’influenza in qualche modo sconvolgente che l’ambiente carcerario esercita sull’individuo è la fonte originaria cui bisogna risalire per comprendere i meccanismi che s’innescano nella mente di una persona costretta a confrontarsi con un mondo sconosciuto e promiscuo. Da molti soggetti il carcere viene vissuto solo come un’imposizione di regole rigide e di nuovi codici di comportamento, come quel luogo in cui ogni idea del futuro diviene improponibile ed il presente, privo di avvenimenti, diventa un susseguirsi di gesti ripetitivi. Può accadere allora che il detenuto, in questa condizione di solitudine e di isolamento, maturi l’idea di uccidersi. Il suicidio viene dunque inteso come una fuga di fronte ad una situazione che sembra non presentare alcuno spiraglio di salvezza. Il recluso in questo modo evade dal carcere attraverso una fuga dalla sua stessa vita. In altri casi il recluso matura un senso di colpa per il crimine commesso, così il suicidio diventa un castigo, un modo per espiare la colpa. Può anche accadere che il gesto di togliersi la vita non abbia come in questi due casi un carattere liberatorio, ma dimostrativo. Così il recluso attenta alla propria vita per suscitare un senso di colpa negli altri. Egli, inserito in un contesto che l’opinione pubblica tende a disprezzare, se non ad ignorare, si vede dimenticato dalle istituzioni, dalla popolazione libera e molto spesso dalla stessa famiglia.

Per comprendere in maniera adeguata come le particolarità dell’ambiente penitenziario vadano ad incidere sulle caratteristiche psicologiche di un individuo, esse devono essere esaminate nel contesto più ampio delle istituzioni totali. Queste ultime possono essere definite come un “sistema chiuso, soggetto ad un potere inglobante, in cui vi sia impedimento allo scambio sociale e all’uscita verso il mondo esterno: il suo carattere inglobante è continuo, permanente, non poroso, soggetto ad un potere”⁷. Rientrano nell’ambito delle istituzioni totali, oltre al carcere, ad esempio l’ospedale psichiatrico giudiziario, il collegio, la caserma. La giornata, all’interno del carcere, è regolamentata scrupolosamente in ogni suo momento, per ogni azione è previsto, infatti, un orario ben preciso. Tutto ciò viene imposto in modo coercitivo senza tenere in considerazione le varie esigenze delle persone che obbligatoriamente si trovano a vivere all’interno di questi spazi⁸. Quanto detto è però necessario per assicurare il mantenimento dell’ordine e della disciplina negli istituti penitenziari, anche se imponendo valori e abitudini comuni a tutti, annulla le differenze individuali nei detenuti e l’identità negli stessi entra in crisi. Il detenuto, infatti, pur garantito negli aspetti più materiali della sua esistenza, da un punto di vista umano viene completamente privato degli stimoli emotivi. Durante la detenzione il soggetto viene sradicato dal suo contesto e viene costretto a restare lontano dagli affetti, dalla casa, dal lavoro, e obbligato ad abbandonare totalmente tutti quegli elementi che costituivano il suo progetto di vita.

L’isolamento del detenuto dalla società, la carenza di positivi contatti interpersonali e l’influenza della cultura carceraria, cioè di quella subcultura che si sviluppa tra gli appartenenti alla comunità dei detenuti, al di fuori dalle regole penitenziarie, porta il detenuto ad un progressivo adattamento alla comunità carceraria, che in termini sociologici è stato definito da Clemmer, come “processo di prigionizzazione”⁹. Tale termine descrive un

processo lento e graduale di adeguamento del soggetto ai costumi, alla cultura e al codice d'onore del carcere. I gradi di adattamento sono rappresentati dalla misura in cui il detenuto aderisce ai modelli forniti dalla cultura carceraria, vale a dire dalla sua sensibilità, dalla cultura che a sua volta dipende dal tipo di relazioni che aveva avuto prima dell'incarcerazione, nonché dalla sua personalità.

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, e l'eventuale desiderio di un buon lavoro sono aspetti della prigionizzazione che possono essere riscontrati in tutti i detenuti.

