



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO



DIPARTIMENTO JONICO IN SISTEMI
GIURIDICI ED ECONOMICI DEL MEDITERRANEO
SOCIETÀ, AMBIENTE, CULTURE
IONIAN DEPARTMENT OF LAW, ECONOMICS
AND ENVIRONMENT

18
2021

QUADERNI DEL DIPARTIMENTO JONICO

ESTRATTO da

SCELTE TRAGICHE

Atti del III convegno

"Medicina e diritto penale"

Taranto, 11 dicembre 2020

a cura di

Giuseppe Losappio

PIERLUCA MASSARO

Le scelte tragiche nel prisma della tutela
della salute in carcere.



EDIZIONI
S.G.E.

ISBN: 9788894503067

DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Riccardo Pagano

DIRETTORI DEI QUADERNI

Claudia Capozza - Adriana Schiedi - Stefano Vinci

COMITATO SCIENTIFICO

Cesare Amatulli, Massimo Bilancia, Annamaria Bonomo, Maria Teresa Paola Caputi Jambrenghi, Carnimeo Nicolò, Daniela Caterino, Nicola Fortunato, Pamela Martino, Maria Concetta Nanna, Fabrizio Panza, Pietro Alexander Renzulli, Umberto Salinas, Paolo Stefanì, Laura Tafaro, Giuseppe Tassielli.

COMITATO DIRETTIVO

Aurelio Arnese, Danila Certosino, Luigi Iacobellis, Ivan Ingravallo, Ignazio Lagrotta, Francesco Moliterni, Paolo Pardolesi, Angela Riccardi, Claudio Sciancalepore, Nicola Triggiani, Antonio Felice Uricchio*(in aspettativa per incarico assunto presso l'ANVUR), Umberto Violante.

COMITATO DI REDAZIONE

Patrizia Montefusco (Responsabile di redazione)
Federica Monteleone, Danila Certosino,
Dottorandi di ricerca (Francesca Altamura, Michele Calabria, Marco Del Vecchio, Francesca Nardelli, Filomena Pisconti, Francesco Scialpi, Andrea Sestino, Pierluca Turnone)

Contatti:

Dipartimento Jonico in Sistemi Giuridici ed Economici del Mediterraneo: Società, Ambiente, Culture
Convento San Francesco Via Duomo, 259 - 74123 Taranto, Italy, e-mail:
quaderni.dipartimentojonico@uniba.it telefono: +39 099 372382 • fax: +39 099 7340595
<https://www.uniba.it/ricerca/dipartimenti/sistemi-giuridici-ed-economici/edizioni-digitali>

18
2021 QUADERNI
DEL DIPARTIMENTO JONICO

SCELTE TRAGICHE

Atti del III convegno
"Medicina e diritto penale"
Taranto, 11 dicembre 2020

a cura di
Giuseppe Losappio



L'editore "Dipartimento Jonico in Sistemi
giuridici ed economici del Mediterraneo: società, ambiente, culture"
dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro"

ha chiuso il volume, composto da 287 pagine, il 28 luglio 2021.

Il testo è disponibile *open source* sul sito

<http://edizionidjsge.uniba.it/index.php/i-quaderni>.

I dottorandi Gianluca Ruggiero e Filomena Pisconti hanno collaborato
all'editing dell'opera. Un ringraziamento speciale alla dott. ssa Maria Di
Maggio. Senza il suo generoso e versatile impegno la pubblicazione non
sarebbe stata possibile

ISBN: 978889450367

REGOLAMENTO DELLE PUBBLICAZIONI DEL DIPARTIMENTO JONICO IN
SISTEMI GIURIDICI ED ECONOMICI DEL MEDITERRANEO:
SOCIETÀ, AMBIENTE, CULTURE – EDJSGE

Art. 1. Collane di pubblicazioni del Dipartimento Jonico

Il Dipartimento Jonico in Sistemi Giuridici ed Economici del Mediterraneo: società, ambiente, culture dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro ha tre distinte collane:

- **Collana del Dipartimento Jonico** (d'ora in poi Collana Cartacea), cartacea, affidata alla pubblicazione di una Casa Editrice individuata con Bando del Dipartimento, ospita lavori monografici, atti congressuali, volumi collettanei.
- **Annali del Dipartimento Jonico**, collana di volumi pubblicata on line dal 2013 sul sito <https://www.uniba.it/ricerca/dipartimenti/sistemi-giuridici-ed-economici>, ospita saggi, ricerche, brevi interventi e recensioni collegati alle attività scientifiche del Dipartimento Jonico. Gli Annali del Dipartimento Jonico hanno cadenza annuale.
- **Quaderni del Dipartimento Jonico**, collana di volumi pubblicata on line sul sito <https://www.uniba.it/ricerca/dipartimenti/sistemi-giuridici-ed-economici>, ospita lavori monografici, atti congressuali, volumi collettanei monotematici.

Art. 2. Coordinamento delle Collane del Dipartimento Jonico

È istituito un Coordinamento delle Collane del Dipartimento Jonico formato dai Direttori delle tre collane che dura in carica per un triennio.

Il Coordinamento è diretto dal Direttore del Dipartimento in qualità di Direttore della Collana cartacea, ed è convocato, secondo le necessità, anche su richiesta dei Direttori delle Collane. La riunione del Coordinamento a discrezione del Coordinatore può essere allargata anche ai componenti dei Comitati Direttivi delle tre collane dipartimentali.

Il Coordinamento approva o rigetta le proposte di pubblicazione dei volumi delle Collane, dopo l'espletamento delle procedure di referaggio da parte dei Direttori e dei Comitati Direttivi. In caso di referaggi con esito contrastante, il Coordinamento decide sulla pubblicazione del contributo, sentito il parere del Comitato Direttivo della collana interessata. Il Coordinamento provvede alla formazione dei Comitati scientifici e dei Comitati Direttivi secondo le modalità stabilite dagli articoli successivi.

Art. 3. Direttori delle Collane

La Collana Cartacea è diretta d'ufficio dal Direttore del Dipartimento Jonico che può nominare uno o più condirettori scelti tra i membri del Consiglio di Dipartimento che siano in possesso degli stessi requisiti di seguito elencati per i Direttori degli Annali e i dei Quaderni.

Il/i Direttore/i degli Annali del Dipartimento Jonico è/sono eletto/i dal Consiglio di Dipartimento.

Il/i Direttore/i dei Quaderni del Dipartimento Jonico è/sono eletto/i dal Consiglio di Dipartimento.

L'accesso alle cariche di Direttore degli Annali e dei Quaderni è riservato ai docenti in servizio presso il Dipartimento Jonico ed in possesso dei seguenti requisiti:

- professori ordinari in possesso delle medie ASN richieste per la partecipazione alle commissioni per le abilitazioni nazionali;

- professori associati in possesso delle mediane ASN per il ruolo di professore ordinario;
- RTI in possesso dell'abilitazione per la II o la I fascia, in possesso delle mediane ASN per partecipare alle abilitazioni per la II fascia;
- RTB in possesso di abilitazione alla II o alla I fascia.

I Direttori ricevono le istanze di pubblicazione secondo le modalità prescritte dagli articoli seguenti, valutano preliminarmente la scientificità della proposta tenendo conto del *curriculum* del proponente e dei contenuti del lavoro e procedono, nel caso di valutazione positiva, ad avviare le procedure di referaggio.

I Direttori presiedono i lavori dei Comitati Scientifici e Direttivi e relazionano periodicamente al Coordinamento.

I Direttori curano che si mantenga l'anonimato dei revisori, conservano tutti gli atti delle procedure di referaggio, informano sull'esito delle stesse gli autori invitandoli, ove richiesto, ad apportare modifiche/integrazioni, decidono, d'intesa con il Coordinamento, la pubblicazione o meno in caso di pareri contrastanti dei *referees*.

Art. 4. Comitati scientifici

Ogni collana ha un proprio Comitato Scientifico composto dai professori ordinari e associati del Dipartimento Jonico.

Il Consiglio di Dipartimento può deliberare l'inserimento nel Comitato Scientifico di studiosi italiani o esteri non appartenenti al Dipartimento Jonico.

Art. 5. Comitati Direttivi

Ciascuna delle tre Collane ha un Comitato Direttivo formato da professori e ricercatori, afferenti al Dipartimento Jonico, in possesso, per il rispettivo settore disciplinare, delle mediane richieste dall'ASN per il ruolo successivo a quello ricoperto o, se ordinari, per la carica di commissario alle abilitazioni nazionali.

