

LAURA BACCARO - FRANCESCO MORELLI

Centro Studi di Ristretti Orizzonti, Padova

MORIRE DI CARCERE

SOMMARIO: 1. Muoiono ogni anno più di 100 detenuti per malattia: loro, sicuramente, non erano “simulatori”. - 2. Tra suicidi “annunciati” e suicidi “imprevedibili”. - 2.1. È possibile definire alcune cause del suicidio in carcere? - 2.2. Suicidi in carcere: testimonianze di detenuti, per capirne di più. - 3. Morire di overdose, per omicidio o cause “da accertare”: il carcere può essere “pericoloso”. - 4. Riconoscimento del diritto di non morire in carcere: che fare? - 4.1. Un “*compassionate release*” anche in Italia? - 4.2. Le “buone pratiche del diritto ad una giusta morte” nell’Amministrazione Penitenziaria. - 5. Cosa significa fare “prevenzione” dei suicidi in carcere?

1. *Muoiono ogni anno più di 100 detenuti per malattia: loro, sicuramente, non erano “simulatori”*

“La dignità – il diritto di essere rispettati –, per essere goduta, deve essere distribuita o, per così dire, immessa sul mercato degli scambi sociali e fatta circolare. Prova ne è che di fatto può esservi iniquità nella distribuzione di tale diritto”¹.

Argomentare del diritto civile e sociale alla dignità del morire può sembrare paradossale, poiché dovrebbe essere ovvio che questo diritto è legato al diritto alla salute, cioè ad un diritto naturale dell’uomo, fondato sul concetto di dignità della persona; ma la condizione particolare dello stato di detenzione è tale, che il detenuto si trasforma, a volte, in un uomo “diverso”, costretto a subire una compressione dei diritti anche nel momento della morte.

L’*“Ars Moriendi”*, l’arte del prepararsi al morire e l’arte di accompagnare il morire dell’altro, con i suoi testi che nel tardo medioevo erano veri e propri *vademecum* per i morenti e per chi li assisteva, oggi appare del tutto dimenticata, anche perché si vive sempre più soli e, soprattutto in carcere, si muore soli, nonostante si sia in tanti, in troppi dentro a celle sovraffollate.

Con il sovraffollamento poi assistiamo all’involutione di una “cultura” penitenziaria, nella quale il riconoscimento dell’altro come essere umano rischia di non essere più sentito come dovere e diritto istituzionale e professionale.

Nelle carceri italiane muoiono in media 150 detenuti l’anno, dei quali un terzo circa per suicidio (1.005 casi accertati, dal 1990 ad oggi), un terzo per cause immediata-

¹ D. SPARTI, *L’importanza di essere umani. Etica del riconoscimento*, Milano, Feltrinelli, 2003, p. 188.

mente riconosciute come “naturali”, e il restante terzo per “cause da accertare”, che indicano tutti i casi nei quali viene aperta un’inchiesta giudiziaria. È difficile credere che in tutti questi casi la morte sia stata un evento improvviso, inatteso e imprevedibile; più probabilmente ha rappresentato l’epilogo di una malattia che progressivamente si aggrava, con segni clinici e sintomi via via più evidenti che avrebbero dovuto allarmare i sanitari, far disporre il ricovero in ospedale e, quanto meno, dare l’avvio alle procedure per l’ottenimento del rinvio della pena o della detenzione domiciliare.

Perché questo non accade? Perché spesso non viene prestata sufficiente attenzione ai sintomi della malattia? Perché i detenuti non sempre vengono creduti quando lamentano un malessere?

Un caso recente, accaduto a Teramo, è particolarmente emblematico: Uzoma Emeka, detenuto nigeriano di 32 anni, muore il 18 dicembre, un tumore al cervello mai diagnosticato. “Venti giorni prima di morire, aveva già cominciato ad avvertire alcuni forti capogiri: perdeva i sensi all’improvviso, sveniva in cella e nelle docce, vomitava, non riusciva ad alzarsi dal letto, non mangiava, deperiva a vista d’occhio. Ogni volta che perdeva i sensi, i compagni di cella lo conducevano in infermeria sulle spalle, ma il medico di guardia, dopo pochi minuti, senza fare né disporre ulteriori accertamenti, lo rimandava in cella prescrivendogli tutt’al più qualche “pillola” per dormire. Anche la notte prima di morire Emeka era stato rispedito dall’infermeria nella cella, ma stava talmente male da non riuscire a rimanere nemmeno steso sul letto e cadeva continuamente a terra. Dopo alcuni tentativi è stato lasciato privo di sensi per terra, con un lenzuolo, per l’intera nottata, nonostante avesse vomitato più di una volta e gli altri detenuti ne chiedessero l’immediato ricovero in infermeria. Risultato: la mattina seguente lo hanno trovato con la bava alla bocca, rigido e privo di coscienza. Solo dopo qualche ora è stata finalmente chiamata l’ambulanza, ma ormai i medici non hanno potuto fare altro che constatarne il decesso²”.