Le esigenze di ordine, di controllo e di sicurezza inducono l'Istituzione Penitenziaria a ricercare ed alimentare l'uniformità degli atteggiamenti e dei comportamenti dei detenuti, attraverso l'imposizione di "valori" comuni che sono i prodotti delle finalità e delle funzioni carcerarie. Il processo di "prigionizzazione", invece, alimenta e approfondisce l'antisocialità del detenuto, rendendolo sempre più estraneo alla società civile e sempre più aderente alla subcultura della comunità del carcere. Il carcere costituisce, quindi un importante fattore di insorgenza della recidiva, per la prevalenza della funzione criminogenetica e la carenza di quella rieducativa che si manifesta soprattutto nell'assenza di stimoli e di opportunità. Durante la detenzione la personalità del soggetto subisce una "disorganizzazione", in quanto si trova privata di tutti quei sostegni, quegli status che avevano caratterizzato la sua vita all'esterno. Lo sradicamento dalla famiglia, la perdita del ruolo genitoriale, o comunque del ruolo familiare, la mancanza di compagnia femminile e il desiderio sessuale, rappresentano per la maggioranza dei detenuti gli elementi più angosciosi della detenzione, che contribuiscono a minare l'identità del detenuto nella sua più profonda strutturazione. Queste sono le manifestazioni più dolorose sulle quali è necessario intervenire non solo farmacologicamente, ma soprattutto psicologicamente, poiché in questo momento il soggetto, sentendosi perso, può andare incontro ad improvvisi gesti autolesivi. Il disturbo si trasforma poi in depressione caratterizzata dal ritiro in se stessi, la paura è sostituita dallo sconforto. Alle stesse conclusioni era giunto Durkheim¹⁰ quando affermava che il suicidio è direttamente proporzionale alla disgregazione sociale, cioè alla solitudine o all'emarginazione dell'individuo, infatti, "a detta di molti detenuti chi si uccide non è stato aiutato, non ha trovato sulla sua strada operatori e strutture in grado di supportarlo"¹¹.

Il trauma da ingresso in carcere.

L'ingresso in carcere costituisce per il detenuto un momento di smarrimento, confusione, inquietudine che viene, generalmente, descritto negli studi del caso come "trauma da ingresso". L'impatto con l'istituzione penitenziaria, in particolare per coloro che non hanno avuto precedenti esperienze di detenzione, può essere lo stimolo scatenante, per una serie di sintomi come ansia, paura, senso di frustrazione, depressione, cioè di una complessa catena sintomatologica sia sul versante fisico che psichico. Il trauma da ingresso in carcere può diventare tanto più forte quanto maggiore è il divario fra il tenore di vita condotto in libertà e quello carcerario. Ciò vale soprattutto per i reati commessi dai cosiddetti "colletti bianchi". I primi giorni della detenzione sono in assoluto il momento a più elevato rischio suicidario, in particolare se la persona è entrata in carcere per la prima volta, oppure è tossicodipendente, oppure è accusata di reati infamanti, come la pedofilia o di omicidi in famiglia. In qualche caso, è sufficiente che dall'esterno pervenga una notizia dolorosa, quale l'abbandono da parte del partner o della famiglia, perché un equilibrio, probabilmente già precario e ulteriormente destabilizzato dall'incarcerazione, sia definitivamente compromesso e porti alla decisione di farla finita. Sono maggiormente a rischio, come detto in precedenza, i detenuti giovani che, entrando in carcere per la prima volta non hanno conoscenza degli stili di vita e delle regole che attengono la detenzione e sono, in un certo senso, completamente alieni rispetto a un sistema di gerarchie, di relazioni e di prassi che evidentemente sono spesso non facilmente comprensibili. Hanno alle loro spalle una carriera criminale esigua e sono ancora "giudicabili", non sono "definitivi", proprio perché chi è definitivo, e quindi si trova in carcere da anni, è una persona che in qualche modo quell'impatto iniziale, quel trauma iniziale lo ha già superato, lo ha già metabolizzato ed è capace di stare in quell'ambiente. La capacità di adattamento è, infatti, generalmente superiore in un soggetto con precedenti esperienze detentive, o che riesce a trovare nel carcere punti di riferimento in altri detenuti, perché appartenenti alla stessa organizzazione criminale o perché dello stesso paese o regione.

