

TITOLO: LA MENTE DIETRO LE SBARRE

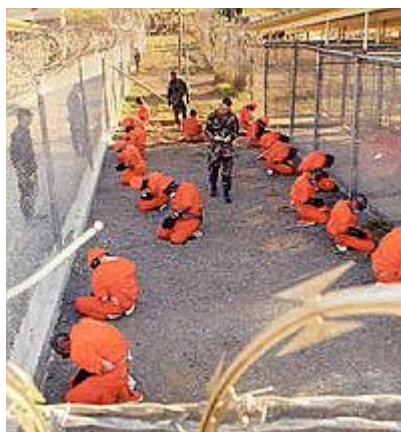
AMBITO : progetto carcere

Lavoro svolto da Favretto Anna, Pinton Alessia, Ravarotto Giulia e Serra Marika

Classe V I Anno Scolastico 2007/2008 Duca d'Aosta -Padova

Come piccola introduzione al nostro lavoro incentrato sulla condizione psicologica del detenuto all'interno del carcere , abbiamo ritenuto opportuno inserire questo articolo tratto dal quotidiano la Repubblica del febbraio 2006 , che ci ha fornito vari spunti per la nostra ricerca , ma soprattutto presenta una delle peggiori situazioni in cui il carcere è a tutti gli effetti una istituzione totale.

"Nel carcere Usa diritti violati"
Guantanamo vista da Amnesty



Cuba, detenuti nel carcere americano di Guantanamo

Nel 2006 la prigione di Guantanamo ha compiuto cinque anni. Il carcere speciale a giurisdizione americana sull'isola di Cuba, in cui sono detenuti senza processo i sospettati di terrorismo internazionale, è noto al mondo per le violenze che quotidianamente vengono compiute nei confronti dei prigionieri. Nel rapporto "Guantanamo: vite fatte a pezzi", Amnesty International contribuisce a fare luce sulla condizione dei prigionieri analizzandola da più punti di vista. Lo studio valuta anche le conseguenze della detenzione illimitata sulla salute psicologica dei prigionieri e delle loro famiglie. Inoltre viene messa in evidenza una realtà in cui si ripetono con grande frequenza i tentativi di suicidio e gli scioperi della fame portati avanti quasi fino alla morte. Nello studio vengono raccolte le testimonianze di diversi ex prigionieri, che affermano di aver subito diverse forme di torture e di maltrattamenti. Secondo Amnesty le vessazioni sui detenuti andrebbero dall'isolamento prolungato all'esposizione al freddo fino alle violenze fisiche.

La protesta civile dei detenuti viene genericamente sminuita dalle autorità carcerarie. "E' in linea con le abitudini di Al Qaeda - afferma il tenente Jeremy Martin - e riflette il tentativo dei detenuti di attirare l'attenzione dei media ed esercitare pressione sul governo americano".

Amnesty mette in evidenza anche la frequenza dei tentativi di suicidio. Su tutti il caso emblematico del pachistano Jamal Al Dossari, che ha effettuato nove tentativi di togliersi la vita. Nell'ultimo di questi Al Dossari ha riportato gravi conseguenze per la sua salute che gli impediranno in futuro di avere una vita normale. Molto spesso le varie testimonianze dei casi di violenza o di grave disagio fisico e mentale riescono a uscire dal carcere solo tramite il racconto degli avvocati dei detenuti.

Oltre a fornire le testimonianze della vita nel carcere, lo studio dell'organizzazione fa poi luce sulla condizione psicologica dei prigionieri, spostati da un luogo di detenzione all'altro senza un processo e senza alcuna idea del proprio destino. Per molti di loro, una volta ottenuta la libertà, la condizione di alienazione è tale da portarli spesso a finire nuovamente in carcere per piccoli crimini. Molto spesso la loro salute è del tutto compromessa assieme anche alla loro reputazione, sulla quale pesa a vita, come sottolinea la madre dell'ex detenuto Rasul Kudaev, "il marchio di terrorista internazionale".

Per le famiglie dei detenuti si parla poi di una condizione mentale terribile. Quasi sempre privi di notizie sulla sorte dei loro familiari "spariti", i parenti dei prigionieri sono sempre in bilico nel seguire le notizie, spesso contraddittorie, diffuse dai media. Una situazione che, secondo gli esperti, può causare gravi disturbi psicologici.

Per molti dei prigionieri di Guantanamo si protrae dunque una situazione di detenzione illegittima, in una zona esclusa dalla tutela del diritto internazionale e senza alcun contatto con il mondo esterno. Il rapporto Amnesty si conclude con la speranza che la "disgrazia morale" e "l'abisso emotivo" in cui vivono i detenuti si possa concludere quanto prima e che Guantanamo non abbia un altro anno di vita.

(8 febbraio 2006)

Questo articolo racconta di una condizione carceraria estrema e fortemente punitiva oltre che tremenda e cruda, a tutti gli effetti disumana e inammissibile per il fatto che viola i diritti universali dell'uomo, non solo a livello psicologico ma anche fisico. I detenuti di Guantanamo sembrano considerati degli animali, delle bestie senza cuore e senza mente, incapaci sotto tutti gli aspetti umani.

Vogliamo ora inserire un altro articolo, tratto da Ristretti Orizzonti, scritto dal dirigente sanitario della casa circondariale di Pisa, il cui titolo induce direttamente ad alcune riflessioni in merito. Dopo il precedente articolo che descrive una condizione terribilmente punitiva, questo appare più correlato alla dimensione psicologica, in modo meno negativo.

Il carcere: una città murata

Il carcere è un luogo di sepolti vivi. Nella classifica degli eventi esistenziali più drammatici, secondo un campione di popolazione americana, la carcerazione viene al terzo posto dopo la morte di un figlio e la morte della moglie. In un contesto drammatico dove dominano la miseria e la promiscuità, attualmente le carceri sono degli enormi serbatoi, dove la società, senza eccessive esitazioni, continua a rinchiudere una marea di tossicodipendenti, di extracomunitari, di disturbati mentali, quasi un tentativo per neutralizzarli e renderli così inoffensivi.

I numeri parlano fin troppo chiaramente e sono numeri preoccupanti mai raggiunti nella storia del nostro Paese. Questi numeri esorbitanti rendono tutto più difficile e complicato. Sovraffollamento vuol dire inevitabilmente minor vivibilità per i detenuti. Ci troviamo di fronte uomini e donne degradati ed umiliati. Prevalgono i "poveri diavoli", cosiddetti "cani senza collare", tutti appartenenti agli strati sociali più deboli e più poveri, levati sui marciapiedi e nei sobborghi delle città. Il carcere li condiziona, li disumanizza, li modifica, li peggiora sia fisicamente che psicologicamente.

Il carcere è una chirurgia dell'anima. Il carcere è malattia. Entrando in questo microcosmo infernale riusciamo ad afferrare un'atmosfera infelice, irreali, ove i detenuti si muovono come robot. Tutto viene modificato da una realtà lontana anni luce dai normali percorsi quotidiani. Il carcere modifica tutto: il tuo essere, il tuo sorriso, i tuoi pensieri, il modo di camminare, di amare, di credere, di sperare, di sognare. Il carcere è responsabile di questa depredazione umana, sociale dell'uomo, un mondo sperimentale di regressione; la solitudine in carcere diventa una penosa radice del deterioramento dell'uomo, dell'invecchiamento delle emozioni. Rimane, del resto, facilmente intuibile lo stato d'animo di chi, improvvisamente sradicato dagli affetti, alle proprie abitudini, ai propri interessi, al proprio ambiente è costretto, un giorno, a varcare il portone del carcere. Vede cadere inesorabilmente tutto intorno a sé. Prendono corpo vigorosamente l'idea di rovina, l'angoscia, il vuoto esistenziale, il senso di emarginazione dalla società, l'umiliazione insita nella posizione stessa di detenuto, l'incertezza e la paura del proprio futuro e molto spesso il rimorso che preme. Al di là delle sbarre il detenuto non si sente più un uomo. Il carcere si delinea a questo punto come un luogo per il suo completo annientamento.

Il carcere è una città murata, violenta, crudele. Gli eventi che vi accadono, i sentimenti, le emozioni, e paure e le speranze, gli odi e gli amori assumono uno strano contorno di irrealtà caricandosi di significati di allarme e di allusione. Il detenuto è ormai un altro. Alterato, modulato, violentato nei suoi connotati essenziali, il detenuto è ormai un corpo invecchiato in fretta, un volto anonimo, uno sguardo spento nel vuoto.

Le istituzioni di recupero, sia per il complesso di transazioni negative che hanno mediato, sia per una reale difficoltà di integrazione con l'ambiente di lavoro, la scuola, la famiglia, non sono riuscite a gestire, indirizzare, incanalare positivamente la tensione esistente tra i bisogni, i valori della personalità in evoluzione, tesa alla realizzazione di sé.

La carcerazione può acquisire dei risultati concreti soltanto se si comprenderà che l'Io del detenuto riceverà un sostegno e sarà messo in condizioni di potersi sviluppare con tecniche di

riabilitazione che siano positive e creative. Bisogna curare la qualità della vita in carcere attraverso l'acquisizione di 2 importanti obiettivi:

- a) il lavoro penitenziario;
- b) gli interessi affettivi.

Finalità primaria della carcerazione è il riadattamento sociale. Riadattare alla vita significa far comprendere l'uso della libertà, risvegliare le qualità e i sentimenti buoni latenti in ogni persona, cercare di eliminare gli aspetti negativi, orientare e spronare verso un nuovo ed equilibrato indirizzo di vita sociale, orale e familiare per evitare di ricadere verso i contenuti etici dei sottogruppi e delle sottocolture dove l'aggressione e la violenza ne rappresentano i requisiti peculiari. La posizione più rispondente a queste prerogative è quella di chi vede nell'approccio, nel colloquio, nel dialogo, nel contesto umano il mezzo più sicuro per far uscire il detenuto dal suo pauroso isolamento, per distoglierlo dalle sue idee fisse, per disporlo su norme ben precise.

L'istituzione penitenziaria deve essere in grado di compiere interventi psicoterapeutici e di formazione sociale e professionale e soprattutto di far compiere al deviante quel salto di qualità nel rapporto con la realtà sociale che gli può consentire di abbandonare il resto, cioè l'agire antisociale, visto da lui come unica possibilità esistenziale adatta a dargli successo nella vita. In definitiva, si può dire che si sente forte la necessità di dare un senso a questo tempo fuori del tempo dei detenuti.

Francesco Ceraudo

Questo servizio risulta un po' lacerante a livello umano ,in quanto provoca sentimenti di angoscia, tristezza, incredulità di quanto letto, ci ha lasciato senza parole per la "violenza" dei termini, delle frasi brevi ,ma dirompenti e significative; in modo particolare ci hanno destato disagio : "il carcere è un luogo di sepolti vivi" che intende luogo di vivi perché sono persone non ancora morte realmente, ma sepolte, morte nell'anima. Ciò è terribile, prima nemmeno immaginavamo un sentimento del genere, così inconcepibile e quasi ripugnante, come l'altra frase : il carcere è una chirurgia dell'anima " nel senso che la frammenta, la rende segmentata, impossibile da ricostruire e mina l'identità del soggetto che vive in questa "città murata" senza alcuna via di scampo e di liberazione. Inoltre emerge chiaramente l'idea di curare la vita in carcere per favorire l'inserimento a livello sociale e lavorativo sotto tutti gli aspetti, cosa fondamentale per affrontare la vita una volta usciti dal carcere.

Importante a nostro avviso è inserire anche delle riflessioni dello psichiatra Vittorino Andreoli

Il carcere: luogo dei sentimenti di Vittorio Andreoli.