Tragedie come quella sopra descritta accadono in un contesto dove la malattia, fisica e mentale, è talmente diffusa da rappresentare una sorta di perversa “normalità”: l’AIPsiMed, Associazione Italiana Psichiatri, rielaborando dati della “Indagine conoscitiva sullo stato della sanità negli istituti penitenziari”, delle Commissioni Giustizia e Igiene e Sanità del Senato – XVI Legislatura, ha concluso che l’80% dei detenuti soffre di una qualche patologia.

“Appena il 20% dei detenuti sono sani. I rimanenti si trovano in condizioni di salute mediocri (38%) scadenti (37%) o gravi (4%), con alto indice di comorbidità. Il 30% dei detenuti soffre di malattie del fegato, il 21% sono tossicodipendenti, il 15% hanno problemi di masticazione, il 13% ha malattie osteoarticolari. Le persone con Hiv sono 1.008, il 2,07% della popolazione car-

² Dalla relazione dell’avvocato A. GERARDI, che ha potuto visitare il carcere di Teramo e raccogliere la testimonianza dei compagni di cella di Emeka al seguito di una delegazione di parlamentari radicali (mail: alessandro.gerardi@libero.it)

ceraria complessiva. Ma l'infezione è molto più diffusa di quanto rivelino le cartelle cliniche, perché solo il 30-40% dei detenuti accettano di sottoporsi al test. Nelle carceri italiane ci sono oltre 22.000 malati psichiatrici, di cui: 11.160 depressi, 7.727 malati mentali gravi (non meglio definiti - n.d.r), 2.915 affetti da malattie neurologiche, 823 ritardati mentali³.

Ma in realtà, quando si verificano casi di mancato ascolto del paziente, esami clinici non effettuati, diagnosi sbagliate, in definitiva cure non prestate, il vero motivo è spesso lo stereotipo che vuole il detenuto manipolativo e falso, che simula un malessere (o ne esagera i sintomi) allo scopo di ottenere dei "benefici" (una misura alternativa, il ricovero in ospedale, o anche solo la collocazione in un reparto detentivo migliore). Inoltre i medici sono consapevoli che per un detenuto la libertà vale più della salute, quindi spesso "sospettano" che possa aver messo in atto pratiche autolesionistiche per auto-provocarsi i disturbi che lamenta e che, comunque, non seguirà le terapie prescritte in quanto gli "conviene" lasciare che la malattia si aggravi, nella speranza di ottenere l'incompatibilità con il regime detentivo.

Tra i vari gesti autolesivi che i detenuti possono compiere rientra anche lo sciopero della fame. A volte può trasformarsi in un ricatto la cui la posta in gioco è la perdita della vita, intesa come prezzo da pagare contro il rifiuto dell'istituzione a rispondere ad una richiesta.

Sono decessi difficilmente inquadrabili nella categoria "suicidio", come pure in quella "cause naturali", ma che rappresentano una tipicità della vita in carcere e del rapporto tra detenuto e istituzione. Ricordiamo, tra i più recenti, i casi di Ali Juburi, morto nell'agosto 2008 dopo 35 giorni di digiuno nel carcere di L'Aquila, e di Sami Ben Gargi, morto a Pavia lo scorso 5 settembre dopo quasi 40 giorni senza alimentarsi. Entrambi protestavano contro una condanna che ritenevano ingiusta.

2. Tra suicidi "annunciati" e suicidi "imprevedibili"

All'interno degli istituti di pena si registra un tasso di comportamenti suicidari molto maggiore di quello presente nella popolazione "libera": la nostra ricerca (che copre un arco di tempo di 30 anni, dal 1980 al 2009), rileva che tra i detenuti la frequenza del suicidio è all'incirca 20 volte maggiore rispetto all'insieme della popolazione italiana (11 per 10mila, contro 0,5 per 10mila). Ma il confronto più interessante risulta quello tra i suicidi tentati nei due gruppi: se nella popolazione nazionale, per ogni suicidio portato a termine, ci sono 1,1 tentativi di suicidio, nel carcere ne avvengono ben 13,3. Di conseguenza, se i detenuti si uccidono con una frequenza 20 volte maggiore rispetto ai "liberi", tuttavia tentano di uccidersi addirittura 243 volte di più.

Nella grande maggioranza dei casi chi vuole davvero suicidarsi ci riesce, mentre il

³ M. DE BAC, *Carceri, il record italiano. Sani solo 2 detenuti su 10*, in www.aispimed.org.

tentativo di suicidio spesso maschera una richiesta d'aiuto, nella speranza che qualcuno la sappia decifrare ed intervenga modificando una certa situazione. Quindi nel tentativo di suicidio è presente una forte ambivalenza motivazionale, che può oscillare tra l'intenzione di morire e quella di migliorare la propria condizione di vita. E, di conseguenza, alcuni suicidi sono in realtà "infortuni": dovevano essere solamente "tentati suicidi" ma qualcosa va male... un piede che perde l'appoggio... i soccorsi che non arrivano nel tempo previsto.