In quest'ottica si può affermare che l'ingresso in carcere costituisce, in ogni caso, un evento esistenziale stressante che può comportare nel soggetto detenuto "delle reazioni che vanno da un disturbo di adattamento per arrivare a svilupparsi, a volte, un vero e proprio disturbo traumatico da stress"¹². Bisogna tener conto, infatti,

che quelli che nella popolazione libera sono indicati come fattori di rischio di suicidio (precedenti tentativi di suicidio, disturbi psichici, tossicodipendenza, emarginazione sociale) sono elementi maggiormente rappresentati nella popolazione detenuta.

Il primo impatto con il carcere, infatti, può essere lo stimolo scatenante, per una serie di sintomi come ansia, paura, senso di frustrazione, depressione, cioè di una complessa catena sintomatologica sia sul versante fisico che psichico. Tra i disturbi d'ansia di più frequente riscontro ci sono l'ansia di separazione (da figure e/o ambienti familiari significativi); l'ansia reattiva da perdita (lutto, danno economico, perdita del prestigio sociale); l'ansia da crisi d'identità (messa in discussione del ruolo sociale, l'immagine dell'Io reale ed ideale con sentimenti depressivi, di colpa-vergogna, indegnità, inadeguatezza, sino alla accettazione di una vera e propria identità negativa).

Il disturbo può degenerare poi in depressione caratterizzata da angoscia, oppressione e dal ritiro in se stessi, "tanto che, spesso, sarebbe necessario intervenire non solo farmacologicamente, ma soprattutto con un sostegno psicologico, poiché il soggetto, sentendosi perso, può andare incontro ad improvvisi gesti suicidari e autolesivi"¹³.

La capacità di reagire a questa forma di depressione dipende anche dalla personalità del soggetto recluso, dalle risorse individuali e dal sostegno della famiglia che lo stesso è in grado di avere.

Oltre, alla fase dell'ingresso in carcere, si possono distinguere altri momenti di disagio, correlati al cambiamento della posizione giuridica del detenuto, ossia il processo, e l'esecuzione della condanna¹⁴. In ciascuna fase il gesto suicida può essere la conseguenza di motivazioni particolari, soprattutto legate alla perdita di speranza e paura del futuro, come nel caso di condanna ad una lunga pena detentiva.

Infine, da sottolineare il paradosso del suicidio di detenuti prossimi al fine pena quale conseguenza della perdita della facoltà di autodeterminarsi. L'entrata e l'uscita dal carcere sono, infatti, due momenti particolari che, di per sé, possono generare reazioni patologiche d'ansia o alterazioni della condotta in una sintomatologia complessa che comprende sia il versante fisico che il versante psichico. Da qualche settimana a qualche mese prima del rientro in libertà, si verifica, infatti, la cosiddetta "sindrome dell'uscita" caratterizzata da sintomi psichici e comportamentali quali angoscia, depressione che possono comportare possibili atti suicidari. L'equilibrio dell'adattamento al carcere viene meno poiché, spesso, le prospettive all'esterno non sono rassicuranti e pongono nuovamente il soggetto di fronte alla precarietà della propria esistenza. La ragione kafkiana è forse nella "paura di affrontare le difficoltà, una volta fuori spaventa il ritorno in una società dove si è soli, tra legami familiari ormai spezzati e la ricerca proibitiva di un lavoro"¹⁵. Di contro, i suicidi sono meno frequenti quando i detenuti intravedono la possibilità di un futuro, come nel caso dello svolgimento di attività utili per il dopo pena: un corso di formazione, un lavoro intramurario, ecc.¹⁶.

Le linee guida dell'OMS per la prevenzione del suicidio in carcere.

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 e rappresenta un fattore disfunzionale di profondo stress sia per gli operatori penitenziari che per i detenuti.

Determinante è pertanto il possesso da parte degli operatori tutti, anche dei volontari che possono esercitare un ruolo di irrinunciabile supporto per l'Amministrazione, 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.

A questo riguardo si evidenzia che, nel corso degli anni, oltre alle Istituzioni deputate alla gestione dell'esecuzione penale, anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità 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 quali fattori di particolare criticità:

- 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 tossico o alcool dipendenza; 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 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'OMS suggerisce un programma con l'obiettivo di prevenire e ridurre il fenomeno suicidario i cui punti chiave sono:

- 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 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.