A seguito di invito del Coordinatore delle Collane del Dipartimento Jonico gli interessati presenteranno istanza scritta al Coordinamento che, in base alle indicazioni del Consiglio di Dipartimento, provvederà alla scelta dei componenti e alla loro distribuzione nei tre Comitati Direttivi.

I Comitati Direttivi collaborano con il Direttore in tutte le funzioni indicate nell'art. 3 ed esprimono al Coordinamento il parere sulla pubblicazione nella loro Collana di contributi che hanno avuto referaggi con esiti contrastanti.

Art. 6. Comitato di Redazione

Le tre Collane sono dotate di un Comitato di Redazione unico, composto da ricercatori, dottori di ricerca e dottorandi, afferenti al Dipartimento Jonico e individuati dai Comitati Direttivi, che, sotto la direzione di un Responsabile di Redazione (professore ordinario, associato o ricercatore), nominato dal Coordinamento delle Collane del Dipartimento Jonico, cura la fase di *editing* successiva all'espletamento positivo della procedura di referaggio.

Art. 7. Procedura di referaggio

Tutte le Collane del Dipartimento Jonico adottano il sistema di revisione tra pari (*peer review*) con le valutazioni affidate a due esperti della disciplina cui attiene la pubblicazione individuati

all'interno dei Comitati Scientifici o Direttivi, oppure, ove ritenuto necessario, all'esterno dei predetti Comitati.

La procedura di referaggio è curata dal Direttore della Collana con l'ausilio dei rispettivi Comitati Direttivi.

Art. 8. Proposta di pubblicazione

La proposta di pubblicazione deve essere indirizzata al Direttore della Collana su modulo scaricabile dal sito <https://www.uniba.it/ricerca/dipartimenti/sistemi-giuridici-ed-economici/edizioni-digitali> nel quale il proponente dovrà indicare le proprie generalità e sottoscrivere le liberatorie per il trattamento dei dati personali e per l'eventuale circolazione e pubblicazione on-line o cartacea del lavoro.

Se il proponente è uno studioso "non strutturato" presso una università o centro di ricerca italiano o estero, la proposta di pubblicazione dovrà essere accompagnata da una lettera di presentazione del lavoro da parte di un professore ordinario della disciplina cui attiene la pubblicazione proposta. Alla proposta di pubblicazione il proponente deve allegare il proprio *curriculum vitae et studiorum* (ovvero rinviare a quello già consegnato in occasione di una precedente pubblicazione) e il file del lavoro in due formati, word e pdf.

Per la pubblicazione sulla Collana Cartacea, il proponente dovrà indicare i fondi cui attingere per le spese editoriali.

Le proposte di pubblicazione dovranno attenersi scrupolosamente ai criteri editoriali pubblicati sul sito <https://www.uniba.it/ricerca/dipartimenti/sistemi-giuridici-ed-economici/edizioni-digitali>. Nel caso di non corrispondenza, o di corrispondenza parziale, il Responsabile di Redazione, coadiuvato dal Comitato di Redazione, invierà agli autori le indicazioni cui attenersi per la fase di *editing*.

Nel caso siano previste scadenze, pubblicate sul sito, la proposta dovrà pervenire tassativamente entro la data indicata, pena la non ammissibilità della stessa.

INDICE

I SESSIONE:

SCELTE TRAGICHE, CULTURA, ECONOMIA E DIRITTI

RELAZIONI

RICCARDO PAGANO <i>Die Kehre come scelta: il tragico come opportunità.</i>	1
STEFANO CERVELLERA, CARLO CUSATELLI, UMBERTO SALINAS <i>L'analisi quasi-real-time della mortalità tarantina fra emergenza ambientale e covid-19.</i>	8
LAURA COSTANTINO <i>Le scelte tragiche nel quadro della food security. Approvvigionamento alimentare e interventi regolativi nell'epoca della pandemia.</i>	14
IVAN INGRAVALLO <i>Il (difficile) bilanciamento tra misure di contrasto alla pandemia da covid-19 e Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo.</i>	24
PAMELA MARTINO <i>Giudicare su scelte tragiche sotto l'egida della CEDU: la funzione extraprocessuale del sindacato di legittimità costituzionale tra civil law e common law.</i>	36

PIERLUCA MASSARO	
<i>Le scelte tragiche nel prisma della tutela della salute in carcere.</i>	48
PAOLO PARDOLESI	
<i>Pandemie e scelte tragiche.</i>	65
FRANCESCO PERCHINUNNO	
<i>Scelte tragiche nell'era covid-19: la tutela del personale sanitario nel quadro dei valori costituzionali.</i>	72
MARIA BENEDETTA SAPONARO	
<i>L'insostenibile leggerezza del tragico.</i>	81
ADRIANA SCHIEDI	
<i>La dialettica tra logos/pathos: per una pedagogia fenomenologica della ragione empatica.</i>	92
PAOLO STEFANÌ	
<i>Diritto, religione e scelte tragiche.</i>	104
LAURA TAFARO	
<i>Il paradigma rovesciato: le scelte non tragiche.</i>	110
STEFANO VINCI	
<i>L'influenza spagnola e le scelte emergenziali del governo italiano.</i>	148

INTERVENTO PROGRAMMATO

FABRIZIO CESAREO	
<i>Principio di precauzione e gestione del rischio.</i>	170

II SESSIONE: SCELTE TRAGICHE, SCELTE INFELICI E DIRITTO PENALE

MAURIZIO CARBONE	
<i>Introduzione.</i>	174

RELAZIONI

LUCIA RISICATO

*Mors tua, vita mea, morire con il covid per l'assenza di posti letto.
Profili di responsabilità del "rianimatore".*

178

GIANDOMENICO DODARO

*Mors tua, vita mea, morire con il covid per l'assenza di posti letto.
Linee di fuga della responsabilità lungo la catena di "comando
e controllo" della sanità.*

189

MARCO SCOLETTA

*Covid, risorse scarse e profili di responsabilità da reato degli
enti sanitari.*

198

SILVIA TORDINI CAGLI

*La disattivazione del "supporto vitale" della persona capace
di consenso ma non di agire.*

212

MARIA BEATRICE MAGRO

*Disattivazione del "supporto vitale" della persona incapace
di consenso e di azione ed evoluzione giurisprudenziale sull'aiuto al suicidio.*

220

GIUSEPPE LOSAPPIO

Fine vita e "diritto vivente" dal caso Englaro a quello Trentini.

258

I SESSIONE

SCELTE TRAGICHE, CULTURA, ECONOMIA E DIRITTI

RELAZIONI

Pierluca Massaro

LE SCELTE TRAGICHE NEL PRISMA DELLA TUTELA DELLA SALUTE IN CARCERE

ABSTRACT

Il presente contributo affronta il fenomeno delle scelte suicide in carcere, inquadrando il fenomeno nella prospettiva della questione salute, qui declinata come questione sociale. Le disuguaglianze di salute che affliggono la popolazione detenuta, espressione dell'area del disagio sociale, trovano ulteriore amplificazione in carcere, il quale è esso stesso un determinante sociale della salute. Si spiega così la particolare vulnerabilità della popolazione detenuta, la cui fragilità trova in quello penitenziario un ambiente particolarmente a rischio dal punto di vista suicidario. In luogo del tradizionale approccio basato sulla cura degli stati patologici, si vuole pertanto sollecitare un approccio integrato, ecologico e preventivo basato su politiche sociali di contrasto al divario di salute e politiche

This paper deals with the phenomenon of suicidal choices in prison, framing the phenomenon in the perspective of the health question, here declined as a social question. The health inequalities that afflict the prison population, which is an expression of the area of social unrest, find further amplification in prison, which is itself a social determinant of health. This explains the particular vulnerability of the prison population, whose fragility finds in the penitentiary an environment particularly at risk from a suicidal point of view. Instead of the traditional approach based on the treatment of pathological states, we therefore want to solicit an integrated, ecological and preventive approach based both on social policies that can tackle the health gap and on criminal policies that are no longer conjunctural,

criminali non più congiunturali, per una reale tutela e promozione della salute in carcere. for real protection and promotion of health in prison.