Spesso chi tenta il suicidio è già stato autore di ripetuti gesti auto-aggressivi, legati a volte a disturbi mentali diagnosticati o ad abuso di sostanze, ma il tentativo può anche essere agito come reazione impulsiva ad un evento familiare grave, o comunque ad una cattiva notizia, in detenuti che non avevano mai dato segni di essere "a rischio".

Fenomeno ancora più diffuso è l'autolesionismo, ogni giorno infatti nelle carceri italiane si verificano venti atti di autolesionismo. Interessante, al riguardo, questa testimonianza di Edoardo Albinati, insegnante nel carcere di Rebibbia e scrittore:

"Probabilmente il fenomeno più significativo della vita carceraria oggi è l'autolesionismo. Si tratta di un messaggio ambiguo e tremendo proprio per la sua natura, tragica, di anti-messaggio: nell'autolesionismo è come se venisse proclamata in modo clamoroso l'inutilità della comunicazione, la fine di ogni possibile discorso. Il detenuto che si cuce le labbra con ago e filo non sta infatti solo effettuando un'azione simbolica di protesta ("Finché sono rimasto calmo e ragionevole nessuno mi ha prestato ascolto, allora scelgo di diventare pazzo, faccio questa follia, e forse saranno costretti a starmi a sentire"), il che sarebbe ancora un segno di lucidità, un barlume di calcolato interesse disperatamente volto a migliorare la propria condizione, costi quel che costi; piuttosto mette in scena la totale mancanza di senso dell'esperienza che sta vivendo, producendo di sé soltanto un'immagine estrema che ripugna lo spettatore e lo allontana dalla possibilità e dalla voglia di comprendere, o meglio, lo induce a pensare che il dolore del detenuto sia ormai senza ritorno, meritevole forse di pietà ma comunque, nel suo fondo, incomprensibile, delirante, come il discorso di uno schizofrenico.

L'autolesionismo taglia così il nodo di chiacchiere che avvolgono il carcere di dentro e di fuori mostrando direttamente la sua ulcera, e lascia parlare solo le ferite, come in una passione medievale, ma senza una religione che dia senso alla sofferenza. La carne muta apre le sue bocche (le "finestre del dolore") e da queste esce sangue e basta. Non ci sono parole capaci di spiegare, di commentare saggiamente⁴.

Nella legge sull'ordinamento penitenziario n. 354 del 1975 non si parla del suicidio ma, genericamente, della tutela della salute dei carcerati all'art. 11, nel quale si legge che "L'assistenza sanitaria è prestata, nel corso della permanenza nell'istituto, con periodici e frequenti riscontri, indipendentemente dalle richieste degli interessati"⁵.

⁴ E. ALBINATI, *Maggio selvaggio*, Mondadori, Roma, 1999, p. 38.

⁵ L'Amministrazione penitenziaria si interessa formalmente della prevenzione del suicidio tra i

In realtà, in carcere il tentativo di suicidio è spesso punito disciplinarmente (come avviene anche per l'autolesionismo, il tatuaggio, il piercing), in base all'articolo 77 del Regolamento penitenziario che, al punto 1), prevede l'infrazione (molto generica) della "negligenza nella pulizia e nell'ordine della persona o della camera". Le misure che vengono adottate vanno da un "richiamo", all'esclusione dalle attività, fino all'isolamento⁶ o, nei casi più, gravi, ritenendo il soggetto affetto da una sorta di devianza psichica, ad un intervento di tipo medico-psichiatrico, che inquadra il suicidio come un comportamento "patologico" che viola il diritto-dovere alla salute.

Quindi abbiamo devianze di vario livello e varia gravità: se l'atto auto-soppressivo è considerato "serio", allora chi lo compie è considerato per lo più un malato di mente e l'Ordinamento penitenziario prevede l'adozione di misure rivolte alla tutela della salute mentale del soggetto; se il tentativo di suicidio è considerato "simulativo", si ritiene che il detenuto strumentalizzi il suo gesto per protestare contro l'amministrazione penitenziaria, oppure per ricattare al fine di ottenere qualche beneficio, o anche per vendicarsi delle frustrazioni subite. Il gesto è perciò etichettato come atto di devianza di un detenuto ribelle, perché in questi casi si ritiene che il detenuto compia un'analisi dei costi/benefici, nel senso che valuti cosa può riuscire ad ottenere. Insomma non rischia un T.S.O. o un invio in strutture psichiatriche per nulla, e la convenienza o meno dipende dalla sua posizione giuridica e dalle sue condizioni detentive, come pure dalla (supposta) ottenibilità degli obiettivi che si prefigge.