Riferimenti bibliografici

- ANDREANO R., “Tutela della salute e organizzazione sanitaria nelle carceri: profili normativi e sociologici”, in www.ristretti.it .
- BACCARO L, F. MORELLI, “In carcere: del suicidio ed altre fughe”, Logos edizioni, 2009.
- CANEPA M., MERLO S., Manuale di diritto penitenziario, Giuffrè 2010.
- CLEMMER D., “La comunità carceraria”, Giappichelli editore, Torino.
- DURKHEIM E., “Il suicidio. Studio di sociologia”, Rizzoli editore, 2007.
- GOFFMAN E., “Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell’esclusione e della violenza”, Einaudi, Torino.
- MANCONI L., “Suicidi e atti di autolesionismo”: i dati di una ricerca, Golem, n. 1, 2003 su www.ecn.org .
- MATTONE A., responsabile carceri della Campania per la Comunità di Sant’Egidio, in www.ladiscussione.com .
- SERRA C., “Il castello, S. Giorgio e il drago”, Seam, Roma.

Note

- ¹Giovanni Tamburino (2001) all’epoca Direttore del Centro Studi e Ricerche del D.A.P. in . Baccaro, F. Morelli, “In carcere: del suicidio ed altre fughe”, pag. 85, Logos edizioni, Padova 2009.26.06.1997, Vacco contro Quill, in *Foro it.* 1998, VI, 76.
- ² R. Andreano, “Tutela della salute e organizzazione sanitaria nelle carceri: profili normativi e sociologici”, in www.ristretti.it.
- ³ R. Andreano, “Tutela della salute e organizzazione sanitaria nelle carceri: profili normativi e sociologici”, in www.ristretti.it.
- ⁴ M. Canepa, S. Merlo, Manuale di diritto penitenziario, Giuffrè 2010.
- ⁵ L. Baccaro, F. Morelli, “In carcere: del suicidio ed altre fughe”, Logos edizioni, 2009.
- ⁶ L. Manconi, “Suicidi e atti di autolesionismo”: i dati di una ricerca, Golem, n. 1, 2003 su www.ecn.org .
- ⁷ E. Goffman, “Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell’esclusione e della violenza”, Einaudi, Torino.
- ⁸ C. Serra, *Il castello, S. Giorgio e il drago*, Seam, 2002.
- ⁹ D. Clemmer, “La comunità carceraria”, Giappichelli editore, Torino.
- ¹⁰ E. Durkheim, “Il suicidio. Studio di sociologia”, Rizzoli editore, Milano, 2007.
- ¹¹ L. Baccaro, F. Morelli, *In carcere: del suicidio ed altre fughe*, Logos edizioni, 2009.
- ¹² L. Baccaro, F. Morelli, “In carcere: del suicidio ed altre fughe”, Logos edizioni, 2009.
- ¹³ L. Baccaro, F. Morelli, “In carcere: del suicidio ed altre fughe”, Logos edizioni, 2009.
- ¹⁴ L. Baccaro, F. Morelli, “In carcere: del suicidio ed altre fughe”, pag. 82, Logos edizioni, Padova 2009.
- ¹⁵ A. Mattone, responsabile carceri della Campania per la Comunità di Sant’Egidio, in www.ladiscussione.com .
- ¹⁶ L. Baccaro, F. Morelli, “In carcere: del suicidio ed altre fughe”, pag. 85, Logos edizioni, Padova 2009.

RINGRAZIAMENTI

Il presente Quaderno dal titolo “LA PREVENZIONE DEI SUICIDI IN CARCERE” è stato realizzato dall’Istituto Superiore di Studi Penitenziari diretto da Massimo De Pascalis, dirigente generale dell’Amministrazione Penitenziaria.

Si ringrazia per la significativa collaborazione Pietro Buffa, dirigente penitenziario, e i vice commissari del Corpo di polizia penitenziaria autori dei contributi presenti nel volume.

La realizzazione della pubblicazione, è stata curata dal Servizio Studi e Ricerche dell’ISSP, diretto dal dirigente Domenico Schiattone, e in particolare da:

- F. Angelo Vacca, funzionario (comunicatore) per la grafica e la cura dei testi;
- Sartarelli, funzionario (formatore);
- Maria Strangis, funzionario (educatore);
- Elvira Arconti, funzionario (educatore).