Sempre riferito alla dimensione psicologica all'interno del carcere abbiamo trovato un articolo scritto dallo psichiatra Vittorio Andreoli, che affronta con un approccio diverso la dimensione del carcere e ciò che esso porta con sé. Secondo lo psichiatra noi tendiamo a ridurre il carcere ad un luogo fisico con dentro dei corpi, sistemati in celle, limitandosi quindi a parlare della dimensione spaziale, tralasciando quello che "sta all'interno", non solo della cella, ma anche delle persone che ci vivono quindi i desideri, i pensieri o i possibili silenzi. In questa dimensione il carcere diventa un luogo dei sentimenti, delle emozioni, in una parola delle relazioni. Lo studioso continua il suo discorso affermando che il carcere deve essere visto

anche sotto questo aspetto dato che è più insopportabile la solitudine, l'isolamento psicologico, rispetto ai bisogni del corpo; gli stati d'animo riescono a trasformare gli ambienti, come a dire: "se è impossibile cambiare il mondo, muta l'umore". Arrivando a sostenere questo, Andreoli considera il carcere come una rete di relazioni umane, come un labirinto dei sentimenti dove uomini e donne vivono come persone che hanno una propria storia e dei bisogni psicologici; egli definisce questo tipo di istituzione come un "teatro" dove si rappresentano vicende sentimentali, amori difficili e dove possono anche sorgere storie straordinarie per la ricchezza di umanità, proporzionata alla difficoltà di espressione e alla limitazione della libertà. di conseguenza, continua lo psichiatra, "se ciascuno entrando in una istituzione carceraria pensasse in termini di affetti e di emozioni, il carcere rimedierebbe a molti dei suoi limiti; se non dimenticassimo mai che ogni detenuto è non un mostro, che è uno con la voglia di amare, anche se ha espresso violenza e sopraffazione, il carcere migliorerebbe, invece è ancora un'istituzione che fa soggezione o paura.

Andreoli afferma, basandosi sul suo lavoro svolto a contatto con persone che hanno commesso crimini orribili, che ha incontrato uomini capaci di gesti di grande sensibilità: anche dentro casi estremi egli ha trovato sentimenti straordinari che lo hanno convinto che "ogni uomo in carcere deve essere aiutato a ritornare nella società per dare tutto quanto è in grado di dare generosità ed amore. Il carcere è il luogo dei sentimenti sia del detenuto sia delle guardie che qui passano ore e ore: una vita dentro il carcere per seguire un dovere che è quello della sopravvivenza propria e della rispettiva famiglia; oltre che di queste figure, continua il professore, c'è bisogno anche di professionisti che aiutano a capire a che animano il desiderio di uscire, cambiati, in condizione di poter esprimere il meglio di sé e non ciò che la legge sociale non può accettare. Nel carcere il professore Andreoli ha percepito l'importanza della forza e della speranza: essa si erge contro ogni considerazione ragionevole, su ogni articolo di legge, sulla storia che sembra chiusa dentro decisioni "passate in giudicato"; qui la speranza trova tutta la sua dignità: poiché è la forza che permette di vivere quando si è morti, che ti dà la possibilità di veder fuori dalla finestra anche quando è ermeticamente chiusa. C'è poi l'odio, la percezione di aver subito un'ingiustizia e non di meritarsela. È diffuso l'odio per una pena eccessiva, per non aver ottenuto sconti che si pensa di aver meritato, per delle differenziazioni che appaiono ingiuste. L'odio per chi non viene a trovarti e magari è a casa che piange e continua a pensarti. L'odio per il tuo compagno di cella, che è l'unica compagnia che al momento possiedi. L'odio per il mondo e per sé stessi. Ma l'odio si alterna alla speranza ed all'attesa che si realizzi l'impossibile che qualche volta, come nella favole succede. *Il carcere visto attraverso i sentimenti è un mondo ricco, esasperato, esasperatamente umano.*

Da quanto letto affiora chiaramente come lo psichiatra veronese concentra l'attenzione sui sentimenti e sulle relazioni che vengono accentuate maggiormente all'interno della vita carceraria, che spesso appare assai degradante; i detenuti tendono a mostrarsi come persone ricche di umanità e sensibilità prima nascoste, vengono fuori tratti e caratteristiche personali nuove che lo stesso individuo non era consapevole di avere, si mette in atto una sorta di viaggio interiore del detenuto che essendo isolato inizia a percepire se stesso in modo diverso e per sopravvivere tende a creare delle relazioni con gli altri compagni di cella, che seppur diversi e con storie di vita differenti, possono intrecciare dei legami solidi, veritieri e duraturi che rappresentano un valido sostegno anche a livello psicologico per affrontare la detenzione. Pensandoci bene anche i sentimenti delle guardie vengono messi in ballo, si possono scoprire elementi nuovi ed emozioni mai provate, che nascono dal contatto diretto con i carcerati

,quindi con esperienze di vita criminali contro le quali si agisce;tuttavia questo non ci appare molto semplice visto che i secondini sono tenuti ad avere un certo comportamento autoritario e "chiuso" nei confronti di coloro che sono rinchiusi.

Rimanendo nel campo psicologico ,nostro argomento di ricerca,abbiamo trovato altri articoli in merito

●Libertà o vincolo?

di Carlo Valitutti

Lo psichiatra spesso si occupa (e vive) situazioni di crisi e destrutturazioni, di fratture sociali e culturali, di libertà simboliche e di costrizioni psicopatologiche, di speranze e di desideri, di sofferenza e di dolore. Egli stesso finisce per rappresentare a volte una sorta di argine terapeutico e conoscitivo, un ideale (e conflittuale) punto di incontro tra il sistema sociale ed il circolo vizioso e drammatico della follia e della trasgressione psicopatologica, stimolando così la riflessione, la comprensione e la ricerca. Lo psichiatra che lavora in carcere vive quotidianamente in un'area di confine e di reclusione emotiva, un territorio di frontiera che evoca peraltro anche un'immagine di contiguità, di vicinanza, di conoscenza. Il desiderio di negazione e di indifferenza, fantasma presente spesso in modo sconvolgente quando ci si avvicina all'apparente estraneità della malattia mentale, sembra a volte difendere dalla fatica e dalla difficoltà di un impegno necessario e sostanzialmente diverso. E' per questo, e per altri motivi comprensibili, che uno spazio di discussione e di confronto può rappresentare un'occasione di crescita e di scambio in cui far confluire esperienze diverse e pur sempre arricchenti. Entrare in contatto con la colpa e la trasgressione, la pena e la reclusione, e dunque con l'ambiguità della contraddizione dell'assistenza-repressione insita nel lavoro psichiatrico (come spesso ha detto Giovanni Jervis), trova in carcere un terreno ideale e dolorosamente attuale.

●Dubbi di confine

di Carlo Valitutti

"...Correre sempre, per raggiungere un ideale sproporzionato alla mia persona, è diventato una cosa obbligatoria e non importa se sono diventato succube del menefreghismo della gente, ormai sono quasi abituato a questa vita così balorda. Loro non sanno come è facile chiudere gli occhi e immaginarsi una storia persa ma perfetta, senza troppe complicazioni, senza tante perturbazioni, ma soprattutto vivere una storia senza promesse. Conta tanto sapersi destreggiare con bravura in un luogo simile, dove la SOFFERENZA è il nostro cibo, dove la cattiveria è la nostra paralisi; la prigione è un luogo dove si è preda del tempo che fa di un uomo un animale, e lo porta al punto di tirar fuori i propri artigli ogni qualvolta la sottovalutazione vuole prendere il sopravvento. Brividi, battiti cardiaci, emozioni, sono queste le cose che mi fanno sentire vivo, sono queste le cose che mi rendono partecipe in questa vita; urlare e piangere nel silenzio della propria disperazione, illudersi, immaginare, fantasticare,

sono queste le materie prime per non affogare..." Le parole con cui inizia questa scritto, sono di un ragazzo conosciuto in carcere, luogo di confine, detenuto con imputazione di omicidio, giunto nel reparto di osservazione psichiatrica per disturbi del comportamento vissuti nelle cosiddette sezioni comuni. E' una storia comune, dolorosamente possibile, piuttosto frequente da incontrare in un carcere, ancora più frequente poi in un contesto psichiatrico detentivo. La prima volta che entrai nel carcere in cui attualmente lavoro, dovetti sottopormi a controlli ed attraversare cancelli e porte blindate per arrivare infine nel mio reparto. Il tempo emotivo interno di questo percorso fu molto lungo, ed ancora oggi questa sorta di viaggio è per me simbolicamente significativa e sono felice della possibilità di condividere questi dubbi e queste pregnanze emotive. La sofferenza e la malattia all'interno delle mura del carcere sembrano a volte acquisire altre sembianze oltre a quelle dolorose che siamo abituati a riconoscere e ad incontrare nel nostro lavoro. Il carcere, comunità confinata che comporta una privazione di libertà come estremo rimedio, è spesso considerato l'espressione del controllo sociale sulle condotte devianti. Una riflessione da fare poi è che la prigione, come luogo fisico di limitazione, argine e separatezza, ripropone un altro tipo di prigione, quella del sintomo, il vincolo a volte inestricabile dell'incapacità di elaborare il proprio disagio di vivere e di soffrire. Il confine tra integrità e frammentazione, tra colpa e consapevolezza, tra pena e punizione, tra responsabilità e destino, tra cura impossibile e dovere istituzionale, tra sofferenza e malattia, tra fare e pensare, tra coinvolgimento empatico e processi di identificazione, tra somiglianza e differenziazione. Ancora di più in carcere, nel lavoro psichiatrico, emerge la necessità di ricostruire una storia, e non solo del sintomo in apparenza indecifrabile, bensì dell'intera persona in tutta la complessità del suo sviluppo evolutivo. Per quanto difficile da stabilire e da mantenere, almeno ad un'osservazione superficiale, anche all'interno di un carcere lo psichiatra non può e non deve allontanarsi dal contesto fondante della relazione clinica, ancorché priva inizialmente di momenti riflessivi. Spesso lavorare in carcere significa occuparsi di persone respinte prima dalla società, e poi dal carcere stesso quando la loro capacità di convivenza è entrata in crisi, lo psichiatra allora non può respingere ulteriormente il deviante perché rappresenta per lui una barriera estrema, un argine terapeutico e conoscitivo ed anche il punto di incontro in cui il sistema sociale ed i circoli viziosi che hanno contribuito a creare la follia e la devianza si aprono alla comprensione ed alla ricerca. Il carcere rappresenta di per sé una sorta di frontiera, un territorio difficile in cui sembrano esasperarsi emozioni già provate, frustrazioni già vissute, speranze ed illusioni mai abbandonate.

La psichiatria si occupa di crisi e destrutturazioni che comportano la rottura di un quadro sociale, personale e insieme culturale, ed il carcere costituisce, in maniera simbolica e concreta, una difficile frontiera dove lo spazio culturale e quello istituzionale stabiliscono l'ordine di osservabilità dei fenomeni, l'orizzonte delle spiegazioni ed interpretazioni possibili, ed inoltre le condizioni di destrutturazione dell'esperienza e le possibilità riordinatrici del sistema. In carcere avvengono impercettibili ma a volte sostanziali trasformazioni, di persone, di pensieri, di concetti di emozioni, in effetti anche l'osservazione clinica non può mantenere invariate le stesse caratteristiche che assume all'esterno di queste mura. Inoltre all'interno del carcere è difficile ricreare situazioni di particolare intimità terapeutica; esistono esigenze e necessità di sorveglianza e di controllo, spesso i colloqui si fanno a porta aperta, a volte alla presenza del personale di polizia penitenziaria, o in stanze dotate di vetri alle porte o alle pareti per poter guardare all'interno. Questo spazio di incontro terapeutico, già di per sé appartato e tendenzialmente isolato dallo spazio sociale e

culturale esterno, non può che essere ancora più relativo in carcere dove, paradossalmente, diventa poi più realizzabile un isolamento massiccio determinato dal reato e dalla pena. La "solitudine in presenza di qualcuno", come usava dire in modo così suggestivo Winnicott, che garantisce la possibilità di appartarsi nell'entrare in relazione con se stessi e con l'altro, in carcere può diventare addirittura una dolorosa condizione di vita, una sorta di necessità difensiva non sempre consapevole e per questo non sempre produttiva.

Ciò che conta è l'importanza di un percorso conoscitivo della responsabilizzazione e della consapevolezza, qualcosa di essenziale, forse quasi obbligato, seppure doloroso ed apparentemente impossibile, e non è un sogno. Lo stesso ragazzo di cui citato all'inizio dell'articolo spesso scriveva : " Tante volte cerco di ignorare la situazione che si è creata intorno a me, ma dura pochi istanti, perché la realtà riesce sempre ad abbattere qualsiasi muro, a far crollare tutti i sogni, piccoli e grandi...".