PAROLE CHIAVE

Suicidio – carcere – determinanti sociali

Suicide – prison – social determinants

Sommario: 1. Introduzione. -2. Le scelte suicidarie in carcere come scelte tragiche. - 3. Il carcere come determinante sociale della salute. -4. Il sovraffollamento ed i fattori ambientali di rischio. -5. Conclusioni

1. Il tema delle scelte tragiche rimanda a decisioni le cui conseguenze possono essere dirompenti se non determinanti nella vita di coloro che ne sono interessati, e che vengono assunte in un contesto nel quale le diverse alternative, senza le quali le scelte non sarebbero più tali, si pongono normalmente alla stregua di dilemmi morali, situazioni tragiche nelle quali le possibili alternative dell'antinomia morale comportano comunque conseguenze drammatiche. Non a caso la riflessione sui dilemmi morali è maturata in seno alla filosofia morale e, negli ultimi anni, nello specifico all'interno della riflessione bioetica. Proprio nel contesto della bioetica delle origini, alla fine degli anni settanta, può ad esempio essere annoverato l'oramai classico volume di Calabresi e Bobbit dal significativo titolo de "Le scelte tragiche", il quale rimanda ai metodi attraverso i quali le società provvedono alla allocazione di risorse "tragicamente scarse"¹.

Uno scenario che inevitabilmente appare sovrapponibile all'attuale momento storico segnato dalla pandemia da Covid-19, in merito alle scelte drammatiche assunte, tanto in campo politico, circa il bilanciamento tra valori costituzionalmente garantiti, quanto soprattutto in ambito sanitario in relazione alla scarsità dei posti letto e delle relative attrezzature sanitarie.

Nel presente saggio, tuttavia, si vuole sollecitare la riflessione su due distinte "scelte" che, in ragione della drammaticità, intuitiva in un caso e meno nell'altro, delle conseguenze e delle implicazioni ad esse collegate, si prestano ad essere ammantate del velo della tragicità, senza tuttavia che in entrambe le situazioni si possa evocare

¹ G. Calabresi, P. Bobbit, *Scelte tragiche*, Giuffrè, Milano 1978.

l'esistenza di un dilemma morale. Scelte che attengono entrambe alla realtà penitenziaria italiana, benché declinabili secondo traiettorie e prospettive diverse, seppure interconnesse ed in parte complementari tra loro.

Quella intuitivamente più riconducibile ad una dimensione di tragicità è quella relativa alle scelte suicidarie in carcere, con riferimento esclusivo ai detenuti, senza dunque allargare l'orizzonte di studio ai fenomeni contigui, ma almeno in parte diversi, degli atti di autolesionismo², dei suicidi nel periodo immediatamente successivo alla scarcerazione ed infine dei suicidi degli agenti di polizia penitenziaria o più in generale degli operatori penitenziari. Un fenomeno la cui intrinseca tragicità significa anche il fallimento dell'intervento sociale e penale dello Stato.

La seconda traiettoria è quella che può condurre a guardare le scelte di politica criminale, almeno quelle adottate negli ultimi trent'anni circa in Italia, come scelte tragiche, in virtù delle conseguenze e delle implicazioni che esse hanno prodotto sul sistema penitenziario e, nello specifico, sulla vita e sulla salute dei detenuti. Conseguenze la cui drammaticità è particolarmente visibile nello stato di sovraffollamento che affligge già da alcuni anni il nostro sistema penitenziario e che al tempo della pandemia rappresenta un'ulteriore minaccia per la salute dei detenuti, a tutela della quale una indispensabile riduzione della densità della popolazione detenuta, quale misura necessaria per agevolare nei limiti del possibile un distanziamento tra i reclusi, è stata possibile principalmente grazie al fisiologico calo dei reati con conseguente contrazione degli ingressi nelle carceri. La contestuale adozione delle prescritte misure igienico-sanitarie e la limitazione dell'accesso all'interno degli istituti di pena – con relative proteste e tensioni in diverse carceri - non hanno impedito la diffusione del virus, con un numero di contagi limitato nel corso della prima ondata ma sensibilmente aumentato nelle successive³.

Le scelte politico criminali degli ultimi anni hanno dunque fortemente contribuito a creare uno stato di sovraffollamento, così ulteriormente peggiorando le complessive condizioni di vita all'interno delle carceri e ulteriormente minacciando l'equilibrio fisio-psicologico dei detenuti.

² Si predilige qui, oltre che per ragione di sintesi, un approccio che guardi al suicidio ed all'autolesionismo come fenomeni non connessi reciprocamente, dunque oggetto di autonome e separate analisi, in luogo di un approccio che guarda ad essi come collocati su un medesimo continuum di autodistruzione.

³ La sospensione dei colloqui visivi con familiari, sostituiti da comunicazioni telefoniche, introdotta ad inizi marzo, ha costituito la ragione scatenante delle rivolte dilagate in diverse carceri italiane e tragicamente concluse con la morte di 13 detenuti. Inoltre si è proceduto alla creazione di reparti per l'isolamento sanitario ed alla limitazione dei trasferimenti nei territori più interessati dall'emergenza sanitaria. Ciononostante a dicembre erano stati superati i mille contagi tra i detenuti, scesi a 823 ad inizio aprile 2021 (dati Ministero della giustizia, Monitoraggio Covid negli istituti penitenziari).

2. Il suicidio rappresenta una delle prime cause di morte in carcere, in Italia quella principale secondo alcune fonti⁴. I dati pubblicati a cura del dipartimento dell'amministrazione penitenziaria in Italia⁵, dai quali si rileva un'incidenza pur importante del numero dei suicidi sul totale dei decessi negli istituti di pena (negli ultimi anni comunque superiore ad un terzo), non consentono una precisa classificazione delle diverse possibili cause di morte, in quanto non sono riportate voci diverse rispetto a quelle dei suicidi e delle "morti per cause naturali", quest'ultima dunque probabilmente comprensiva anche, ad esempio, delle ipotesi di morte per overdose o come conseguenza di scioperi della fame o di lesioni di vario tipo. Una disaggregazione del dato farebbe con tutta probabilità ulteriormente accrescere il peso percentuale delle morti per suicidio sul totale dei decessi⁶, in relazione alle quali è inoltre lecito sostenere l'esistenza di un, seppur esiguo, numero oscuro che contribuisce a spiegare la non assoluta corrispondenza dei dati de quo con quelli presentati da

⁴ Cfr S. Fazel, J. Baillargeon, *The health of prisoners*, in *Lancet*, 2011, p. 959; WHO, *La prevenzione del suicidio nelle carceri*, 2007, disponibile al sito https://www.who.int/mental_health/resources/resource_jails_prisons_italian.pdf; E. Cinosi et al., *Psicofisiopatologia del suicidio in carcere: un contributo in termini di prevenzione*, in *Riv. Psichiatria*, 49(6), 2014, pp. 288-291. Un dato la cui rilevanza non può dirsi ridimensionata dalla possibilità per i condannati di beneficiare del differimento dell'esecuzione della pena o di una misura alternativa, in presenza di un quadro clinico incompatibile con lo stato di detenzione, così contenendo il tasso di mortalità.

⁵ Eventi critici negli istituti penitenziari - Anni 1992-2020, a cura del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato - sezione statistica, in https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?facetNode_1=0_2&facetNode_2=1_5_28&facetNode_3=1_5_18&facetNode_4=0_2_5_12&facetNode_5=1_5_24&contentId=SST241783&previousPage=mg_1_14.

⁶ Percentuale peraltro suscettibile di ulteriore incremento qualora comprensiva dei decessi come conseguenza dell'inalazione dei gas contenuti nelle bombolette utilizzate per cucinare all'interno delle celle, verosimilmente classificati dall'amministrazione penitenziaria come morti naturali anche in casi di suicidio. Secondo Manconi e Boraschi l'amministrazione penitenziaria sarebbe indotta in errore in quanto l'inalazione del gas per alcuni detenuti è utilizzato come surrogato dell'assunzione di sostanze stupefacenti. Inoltre gli autori segnalano come in passato l'amministrazione penitenziaria non annoverasse nel numero dei suicidi i decessi occorsi al di fuori delle mura del carcere pur se in conseguenza di un gesto compiuto all'interno: L. Manconi, A. Boraschi, *Quando hanno aperto la cella era già tardi perché...**. *Suicidio e autolesionismo in carcere. 2002 – 2004*, in *Rassegna Italiana di Sociologia*, 2006, 1, pp. 47-65.

associazioni ed organizzazioni indipendenti, ormai da tempo impegnate nel campo dell'implementazione e del riconoscimento dei diritti dei detenuti⁷.