Abbiamo provato ad identificare situazioni e/o gruppi ad alto rischio di suicidio, mettendo a confronto le percentuali dei suicidi nelle diverse "categorie giuridiche" (imputati, condannati, internati) con quelle della rilevanza delle stesse all'interno della popolazione carceraria italiana, abbiamo così rilevato che la frequenza maggiore di suicidi si registra tra gli internati (26,4 su 10.000), il doppio rispetto alla frequenza tra gli imputati (12,7 su 10.000) e il triplo rispetto a quella tra i condannati (8,1 su 10.000).

Particolarmente a rischio sono i primi giorni, spesso le prime ore, di detenzione e i soggetti sono generalmente maschi, giovani (20-25 anni), non sposati, alla prima incarcerazione, arrestati per crimini minori, spesso connessi all'abuso di sostanze. Una grande quota dei suicidi nelle carceri avviene anche nei tre giorni che precedono un'udienza cruciale.

detenuti dal 1987, con la "Circolare Amato" con la quale si istituisce il "Servizio Nuovi Giunti" ed il suicida viene descritto sempre come un deviante psichico, sia in ottica "preventiva", sia in ottica "curativa". Il detenuto che tenta il suicidio dovrà essere assistito dai servizi sanitari intramurari quando è possibile, oppure "Ove, come statuisce l'art. 11 della legge, siano necessari 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 altri luoghi esterni di cura", ma purtroppo e, spesso, per consuetudine, sembra che "altro luogo esterno di cura" sia soprattutto l'O.P.G.

⁶ A livello di rimedio strutturale si adotta, in molte carceri, la cosiddetta "cella liscia", una stanza che assomiglia a un parallelepipedo senza nessun oggetto all'interno e nessun appiglio alle pareti.

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 per lo più 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 una misura alternativa. Con il tempo, l'incarcerazione porta stress aggiuntivi, come il conflitto con l'istituzione, la vittimizzazione, le frustrazioni legali, una fragilità fisica e psichica. Di conseguenza, il tasso di suicidio dei detenuti sembra crescere con la durata della pena. Gli ergastolani, in particolare, sembrano presentare un rischio molto elevato.

2.1. È possibile definire alcune cause del suicidio in carcere?

Iniziare a raccogliere i materiali per il dossier "Morire di carcere" ha significato per noi cominciare a leggere le storie di vita, o meglio quei pochi frammenti che a noi arrivavano dalle cronache dei quotidiani locali, dalle segnalazioni di volontari e operatori, dalle testimonianze dei famigliari, per tentare di capire in concreto che cosa c'era dietro ognuna di queste storie, e se davvero in carcere si può fare qualcosa per la prevenzione dei suicidi, o per lo meno, come sostengono i detenuti della redazione di *Ristretti Orizzonti*, per una "riduzione del danno da carcere".

Dai tentativi fatti per individuare le cause che determinano il suicidio, emerge spesso da parte delle istituzioni una riluttanza a prendere in considerazione elementi sociali e istituzionali, che si traduce nel rischio di sminuire l'importanza dell'evento della carcerazione a favore di una focalizzazione sul *background* medico e psicologico dei detenuti, cioè di un'impostazione individualistica e patologizzante del fenomeno.

Questo approccio non ha portato ad una maggiore prevedibilità dei comportamenti suicidari, né ad una loro diminuzione, anche perché ha distolto l'attenzione da quegli individui portatori di disagio, ma non individuabili attraverso i classici fattori di rischio: molte delle caratteristiche dei detenuti suicidi sono infatti comuni a tutti gli altri detenuti, e pochi studi hanno identificato elementi in grado di caratterizzare i detenuti che commettono suicidio rispetto al resto della popolazione carceraria.

I "nuovi giunti" e i detenuti prossimi al "fine pena", paradossalmente, condividono una grande incertezza e, infatti, il più alto tasso di suicidi si registra proprio tra questi due gruppi. In particolare nei giorni successivi all'incarcerazione i detenuti soffrono fortemente la perdita della facoltà di autodeterminarsi: sono in balia di decisioni altrui, come avessero "già perso la vita", non solo la libertà. Al contrario, i suicidi sono meno frequenti quando i detenuti si rendono conto di poter ancora "fare qualcosa" per il loro futuro, quindi in alcune fasi del processo, come pure durante lo svolgimento di attività utili per il dopo-pena (un corso di formazione, un lavoro intramurario, etc.).

Un elemento importante – che solitamente è addotto come concausa del maggior

numero di suicidi, tentati suicidi e comportamenti autolesivi tra i detenuti – è il sovraffollamento delle strutture carcerarie e l'ovvio disagio psico-fisico che ne deriva (ridotti spazi, mancanza di intimità), come pure il particolare stato di degrado ambientale di alcuni istituti rispetto ad altri.