Carlo Valitutti, psicologo e psichiatra di approccio sistemico-relazionale, oltre che consulente del Ministero di Grazia e Giustizia fino al 2006, ha pensato di scrivere questi due articoli, per spiegare come lo psichiatra in carcere vive quotidianamente una condizione di confine e di reclusione emotiva, tale per cui rischia di non essere in grado di creare un distacco tra paziente e medico. Inoltre la condizione di detenuto implica spesso e volentieri l'incapacità di elaborare il proprio disagio e la propria sofferenza che si accompagnano ad un'atmosfera pesante e difficile da sostenere; allora il carcerato arriverà anche a trasformare e mutare i suoi comportamenti, pensieri, atteggiamenti a causa degli altri. Ci ha colpito il fatto che comunque tra paziente e psicologo non potrà mai instaurarsi un certo tipo di rapporto di confidenza ed "intimità", poiché i colloqui vengono continuamente controllati e registrati di conseguenza si nega la libertà della persona e si determina una forma di inibizione.

A nostro avviso il primo articolo dal titolo "libertà o vincolo?" appare fortemente evocativo, in quanto pone la riflessione in merito all'aspirazione alla libertà che manifesta un carcerato, aspirazione che può avere una sua realizzazione o meno (nel caso dell'ergastolano), ma che comunque esiste ed è attiva ; tuttavia vi è sempre costante la presenza di un vincolo, di una particolare limitazione che priva della libertà, di conseguenza queste due parole identificano una sorta di paradosso per qualcosa che si desidera però alla fine è minato da una costrizione invalicabile , assai difficile da oltrepassare, nonostante dei buoni propositi.

Il secondo brano invece, riportando dei frammenti di vita di un detenuto sviluppa poi la tematica relativa alla dimensione interiore del soggetto piena di dolore e sofferenza profonda alimentata dal fatto che solitamente il carcere è visto come una barriera definitiva , un confine al quale si è giunti a causa di una serie di eventi, ma in carcere non si può venir nuovamente rifiutati come avviene all'esterno dell'istituzione carceraria, al contrario è necessario il sostegno, l'aiuto di chi di competenza per cercare di risollevare una questione che si trova al limite: deve essere risolta in vista di un reinserimento nella società e per fare in modo che il soggetto compia un percorso individuale di autoconoscenza e autoconsapevolezza.

● Ricordando quanto studiato nei primi anni in scienze sociali abbiamo ritenuto opportuno inserire nel nostro lavoro, quanto fatto da Zimbardo negli anni '70.

L'**esperimento della prigione di Stanford** è un esperimento psicologico volto ad indagare la reazione umana ad una situazione di prigionia. Fu condotto nel 1971 da un team di ricercatori diretto dal professor Philip Zimbardo della Stanford University.

Fra i 75 studenti universitari che risposero a un annuncio apparso su un quotidiano che chiedeva volontari per una ricerca, gli sperimentatori ne scelsero 24, maschi, di ceto medio, fra i più equilibrati, maturi, e meno attratti da comportamenti devianti; furono poi assegnati casualmente al gruppo dei detenuti o a quello delle guardie. I prigionieri furono obbligati a indossare ampie divise sulle quali era applicato un numero, sia davanti che dietro, un berretto di plastica, e fu loro posta una catena a una caviglia; dovevano inoltre attenersi a una rigida serie di regole. Le guardie indossavano uniformi color kaki, occhiali da sole riflettenti che impedivano ai prigionieri di guardarle negli occhi, erano dotati di manganello, fischiotto e manette, e fu concessa loro ampia discrezionalità circa i metodi da adottare per mantenere l'ordine. Tale abbigliamento poneva entrambi i gruppi in una condizione di deindividuatione.

I risultati di questo esperimento sono andati molto al di là delle previsioni degli sperimentatori, dimostrandosi particolarmente drammatici. Dopo solo due giorni si verificarono i primi episodi di violenza: i detenuti si strapparono le divise di dosso e si barricarono all'interno delle celle infierendo contro le guardie; queste iniziarono a intimidirli e umiliarli cercando in tutte le maniere di spezzare il legame di solidarietà che si era sviluppato fra essi. Le guardie costrinsero i prigionieri a cantare canzoni oscene, a espellere le feci in secchi che non avevano il permesso di vuotare, a pulire i servizi a mani nude. A fatica le guardie e il direttore del carcere (lo stesso Zimbardo) riuscirono a contrastare un tentativo di evasione di massa da parte dei detenuti. Al quinto giorno i prigionieri mostrarono sintomi evidenti di disgregazione individuale e collettiva: il loro comportamento era docile e passivo, il loro rapporto con la realtà appariva seriamente compromesso da seri disturbi emotivi, mentre per contro le guardie continuavano a comportarsi in modo vessatorio e sadico. A questo punto i ricercatori interruppero l'esperimento suscitando da un lato la soddisfazione dei carcerati, ma dall'altro, un certo disappunto da parte delle guardie.

Secondo l'opinione di Philip Zimbardo, la prigione finta era diventata, nell'esperienza psicologica vissuta dai soggetti di entrambi i gruppi, una prigione vera. Assumere una funzione di controllo sugli altri nell'ambito di una istituzione come quella del carcere, induce ad assumere le norme e le regole dell'istituzione come unico valore a cui il comportamento deve adeguarsi, induce cioè quella "ridefinizione della situazione" utilizzata anche da Stanley Milgram per spiegare le conseguenze dello stato eteronomico (assenza di autonomia comportamentale) sul funzionamento psicologico delle persone. Il processo di deindividuatione induce una perdita di responsabilità personale, ovvero la ridotta considerazione delle conseguenze delle proprie azioni, indebolisce i controlli basati sul senso di colpa, la vergogna, la paura, così come quelli che inibiscono l'espressione di comportamenti distruttivi. La deindividuatione implica perciò una diminuita consapevolezza di sé, e un'augmentata identificazione e sensitività agli scopi e alle azioni intraprese dal gruppo: l'individuo pensa, in altri termini, che le proprie azioni facciano parte di quelle compiute dal gruppo.

Lo scopo di Zimbardo era quello di studiare le dinamiche di gruppo in una prigione; egli era interessato ad analizzare se gli abusi in una prigione scaturiscono dal fatto che i detenuti hanno alle spalle una lunga lista di reati contro la società, o se invece, il potere intrinseco di un lavoro come quello delle guardie carcerarie rendesse costoro più vendicativi.

Zimbardo e i suoi collaboratori controllavano sia le guardie sia i detenuti, soprattutto i primi, visto che passavano la maggior parte del loro tempo libero a parlare del problema

prigionieri, inoltre avevano anche la tendenza ad essere sempre più crudeli quando pensavano di essere visti dagli sperimentatori intensificando così il loro comportamento aggressivo. Facilmente si comprende l'importanza dell'autorità, del conformismo e dell'influenza sociale che spesso scaturisce nel momento in cui viene imposto di ricoprire dei ruoli che normalmente non ci appartengono, in modo particolare se questi sono appunto forzati e controllati.

SALUTE PSICHICA

In modo particolare il nostro intento è stato quello di puntare più all'ambito prettamente psicologico-psichiatrico prendendo in considerazione vari elementi.

🕒 Con la Risoluzione adottata dall'ONU il 30 agosto 1955, venivano fissate un insieme di regole minime per il trattamento dei detenuti che ponevano in evidenza la necessità di integrare il personale degli istituti penitenziari, con un numero sufficiente di specialisti, psichiatri, psicologi, educatori, assistenti sociali, criminologi clinici dediti al trattamento ed alla rieducazione dei detenuti.

Attraverso questa Risoluzione si intendeva realizzare un percorso rieducativo che consentisse il recupero del soggetto deviante ed il suo reinserimento nella società. Il settore in cui trovò maggiore spazio l'ideologia fu, inizialmente, quello della devianza minorile dove l'indirizzo educativo sostituì quello punitivo-repressivo.

La legge 25 luglio 1956 n. 888 stabiliva infatti, l'opportunità dell'esistenza di strutture quali: istituti di Osservazione, uffici di servizio sociale e istituti medico-psico-pedagogici. Nel momento attuale, in ambito carcerario l'intervento psicologico si realizza fondamentalmente in tre diversi servizi:

1. Il Servizio Nuovi Giunti,
2. L'Osservazione e Trattamento,
3. Il presidio Sanitario Tossicodipendenze. D.P.R. 1990 testo unico

La Riforma dell'Ordinamento Penitenziario Legge n.354 del 1975 art.80 4° comma

Il Servizio Nuovi Giunti

Nel dicembre 1987 accanto all'Osservazione e Trattamento con la circolare Amato n. 3233/5683, viene istituito il Servizio Nuovi Giunti.

La circolare è intitolata "Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati."

Trova espressione la "vivissima preoccupazione" per i ricorrenti gravissimi fenomeni in aumento degli atti auto lesivi e di suicidio.

Il presidio, viene affidato agli esperti (ex art. 80 L. n.354 del 1975), specializzati in psicologia o criminologia clinica e, consiste preliminarmente in un colloquio con il/la nuovo/a giunto/a,

nello stesso giorno dell'ingresso e prima dell'assegnazione. Questo particolare è diretto ad accertare e valutare, sulla base di determinati parametri, il livello di rischio che il soggetto possa compiere violenza su se stesso.

La prognosi della predisposizione suicidaria del "nuovo giunto" dovrà essere descritta in una relazione, in tre copie, da allegare oltre che alla cartella personale del soggetto, anche alla cartella sanitaria ed una copia consegnata all'Ispettore della Sorveglianza.

La valutazione del rischio si articola nei seguenti giudizi: Minimo - Basso - Medio - Alto - Altissimo.

Tale presidio ha come finalità la tutela della vita, l'incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati. Il servizio si rivolge non solo ai soggetti che entrano in carcere dallo stato di libertà, ma anche a quei soggetti che provengono da altro istituto e sono assegnati per trasferimento temporaneo o definitivo.

Secondo il progetto della circolare, attraverso il colloquio, l'esperto psicologo dovrebbe mettere a nudo la psiche del soggetto per rilevare la sua vulnerabilità e percepire se il "nuovo giunto" è da ritenersi a rischio suicida

La nuova riforma definisce il significato, le competenze, e l'operatività dell'**Osservazione e Trattamento**, in particolare l'art. 27 cita:

1. "L'osservazione scientifica della personalità è diretta all'accertamento dei bisogni di ciascun soggetto connessi alle eventuali carenze fisico-psichiche, affettive, educative e sociali, che sono state di pregiudizio all'instaurazione di una normale vita di relazione. Ai fini dell'Osservazione, si provvede all'acquisizione di dati giudiziari e penitenziari, biologici, psicologici e sociali e alla loro valutazione con riferimento al modo in cui il soggetto ha vissuto le sue esperienze ed alla sua attuale disponibilità ad usufruire degli interventi del trattamento
2. All'inizio dell'esecuzione, l'osservazione è specificamente rivolta, con la collaborazione del condannato o dell'internato, a desumere elementi per la formulazione del programma individualizzato di trattamento, il quale è compilato nei termini di 9 mesi 3. Nel corso del trattamento l'osservazione è rivolta ad accertare, attraverso l'esame del comportamento del soggetto e delle modificazioni intervenute nella sua vita di relazione, le eventuali che richiedono una variazione del programma di trattamento.
3. La norma evidenzia che il campo di indagine dello psicologo si rivolgerà alla conoscenza dei bisogni connessi con le eventuali carenze fisico psichiche, affettive, educazionali, sociali che hanno concorso all'evento pregiudiziale. All'interno dell'indagine verrà considerato anche il modo in cui il soggetto ha vissuto le sue esperienze" .

Da un punto di vista della psicologia clinica questo significa raccogliere dati personali del soggetto al fine di articolare delle ipotesi diagnostiche in ciascuna delle seguenti aree:

- comportamentale
- sociale
- storica
- fenomenologica

Sulla base di queste aree poi si realizzano le varie tipologie delle diagnosi seguenti:

- Diagnosi comportamentale: consiste nell'osservazione del comportamento: parole, voce,

gesti, espressioni, atteggiamento. Si basa su aspetti interpretativi soggettivi e perciò deve essere confermata dagli altri tipi di diagnosi.