La possibilità di confrontare i dati con quelli di altri paesi deve certamente tener conto delle specificità nella composizione della popolazione carceraria e nella classificazione delle morti come suicidi⁸. L'ultimo rapporto SPACE I⁹ - che per il 2019 indica a 5,2 il tasso medio di suicidi (per 10.000 detenuti) in Europa - inserisce l'Italia (8,7) tra i paesi che presentano un tasso "molto elevato"¹⁰. Un dato ulteriormente superato nel 2020¹¹, ma in controtendenza rispetto al calo registrato negli anni precedenti in Italia, che non a caso una ricerca internazionale del 2017 (ma relativa ai dati degli anni 2011-2014) collocava tra i paesi europei con il tasso più basso¹².

Il tasso rilevato da SPACE I, calcolato sulla base delle presenze in un dato giorno (31 gennaio 2020), coincide con uno dei due riportati dall'amministrazione penitenziaria italiana e calcolato in riferimento alla presenza media annua, mentre inevitabilmente differisce dal secondo, calcolato sulla base della presenza totale annua dei detenuti (5,0) e, pertanto, sensibilmente inferiore. Quest'ultimo dato può giustificarsi in ragione della possibilità di rapportare i decessi per suicidio ad una platea comprensiva di tutti i detenuti transitati nell'anno dal carcere (numero peraltro comprensivo di tutti gli ingressi nel corso dell'anno e dunque anche di quelli che riguardano il medesimo detenuto), e contribuisce in parte a ridimensionare il fenomeno da un punto di vista quantitativo, ma rende difficile se non impossibile una comparazione con altre rilevazioni effettuate sul medesimo fenomeno e rischia, allo stesso tempo, di alterare il

⁷ V. il Dossier Morire di carcere a cura di Ristretti orizzonti, il rapporto annuale dell'Associazione Antigone, le ricerche di A buon diritto onlus.

⁸ Ad esempio i metodi di classificazione possono variare in caso di morte derivante da lesione autoinflitta, o in caso essa avvenga al di fuori delle mura del carcere, in caso di soggetto ricoverato o beneficiario di permesso, alcuni paesi non tengono conto dei suicidi avvenuti fuori dal carcere, o anche di quelli in cui è avvenuta la morte del detenuto in ospedale: cfr S. Fazel, T. Ramesh, K. Hawton, *Suicide in prisons: An international study of prevalence and contributory factors*, in *The Lancet Psychiatry* 4(12), pp. 946-952; G. Duthé et al., *Suicide en prison: la France comparée à ses voisins européens*, in *Population et Sociétés*, 2009, 462, pp. 1-4.

⁹ *Statistiques Pénales Annuelles du Conseil de l'Europe*: M. F. Aebi., M.M. Tiago, *SPACE I - 2020 – Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations*, Council of Europe, Strasbourg 2021.

¹⁰ Tale classificazione comprende i paesi il cui tasso è almeno del 25% superiore alla media europea: sono 17 tra i quali anche Danimarca (21,7), Norvegia (19), Francia (17), Svizzera (11,6), Belgio (11,1), Austria (10,9), Inghilterra (10,1), Olanda (9,8), Germania (9,1).

¹¹ Nel 2020 i suicidi sono stati 61, stesso numero di due anni prima. Fonte: Eventi critici negli istituti penitenziari - Anni 1992-2020, dipartimento amministrazione penitenziaria.

¹² S. Fazel, T. Ramesh, K. Hawton, *Suicide in prisons*, cit.

rapporto con il dato relativo al tasso di suicidi nella popolazione libera, calcolato dall'Istat sulla base di una fotografia della popolazione ad inizio anno.

Indipendentemente dal valore del tasso di suicidi in carcere rispetto alla media europea, in Italia, come in tutti i paesi europei, il dato risulta costantemente e sensibilmente maggiore rispetto a quello rilevato nella popolazione libera, così suffragando l'idea del carcere quale insieme di fattori ambientali di rischio suicidario, in relazione ai quali nel presente saggio verrà affrontato in particolare quello legato al sovraffollamento .

Barbagli spiega il valore più alto registrato nei penitenziari in ragione della composizione della popolazione detenuta, che «non è assolutamente rappresentativa di quella del paese in cui risiede. Fra i carcerati sono sovrarappresentati i tossicodipendenti, gli alcolizzati e le persone che soffrono di forme di depressione maggiore, di disturbi bipolari, di schizofrenia, tutte affezioni con alto rischio di suicidio»¹³. Tale mancanza di rappresentatività può probabilmente anche spiegare la mancanza di un'associazione tra i tassi di mortalità suicida nella popolazione detenuta ed in quella libera, come anche emerso nelle ricerche sul tema, dalle quali non mancano alti tassi di suicidio in carcere in paesi con un basso tasso generale, e viceversa, bassi tassi di suicidio in carcere in paesi con un alto tasso generale¹⁴.

Il progressivo aumento di una popolazione ristretta altamente rappresentativa dell'emarginazione e del disagio sociale - come posto in luce anche dal Comitato nazionale di bioetica proprio nel parere sul fenomeno dei suicidi nelle carceri¹⁵ - e dunque particolarmente fragile e vulnerabile anche dal punto di vista sociale e sanitario, nell'analisi curata da Ristretti orizzonti costituisce la chiave per comprendere gli attuali tassi di suicidi comunque sensibilmente superiori a quelli registrati negli anni sessanta: «40 anni fa i detenuti erano prevalentemente criminali “professionisti” (che mettevano

¹³ M. Barbagli, *Congedarsi dal mondo. Il suicidio in occidente e in oriente*, Il Mulino, Bologna 2010, p. 187.

¹⁴ S. Fazel, T. Ramesh, K. Hawton, *Suicide in prisons*, cit., p. 946; E. F. J. C. van Ginneken, A. Sutherland, T. Molleman, *An Ecological Analysis of Prison Overcrowding and Suicide Rates in England and Wales, 2000-2014*, in *International Journal of Law and Psychiatry*, 2017(50), pp.76-82.

¹⁵ Il Comitato cita una propria precedente dichiarazione del 2003 sul problema penitenziario, nella quale proprio l'elevato numero di suicidi era indicato come espressione di un generale “gravissimo disagio”, e con la quale si invitava ad “un'attenta riflessione sul fatto che la popolazione penitenziaria risulti ormai comprensiva nella sua quasi totalità di individui caratterizzati da condizioni specifiche di grave disagio sociale (si pensi ai tassi elevatissimi di c.d. extracomunitari e di tossicodipendenti)”, condizioni delle quali è doveroso farsi carico anche pensando a percorsi sanzionatori nuovi. A distanza di sette anni da quella dichiarazione, non solo non si sono registrati miglioramenti, ma il quadro denunciato si è perfino aggravato”: Comitato Nazionale di Bioetica, *Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici*, 2010, in http://bioetica.governo.it/media/1850/p91_2010_suicidio-in-carcere_it.pdf.

in conto di poter finire in carcere ed erano preparati a sopportarne i disagi), mentre oggi buona parte della popolazione detenuta è costituita da persone provenienti dall'emarginazione sociale (immigrati, tossicodipendenti, malati mentali), spesso fragili psichicamente e privi delle risorse caratteriali necessarie per sopravvivere al carcere»¹⁶. Una lettura sulla scorta della quale le manifestazioni di tensione e di rivolta in passato strumentali alle rivendicazioni dei diritti dei detenuti, cedono oggi il passo a forme di autoaggressività espressione di fragilità e disagio.