In realtà le cause sono molteplici e più complesse. In parte comunque la costante crescita nel lungo periodo del numero di suicidi riusciti e suicidi tentati può essere attribuita al cambiamento di composizione della popolazione detenuta, con un aumento del numero di "soggetti fragili", in particolare tossicodipendenti e stranieri, che sono più esposti ai vari fattori di rischio auto-lesivo e auto-soppressivo.

Tabella 1
Suicidi e tentativi di suicidio nella popolazione detenuta dal 1980 al 2009

Anni	Presenza media di detenuti per anno	Detenuti suicidi per anno	Tasso suicidi per 10.000	Tentati suicidi	Tasso tentati suicidi per 10.000
1980	30.347	40	13,90	394	129,83
1981	32.555	54	16,60	442	135,77
1982	32.562	58	17,80	451	138,50
1983	39.247	44	11,20	506	128,92
1984	43.773	46	10,50	517	118,10
1985	43.569	44	10,10	489	112,23
1986	42.293	43	10,20	525	124,13
1987	33.865	51	15,10	398	117,52
1988	35.222	44	12,50	438	124,35
1989	35.187	38	10,80	456	129,59
1990	31.676	23	7,26	489	154,37
1991	31.169	29	9,30	516	165,54
1992	44.134	47	10,64	531	120,31
1993	50.903	61	11,98	670	131,62
1994	52.641	51	9,68	639	121,38
1995	50.448	50	9,91	868	172,05
1996	48.528	46	9,47	709	146,10
1997	49.306	55	11,15	773	155,97
1998	49.559	51	10,29	933	188,26
1999	51.072	53	10,37	920	180,01
2000	53.322	61	11,40	892	167,28
2001	55.193	69	12,52	912	165,23
2002	55.670	52	9,35	907	163,62
2003	55.432	57	10,28	859	154,08
2004	55.750	52	9,33	713	127,89
2005	57.796	57	9,87	750	129,76
2006	49.264	50	10,16	640	129,91
2007	44.233	45	10,17	610	137,90
2008	51.167	46	8,99	683	133,48
2009	62.060	71	11,30	785	126,49
Totali	<i>(Media)</i> 45.598	1.488	<i>(Media)</i> 11,07	19.415	<i>(Media)</i> 141,01

2.2. Suicidi in carcere: testimonianze di detenuti, per capirne di più

“Dietro la morte di un uomo ci sarebbero tante cose da dire, da detenuto posso affermare che troppo spesso il sistema è di una durezza devastante, l’aspetto umano di una pratica – perché noi alla fine siamo delle pratiche, dei fascicoli – non viene in nessun modo preso in considerazione, i tempi di attesa per una risposta da un tribunale di sorveglianza sono lunghissimi e l’ansia per chi attende una decisione in merito a un beneficio diventa spesso distruttiva. In generale è minima la percentuale delle richieste che vengono accolte dai tribunali di sorveglianza e ogni volta che riceviamo una risposta negativa alle nostre speranze diventa un dramma per noi detenuti e per tutte le nostre famiglie che vivono con noi la nostra drammatica esperienza” (Un detenuto, da Il Cittadino, 30 dicembre 2004).

“Il fatto è che anche se uno ha commesso un reato ha bisogno di sentirsi vivo, utile, e pensare che la sua vita non è finita lì” (Maher Gdoura).

“Per me la figura professionale che è adatta ad intervenire in queste situazioni è una figura che è in grado di comprendere dal colloquio quel che lo stato di ‘progettazione della vita’ dell’individuo che ha di fronte, che è in grado di comprendere che questa è una persona che comunque ha un suo modo di pensare e di comportarsi oppure è una persona disorientata, che quindi può mettere in atto un comportamento fuori dalle regole. E questa è una figura professionale che io qui in carcere non ho incontrato nell’accoglienza dei nuovi giunti, e quindi non so se si possa parlare di prevenzione” (Gianluca Cappuzzo).

“In cella con me ne sono passati tanti, e una volta è venuto un giovane che piangeva in continuazione giorno e notte, era stato arrestato per due o tre grammi di cocaina e non lo avevano ancora condannato. Io sono convinto di averlo aiutato e consigliato, cercando di fargli superare la paura e l’ansia che provava a trovarsi per la prima volta in carcere, poi è vero che arriva il momento che non sei più capace di aiutare nessuno, perché tutti i giorni arrivano queste persone che hanno bisogno di sostegno, e tu hai già i tuoi problemi, e finisce che non ce la fai più a farti carico anche di quelli degli altri” (Kamel Said).

“Sono diventato definitivo con la pena dell’ergastolo il 21 luglio del 2000, dieci giorni dopo arrivo in questo carcere e spiego che ho degli attacchi di panico. Il medico mi dice che mi manda dallo psichiatra, il mio terrore allora è diventato: mi vede lo psichiatra, chissà cosa scrive, chissà cosa fa, magari mi sbattono pure all’O.P.G. Sicché è venuto lo psichiatra dopo due o tre giorni su in sezione, e mi ha chiesto come mi sentivo, e lì sono stato velocissimo a rispondere ‘Bene, bene, tutto a posto tutto tranquillo’, pur che se ne andasse.