- **Diagnosi sociale:** consiste nell'osservare le modalità con le quali la persona interagisce con gli altri e quali reazioni vengono suscitate negli altri, ci permette di rilevare la posizione esistenziale. Questi due tipi di diagnosi vengono chiamate funzionali proprio perché evidenziano il funzionamento della persona ovvero quello che viene colto e visto. L'analisi funzionale risponde alla domanda: "Quale tipo di comportamento fa vedere di sé la persona?" e poi, "questo tipo di comportamento cosa stimola negli altri"? L'analisi funzionale classifica la tipologia di ogni comportamento (per es. normativo, logico, freddo, caldo, accogliente, rivendicativo, persecutorio, vittimistico etc)

- **Diagnosi storica:** Considera la storia del soggetto ponendo l'attenzione al suo sviluppo evolutivo, con particolare riguardo al rapporto con le con le figure genitoriali ed al modo come queste si sono prese cura della crescita del soggetto (fisica, psichica, affettiva, educativa).

- **Diagnosi fenomenologica:** consiste nella partecipazione emotiva da parte del soggetto ai suoi ricordi ed esperienze. Nell'osservare come la persona esprime emotivamente la sua narrazione si giunge a costruire un'ipotesi fenomenologica, in altre parole cosa la persona sente oggi nei confronti di ciò che sta ricordando. Questo permette di individuare se sono presenti dei traumi che influenzano il suo presente.

Ognuna di queste ipotesi diagnostiche dovrà essere applicata allo:

- stato emotivo o del sentire,
- stato razionale o del pensare,
- aspetto protettivo e normativo o del prendersi cura di sé

Tutto ciò consentirà di disporre di una mappa della persona relativamente ai suoi processi di pensiero, alla gestione degli stati emozionali ed ai suoi comportamenti.

L'attuale sistema penitenziario italiano si basa, sulla legge n. 354 del 26 luglio 1975, il cosiddetto Ordinamento Penitenziario .Si articola e si sviluppa attraverso alcune importanti direttrici:

1. l'espiazione della pena improntata ai criteri di umanità, salvaguardando la dignità e i diritti spettanti ad ogni persona;
2. la rieducazione del detenuto e il suo reinserimento sociale come scopo principale dell'espiazione della pena;
3. la prevenzione della criminalità.

gli Istituti penitenziari si distinguono in:

-Istituti di custodia preventiva,

-Istituti per l'esecuzione delle pene,

-Istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza.

-Centri di osservazione.

-Istituti o sezioni per infermi e minorati

La presenza dello psichiatra in carcere, oltre ad essere imposta dalla legge, è resa necessaria dalle molteplici esigenze sanitarie che sempre più frequentemente si riscontrano nelle istituzioni penitenziarie. Per avere un'idea degli effetti disastrosi che la carcerazione può provocare, a livello di decadimento sia psichico che fisico. Molteplici e complessi sono i fattori che concorrono a determinare uno stato acuto di sofferenza, una ferita morale che rimarrà indelebile nel tempo. Angoscia, ansia, il sentimento di umiliazione per il trattamento subito, la sensazione penetrante di impotenza di fronte alla macchina inesorabile che calpesta e sconvolge tutte le sicurezze del detenuto; tutte sensazioni in grado di provocare una miriade di alterazioni nelle attività psichiche dell'individuo, rapporti sociali imposti o subiti; non solo questo ma anche odori, rumori, sapori, sporcizia, di altri, espropriazione di ogni riservatezza e di ogni intimità. In realtà non si è mai soli e, in ogni istante, si vede e si è visti, si sente e si è sentiti.. Perché tutto è di tutti e nessuno ha nulla. Non dovrebbe essere difficile, a questo punto, capire perché è necessaria la presenza dello psichiatra all'interno delle Istituzioni penitenziarie. Dobbiamo però considerare che, benché l'ingresso in carcere sia senz'altro traumatizzante, non sempre le manifestazioni di sofferenza psichica sono causate dalle condizioni in cui i soggetti sono costretti a vivere; esse possono anche essere, semplicemente, la continuazione o l'evidenziazione in carcere di disturbi già prima esistenti. Il bisogno di psichiatria in carcere nasce da tutto questo e da comprensibili reazioni d'angoscia, oppressive o a carattere depressivo, all'evento detentivo.

Ciò che più ci interessa, è focalizzare l'attenzione sull' 'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

● **L'O.P.G.** (Ospedale Psichiatrico Giudiziario) è la struttura detentivo - medica che sino alla riforma penitenziaria del 1975 era chiamato Manicomio Criminale. Ha la funzione di custodia (per la difesa sociale) e contemporaneamente di cura e trattamento (per il reinserimento). È parte integrante del sistema penitenziario e si basa sulla norma giuridica secondo cui l'imputabilità di un soggetto, autore di reato, è subordinata alla sua capacità di intendere e volere.

I pazienti degli OPG appartengono alle seguenti categorie di reclusi:

- ▶ rei di un delitto, ma prosciolti perché ritenuti totalmente incapaci di intendere e volere al momento del fatto, cui è stata applicata la misura di sicurezza di internamento in OPG perché socialmente pericolosi;
- ▶ detenuti seminfermi o minorati (detenuti con riduzione di pena a causa di parziale incapacità di intendere e volere al momento del fatto);
- ▶ imputati sottoposti a misura di sicurezza provvisoria;
- ▶ detenuti, già condannati, inviati *in osservazione* a causa di comportamento anomalo in carcere.
- ▶ detenuti ai quali in carcere, durante la pena, è sopravvenuta infermità psichica;
- ▶ detenuti (solo in alcuni OPG) sottoposti alla misura di sicurezza *Casa di Cura e Custodia*.

Per quanto riguarda i rei, essi sono stati ritenuti tali da una sentenza, e in conseguenza a una perizia, incapaci di intendere e di volere al momento del fatto e per questo motivo prosciolti. A tali soggetti viene applicata una misura di sicurezza detentiva derivante da un giudizio di pericolosità sociale.

Vi sono internati che non hanno consapevolezza di quanto è loro successo e di cosa e di come stanno vivendo l'esperienza dell'Ospedale Psichiatrico; soggetti - oggetti, ridotti in questo stato per cause psichiatriche, o in alcuni casi per fortissime carenze culturali, o perché appartenenti a etnie diverse. Tra quelli che sono consapevoli della propria colpa, molti comunque non sanno darsene motivo e sono schiacciati dai rimorsi. Per molti, il paziente internato è comunque "uno che ha sbagliato e deve pagare".

Quella che non doveva essere una pena bensì un periodo di custodia, cura e riabilitazione si tramuta in un periodo di detenzione terminante spesso anni dopo il cosiddetto *periodo minimo di internamento*. La revoca della pericolosità sociale avviene solo quando, a malattia stabilizzata o controllabile con cure, l'internato dimostra capacità di interagire con il mondo esterno: si reinserisce nella propria famiglia, acquisisce un reddito e un tetto, dimostrando di avere rimosso anche il più piccolo dei motivi che scatenarono il reato. Quindi devono esserci affetti, reddito, strutture sul territorio di residenza per le cure e i controlli, tranquillità, disponibilità private (familiari) o pubbliche. Tutte condizioni necessarie a reinserire un uomo che aveva «deviato», ma difficili da trovare, mobilitare e sincronizzare. Ne deriva che spesso l'internamento continua, prolungando e di molto proprio le misure di sicurezza corrispondenti ai reati più piccoli, in un rincorrersi di speranze che presto si trasformano in frustrazioni, spesso con l'aggravamento delle patologie.

Articolo 222 del Codice Penale: Nel caso di proscioglimento per infermità psichica, ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti, ovvero per sordomutismo, è sempre ordinato il ricovero dell'imputato in un manicomio giudiziario per un tempo non inferiore a due anni; salvo che si tratti di contravvenzioni o di delitti colposi o di altri delitti per i quali la legge stabilisce la pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni, nei quali casi la sentenza di proscioglimento e' comunicata all'autorità di pubblica sicurezza. La durata minima del ricovero nel manicomio giudiziario e' di dieci anni, se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena di morte o l'ergastolo, o di cinque se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena della reclusione per un tempo non inferiore nel minimo a dieci anni. Nel caso in cui la persona ricoverata in un manicomio giudiziario debba scontare una pena restrittiva della libertà personale, l'esecuzione di questa e' differita fino a che perduri il ricovero nel manicomio. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche ai minori degli anni quattordici o maggiori dei quattordici e minori dei diciotto, prosciolti per ragione di età, quando abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato, trovandosi in alcuna delle condizioni indicate nella prima parte dell'articolo stesso.

A proposito della salute psichica abbiamo notato come tale questione sia di ordine internazionale per il fatto che esiste una risoluzione dell'ONU che la disciplina, dunque è una problematica comune al mondo carcerario mondiale; tra i tre diversi servizi offerti abbiamo osservato la complessità dell'osservazione e del trattamento per il fatto che questo servizio si basa su una diagnosi assai vasta e allo stesso tempo specifica nei suoi vari ambiti. Tuttavia ci ha maggiormente colpito l'OPG, presentato come una vera e propria istituzione totale, o

meglio una sorta di "discarica sociale" dove rinchiudere coloro definiti pericolosi, ovvero matti-criminali etichettati per il reato commesso, in modo pesante rispetto all'etichettamento che subisce chi manifesta solo disturbi psichici, nel momento in cui criminalità e salute mentale si associano, diventano un connubio perfetto per "distruggere" la persona. Queste persone sono rifiutate ed escluse da tutti, in primo luogo la famiglia che li abbandona completamente perché si prova vergogna, ma anche le aziende sanitarie non li vogliono, li considerano un problema. Di conseguenza appare evidente che si entra senza sapere quando si esce, la vita nell'ospedale psichiatrico giudiziario si tramuta in una sorta di ergastolo: sconcertante, in quanto bisognerebbe attuare condizioni di recupero e di cura della persona malata prima di trattarla da detenuto, ciò richiede soldi, energie, innovazioni che la maggior parte delle persone, forse anche gli stessi operatori che vi lavorano, non sono disposti ad affrontare.

A proposito del Servizio Nuovi Giunti, esso appare realmente utile per i detenuti e chiedendo informazioni dell'esistenza di questo a Padova, la signora Favero, ci ha detto che è un servizio di accoglienza delle persone che arrivano in carcere dalla libertà, quindi sono presenti soprattutto nella Casa Circondariale, dove ci sono le persone appena arrestate. Nella Casa di reclusione invece ci stanno le persone con pene lunghe e definitive, quindi la vera accoglienza l'hanno già avuta alla Casa Circondariale al momento dell'arresto (anche se comunque pure alla Reclusione si dà importanza all'arrivo dei nuovi detenuti, che però non sono al primo impatto con il carcere). Leggendo poi la circolare sui nuovi giunti, si comprende come i primi momenti della detenzione, sia nella fase cautelare quanto in quella della esecuzione della pena, sono delicati ed importanti per molteplici scopi:

- segnalare immediatamente ai detenuti, appena giunti in un ambiente estraneo e difficile, la possibilità di avere operatori con cui instaurare un dialogo;
- informare correttamente i ristretti sulle regole che scandiscono la vita detentiva;
- accertare e trattare con tempestività stati di disagio psicologico, di malattia psichiatrica, di malattia fisica.

Questi tre attività mirano a:

- prevenire il rischio suicidiario, particolarmente presente nei primi periodi di detenzione;
- conoscere la persona ai fini del successivo programma di trattamento individualizzato;
- ridurre la conflittualità intersoggettiva che può dar luogo ad ulteriori conseguenze disciplinari e penali, soprattutto nella prima fase della detenzione;
- prevenire le malattie e garantire la continuità delle terapie eventualmente già in corso al momento dell'ingresso in Istituto.

Dunque, la riorganizzazione del servizio nuovi giunti risulta oggi avere carattere prioritario proprio allo scopo di ridimensionare tutti i rischi connessi alla fase iniziale della detenzione.

© **MALATTIA MENTALE**

Problematiche di salute psichica

Nei detenuti sono stati riscontrati dei disturbi psicologici durante la detenzione, specie nella fase iniziale.