L'ampliamento dell'area della detenzione sociale, costituita principalmente da stranieri, tossicodipendenti e soggetti affetti da disturbi mentali, processo di negazione o non presa in carico di problemi individuali e sociali, era interpretata da un profondo conoscitore della realtà penitenziaria come Alessandro Margara come un «atteggiamento che ha due facce strettamente connesse. Le due facce sono: la intolleranza per le manifestazioni del disagio sociale, fino alla cosiddetta “tolleranza zero”; e il complementare abbandono o sensibile riduzione delle politiche di intervento e sostegno al disagio stesso»¹⁷. Dinamiche sociali che rievocano quelle messe in luce da Wacquant, il quale racconta del carcere in Francia come “aspiratore sociale”, utile per fa «sparire dallo spazio pubblico i rifiuti della società di mercato»¹⁸. Privi delle adeguate e sufficienti risorse personali e sociali e, dunque, tra i gruppi “ad alto rischio” suicidario secondo l’OMS¹⁹, i detenuti possono trovare nell’ambiente carcerario un fattore di alto rischio, sebbene il suicidio in carcere sia stato prevalentemente visto e studiato in relazione ai fattori di rischio individuali e patologici, con scarsa e solo più recente considerazione per i fattori ambientali.

3. Il problema dei suicidi tra le mura del carcere si lega dunque strettamente con quello della salute dei detenuti²⁰, la tutela e promozione della quale - fuori e dentro le mura -

¹⁶ Ristretti orizzonti, *Suicidi in carcere: confronto statistico tra l'Italia, i Paesi europei e gli Stati Uniti*, 2010, testo disponibile al sito http://www.ristretti.it/commenti/2010/giugno/pdf2/suicidi_confronto.pdf. Cfr L. Manconi, A. Boraschi, *Quando hanno aperto la cella...*, cit., p. 154; E. Cinosi et al, *Suicide in Prisoners: An Italian Contribution*, in *The Open Criminology Journal*, 2013, 6, p. 22.

¹⁷ A. Margara, Ripensare l'ordinamento penitenziario, in F. Corleone, (a cura di), *La giustizia e il senso di umanità: antologia di scritti su carcere, OPG, droghe e magistratura di sorveglianza*, Fondazione Giovanni Michelucci, Fiesole (Fi) 2015, p. 116.

¹⁸ L. Wacquant, *Punire i poveri, Il nuovo governo dell'insicurezza sociale*, DeriveApprodi, Roma 2004, p. 272.

¹⁹ WHO, Management of Mental and Brain Disorders Team & International Association for Suicide Prevention, *Preventing suicide in jails and prisons*, 2007, in <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43678>

²⁰ Cfr Comitato Nazionale di Bioetica: “Da questa prospettiva, la prevenzione del suicidio è strettamente legata alla tutela della salute, con un altro rilevante aspetto bioetico che riguarda l'equità di accesso alle risorse di produzione della salute. Due sono dunque i nodi critici: il

non può che incidere positivamente sul benessere complessivo dei detenuti stessi e sul loro percorso di risocializzazione. Un approccio coerente con tale obiettivo non può prescindere da una considerazione della salute come questione sociale: salute e malattia non sono distribuite in maniera omogenea o casuale, ma sono espressione del c.d. gradiente sociale, che rimanda alla posizione occupata nell'ambito della stratificazione sociale. In ogni società le risorse sono allocate differentemente e la possibilità di accedere ad esse dipende dal genere, dall'età, dal gruppo etnico di appartenenza, dall'istruzione, dall'educazione, dal reddito, ecc. Ne consegue pur non in senso deterministico lo sviluppo di specifiche disuguaglianze di salute²¹ - relative allo stato di salute, all'accesso alle prestazioni sanitarie ed alla qualità delle cure - nei confronti delle quali dovrebbero indirizzarsi le politiche sociali²².

La maggior parte dei detenuti proviene dalle fasce sociali più svantaggiate e presenta elevati bisogni di salute, con profili di particolare vulnerabilità e condizioni generali di salute peggiori rispetto alla popolazione libera²³. Il tema delle disuguaglianze sociali rappresenta un classico in sociologia, più recentemente oggetto di riflessione nella prospettiva della sociologia della salute²⁴, nell'ambito della quale tuttavia non è ancora maturata una particolare e specifica sensibilità per le tematiche relative alla salute in carcere e, più nello specifico, ai suicidi dei detenuti²⁵.

carente (a volte perfino assente) rispetto di diritti civili e di diritti umani, in particolare del diritto alla salute; lo squilibrio nell'esercizio di tale diritto fra i detenuti e i cittadini liberi: il dato circa l'elevato numero di suicidi in carcere (circa venti volte superiore al tasso della popolazione generale) può pertanto essere letto anche come indice di discriminazione". CNB, *Il suicidio in carcere*, cit., p. 4.

²¹ Lo studio delle disuguaglianze sociali ha avuto particolare impulso a seguito della pubblicazione nel 1980 nel Regno Unito, del *Black Report*, a cura del Dipartimento Sanità e Sicurezza Sociale, il quale evidenziava l'aumento delle disuguaglianze sociali nella mortalità negli anni settanta rispetto a prima della guerra, nonostante la creazione dei Servizi Sanitari Nazionali.

²² Cfr G. Giarelli, E. Venneri, *Sociologia della salute e della medicina. Manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali*. FrancoAngeli, Milano 2009, p. 405 e ss.

²³ Ars Toscana, *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*, 2015, in <https://www.ars.toscana.it/files/>

²⁴ Per una rassegna delle teorie esplicative dei fattori causali delle disuguaglianze sociali, v. G. Giarelli, E. Venneri, *Sociologia della salute...*, cit., p. 412 e ss.

²⁵ Con alcune eccezioni come: M. Esposito, (a cura di), *Malati in carcere*, FrancoAngeli, Milano 2007; A. Civita, P. Massaro, (a cura di), *La salute in carcere*, in *Salute e società*, 2018, 1; L. Meglio, *Carceri e salute. Una ricerca esplorativa sulle condizioni di salute fisica dei detenuti*, in R. Biancheri, M. Niero, M. Tognetti, (a cura di), *Ricerca e sociologia della salute tra presente e futuro*. FrancoAngeli, Milano 2012. Sul fenomeno dei suicidi in carcere: A. Civita, *Il suicidio nelle carceri. Un'analisi sociologica del fenomeno*, in A. Civita, P. Massaro, (a cura di), *La salute in carcere*, cit., pp. 88-104.

Le evidenze scientifiche consolidatesi nel tempo hanno chiarito, anche relativamente a contesti sociali come quello italiano, in cui esiste un sistema sanitario nazionale universalistico, il ruolo dei determinanti sociali, l'insieme dei fattori economici e sociali che, a livello micro e macro, possono incidere sullo stato di salute. Una delle sfide politiche più impellenti e non procrastinabili è proprio quella di contrasto al divario di salute tra i paesi ed all'interno dei paesi stessi, intervenendo sui determinanti sociali ed economici, così superando il tradizionale approccio in tema di salute basato su cura, trattamento e riabilitazione. “*Tackling health inequities*” è uno dei dieci punti da affrontare indicati come prioritari nel 2021 dall'Organizzazione Mondiale della Salute²⁶, in seno alla quale già nel 2005 si era insediata la Commissione sui Determinanti Sociali della Salute²⁷.

In una prospettiva strutturalista, i determinanti sociali della salute sono dunque sostanzialmente sovrapponibili a quelli del comportamento criminale²⁸, così da suffragare l'adozione di politiche sociali in grado di affrontare direttamente i fattori socioeconomici causa di disuguaglianze sociali come politiche allo stesso tempo di contrasto alla criminalità e di promozione della salute. Il carcere può svolgere un ruolo importante nella riduzione delle disuguaglianze sanitarie, come opportunità di accesso iniziale ai servizi sanitari altrimenti precluse per persone più vulnerabili da un punto di vista sociosanitario, come in particolare nel caso degli stranieri²⁹. Il ritorno allo stato di libertà dei detenuti può pertanto rappresentare l'interruzione delle cure avviate, ed in generale è associato ad un incremento di mortalità con un rischio significativamente elevato di suicidio³⁰.

L'esperienza della detenzione amplifica le disuguaglianze nella salute per i detenuti ed il carcere stesso è stato indicato come determinante sociale o strutturale della salute³¹,

²⁶ WHO, *10 Global Health Issues to Track in 2021*, in <https://www.who.int/news-room/spotlight/10-global-health-issues-to-track-in-2021>

²⁷ «Social injustice is killing people on a grand scale»: WHO, Commission on Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*, 2008, p. 26, in https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1.

²⁸ Caruso indica in primis la povertà e lo stato socioeconomico, accanto ai quali indica gli abusi, le violenze, la situazione abitativa, la salute mentale, l'accesso all'assistenza sanitaria, all'istruzione, alla salute ambientale ed alla nutrizione: G. D. Caruso, *Public Health and Safety: The Social Determinants of Health and Criminal Behavior*. ResearchersLinks Books, UK 2017.