Io sono un ergastolano, però la progettualità secondo me non è solo la previsione di uscita, una forma di progettualità forse si può avere anche in carcere, io vorrei andare a vedere semplicemente se ci sono suicidi, o in che proporzione ci sono suicidi di chi frequenta attività e lavora, rispetto a quelli che non fanno niente e passano il tempo in branda.

Se tu a una persona gli dai un po’ di progettualità, e fai in modo che esca dalla cella, lui comincia a pensare che, se l’hanno messo a lavorare, vuol dire che gli hanno dato un po’ di fiducia, e chissà, comincia allora a nutrire una speranza. Ecco, rispetto a questo credo che la progettualità non debba essere intesa solo come una possibilità di uscita, ma proprio di vita” (Marino Occhipinti).

“Penso che serva un sistema all’interno del carcere che non lasci una persona sola, magari but-

tata mesi e mesi in una cella ad abbruttirsi, tutti noi abbiamo visto persone che non vanno neanche all'aria per anni interi. Dobbiamo tener presente poi che chi porta dentro di sé questa debolezza, o meglio questa angoscia, difficilmente sarà lui a chiedere aiuto, soprattutto perché lo stereotipo vuole che il carcerato, anche nella sua debolezza, deve comunque dimostrare di essere forte" (Maurizio Bertani).

"Per me le motivazioni che spingono le persone fuori dal carcere a suicidarsi sono molto diverse da quelle che spingono le persone al suicidio in carcere. Perché altrimenti qualcuno mi dovrebbe convincere che per quelli che si suicidano dentro, ci sarebbe stata una grossa possibilità che si suicidassero anche fuori. Sono tanti i fattori che spingono al suicidio in galera, per esempio io ricordo che quando sono entrato in carcere provavo molta vergogna nei confronti di mio padre, questo può essere considerato un 'fattore scatenante', soprattutto per i ragazzi giovani che entrano dentro, si vergognano e si lasciano sopraffare dall'angoscia. Allora bisognerebbe pensare a una figura che faccia da mediatore, non solo tra il delinquente giovane e la vittima, ma anche fra il delinquente giovane e la propria famiglia, che spesso si ritrova contro.

Se poi mi chiedono come fare prevenzione, io penso questo: considerato che l'essere umano ha bisogno di illudersi di migliorare la propria situazione, allora invece di dargli un televisore, le gocce per dormire o il vino, invece di dargli il calcetto in saletta, bisogna dargli degli altri interessi. Altri interessi in modo tale che, finché uno si trova in questa esistenza inutile che è il carcere, si illuda di fare qualcosa di utile, e poi magari lo fa veramente. Però questi interessi bisogna che arrivino a tutte le persone, e non è il compagno di cella, e non è il volontario, e non è il prete, è l'istituzione che deve pensare un carcere in modo tale che questi interessi siano lì a disposizione di tutti. Così chi non vuole riempire la sua vita di psicofarmaci, di vino o di televisione, magari trova davvero altre opportunità, e può darsi che riesca veramente a costruirsi una vita, che sia vita" (Elton Kalica)⁷.

3. *Morire di overdose, per omicidio o cause "da accertare": il carcere può essere "pericoloso"*

La fonte ufficiale dei dati è il dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, che ogni anno pubblica il bollettino degli "eventi critici" distinguendo – per quanto riguarda le cause di morte dei detenuti – tre "categorie": cause naturali, suicidi e omicidi.

Ma a partire dal 2002, con il dossier "Morire di carcere", il centro studi di Ristretti Orizzonti ha individuato delle sotto-categorie che risultano molto interessanti per disvelare le dinamiche della vita (e della morte) in cella: in otto anni 24 detenuti sono rimasti vittima di overdose da droghe (eroina) ed altri 31 sono morti dopo aver inalato il gas delle bombolette con le quali si alimenta il fornello da camping, pratica utilizzata anche per procurarsi lo "sballo" in assenza di sostanze stupefacenti. Quindi, per questi ultimi, è difficile stabilire se si sia trattato di suicidio, oppure di un "incidente". Nello stesso periodo gli omicidi accertati sono stati 10 ed il responsabile, nella totalità

⁷ Per queste testimonianze, v. L. BACCARO, F. MORELLI, *In carcere. Del suicidio e di altre fughe*, Padova, Ristretti, 2009.

dei casi, è risultato essere un altro detenuto.

In oltre 250 casi (su circa 800 decessi non causati da suicidio e omicidio) la magistratura ha aperto un'inchiesta mirante ad accertare eventuali responsabilità degli operatori penitenziari: le ipotesi di reato vanno dalla omessa sorveglianza, fino all'omicidio colposo, o preterintenzionale.