È possibile suddividere i disturbi mentali in due grandi categorie:

- disturbi da cause organiche : un'alterazione anatomica , trauma, problematiche vascolari. Queste alterazioni organiche determinano disabilità diverse a seconda della causa, della zona colpita, della gravità dell'evento, sono in genere associati a disturbi della percezione, del pensiero, dell'area affettivo-emozionale e del comportamento di varia gravità e genere
- disturbi da cause non organiche :in questi disturbi non è stata identificata una causa riferibile ad alterazione anatomica
- schizofrenia e altri disturbi psicotici
- disturbi dell'umore, che possono assumere diversi gradi d'intensità. Citiamo la depressione,dove il soggetto presenta una grave mancanza di interessi per tutte le attività della vita quotidiana; alterazione del ritmo sonno-veglia, affaticamento fisico non giustificato, significativa perdita di peso senza essere a dieta oppure diminuzione dell'appetito
- disturbi d'ansia, come ad esempio l'attacco di panico con palpitazioni, tremori, sensazione di soffocamento
- sensazione di asfissia, brividi, anche sindromi come la claustrofobia o l'agorafobia. Riportiamo anche il disturbo da ansia sociale, il disturbo acuto da stress e il disturbo post-traumatico da stress a seguito carcerazione o prima carcerazione.
- disturbi sessuali e dell'identità di genere
- disturbi dell'alimentazione, ad esempio l'anoressia nervosa, o la bulimia nervosa.
- disturbi del controllo degli impulsi, che possono essere anche causa di reati, ad esempio la cleptomania, cioè l'incapacità di resistere agli impulsi di rubare oggetti di cui non c'è bisogno per l'uso personale o per il valore economico
- disturbi dell'adattamento, la cui caratteristica fondamentale è lo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali significativi in risposta ad uno o più fattori psicosociali stressanti
- disturbi della personalità
- disturbi correlati a sostanze. Sono disturbi secondari all'assunzione di una sostanza d'abuso. Importanti sono le problematiche psichiche legate alla tossicodipendenza in quanto si rileva che è significativamente più alta in carcere rispetto alla popolazione generale

Psicosi carcerarie

Nelle istituzioni penitenziarie le manifestazioni psicopatologiche sono particolarmente frequenti;esse possono essere la continuazione o di disturbi psichici preesistenti, oppure la strutturazione di una risposta di tipo psicotico ad eventi particolarmente traumatizzanti dal punto di vista psicologico, quali l'entrata in carcere, l'attesa di giudizio, la previsione di condanna, la sentenza stessa.

Consideriamo la "sindrome da ingresso in carcere", come una serie di disturbi non solo psichici, ma spesso psicosomatici, che compare tanto più frequentemente e pesantemente quanto più elevato è il grado di educazione, di sensibilità, di cultura dei soggetti detenuti. Il trauma da ingresso in carcere può diventare tanto più forte quanto maggiore è il divario fra il tenore di vita condotto in libertà e quello carcerario. La risposta del soggetto si modula in base alla sua

struttura di personalità e alle abilità/capacità di adattamento in possesso, nonché all'ambiente-cella e ai compagni.

La capacità di adattamento sarà superiore in un soggetto con esperienza di precedenti carcerazioni, o che riesca a trovare nel carcere punti di riferimento (detenuti che appartengono alla stessa banda criminale, alla malavita della stessa zona o più semplicemente a piccola delinquenza dello stesso paese o quartiere).

È certo comunque che per molti soggetti alla prima detenzione, anche se per ciascuno in modo diverso, l'impatto con la struttura carceraria costituirà uno dei momenti più drammatici dell'esistenza. Vari tentativi di umanizzazione dell'impatto con il carcere e allo stesso tempo di prevenzione dei comportamenti a rischio sono stati fatti. Il più importante è sicuramente la predisposizione, attraverso la Circolare Amato del 30/12/1987 n. 3233/5683, del Servizio Nuovi Giunti effettuato dagli psicologi del carcere attraverso un colloquio con ogni singolo detenuto all'atto di ingresso in istituto; tale colloquio è volto a valutare la personalità del soggetto soprattutto al fine di prevenire eventuali gesti auto lesivi.

Sindrome di Ganser

Continuando nell'analisi dei disturbi psichici, una peculiare forma reattiva alla carcerazione è la sindrome di Ganser (pseudo demenza psicogena o stato crepuscolare isterico). È un raro disturbo mentale che pur non presentandosi esclusivamente in carcere, si osserva generalmente in soggetti detenuti in attesa di giudizio. Consiste in una reazione isterica basata su di una motivazione inconscia del soggetto ad evitare la responsabilità, sforzandosi di apparire infermo di mente.

Uno tra i sintomi psicopatologici più caratteristici è il fatto che i soggetti non sono capaci di rispondere alle domande più semplici che vengono loro rivolte. sebbene dalle risposte è evidente che hanno capito il significato della domanda e nelle loro risposte tradiscono una sconcertante mancanza di conoscenze che essi hanno posseduto e che ancora, senza ombra di dubbio, possiedono. Gli individui praticamente parlano fuori tema, a vanvera, trascurano la risposta corretta e ne danno un'altra simile, ma inesatta. Calcolano di traverso nell'esecuzione di calcoli semplici, mentre magari sono capaci di svolgere correttamente quelli più complessi e difficili. La sindrome di Ganser è caratterizzata da un comportamento bizzarro, da allucinazioni visive ed uditive, da deliri, da disorientamenti, da amnesia, da convulsioni isteriche, da marcata variabilità dell'umore.

Simulazione di malattia mentale e gesti auto lesivi

Nell'ambiente penitenziario risulta molto diffusa la simulazione delle malattie in genere e di quelle mentali in particolare; lo psichiatra nell'individuare l'esistenza di disturbi per lo più comportamentali (confusione, disorientamento, alterazioni deliranti del pensiero, depressione dell'umore, autismo, alterazioni a carico degli istinti fondamentali), deve tenere costantemente presente che essi possono essere sì autentici, ma anche e troppo spesso recitati, al fine evidente di ottenere benefici, primo fra tutti la sospensione del giudizio. Spesso mettono in atto una rappresentazione attraverso la pseudo demenza: i simulatori cercano infatti, attraverso movimenti espressivi idonei, di mettere in risalto un grave decadimento psicofisico. Alle domande più semplici, rispondono costantemente in maniera assurda, anche se dal contesto della risposta lasciano intendere di avere perfettamente

compreso la domanda. È da tener presente, infatti, che in molti di questi scompensi psicopatologici, come già detto, si cela il progetto di sfuggire al procedimento penale. Quasi tutti gli autori sono d'accordo sulla possibilità di un inizio cosciente e non coerente della sintomatologia psicotica e di un decorso che assume poco per volta una sua progressiva autonomia e coerenza. Non è affatto raro, in altre parole, riscontrare che una sintomatologia ganseriana o diversamente simulata all'inizio, evolva poi verso un quadro praticamente sovrapponibile ad una psicosi. Ciò soprattutto nei deboli di mente, in cui la carenza di critica favorisce l'autosuggestione e l'auto-convincimento di essere veramente malati. È chiaro che è impossibile stabilire, neppure approssimativamente, il periodo della durata, se non ribadendo che il quadro, quasi sempre reversibile, durerà tanto quanto durerà la situazione che lo ha scatenato e fino a quando non sarà stato raggiunto lo scopo che il soggetto si era prefissato. Non certo dipenderà da trattamenti psicofarmacologici o da trattamenti psicoterapeutici, ampiamente intesi, nei confronti dei quali, ovviamente, il simulatore è sostanzialmente refrattario e non recettivo: cosa che invece accade nel vero malato di mente. La vera malattia mentale comporta manifestazioni cliniche di destrutturazione ed alterazione della personalità, di deterioramento della stessa, che non possono sfuggire all'osservazione e al controllo carcerario e sono documentabili attraverso la registrazione dei comportamenti cui danno luogo nell'ambito di custodia.

Malattia mentale ed emarginazione sociale

L'elevata prevalenza di particolari malattie mentali nei gruppi sociali più svantaggiati della popolazione è un fenomeno assai rilevante, in quanto i diversi tipi di sofferenza psichiatrica possono determinare differenti condizioni sociali e umane, in relazione a una serie di variabili relative allo status sociale del soggetto, alla sua età, alla solidarietà delle reti sociali primarie di riferimento e alla qualità dei servizi sanitari e socio - assistenziali presenti sul territorio. In realtà, vista la grande diffusione di sofferenza psichica nella condizione umana in generale, presente nelle diverse classi e gruppi sociali, la stessa attenzione posta al legame tra malattie mentali e categorie sociali svantaggiate potrebbe risultare un modo per stigmatizzare un insieme di tensioni e di richieste non facilmente esprimibili dai gruppi esclusi ed emarginati. Le famiglie economicamente influenti riescono a «coprire», più o meno il disagio psicologico e i disturbi psichiatrici dei propri familiari, ricorrendo al sistema delle cure e dell'assistenza privata, mentre la sofferenza psichica dei soggetti appartenenti ai gruppi sociali svantaggiati è più visibile, perché ricade, prima o poi, nell'ambito delle prestazioni dell'assistenza sanitaria pubblica.

Da ciò ben si comprende che la presenza o meno di una malattia mentale è sintomo e fattore scatenante di forme di emarginazione sociale, che come si intuisce scaturisce da differenze e disuguaglianze sociali, minate dal potere e dall'autorità.

Nel corso del nostro approfondimento sull'aspetto psicologico del carcere, abbiamo trovato interessante evidenziare l'argomento che riguarda le problematiche di salute psichica dei carcerati, si può infatti notare come in queste persone sono stati riscontrati dei disturbi psichici, non solo durante la detenzione, ma soprattutto all'ingresso in carcere. Questi disturbi possono presentarsi come una forma di risposta al trauma che la persona sta vivendo: l'ingresso in carcere, e questo è evidente nei detenuti che vanno nell'istituzione penitenziaria

per la prima volta, poiché non hanno punti di riferimento al suo interno. Un fatto molto diffuso è quello riferito a coloro che "attuano" una simulazione della malattia mentale con lo scopo di avere una riduzione di pena o di sfuggire al procedimento penale, in questo caso sarà molto difficile per psicologi e medici, che devono giudicare lo stato di salute del paziente, sapere chi realmente soffre di disturbi e chi invece mente sulle sue reali condizioni. Una cosa è certa che l'esperienza del carcere è un momento di grande difficoltà per la persona, poiché si trova da sola ad affrontare un ambiente totalmente estraneo: egli deve adeguarsi allo stile di vita, alle regole che sono imposte, socializzare e andare d'accordo con persone che non conosce; tutti aspetti che portano inevitabilmente una sofferenza e che in alcuni si trasforma in malattia vera e propria. Un altro fattore che abbiamo sottolineato riguarda i gesti auto lesivi che molti detenuti compiono sempre in relazione alla loro condizione carceraria, molti di loro compiono questi atti per sensi di colpa e quindi per la situazione in cui si trovano, altri ancora per l'angoscia che provano nello stare in carcere, in entrambi i casi il loro comportamento riguarda il luogo fisico in cui sono, ma anche un luogo "mentale" poiché si possono esercitare delle pressioni dovute a particolari regole costrittive.

Ⓢ SUICIDIO

Fra i moltissimi studi compiuti sul suicidio, si può dire che quelli sulle condotte auto lesive in carcere costituiscano quasi un filone a parte, hanno una loro specifica autonomia. Criminologi, psichiatri, psicologi, sociologi, certamente consapevoli che si tratta di gesti realizzati all'interno del contesto più duro fra quelli accettati dalla società civile, consapevoli, ancora, che il suicidio del detenuto presenta caratteristiche diverse da quello dell'uomo libero, hanno prodotto una letteratura quanto mai ampia e complessa.

Alcune ricerche hanno evidenziato, come già nel XVII secolo si indagava sui casi di morte violenta e sospetta avvenuti a livello detentivo tendenti a concentrarsi sugli aspetti patologici (quindi esclusivamente medici) piuttosto che tener conto dell'influenza dei condizionamenti ambientali e sociali.

Attualmente il punto di vista delle ricerche mediche sulle condotte auto lesive dei detenuti sta mutando; pur mantenendo ferma l'attenzione sugli aspetti patologici, emerge con sempre maggiore evidenza la correlazione fra patologia e fattori ambientali. Le teorie mediche, seguono un percorso che dall'esame dell'individuo risale a quello dell'ambiente partendo da uno studio della malattia come fattore responsabile del suicidio per concludere che il carcere stesso è patogeno.

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

L'unico approccio possibile è quello multidisciplinare che cerchi di analizzare il complesso fenomeno come frutto dell'interazione fra fattori endogeni e fattori esogeni.