²⁹ M. Tognetti Bordogna, *La salute degli immigrati in carcere*, in A. Civita, P. Massaro, (a cura di), *La salute in carcere*, cit., pp. 43-58.

³⁰ Awofeso, *Prisons as Social Determinants...*, cit., p. 125.

³¹ Cfr N. Awofeso, *Prisons as Social Determinants of Hepatitis C Virus and Tuberculosis Infections*, in *Public Health Reports*, 2010, 125(4), pp. 25-33; N. de Viggiani, *Unhealthy Prisons: Exploring Structural Determinants of Prison Health*, in *Sociol of Health % Illness*,

sebbene le conseguenze e le implicazioni della detenzione sullo stato di salute dei detenuti non siano ancora stato oggetto di studi e ricerche esaurienti.

La prospettiva cosiddetta dell'importazione, secondo la quale la scelta suicidaria si spiega dunque in base alle caratteristiche demografiche e sociali dei detenuti, tende a guardare al carcere come non più che un fattore precipitante, un'opportunità per il suicidio piuttosto che una sua causa. Occorre tuttavia integrare tale prospettiva con una ecologica in grado di riconoscere l'importanza dei fattori di rischio connessi all'istituzione penitenziaria³². Un cambio di prospettiva, suggerisce l'autore di una ricerca etnografica in un carcere inglese, è dunque necessario: «A much broader and more radical approach should be taken towards tackling prison health; one that lifts the debate from the traditional orthodoxy based on medical, psychiatric and security imperatives to a new public health agenda that addresses key social and structural determinants of health»³³. Questo riguarda anche e soprattutto il fenomeno dei suicidi in carcere, come osserva ancora De Visaggi: «This is particularly evident with the management of drug misuse, suicide and self-harm, where energy has been directed at containment and treatment rather than prevention»³⁴.

Il problema della salute dei detenuti è stato nel tempo affrontato prevalentemente in una prospettiva riduzionistica concentrata sul contenimento degli stati patologici, che ha tendenzialmente rinunciato ad un approccio di più ampio respiro indirizzato sulla prevenzione dei fattori di rischio e sul riconoscimento dei bisogni sociali e sanitari. Un approccio coerentemente al quale il fenomeno dei suicidi è stato a lungo considerato espressione di una patologia individuale, con assai poca attenzione alle variabili sociali ed ambientali.

4. Solo negli ultimi anni si è assistito ad un incremento di studi ecologici che hanno posto in evidenza l'importanza delle variabili situazionali e ambientali nella configurazione del rischio suicidario³⁵. Anche il Comitato nazionale di bioetica ha colto

2007, 29(1), pp. 115-35; S. Galea, D. Vlahov, *Social determinants and the health of drug users: Socioeconomic status, homelessness, and incarceration*, in *Public Health Rep*, 2002, 117(Suppl 1), pp. 135-145.

³² M. H. Dye, *Deprivation, importation, and prison suicide: Combined effects of institutional conditions and inmate composition*, in *Journal of Criminal Justice*, 2010, 38, 4, pp. 796-806.

³³ N. de Viggiani, *Unhealthy Prisons*, cit., p. 116.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ Cfr L. Manconi, *Così si muore in galera. Suicidi e atti di autolesionismo nei luoghi di pena*, in *Politica del diritto*, n.2, Il Mulino, Bologna 2002; P. Buffa, *L'attenzione al disagio psichico in carcere: dalla responsabilità formale al pragmatismo etico*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 2003, 1, pp. 51-66; L. Manconi, A. Boraschi, *Quando hanno aperto la cella...*, cit.; P. Buffa, *Alcune riflessioni sulle condotte auto aggressive poste in essere negli istituti penali*

il passaggio in atto nella letteratura scientifica da un «approccio (prevalentemente) rivolto a individuare i soggetti “a rischio”, quale forma privilegiata di prevenzione del suicidio» che rischia di «non cogliere l’interazione fra individuo e ambiente», verso un approccio “universalista”, basato sulla promozione della salute, che vede «nel potenziamento delle opportunità ambientali l’ambito più favorevole alla promozione delle abilità dei soggetti, a partire da quelli più deboli»³⁶. Ricerche che hanno studiato da vicino il fenomeno dei suicidi in carcere, non direttamente toccato da una sociologia della pena che pure da tempo ha fatto luce sulle implicazioni dei processi di prigionizzazione in termini di alienazione, autostima, equilibrio psico-fisico e detenuti³⁷.

Le ricerche sui suicidi dei detenuti convergono nell’indicare il periodo iniziale della detenzione come quello maggiormente a rischio, in relazione al quale si profila uno stress di adattamento legato all’ingresso in carcere: senso di disorientamento e di impotenza, diminuzione di autostima, senso di isolamento³⁸. Non sorprende, pertanto, la maggiore propensione al suicidio registrata fra i detenuti non condannati in via definitiva, i quali peraltro costituiscono una porzione costantemente e significativamente alta della popolazione ristretta, in passato anche superiore alla soglia del 50%, con una percentuale ancora oggi tra le più alte in Europa³⁹.

L’Amministrazione Penitenziaria era già intervenuta introducendo nel 1987 il servizio nuovi giunti, poi a distanza di vent’anni sostituito dal servizio di accoglienza⁴⁰, senza tuttavia ottenere risultati significativi. Sono ancora da valutare gli esiti dell’adozione di un “Piano nazionale di intervento per la prevenzione dei suicidi in carcere”,

italiani (2006 – 2007), in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 2008, 3, pp. 7-64; L. Baccaro, F. Morelli, *In carcere. Del suicidio e di altre fughe*, Ristretti, Padova 2009.

³⁶ Comitato Nazionale di Bioetica, *Il suicidio in carcere*, cit., p. 15.

³⁷ Cfr. D. Clemmer, *The prison community*, Christopher Publishing House, Boston 1940; G. Sykes, *The Society of Captives. A Study of a Maximum Security Prison*, Princeton University Press, Princeton 1958; E. Goffman, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Doubleday, New York 1961; T. Morris, P. Morris, *Pentonville. A Sociological Study of an English Prison*, Routledge & Kegan Paul, 1963; M. Foucault, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard, Paris 1975.

³⁸ F. M., Battisti, M. Santilli, *Jail Toleration Scale*, in M. Esposito, (a cura di), *Malati in carcere*, FrancoAngeli, Milano 2007, p. 255.

³⁹ Secondo i più recenti dati di Space I aggiornati al 31/01/2020, l’Italia si colloca nella fascia dei paesi con una percentuale “molto elevata” (31,1%) di detenuti non condannati in via definitiva, dunque ben al di sopra della media europea (25,7%).

⁴⁰ Circolare 30 dicembre 1987 “Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati. Istituzione e organizzazione del Servizio nuovi giunti” a cura dell’esperto in psicologia o criminologia clinica ex art. 80 l. 354/75, colloquio da tenere il giorno stesso dell’ingresso e attraverso il quale intercettare situazioni di particolare fragilità a rischio di suicidio. Nel 2007 l’Amministrazione Penitenziaria ha nuovamente dettato regole d’accoglienza finalizzate, a ridurre gli effetti stressanti dell’impatto.

approvato nel 2017 dalla Conferenza Unificata Stato Regioni e basato su un triplice livello di intervento, con l'adozione anche di piani regionali e locali, in funzione della elaborazione di protocolli di intervento basati sul principio del supporto sociale per i detenuti a rischio e del ricorso all'isolamento degli stessi come evento eccezionale. Nel report relativo all'ultima visita in Italia, pur apprezzando l'esistenza in quasi tutti gli istituti visitati di un protocollo sul suicidio, il Cpt ha tuttavia puntato l'indice proprio contro l'isolamento cui sono costretti i detenuti considerati a rischio suicidario, senza alcun accesso alle attività e senza alcun rapporto con altri detenuti o altri membri del personale e prigionieri⁴¹.