I relativi procedimenti giudiziari sono, in genere, estremamente lunghi e controversi: raramente si arriva ad una sentenza definitiva in meno di 10 anni.

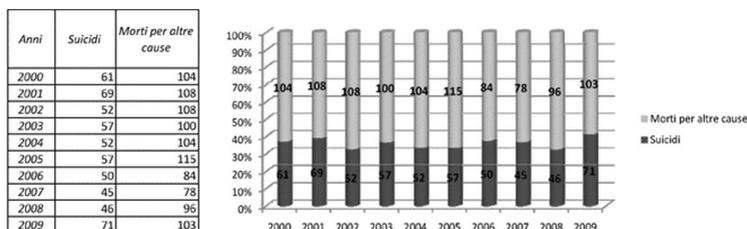
Ricordiamo il caso di Marcello Lonzi, la cui morte, avvenuta nel carcere di Livorno l'11 luglio 2003, fu inizialmente attribuita ad un infarto. Dopo numerose perizie e la riesumazione del corpo si è arrivati, nel 2009, a formalizzare l'accusa di omicidio volontario a carico di un detenuto e di un agente di polizia penitenziaria. Il processo dovrebbe iniziare entro l'anno in corso.

Nel mese di ottobre del 2009 ha suscitato particolare clamore ed indignazione il caso di Stefano Cucchi, anch'egli deceduto per "arresto cardiocircolatorio", secondo il primo referto medico, ma sulla cui morte sono state disposte subito indagini approfondite, dopo che i famigliari hanno diffuso alcune immagini del corpo di Stefano segnato da lividi ed ematomi. Allo stato attuale tre agenti sono indagati per omicidio preterintenzionale e sei medici per omessa assistenza.

Il "caso Cucchi" ha rappresentato un punto di svolta per la ferma determinazione dei famigliari nel chiedere l'accertamento della verità, "mettendoci la faccia" sui giornali e in televisione: dopo di loro altri parenti di detenuti hanno preso coraggio, contestando le "versioni ufficiali" sulle morti dei congiunti. Vicende come quella di Stefano Cucchi sono abbastanza rare, ma è importante sia stato riconosciuto pubblicamente che una persona detenuta ha dei diritti che devono essere tutelati e delle ragioni, e un'istituzione può avere dei torti.

Tabella 2

Rapporto numerico tra detenuti suicidi e morti "per altre cause"



4. Riconoscimento del diritto di non morire in carcere: che fare?

Il tema del “morire in carcere” è complesso, in quanto il diritto soggettivo del detenuto di morire libero di fatto si scontra con la volontà della società di punizione, deterrenza e protezione.

Dobbiamo perciò partire dal concetto che in carcere il non-rispetto della dignità del morire (cioè la possibilità di morire liberi, accompagnati da persone conosciute e dai famigliari, quando possibile) è spesso determinato da un arbitrario disconoscimento o, come minimo, da una limitazione dei diritti. Cos'è possibile fare perché sia riconosciuto ai detenuti il diritto di morire liberi?

4.1. Un “compassionate release” anche in Italia?

Nel 2009 in 36 su 50 degli Stati Uniti risulta adottato il *compassionate release*, procedura che consente il rilascio dei detenuti gravemente ammalati per “motivi di compassione”⁸. Anche i restanti Stati hanno almeno un meccanismo generale, che i detenuti morenti possono utilizzare per chiedere il rilascio⁹. Generalmente i detenuti malati terminali devono avere una speranza di vita di sei mesi o meno, prima di essere considerati ammissibili al *compassionate release*, ma in alcuni Stati la prognosi può allungarsi fino ad un anno. Sono esclusi dai benefici i condannati per reati gravi, per reati sessuali e gli ergastolani. Tuttavia molti giudici e funzionari statali sono restii a liberare i detenuti, fino a quando non è chiaro che la loro condizione di salute escluda il loro ritorno a comportamenti antisociali. Il *compassionate release* è adottato anche in Francia, Scozia, Cina e Nuova Zelanda. E in Italia? Partendo dalla normativa vigente, è sicuramente possibile un maggiore utilizzo del “Rinvio obbligatorio della esecuzione della pena” (dell’art. 146 del codice penale al comma 3), che peraltro

⁸ Già nel 1998 era attivo il progetto GRACE (Guiding Responsive Action in Corrections at End-of-Life). Alcune tra le migliori pratiche (M. RATCLIFF, *Dying inside the walls*, *Journal of Palliative Medicine*, 2000, 3, p. 509) individuate per l’accompagnamento alla morte dentro in carcere sono: il coinvolgimento dei detenuti come volontari; aumentare le visite delle famiglie, comprese quelle dei familiari del detenuto; la presenza di un team interdisciplinare, tra cui medico, infermiere, cappellano e operatori di altre professioni sociali, come minimo; pianificazione sanitaria anticipata; formazione al dolore e alla gestione dei sintomi; servizi di lutto; l’adattamento dell’ambiente per “comodità”.