I fattori di rischio suicidario

La popolazione carceraria non è di certo rappresentativa delle caratteristiche della popolazione in generale: essa, infatti, ne differisce per l'età media, per la distribuzione fra i

due sessi, per la composizione culturale, per tutta una serie di elementi comportamentali, clinici, sociali e, soprattutto, per quel particolare status che costituisce il vero discrimine fra il recluso e l'uomo libero. Molti fra i detenuti sono soggetti in aperto conflitto con gli altri, provengono dalle "classi" sociali più emarginate, hanno un passato difficile, caratterizzato dalla scissione familiare e problemi scolastici; molti, poi, sono tossicodipendenti, sieropositivi, malati di Aids, alcolizzati, o ancora nevrotici, psicotici.

È evidente, quindi, che quelli che per la popolazione "libera" sono frequenti fattori di rischio per suicidi e tentati suicidi (precedenti tentativi di suicidio, disturbi psichici, tossicodipendenze, emarginazione sociale) sono nella popolazione carceraria maggiormente rappresentati.

Inoltre, lo status di detenuto e il vivere nell'ambiente carcerario sono di per sé soli fattori dotati di alto significato psico-traumatizzante e pongono chiunque in una condizione di vita particolarmente drammatica, qual è appunto quella del recluso, sia egli in attesa di giudizio, sia egli in esecuzione di pena.

Detenzione, in entrambi i casi, significa isolamento dalla società, lontananza dagli affetti, regime di vita scandito da regole precise, ineludibili e particolarmente afflittive, impatto con i valori della sottocultura violenta dominanti nell'ambiente carcerario.

Il carico di sofferenza e frustrazione è, in generale, ancora più marcato nei detenuti in attesa di giudizio, per l'ulteriore carico di ansia che comporta l'incognita sull'esito giudiziario, e quindi sul loro futuro, ovvero la consapevolezza di un'inevitabile condanna, e anche perché più recente è il trauma dell'arresto, o le ripercussioni soggettive del delitto appena compiuto.

Fin dalla fine dell'Ottocento il psichiatra italiano Morselli aveva dimostrato che i suicidi erano molto più frequenti nelle carceri che all'esterno (in Italia, tra il 1870 e il 1879, il tasso medio di suicidi era di 16 per 100.000 detenuti, mentre nelle stesse classi d'età della popolazione generale era inferiore a 6). Ancor oggi, nonostante i notevoli cambiamenti del regime detentivo, l'incidenza suicida tra i detenuti è molto più alta rispetto al resto della popolazione. Potremmo dire che all'interno degli istituti di pena quasi si rovescia quella proporzione che caratterizza il mondo esterno e che vede le condotte auto lesive di gran lunga più diffuse fra i maschi che fra le femmine. Pertanto, mentre per i detenuti il rischio di suicidio è circa dieci volte maggiore di quello della popolazione generale, nel caso delle detenute tale rischio si triplica, dimostrando che l'esposizione al carcere delle femmine, sia pure con un basso numero di casi, rappresenta una situazione non solo non irrilevante, ma maggiormente pericolosa che nei maschi. A ulteriore conferma, poi, di quanto pesi la diversa composizione della popolazione penitenziaria rispetto a quella libera, i dati dimostrano che non sono gli ultra sessantacinquenni i soggetti fra i quali sono più frequenti le condotte auto lesive, bensì gli adulti giovani, con un'età media sotto i 35 anni.

Altro aspetto evidente è la scolarità dei suicidi, sostanzialmente di tipo basso: più del 60% delle vittime ha conseguito un titolo pari alla media inferiore o anche meno, molti sono gli analfabeti e gli analfabeti di ritorno, uno solo era laureato. Addirittura più della metà erano tossicodipendenti, più di un terzo sieropositivi; alta anche la percentuale di stranieri, in gran parte extracomunitari; e altissima, pari a oltre il 50%, la percentuale dei detenuti in cui era stato riscontrato un disturbo psichico, soprattutto stati depressivi o deliranti e disturbi della personalità.

Dal punto di vista dello status giuridico, sempre più del 50% era sottoposto ormai a condanna definitiva o aveva subito precedenti carcerazioni, ma, fra i detenuti in attesa di giudizio, ben il 75% si era tolto la vita nei primi 15 giorni di detenzione.

Ancora: la maggior parte aveva commesso reati di omicidio, furti, droga, rapine; moltissimi erano in stato di isolamento o comunque collocati in cella singola; moltissimi, infine, si erano suicidati prevalentemente nella seconda metà dell'anno, quella che comprende i mesi più caldi (con conseguente peggioramento delle condizioni ambientali e la riduzione del numero degli operatori a causa delle ferie) e il maggior numero di festività.

I risultati di questa ricerca confermano analoghi studi condotti in altri Paesi: in Australia, negli Stati Uniti, in Francia, in Canada . Infatti, nella valutazione del rischio suicidario sono stati individuati come prevalenti i seguenti fattori:

- ◆ la posizione giuridica (sebbene quella di "condannato" sia a maggior rischio, la posizione di "imputato" è ad altissimo rischio nei primi 15 gg. di detenzione);
- ◆ lo stato di tossicodipendenza;
- ◆ la presenza di disturbi psichici;
- ◆ la presenza di pre-carcerazioni;
- ◆ l'isolamento o la collocazione in cella singola (in particolare per gli stranieri);
- ◆ il secondo semestre dell'anno;
- ◆ la sieropositività;
- ◆ la condizione di "straniero", in particolare se in isolamento;
- ◆ la mancanza di una valutazione oggettiva del rischio suicidario.

(dati del 1999)

I significati del gesto suicida

All'interno di un centro di documentazione sul carcere, devianza e marginalità denominato "L'altro diritto", Silvia Ubaldi ha pubblicato una sua ricerca, "Il suicidio in carcere", per la quale si è avvalsa anche della casistica relativa a tre istituti di pena: Sollicciano, Prato e Pistoia.

L'autrice dedica ampio spazio ai significati del gesto suicida, facendo riferimento allo schema fissato su otto punti , che riassumono gli elementi maggiori delle principali teorie psicoanalitiche sull'argomento:

- ◆ il significato di fuga: il soggetto, attentando alla propria vita, cerca di fuggire da una situazione sentita come insopportabile.
- ◆ il significato di lutto: il soggetto attentando alla propria vita in conseguenza della perdita (reale o immaginata) di un effettivo elemento della sua personalità o dell'ambiente che lo circonda.
- ◆ il significato di castigo: il soggetto attentando alla propria vita per espiare un errore o una colpa, reali o immaginari.
- ◆ il significato di delitto: il soggetto attentando alla propria vita per trascinare con sé, nella morte, un'altra persona.
- ◆ il significato di vendetta: il soggetto attentando alla propria vita, sia per provocare il rimorso altrui, sia per infliggere all'altro l'infamia della comunità.

- ◆ il significato di richiesta e ricatto: il soggetto attenta alla propria vita per fare pressione sull'altro, ricattandolo.
- ◆ il significato di sacrificio e passaggio: il soggetto attenta alla propria vita per raggiungere un valore o una condizione giudicata superiore.
- ◆ il significato di ordalia e gioco: il soggetto attenta alla propria vita per mettere in gioco sé stesso, e organizza una sorta di sfida al destino, in modo da poter rimettere la scelta tra la propria vita o la morte ad un'entità metafisica.

Secondo la Ubaldi nel caso del carcere assumono un significato esplicativo soprattutto i concetti di suicidio/fuga e suicidio/vendetta, minaccia e ricatto; il suicida detenuto attua questi comportamenti nei confronti dell'istituzione carceraria e della società che lo ha recluso.

Il suicidio/fuga

"Il carcere è come un momento di vertigine, in cui tutto si proietta lontano: le persone, i volti, le aspirazioni, le abitudini che prima rappresentavano la vita, sprofondano d'improvviso in un passato che appare lontano, lontanissimo, quasi estraneo".

L'influenza sconvolgente che l'ambiente carcerario esercita sull'individuo, quindi, è la fonte originaria cui bisogna risalire per comprendere i meccanismi che s'innescano nella mente di una persona costretta a confrontarsi con un mondo sconosciuto, subdolo, promiscuo.

Da molti soggetti il carcere viene vissuto solo come claustrofobica imposizione di regole rigide e nuovi codici di comportamento, come quel luogo in cui ogni idea di futuro diventa improponibile e il presente, privo di avvenimenti, si dilata in un susseguirsi monotono di gesti ripetitivi.

Può accadere allora che il detenuto, in questa condizione spersonalizzante di solitudine e isolamento, maturi l'idea di uccidersi, stretto com'è fra il senso di coazione di una vita etero - imposta e una forte prostrazione psicologica. Ecco, dunque, il suicidio inteso come fuga, che rappresenta una delle più comuni manifestazioni di suicidio nell'ambiente carcerario. Di fronte ad una situazione avvertita come crudele e che sembra non presentare alcuno spiraglio di salvezza, il recluso organizza una singolare e drammatica forma di evasione: la sua morte, infatti, ne presenta tutte le caratteristiche, anche se in questo caso la fuga dal penitenziario si avvera, paradossalmente, attraverso la fuga dalla vita stessa.

Questo avviene perché i detenuti, spesso in preda a stati d'ansia, angoscia, depressione, guardano al suicidio non come ad un atto che porti alla morte, ma come ad una via di fuga verso una sorta di "luogo di pace" in cui potersi rifugiare, come al mezzo attraverso il quale passare ad uno stato migliore; dunque il suicidio/fuga, in conclusione, rappresenta l'ultimo gesto che il recluso compie per sentirsi uomo libero e per integrarsi nell'unica cosa riconosciuta come comune a tutti, uomini liberi e non: la morte.

Il suicidio/vendetta, minaccia, ricatto

Nel detenuto che si dà la morte per vendetta, minaccia o ricatto è del tutto differente sia il modo di concepire la propria condizione di recluso, sia l'atteggiamento nei confronti dell'Istituzione penitenziaria. Non abbiamo un soggetto rinunciatario che, di fronte all'ineluttabilità di una situazione senza sbocchi, reagisce passivamente aggredendo sé stesso

e ideando una paradossale forma di evasione che è solo evasione dalla vita, ma, al contrario, un soggetto ribelle nel cui suicidio, estrema forma di trasgressione comportamentale, si ravvisa un'intenzionalità etero aggressiva, anche se questa aggressività non viene, nei fatti, diretta verso gli altri.

Il suicidio inteso come vendetta nasce dalla maturazione da parte del recluso di un forte senso di rifiuto, di abbandono: inserito in un contesto che l'opinione pubblica tende a disprezzare, se non ad ignorare, si vede dimenticato dalle istituzioni della giustizia, dalla popolazione libera, molto spesso anche dalla sua famiglia, così coltiva dentro di sé un opprimente sentimento di odio e di rivalsa verso tutto e tutti.

Chi si suicida per vendetta, allora, compie un gesto che ha una fortissima valenza interpersonale e che deve essere letto nel senso che si ferisce sé stessi per aggredire gli altri, laddove "gli altri" possono essere i familiari, l'apparato amministrativo statale o qualunque soggetto appaia, agli occhi del recluso, responsabile del suo regime detentivo.

Quel che è certo è che con questo gesto si compie un'esasperata richiesta di attenzione, è un modo per alzare la voce, per vendicarsi della libertà e dei diritti perduti, della propria infelicità e frustrazione, per farsi, in un certo senso, giustizia da sé.

Il soggetto aggredisce e uccide sé stesso, è vero, ma in realtà, attraverso l'auto soppressione, uccide e punisce gli altri, che aspira a responsabilizzare giocando sull'effetto del loro senso di colpa: è come una sorta di omicidio mascherato o, comunque, un gesto in cui il confine fra omicidio e suicidio è estremamente fragile.

Nel suicidio inteso come minaccia o ricatto, invece, si compie il gesto al solo fine d'incutere timore: in una prospettiva chiaramente utilitaristica, l'atto auto soppressivo persegue lo scopo di spaventare l'Istituzione penitenziaria e, per raggiungerlo, il detenuto si serve del proprio corpo e del suicidio (più spesso di un tentativo di suicidio, viste le sue intenzioni) come se fosse di un'arma. Più profondo sarà il grado di premeditazione e il livello di aggressività, più il suicidio da minaccia sfocerà in un vero e proprio ricatto.