Più confortante, sebbene non direttamente collegato al fenomeno dei suicidi, il passaggio ad una medicina penitenziaria di competenza del sistema sanitario nazionale, in ossequio al principio di parità di diritto alla salute per i detenuti⁴², già auspicato da Gonin nel suo noto volume dal significativo titolo de "Il corpo incarcerato"⁴³, nel quale il medico francese denunciava la natura altamente patogena dell'istituzione penitenziaria. Laconiche le parole di Pavarini nell'introduzione italiana al testo: «È certo: la pena della prigione è ancora e soprattutto una pena corporale, qualche cosa che dà dolore fisico e che produce malattia e morte»⁴⁴. Il passaggio di competenze ha probabilmente prodotto un generale miglioramento degli standard di cura, ma in parte ha disatteso quelle che erano le aspettative maturate nel tempo, sebbene tra gli obiettivi di salute il decreto prevedesse espressamente la "riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio".

Ulteriore aspetto preso in considerazione dalle ricerche precedentemente citate⁴⁵ è relativo alla connessione tra gli eventi suicidari e il sovraffollamento degli istituti penali. Un fenomeno, quest'ultimo, che può essere a ragion letto come diretta conseguenza delle scelte di politica criminale, in particolare in tema di immigrazione e di tossicodipendenza, e di un ricorso alla custodia cautelare con pochi eguali in

⁴¹ Cpt, *Report to the Italian Government on the visit to Italy carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 12 to 22 March 2019*, 2020, in <https://rm.coe.int/16809986b4>.

⁴² Il D.P.C.M. del 1 aprile 2008 ha formalizzato il passaggio della competenza sulla salute dei detenuti al SSN, quindi al Ministero della salute, che esercita funzioni di coordinamento e programmazione, ed alle regioni, che esercitano funzioni di organizzazione e programmazione regionale, alle Aziende sanitarie che curano la gestione dei servizi sanitari negli istituti. Il Ministero della Giustizia ha mantenuto una competenza solo per quanto riguarda i profili relativi alla sicurezza.

⁴³ D. Gonin, *Il corpo incarcerato*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 1994.

⁴⁴ M. Pavarini, *La banalità della pena*, in D. Gonin, *Il corpo incarcerato*, Gruppo Abele, Torino 1994, p. 7.

⁴⁵ *Infra* nota 35.

Europa⁴⁶. Politiche criminali che sono state negli ultimi anni perlopiù politiche congiunturali, che hanno populisticamente guardato ai fenomeni criminali come fenomeni emergenziali prima ancora che sociali, oggetto di contrasto attraverso un inasprimento delle sanzioni edittali⁴⁷. Nei fatti, è «l'emergenza come forma di governo. Questo sistema politico vive di emergenze e nell'emergenza sembra trovare la sua ragion d'essere e il suo modello di azione»⁴⁸. L'aumento della densità della popolazione detenuta è stato dunque la conseguenza di una maggiore lunghezza delle pene comminate piuttosto che di un maggior numero di nuovi ingressi in carcere. Secondo gli ultimi dati Space I, in Europa solo la Turchia ha fatto registrare un tasso di sovraffollamento peggiore di quello italiano e solo nel contesto della pandemia è stata possibile una contrazione delle presenze⁴⁹.

Lo stato di sovraffollamento implica inevitabilmente una limitazione degli spazi, un allentamento delle relazioni e degli scambi con il personale, una maggiore difficoltà ad accedere alle attività ricreative e formative, e dunque in generale un deterioramento della vivibilità dell'istituto⁵⁰. “La qualità complessiva della vita in un istituto si abbassa”, come efficacemente sintetizzato negli Standard del Cpt, nei quali si aggiunge: “Un carcere sovraffollato implica spazio ristretto e non igienico; una costante mancanza di privacy (anche durante lo svolgimento di funzioni basilari come l'uso del gabinetto), ridotte attività fuori-cella, dovute alla richiesta di aumento del personale e dello spazio disponibili; servizi di assistenza sanitaria sovraccarichi; tensione crescente e quindi più violenza tra i detenuti e il personale. La lista è lunga dall'essere esaustiva”⁵¹. L'importanza delle relazioni sociali e della relativa qualità

⁴⁶ Secondo Anastasia, il sovraffollamento penitenziario italiano ha tre “stigmati”: la legislazione sulle sostanze stupefacenti, la prima disciplina dell'immigrazione e la riforma costituzionale che ha limitato di fatto il ricorso a provvedimenti di amnistia e indulto: S. Anastasia, *La forma della pena. Alternative nelle politiche penitenziaria*, in S. Anastasia, F. Corleone, L. Zevi, (a cura di), *Il corpo e lo spazio della pena. Architettura, urbanistica e politiche penitenziarie*, Roma, Ediesse, 2011, p. 142.

⁴⁷ Cfr P. Massaro, *Dall'emergenzialismo penale all'emergenza penitenziaria. Paradossi e populismi delle politiche penali in Italia*, in *Annali del Dipartimento Jonico*, 2014, pp. 223-241.

⁴⁸ L. Manconi, *Emergenza come governo*, in *Antigone. Quadrimestrale di critica del sistema penale e penitenziario*, 2006, 1, p. 54.

⁴⁹ Al 31 gennaio 2020, a fronte di una media europea dell'86,6%, l'Italia presenta un tasso pari al 120,3%, secondo solo a quello della Turchia (127,3%). All'inizio della pandemia i detenuti presenti nelle carceri italiane erano 61.230 (al 29/02/2020), scesi poco più di un anno dopo a 53.509 (al 31/03/2020) (dati Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria).

⁵⁰ Cfr L. Manconi, A. Boraschi, *Quando hanno aperto la cella...*, cit.

⁵¹ Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (Cpt), *Gli Standard del CPT. Rilievi essenziali e generali dei Rapporti Generali del CPT*,

delle stesse spiega anche il rischio più elevato di atti suicidari proprio di condizioni di sovraffollamento così come di regimi penitenziari caratterizzati da condizioni di isolamento⁵².

La disomogeneità riscontrabile nella distribuzione dei suicidi non è solo geografica ma anche propria dei singoli istituti sovraffollati, all'interno dei quali appaiono maggiormente interessate alcune sezioni «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»⁵³.

Attraverso un'analisi di regressione su dati relativi alle carceri inglesi, una recente ricerca ha smentito l'esistenza di una relazione causale diretta tra il sovraffollamento degli istituti di pena inglesi ed i più elevati tassi di suicidio in essi riscontrati, senza con ciò negare l'impatto negativo del sovraffollamento stesso, considerato però al più alla stregua di una sorta di "causa distale"⁵⁴. Lo studio chiama in causa variabili ambientali come il turnover e, nelle carceri più grandi, una popolazione detenuta numerosa⁵⁵. Variabili che possono compromettere la qualità e la stabilità del rapporto dei detenuti con il personale, e contestualmente aumentare il rischio di accrescere il senso di anonimato dei detenuti e influire negativamente sulla capacità dei detenuti stessi di creare stabili reti sociali: «This study confirms that specific prison environments and characteristics may elevate suicide rates in prison; these ecological risks may further compound individual risk. Our results chime with what common sense and a humane view of prisons would suggest: a small-scale and stable prison environment is associated with a lower risk for suicide»⁵⁶.

Una ancor più recente ricerca sulle carceri del nordest italiano – nella quale il fenomeno è correttamente inquadrato come grave problema globale di salute pubblica - ha

⁵² Cfr M. H. Dye, *Deprivation, importation, and prison suicide: Combined effects of institutional conditions and inmate composition*, in *Journal of Criminal Justice*, 2010, 38(4), pp. 796-806.

⁵³ P. Buffa, *Alcune riflessioni sulle condotte auto aggressive*, cit., p. 10.

⁵⁴ La ricerca non giunge a sostenere l'esistenza di un effetto protettivo del sovraffollamento, possibile grazie alla condivisione delle celle che introduce una supervisione più diretta da parte di un compagno di cella, che può anche fornire supporto emotivo. M. P. Huey, T. L. McNulty, *Institutional conditions and prison suicide: Conditional effects of deprivation and overcrowding*, in *The Prison Journal*, 2005, 85(4), pp. 490-514.

⁵⁵ E. F. J. C. van Ginneken, A. Sutherland, T. Molleman, *An Ecological Analysis of Prison Overcrowding...*, cit., p. 80.