⁹ Il North Carolina e l’Alabama hanno aderito ai programmi che permettono la liberazione dei prigionieri malati o morenti per tagliare i costi del sistema sanitario penitenziario (http://www.usatoday.com/news/nation/2008-08-13-furloughs_N.htm). Nel concreto solo pochissimi pazienti hanno caratteristiche clinicamente appropriate tali da essere effettivamente rilasciati prima di morire. Ad es. la California, con una popolazione carceraria di circa 150.000, prevede una media di 28 rilasci su 78 domande ricevute ogni anno. La legge sulla Medical Parole di New York del 1992 ha portato ad un totale di 215 uscite nei sette anni precedenti il 1998 (J.A. BECK, *Compassionate release from New York state prisons: Why are so few getting out?*, *Journal of Law, Medicine, & Ethics*, 1999, 27, p. 216).

andrebbe modificato, con l'automatismo della sospensione della pena in caso di diagnosi infausta, mentre ora è previsto quando la persona si trova "in una fase della malattia così avanzata da non rispondere più ai trattamenti disponibili e alle terapie curative".

4.2. *Le "buone pratiche del diritto ad una giusta morte" nell'Amministrazione Penitenziaria*

Sarebbe importante anche che l'Amministrazione penitenziaria adottasse dei protocolli operativi per quanto riguarda l'assistenza dei detenuti malati terminali che, a volte, muoiono comunque negli istituti. Vere e proprie "buone pratiche del diritto ad una giusta morte", che si traducono:

- nel "credere" a una persona detenuta quando dice che sta male;
- nella comunicazione della diagnosi al detenuto e ai congiunti;
- nel consenso informato per ogni pratica sanitaria e nel diritto all'autodeterminazione;
- nel prendere adeguati provvedimenti medici tempestivamente;
- nel garantire la stessa qualità della cura come se fosse libero;
- nel rispettare il diritto al rifiuto delle cure;
- nell'applicare la medicina palliativa;
- nel concedere misure alternative in tempi rapidi;
- nel garantire un accompagnamento alla morte;
- nell'immediata comunicazione ai famigliari del trasferimento o del ricovero ospedaliero;
- in caso di ricovero ospedaliero, nell'evitare piantonamenti o misure di coercizione;
- in caso di ricovero ospedaliero, nella possibilità di colloqui giornalieri con i congiunti o, in loro assenza, con persone amiche o volontari;
- in caso non siano concesse misure alternative, nel garantire in tempi veloci il trasferimento in un carcere vicino al luogo di residenza della famiglia;
- per le persone ritenute incapaci di intendere e di volere senza congiunti, nell'istituire un amministratore di sostegno.

5. *Cosa significa fare "prevenzione" dei suicidi in carcere?*

Con la necessaria premessa che ogni caso di suicidio contiene fattori di imponderabilità poiché deriva da situazioni e scelte personalissime, con il nostro lavoro, la paziente raccolta delle storie personali di detenuti suicidi, le testimonianze di persone detenute su questi temi, stiamo cercando di comprendere meglio le motivazioni dei suicidi tra i detenuti e abbiamo raccolto una serie di suggerimenti, un vademecum di "buone pratiche" miranti alla prevenzione:

Cosa non fare con un detenuto "a rischio":

- non metterlo nella cosiddetta "cella liscia";
- non togliergli tutto quello che potrebbe usare per suicidarsi: se vuole trova lo stesso il modo;
- non controllarlo in modo ossessivo;
- non minacciare di mandarlo in "osservazione" all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

Cosa non fare con tutti i detenuti:

- non creare "sezioni ghetto";
- non aspettare che chiedano aiuto;
- non sottovalutare i tentativi di suicidio e le autolesioni, considerandoli "dimostrativi";
- non applicare sanzioni o punizioni per atti autolesionistici o tentativi di suicidio;
- non esprimere un giudizio morale sugli atti autolesionistici o i tentativi di suicidio; non suggerire (provocatoriamente) di "tagliarsi" per ottenere qualcosa.

Cosa fare:

- dare attenzione alla persona (Gruppi di attenzione e di ascolto sono presenti in alcune carceri) durante tutto il periodo detentivo, e non solo limitandosi al primo ingresso, o alla fase di accoglienza;
- aumentare le possibilità di lavoro e di attività intramurarie;
- cercare di credere a quello che le persone detenute dicono, rispetto ai problemi propri o dei compagni;
- ridefinire il concetto di rischio suicidario: il suicidio viene spesso visto come una malattia;
- migliorare il contesto relazionale all'interno della struttura;
- pensare a sostenere l'autore di reato nel rielaborare il reato commesso;
- pensare a una mediazione tra l'autore di reato e la sua famiglia;
- sostenere la persona detenuta in una sua progettualità;
- fare più formazione a tutto il personale.