Alcuni hanno osservato che, con questa condotta, è come se il recluso riprendesse possesso del proprio corpo, per mantenerlo in ostaggio fino ad ottenere la soddisfazione delle proprie esigenze. Il fine del ricatto potrà essere di diversa natura: un permesso premio, la somministrazione di cure mediche o particolari trattamenti ospedalieri che il soggetto non riesce ad ottenere per vie ortodosse, il trasferimento in un carcere più vicino alla famiglia. In tutti questi casi il gesto assumerà, così, una dimensione finalistica e il suicidio verrà tentato o compiuto talvolta solo per spaventare, ma, nei casi più gravi, per spaventare al fine di ottenere qualcosa di preciso. Paradossalmente, la minaccia di suicidio viene vista come l'ultima carta da giocare per tentare di modificare la situazione a proprio favore: solo chi ha pianificato i vantaggi e gli svantaggi che potrebbero derivarne ed è consapevole che va incontro a un rischio molto elevato, può compiere un gesto simile.

Per quanto concerne il suicidio abbiamo notato come questo atto, sia uno dei gesti più terribili che avvengono all'interno del carcere; l'influenza che determina questo comportamento dipende sia da fattori patologici, legati alla presenza di una malattia, e da fattori ambientali relativi alle condizioni carcerarie. La maggior parte dei detenuti ha alle spalle una vita "particolare" caratterizzata da conflitti, problemi famigliari, problemi scolastici accompagnati da alcolismo e tossicodipendenza.

Oltre a tutto ciò, bisogna considerare la condizione di prigionia che risulta straziante, in quanto si è completamente esclusi dalla società, lontani dalla famiglia e soprattutto si è sottoposti a regole ferree e continuo controllo; appare ovvia l'intensità di sofferenza e frustrazione che i detenuti manifestano, in modo particolare se aventi disturbi nevrotici o psicotici. Una delle cose che più ci ha colpito è la giovane età di coloro che si suicidano: al di sotto dei 35 anni, e soprattutto il fatto che il 75% dei suicidi avviene entro i primi quindici giorni dalla carcerazione; questi dati, in un certo senso ci hanno sconvolto, perchè dimostrano la fragilità dei detenuti che pur di continuare a vivere preferiscono togliersi la vita definitamente, senza lottare, allora noi ci chiediamo ma non era possibile pensarci prima per evitare questo? Probabilmente la loro risposta sarebbe no, in quanto spesso e volentieri si verificano delle situazioni eccessive e irrazionali davanti alle quali si agisce e non si ragiona, molto poi deriva dal carattere e dalla personalità di ogni persona, ma sicuramente per arrivare a tanto la situazione di vita deve essere veramente estrema.

In riferimento allo studio condotto da S. Ubaldi, oltre a rimanere allibite davanti alla molteplicità di teorie che si occupano del suicidio, la forma più grave a nostro avviso è quella di suicidio inteso come fuga, in quanto quest'atto è utilizzato dai carcerati come mezzo per passare ad uno "stato migliore", cioè la possibilità di risentirsi uomini liberi, infatti il gesto suicida è l'ultima forma di evasione dalla vita e dalla prigionia. Tuttavia quello che più ci ha interessato è l'interpretazione data al gesto suicida: questo è visto come un' esasperata richiesta di attenzione, un modo per alzare la voce e soprattutto per vendicarsi della libertà e dei diritti perduti; compiendo il suicidio, il detenuto aspira a punire gli altri facendo leva sui loro sensi di colpa allo scopo di spaventare la stessa istituzione carceraria.

[Ecco alcuni casi di morte in carcere, tra le quali anche dei casi di suicidio](#)

[Morire di carcere: dossier 2000 - 2008](#)

Suicidi, assistenza sanitaria disastrosa, morti per cause non chiare, overdose

[In 8 anni nelle carceri italiane sono morti 1.215 detenuti, di cui oltre un terzo per suicidio](#)

<i>Anni</i>	<i>Suicidi</i>	<i>Totale morti</i>	I "casi" raccolti non rappresentano la totalità delle morti che avvengono all'interno dei penitenziari italiani: sono quelle che siamo riusciti a ricostruire in base alle notizie dei giornali, delle agenzie di stampa, dei siti internet, delle lettere che ci scrivono i volontari o i parenti dei detenuti. Purtroppo molte morti passano ancora "sotto
2000	56	160	
2001	69	177	
2002	52	160	
2003	57	157	
2004	52	156	
2005	57	172	

2006	50	134	silenzio", nell'indifferenza dei media e della società: ma la nostra non vuole essere una ricerca meramente statistica; il nostro obiettivo è un altro, quello di raccontare delle storie, di ridare una dimensione umana alle vicende delle persone che muoiono in carcere. (Ristretti Orizzonti)
2007	43	120	
2008	5	7	
Totale	434	1.215	

"Morire di carcere":

Il monitoraggio sulle "morti di carcere", che nel mese di gennaio 2007 registra 6 nuovi casi: 5 morti per malattia ed 1 per "incidente". Il 2007 è iniziato con una serie di "morti da carcere" causate da malattia. Un copione a cui purtroppo siamo abituati: il detenuto che si sente male, i soccorsi che spesso arrivano tardi, la ricostruzione (postuma) di una vicenda umana e di quadro clinico dapprima (evidentemente) trascurati. Quest'anno la medicina penitenziaria ha ancora meno soldi, nelle carceri la prevenzione sanitaria praticamente non esiste, i medici e gli infermieri scioperano, i centri clinici sono "l'ultima spiaggia" degli ammalati di Aids, gli Opg continuano ad essere "manicomi criminali" a quasi 30 anni dalla legge "Basaglia", e si potrebbe continuare a lungo.

Nome e cognome	Età	Data morte	Causa morte	Istituto
Sergio Pegoraro	60 anni	06 gennaio 2007	Malattia	Padova C.R.
Luciano Cologna	39 anni	15 gennaio 2007	Malattia	Taranto
Lionello Arnaldo Sartoris	54 anni	15 gennaio 2007	Malattia	Palmi (RC)
Detenuto italiano	40 anni	25 gennaio 2007	Malattia	Napoli (Tribunale)
Gianluca Concetti	40 anni	29 gennaio 2007	Incidente	Monza
Hajaj Derri	35 anni	29 gennaio 2007	Malattia	O.P.G. di Aversa

Continua il monitoraggio sulle "morti di carcere", che nel mese di luglio 2007 registra 6 nuovi casi: 3 suicidi e 3 morti per malattia.

Nome e cognome	Età	Data morte	Causa morte	Istituto
Sfaxi Halim	45 anni	08 luglio 2007	Suicidio	Regina Coeli (RM)
Mohammed Darid	32 anni	10 luglio 2007	Malattia	Questura di Milano
Detenuto marocchino	35 anni	12 luglio 2007	Suicidio	Carcere Calabrese
Detenuto italiano	24 anni	18 luglio 2007	Suicidio	Trani (BA)
Riccardo Boccaccetti	35 anni	28 luglio 2007	Malattia	Velletri (Roma)

Emanuele Fontana	30 anni	30 luglio 2007	Malattia	Regina Coeli (RM)
------------------	---------	----------------	----------	-------------------

Suicidio: 18 luglio 2007, Carcere di Trani

Detenuto italiano di 24 anni toglie la vita impiccandosi all'interno di un bagno, durante l'ora d'aria. Il giovane aveva chiesto di poter andare in bagno, subito dopo un agente della polizia penitenziaria ha trovato il suo cadavere. Pare che il giovane avesse avuto da qualche giorno notizia della condanna definitiva per reati connessi allo spaccio di droga e contro il patrimonio. Sull'accaduto sono in corso indagini da parte della polizia, coordinate dal magistrato Achille Bianchi. *(Ansa, 19 luglio 2007)*

Continua il monitoraggio sulle "morti di carcere", che nel mese di dicembre 2007 registra 4 nuovi casi: 3 suicidi e 1 morte per malattia.

Nome e cognome	Età	Data morte	Causa morte	Istituto
Loredana (Paolo)	16 anni	11 dicembre 2007	Suicidio	Agrigento (Comunità)
Vincenzo Fazio	51 anni	18 dicembre 2007	Malattia	Lecce
Artur Lleshi	33 anni	19 dicembre 2007	Suicidio	Padova (C.C.)
Detenuto rumeno	20 anni	27 dicembre 2007	Suicidio	Modena

Suicidio: 11 dicembre 2007; Agrigento (Comunità per Minori)

All'anagrafe si chiamava Paolo, 16 anni, sesso maschile, nata a Catania, ma lei si sentiva donna, si vestiva da donna, si truccava e si faceva chiamare Loredana. Alcuni anni fa aveva subito maltrattamenti dal padre, faceva una vita sregolata, dormiva di giorno e viveva di notte. La madre non riusciva a sostenerla, con il padre, dopo le violenze subite, non aveva rapporti, era intervenuto il Tribunale dei Minori di Catania. Sette giorni fa Loredana si è impiccata con il suo foulard preferito dentro la stanzetta della "Comunità Alice", a Marina di Palma di Montechiaro (Agrigento) dove era ospite da tre mesi per essere "recuperata". E per "recuperarla" il Tribunale dei Minori di Catania l'aveva assegnata a una comunità dove era costretta a vivere insieme a 35 ragazzi, tutti maschi, extracomunitari, tunisini, marocchini, algerini tra i 15 e i 17 anni, tutti clandestini arrivati dalle coste nordafricane.

Lei, Loredana, era l'unica "donna" di quella comunità e l'avevano assegnata lì "perché nessuno la voleva" dice Linda Lumia, l'assistente sociale del centro che quattro giorni fa, insieme ad altri "ospiti" di "Alice" l'ha accompagnata al cimitero di Assoro (Enna) dove Loredana è stata seppellita. Ma è mai possibile che un ragazzo, di fatto donna, per essere recuperata sia mandata in una comunità fatta solo di maschi extracomunitari? L'assistente sociale del centro di accoglienza "Alice" - una bella struttura che sorge a poche centinaia di metri dal mare, con una piscinetta, un campetto di calcio, ottima cucina e stanze da albergo a tre stelle - allarga le braccia e non nasconde la sua impotenza davanti a una situazione del genere finita in tragedia. Dentro il centro Loredana, che "era in prova", non avrebbe avuto problemi di sorta, sostengono i responsabili della struttura, ma gli operatori tentavano comunque di "proteggerla".

"Era la prima volta che ospitavamo in un centro per maschi, una "ragazza" e per lei avevamo allestito - dice Linda Lumia - una stanzetta singola. Aveva in qualche modo la sua privacy, utilizzava il bagno delle donne per le operatrici del centro, mangiava con noi. Era anche contenta perché aspettava con ansia l'inizio del corso professionale per parrucchiera, ma l'altro giorno ha deciso di farla finita".

La Procura di Agrigento ha aperto un'indagine che avrebbe accertato il suicidio ma sta ancora indagando per accertare eventuali responsabilità di altri. Si vuole accertare anche come e perché un ragazzo, di fatto donna, sia finita in quel centro popolato da soli uomini e non in un'altra struttura più adeguata.

Nessuno la voleva, tutti gli altri centri ai quali era stato chiesto di ospitarla hanno detto di no. Loredana aveva "precedenti" era stata ospitata in altri centri da dove era fuggita e dove forse aveva creato qualche problema. L'assistente sociale che con Loredana aveva stabilito un ottimo rapporto e con la quale si confidava non nasconde le difficoltà incontrate nel gestire quel centro con 35 maschi e una donna.

"Noi abbiamo fatto il possibile e se Loredana si fosse trovata male poteva andarsene in qualunque momento perché in questi centri tutti sono liberi di entrare ed uscire, poteva fare come tanti altri minori extracomunitari che stanno qui o in altri posti un paio di giorni e poi spariscono. Ma non lo aveva fatto, anche perché non aveva dove andare, perché nessuno la voleva".

Prima d'impiccarsi Loredana aveva scritto due lettere, una alla madre e un'altra ad un suo amico con il quale intratteneva una fitta corrispondenza. Fra tre giorni si sarebbe trovata faccia a faccia con suo padre nel processo. "Non posso più vivere così, non ce la faccio più e ho deciso di farla finita...", ha scritto prima di impiccarsi alla finestra della sua stanza vicino alla parete dove aveva affisso un grande poster di Marilyn Monroe. *(La Repubblica, 18 dicembre 2007)*

Suicidio: 19 dicembre 2007, Carcere di Padova

Artur Lleshi, detenuto albanese di 33 anni si uccide impiccandosi. Era accusato con il connazionale Naim Stafa del feroce assassinio a Gorgo al Monticano (Treviso) dei coniugi Guido Pellicciardi e Lucia Comin, il 21 agosto scorso. L'albanese aveva già provato due volte di farla finita, sempre nel carcere di Padova, venendo salvato in entrambi i casi dalle guardie carcerarie del Due Palazzi di Padova. Lleshi, Stafa ed un cittadino romeno che aveva avuto il ruolo di palo in quello che doveva essere un tentativo di rapina, erano stati catturati dai carabinieri 15 giorni dopo il duplice delitto, dopo indagini serrate.