⁵⁶ Ivi, p. 81.

evidenziato come la maggior parte dei suicidi e dei tentativi di suicidio si verifichi in condizioni di sovraffollamento, senza tuttavia identificare quest'ultimo come un predittore significativo dei tentativi di suicidio. Lo studio rimanda ad ulteriori e future ricerche in grado di chiarire l'incidenza, che appare al momento controversa, del sovraffollamento e dei fattori ambientali, non escludendo una efficacia protettiva legata alla occupazione singola di una cella e ad un maggiore reciproco sostegno tra detenuti⁵⁷. Non sono infatti mancate analisi che hanno posto in evidenza il beneficio in termini di contenimento del rischio suicidario dato dalla presenza di uno o più compagni di cella, ciò che evita l'isolamento del detenuto e rende materialmente più difficile la realizzazione dell'atto suicidario⁵⁸.

5. Una riflessione sulle scelte suicidarie dei detenuti si giustifica anche in ragione dell'ampia forbice esistente tra il tasso molto contenuto e poco oscillante dei suicidi nella popolazione italiana e quello più alto registrato nella popolazione detenuta⁵⁹, sebbene il rapporto tra il numero dei suicidi in carcere ed il numero totale dei detenuti transitati nelle carceri possa indurre ad una maggiore cautela, aldilà dei problemi di comparazione dei dati di cui si è detto.

Le disuguaglianze sociali espressione dei determinanti sociali della salute spiegano in una prospettiva sociologica la particolare vulnerabilità della popolazione detenuta,

⁵⁷ G. Castelpietra et al., *Suicide and suicides attempts in Italian prison. Epidemiological findings from the "Triveneto" area, 2010-2016*, in *International Journal of Law and Psychiatry*, 2018, 61, pp. 6-12.

⁵⁸ G. Duthé, A. Hazard, A. Kensey, *Trends and risk factors for prisoner suicide in France*, in *Population*, 2014, 69(4), pp. 463-494.

⁵⁹ Il grafico pubblicato dall'European Prison Observatory nel report del 2019 sulle carceri in Europa permette uno sguardo d'insieme sui paesi europei in merito alla differenza tra i due tassi: European Prison Observatory, *Prisons in Europe. 2019 report on European prisons and penitentiary systems*, 2019, in <http://www.prisonobservatory.org/upload/Prisons%20in%20Europe.%202019%20report.pdf>, p. 4. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Salute, nel 2016 a fonte di una media europea pari a 15,4 (24,7 per gli uomini e 7,7 per le donne), e globale di 10,6 (13,5 per gli uomini e 7,7 per le donne), l'Italia ha fatto registrare un tasso di suicidi pari a 8,2 (12,1 per gli uomini e 4,5 per le donne), sempre ogni 100.000 abitanti). Guardando ai tassi standardizzati per età nello stesso anno, il tasso per l'Italia scende a 5,5, rispetto al 12,9 in Europa e al 10,5 globale. Dati: WHO, *Suicide in the world. Global Health Estimates*, 2019, in <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data>. Il trend del tasso di suicidi in Italia, calcolato ogni 100.000 abitanti, mostra una flessione a partire dalla metà degli anni ottanta, con un leggero aumento tra il 2008 e il 2012, tuttavia rimanendo alquanto costante, sempre tra 6 e 8 circa (dati Istat). I dati sul suicidio in carcere presentano una curva meno lineare, anche in considerazione della possibilità che uno scarto anche minimo possa incidere in maniera rilevante sul dato generale, trattandosi di numeri assoluti contenuti.

attribuendo senso ad un “modello dell’importazione” che, tuttavia, trascura l’impatto dell’ambiente penitenziario sulla vita, sulla salute e sull’equilibrio dei detenuti. Una rilevazione sulla scorta della quale matura l’esigenza di condividere un approccio integrato, attraverso il quale riconoscere l’importanza dei fattori di rischio legati alla stratificazione sociale, ed al conseguente divario di salute, nella loro interazione con i fattori di rischio riconducibili all’istituzione penitenziaria.

L’ambiente patogeno ed insalubre del penitenziario, le cui condizioni generali appaiono peggiorate in conseguenza della crisi del welfare state⁶⁰, può rappresentare un fattore di rischio soprattutto in considerazione della fragilità della popolazione detenuta. Un’insalubrità intrinseca al carcere stesso, in virtù dell’isolamento sociale, della perdita della privacy, della sedentarietà, della promiscuità, della routine che esso impone, e che si acuisce ulteriormente in ragione delle condizioni materiali di detenzione, legate alla vetustà ed alla inadeguatezza degli edifici, nonché a quei comportamenti, ricorrenti nelle carceri, come il consumo di tabacco e di sostanze stupefacenti, la promiscuità sessuale, lo scambio di materiale per le iniezioni, tatuaggi e piercing e la violenza⁶¹, nelle sue diverse forme ed espressioni. Una qualità della vita generalmente mortificante per la dignità ed il benessere dei detenuti e che il sovraffollamento finisce per esacerbare, compromettendo la qualità delle relazioni e delle attività e riflettendosi negativamente sulla salute dei detenuti, sebbene le ricerche attuali non appaiono concordi nel delineare il rapporto tra sovraffollamento e i suicidi dei detenuti.

Una prospettiva esclusivamente basata sul modello dell’importazione non può efficacemente spiegare le ragioni che portano solo alcuni detenuti alla scelta suicidaria: “Molte delle caratteristiche dei detenuti suicidi sono comuni a tutti gli altri detenuti, e pochi studi hanno identificato elementi in grado di distinguere i detenuti che commettono suicidio dal resto della popolazione carceraria”⁶².

Le ragioni della scelta suicidaria in situazioni apparentemente simili, fermo restando un certo grado di imprevedibilità delle scelte, possono scorgersi nell’intreccio tra situazioni di specifica vulnerabilità e contesti penitenziari particolarmente degradati e degradanti. Detenuti altamente vulnerabili con scarse risorse personali e sociali

⁶⁰ Pavarini scorge il passaggio da un Well-fare ad un prison-fare: M. Pavarini, *L’abolizionismo ai tempi del prison-fare*, in *Antigone, quadrimestrale di critica del sistema penale e penitenziario*, 2007, 1, pp. 18-38.

⁶¹ Nel report relativo all’ultima visita in Italia, il Cpt denuncia: “The worrying increase in the number of critical events. The increase referred notably to the number of aggressive incidents against prison staff by inmates, episodes of self harming and inter-prisoner violence”. “The CPT recommends that the Italian authorities put in place a comprehensive strategy for preventing inter-prisoner violence and intimidation in light of the above remarks”. Cpt, *Report to the Italian Government*, cit., pp. 11-17.

⁶² WHO, *La prevenzione*, cit., p. 8.

possono fare affidamento su limitate capacità di coping nell'adattamento alla reclusione, soprattutto in presenza di condizioni di particolare deprivazione⁶³. Dinamiche molto complesse e specifiche per ciascun istituto e finanche per ciascuna sezione, in relazione alle quali nuove ed ulteriori ricerche ecologiche appaiono necessarie per individuare e analizzare le diverse variabili istituzionali ed ambientali collegate ai suicidi.

Un approccio basato sulla tutela della salute dei detenuti che possa aspirare alla prevenzione dei suicidi nelle carceri non può che in primo luogo incentivare e stimolare politiche di promozione della giustizia sociale per identificare e agire sui determinanti sociali della salute e ridurre le corrispondenti disuguaglianze⁶⁴. Politiche sociali di ampio respiro necessarie per affrontare i fenomeni criminali come fenomeni in primo luogo sociali, rinunciando alla tentazione di misure emergenziali assai poco sostenibili per il sistema penitenziario e, dunque, per la salute dei detenuti. Le scelte “tragiche” di politica criminale adottate sin qui devono lasciare spazio ad un indirizzo politico in grado di porre “in crisi” l'attuale sistema carceri-centrico, di ripensare gli attuali regimi di sicurezza e di investire sulla presenza e sulla formazione di tutti gli operatori penitenziari⁶⁵, allo scopo di garantire standard di vivibilità negli istituti di pena in linea con i principi di umanità della detenzione, di rispetto della dignità dei detenuti e di tutela del diritto alla salute.

⁶³ M. H. Dye, *Deprivation*, cit.

⁶⁴ Cfr G. D Caruso, *Public Health and Safety*, cit.

⁶⁵ «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»: P. Buffa, *Il suicidio in carcere: diffondere la riflessione per migliorare la prevenzione*, in Quaderni Issp, *La prevenzione dei suicidi in carcere contributi per la conoscenza del fenomeno*, 2011, 8, p. 17.