Lleshi e Stafa avevano confessato di aver agito sotto l'effetto della cocaina. Durante gli interrogatori davanti ai magistrati, Lleshi si era poi detto pentito di quanto aveva fatto, imputando in particolare al complice di averlo obbligato ad assumere la droga per far venir meno in lui ogni scrupolo. Naim Stafa, tra l'altro, si trovava in libertà avendo usufruito del provvedimento dell'indulto. Il delitto dei coniugi Pellicciardi aveva provocato un'ondata di sdegno in tutto il Veneto, e l'efferatezza del crimine aveva portato qualcuno ad invocare la pena di morte per i responsabili di fatti così feroci. Artur Lleshi, il presunto assassino dei coniugi Pellicciardi suicidatosi in carcere a Padova, aveva chiesto perdono per il suo gesto al figlio dell'anziana coppia, Daniele. *(Ansa, 20 dicembre 2007)*

Continua il monitoraggio sulle "morti di carcere", che nel mese di gennaio registra 7 nuovi casi: 5 suicidi, 1 morte per malattia e 1 per cause da accertare.

Nome e cognome	Età	Data morte	Causa morte	Istituto
<u>Fabrizio P.</u>	26 anni	04 gennaio 2008	Suicidio	Opg Aversa (Caserta)
<u>Andrea Mongelli</u>	32 anni	13 gennaio 2008	Suicidio	Trani (BA)
<u>Claudio Tomaino</u>	31 anni	18 gennaio 2008	Suicidio	Viterbo
<u>Walid M. El Manawhlx</u>	39 anni	20 gennaio 2008	Da accertare	Padova
<u>Vincenzo Romano</u>	35 anni	29 gennaio 2008	Suicidio	Opg Aversa (Caserta)
<u>Mija D., serbo</u>	40 anni	29 gennaio 2008	Malattia	Regina Coeli (Roma)
<u>Agostino De Nicola</u>	47 anni	30 gennaio 2008	Suicidio	Ferrara (Polizia Penit.)

Suicidio: 30 gennaio 2008, Ferrara (Ispettore di Polizia Penitenziaria)

Un Ispettore Superiore di Polizia Penitenziaria si è ucciso impiccandosi nella sua abitazione nel centro di Ferrara. L'uomo, Agostino De Nicola, 47 anni, è stato trovato privo di vita da alcuni colleghi, inviati dal comandante di reparto dell'Istituto, allarmato dal fatto che da due giorni non si avevano sue notizie. Sono intervenuti anche il 118 e la polizia; gli accertamenti sono coordinati dalla Procura della Repubblica. A darne notizia è stato in tarda serata il Sappe, Sindacato autonomo della Polizia penitenziaria. "Sono in corso accertamenti per cercare di capire le motivazioni del gesto - ha spiegato il segretario generale del Sappe, Donato Capece - ma il collega suicida viene descritto dai colleghi di Ferrara come persona dal carattere mite e gentile, sempre corretto verso tutti, grande lavoratore, stimato dai colleghi, che sono rimasti tutti esterrefatti". Il sindacato aveva già parlato nelle scorse settimane di emergenza, dopo che altri baschi azzurri si erano tolti la vita nel giro di pochi giorni a Modena, Verbania, Imperia e Tempio Pausania. "È ormai una vera e propria emergenza - ha aggiunto Capece - e, nell'attuale situazione di incertezza politica, ci rivolgiamo al presidente della Repubblica Giorgio Napolitano perché valuti un proprio autorevole intervento. Auspichiamo con urgenza opportuni provvedimenti". "Nonostante i nostri gridi di allarme dopo gli episodi di dicembre - ha commentato il segretario generale del Sappe - ci saremmo aspettati una sensibilizzazione sull'argomento da parte delle Autorità istituzionali e politiche del Paese, in particolare di quelle con competenze in ordine a giustizia, sicurezza e sanità. Ma non ci risulta essere stato fatto nulla. Per questo rivolgiamo un pubblico appello al Capo dello Stato e rinnoviamo quello a suo tempo già fatto al Capo dell'Amministrazione Penitenziaria, Ettore Ferrara, affinché intervengano con autorevolezza, anche aprendo un confronto con le organizzazioni sindacali del Corpo, sulla drammatica realtà dei suicidi nella Polizia penitenziaria". Già dopo i precedenti episodi il Sappe aveva chiesto di approfondire se anche tra gli appartenenti al Corpo vi sia la sindrome del burnout, una forma di disagio professionale derivato dalla discrepanza tra gli ideali e la realtà della vita lavorativa. Tra le richieste del sindacato, l'istituzione di Centri specializzati in grado di fornire un buon supporto psicologico e interventi istituzionali per "privilegiare maggiormente l'aspetto umano ed il rispetto della persona nei rapporti gerarchici e funzionali che caratterizzano la Polizia penitenziaria". (Ansa, 31 gennaio 2008)

Suicidio: 29 gennaio 2008, Opg di Aversa (Caserta)

Un detenuto ricoverato all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario si è tolto la vita impiccandosi alla grata della finestra. Un gesto disperato quello del poveretto, un gesto dettato dallo smarrimento di un momento. Si tratta di giovane salernitano, Vincenzo Romano, nato a Siano (Sa) il 6 luglio del 1973. Attualmente l'uomo era detenuto presso l'ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa, ritenuto instabile anche se non pericoloso, il poveretto che soffriva di disturbi mentali, soffriva della sua condizione di detenuto e, non potendo fare altro, ha deciso che mettere fine alla propria vita fosse il gesto migliore che potesse fare. Il corpo è stato trovato dal personale sanitario che era entrato nella camera per espletare le proprie funzioni alle 11.30. Lo sfortunato, approfittando dei momenti di calma e del fatto che non c'era personale che potesse disturbare, ha afferrato il lenzuolo, ha usato una estremità come cappio e l'altra l'ha attaccata alla grata della finestra, così si è lasciato andare giù fino a soffocare completamente, la morte è sopraggiunta dopo pochi secondi. Nella stanza erano ricoverati altri pazienti che non si accorgevano di quello che stava accadendo. La sua storia è una storia di miseria e povertà, di abbandono familiare, la sofferenza di sentirsi ignorato ed abbandonati a sé stessi, al proprio misero destino. Vincenzo fu inizialmente arrestato per un reato non grave: resistenza al pubblico ufficiale e

lesioni e percosse. Poi ebbe la pena da non detentiva da scontare a casa con l'obbligo di firma, ma lui trasgredì tutti gli obblighi ed il giudice dovette dargli delle misure di sicurezza più drastica e trasformare la libertà vigilata a pena detentiva. Con il tempo, rinchiuso nel carcere aversano, il poveretto si è reso conto di essere solo ed abbandonato dalle persone più care: la sua famiglia. Non aveva soldi per pagare l'avvocato che avrebbe dovuto difenderlo, ormai si sentiva perso. Queste sono le motivazioni per cui l'uomo è arrivato a farla finita con la sua vita, che ormai pensava priva di significato, priva d'amore, a questo si aggiungeva la sua malattia, un mix che ha fatto esplodere la mente del poveretto. Tra il personale sanitario dell'ospedale psichiatrico ieri regnava una tristezza incredibile, in fondo sono loro che conoscono la storia e la vivono con loro ogni giorno. Vincenzo aveva trentacinque anni, ancora giovane, non sarebbe rimasto a lungo in quel posto, ma ora non tornerà nemmeno mai più a casa. (Caserta, 30 gennaio 2008)

Riflessioni e conclusioni

Nel corso del nostro lavoro di approfondimento sull'aspetto psicologico del carcere, abbiamo trovato interessante evidenziare vari aspetti anche per osservare come concorrono svariati elementi che devono essere presi in considerazione correlati tra loro, altrimenti si avrebbero molte informazioni e materiali isolati. Il lavoro svolto, ci ha impegnato molto, ma alla fine si è rivelato formativo e ci ha potuto rendere più "vicine" al mondo del carcere, una realtà a noi profondamente estranea che si dimostra complessa e ricca di emozioni spesso contrastanti soprattutto se poi hai avuto modo di conoscere direttamente alcuni detenuti, proprio come è successo a noi grazie all'incontro avvenuto tra noi alunne ed i detenuti del penitenziario Due Palazzi di Padova, attraverso il quale abbiamo potuto constatare l'importanza della dimensione psicologica e relazionale all'interno dell'istituto, vedendo che tra i carcerati vi è un rapporto basato sul "rispetto" reciproco, almeno da quanto visto; è stata un'esperienza unica, che gela la mente ed il cuore, il solo fatto di entrare, passare attraverso lunghi corridoi spogli, sentire i rumori acuti dei portoni, entrare in un'aula e avere di fronte dei detenuti, non è stato per niente facile, ci sentivamo tese e allo stesso tempo attente per captare qualsiasi frase e atteggiamento. Dall'incontro e dalle nostre emozioni abbiamo potuto comprendere l'effetto del carcere sulla mente dei reclusi, la quale viene sottoposta a continue pressioni, "violenze", privazioni in quanto non si è liberi, si è lontani dagli affetti familiari e ci si sente isolati senza nessuna possibilità di una via diversa.

Siamo tutte d'accordo sul fatto che l'aspetto psicologico è un elemento molto importante a cui l'istituzione carceraria deve dare più spazio e molta più valorizzazione poiché solo con degli interventi adeguati si possono migliorare i rapporti che i carcerati hanno, non solo fra di loro o con la struttura, ma soprattutto con se stessi. Nell'affrontare questa tematica abbiamo compreso come i detenuti sono delle persone molto fragili e sole poiché all'interno del carcere sono azzerati come individui a cui è tolto tutto: libertà, dignità, decisione, volontà, costretti a sottomettersi alle regole del carcere. Con questo non vogliamo giustificare le loro azioni ma semplicemente far notare che molte volte il carcere non è solo luogo di detenzione, di punizione, ma come ha detto Andreoli "un luogo dei sentimenti".

Gli articoli che abbiamo trovato ed esposti all'intero della nostra ricerca ci hanno mostrato realtà diverse e totalmente opposte riferite ad istituti di detenzione (dal carcere di Guantanamo alla casa circondariale di Padova) eppure molto simili fra loro in quanto sono accomunate da un fattore: quello umano, quello di luogo caratterizzato dalla presenza d'uomini che soffrono per il male che hanno fatto, tormentati dalle loro gesta e dai sentimenti di

dolore e tristezza. Questi individui hanno un estremo bisogno di essere aiutati, poiché l'esperienza del carcere è un evento che cambia totalmente la persona: essa perde la cognizione del mondo esterno e soprattutto quello interiore, infatti, è continuamente pervaso dall'ansia, dal desiderio di rimediare e certe volte dal desiderio di togliersi la vita. Il suicidio è l'aspetto che più ci ha colpito all'interno della ricerca sia per il fatto in se, che è molto grave, sia per le interpretazioni che alcuni psicologi danno di questo gesto, come forma di vendetta, di libertà e di delitto, che denunciano la scarsità dell'assistenza presente all'interno della struttura; tuttavia è vero anche che ci sono carcerati che "approfittano" di certe situazioni, come nel caso di chi simula di avere una malattia mentale per avere uno sconto di pena, individui che approfittano delle figure come psicologi, educatori, che cercano di aiutarle. Noi però volgiamo credere, anzi sperare che ci sono pochi uomini che attuano queste strategie, ci affidiamo alla buona fede delle persone di dire la verità anche perché dai nostri studi e dalle nostre ricerche abbiamo visto come l'entrata in carcere è un dramma molto forte soprattutto per quei carcerati che l'affrontano per la prima volta in quanto non hanno certezze e neppure punti di riferimento a cui appoggiarsi ed in molti è proprio questo che porta al tentativo, certe volte riuscito, di suicidio.

BIBLIOGRAFIA

- sito internet del quotidiano Repubblica
- sito di ristretti orizzonti
- sito di psychomedia
- sito di wikipedia
- rivista ristretti orizzonti
- www.senape.provincia.venezia.it
- sito del corriere della sera
- www.altrodiritto.it
- enciclopedia Encarta