

SUICIDIO NELLE CARCERI. II: LA SITUAZIONE ITALIANA ED ELEMENTI DI PREVENZIONE

Maurizio Pompili, Camilla Ferrara, Piera Maria Galeandro, Valentina Narciso, Carlo Olivieri, Caterina Cecchitelli, Roberto Tatarelli

Suicidi nelle carceri Italiane

Il carcere da sempre implica sofferenza, ma progressivamente, a partire dalla fine del XVIII secolo, si è tentato di far sì che tale stato fosse contenuto e il periodo di detenzione fosse formativo per il recluso. Il suicidio, purtroppo, rappresenta un grave segnale di allarme, così come il fallimento dei programmi riabilitativi diretti alla popolazione carceraria. Infatti, i tassi di suicidio in carcere restano elevati. Come si può vedere dalla tabella 1, nell'Europa occidentale vi sono stati nel 2000 in media circa 14 casi di suicidio in carcere per 10.000 detenuti.

Nella popolazione generale europea occidentale l'indice medio di suicidi è stato, negli ultimi anni, pari a meno di 2 casi per 10.000 abitanti di sesso maschile (la comparazione con l'indice relativo agli abitanti di sesso maschile è suggerita dal fatto che l'incidenza della componente femminile sul totale dei detenuti è marginale). Inoltre, il carcere è un'istituzione totale: questo concetto implica controllo, e ogni suicidio insinua un dubbio su come questo controllo è stato realizzato. Infine, la pena detentiva è oggi inseparabile dal concetto di trattamento: ma si presume che un trattamento cominci con l'evitare, per quanto possibile, che un detenuto si uccida. Come si può vedere dalla tabella 2, il tasso dei suicidi nelle carceri in Italia è rimasto negli ultimi anni piuttosto stabile.

Se si considera l'evoluzione del fenomeno lungo un arco di tempo più ampio, ossia dal 1980 in poi, si può notare come in Italia vi sia stato un complessivo declino dell'indice di suicidio in carcere. Si può ricordare, del resto, come l'amministrazione italiana ha attivato una serie di procedure per ridurre il pericolo di atti di suicidio in carcere: tra queste, mi sembra opportuno ricordare il Servizio Nuovi Giunti, istituito e organizzato in numerosi istituti penitenziari già alla fine degli anni '80. Il servizio, rivolto ai detenuti e agli internati, che entrano in carcere dalla libertà, consiste in un esame psicologico – esame che integra l'iniziale visita medica generale, effettuata dal personale medico dell'Istituto, e il colloquio di primo ingresso, svolto dal direttore o da un operatore penitenziario da lui designato.

In pratica, il servizio Nuovi Giunti prevede un colloquio con il nuovo detenuto, colloquio normalmente condotto da uno psichiatra con l'obiettivo di accertare il rischio che il soggetto possa compiere violenza su se stesso o che possa subire violenza da parte di altri detenuti. A questo colloquio seguono interventi volti a fornire sostegno e protezione al nuovo entrato. Scopo del Servizio è l'individuazione dei cosiddetti soggetti a rischio, in modo che essi possano essere oggetto di particolare attenzione da parte del personale penitenziario, e soprattutto degli operatori sanitari nonché del personale del servizio specialistico di psichiatria.

Se la presenza in carcere di soggetti a rischio costituisce un problema di rilievo, si deve al tempo stesso ricordare come la condizione di detenuto non ha carattere di omogeneità. In particolare, la condizione di detenzione come imputato presenta caratteristiche negative, per gli elementi di incertezza e di precarietà insiti in questa condizione, nonché per il fatto che normalmente

Tabella 1. *Suicidi in carcere nei paesi d'Europa (2000)*

Paese	Casi di suicidio nell'anno (val. ass.)	Numero medio di detenuti nell'anno	Suicidi (per 10.000 detenuti)
Austria	17	7.090	24
Belgio	16	8.630	19
Danimarca	5	3.380	15
Finlandia	3	2.850	11
Francia	120	50.670	24
Germania	78	78.707	10
Grecia	9	8.038	11
Irlanda	4	2.900	14
Islanda	0	93	0
Italia	56	53.481	10
Lussemburgo*	2	401	50
Norvegia	0	2.450	0
Paesi Bassi	9	11.740	8
Portogallo	10	13.500	7
<i>Regno Unito</i>			
Inghilterra e Galles	81	58.300	14
Scozia*	10	6.029	17
Spagna	18	45.310	4
Svezia	5	5.320	9
Svizzera	...	6.390	...
Media Paesi Eu. Occ.	25	9.225	14
Bulgaria	4	9.424	4
Polonia	46	65.336	7
Rep. Ceca	11	22.800	5
Romania	5	49.682	1
Russia	...	971.496	...
Ucraina	31	198.885	2
Ungheria	5	15.821	3
Media Paesi Eu. Orient.	17	190.492	4

* Dati al 1/09/1998

Fonte: World Health Organization

l'inizio della detenzione (che è il momento di depressione e frustrazione) coincide con la posizione di imputato. Tutto ciò può influire sui tassi di suicidio. È del resto opinione diffusa che gli atti di suicidio coinvolgano soprattutto soggetti nella posizione di imputato e non coloro che si trovano in quella di condannato definitivo.

Tabella 2. *Detenuti suicidi in Italia (modificata da Tatarelli et al. 1999)*

Anno	Numero medio detenuti nell'anno	Casi di suicidio nell'anno (val. ass.)	Suicidi (per 10.000 detenuti)
1980	30.186	40	13,3
1981	30.636	54	17,6
1982	32.275	58	18,0
1983	37.537	45	12,0
1984	40.932	46	11,2
1985	41.495	44	10,6
1986	36.423	43	11,8
1987	31.563	51	16,2
1988	31.634	44	13,9
1989	31.126	38	12,2
1990	28.113	23	8,2
1991	30.637	29	9,5
1992	41.393	47	11,4
1993	48.832	61	12,5
1994	50.757	50	9,9
1995	49.037	50	10,2
1996	47.309	45	9,5
1997	48.102	55	11,4
1998	48.153	51	10,6
1999	50.341	53	10,5
2000	53.455	56	10,5
2001	54.895	69	12,6

Infine, l'indice più alto di suicidi non è registrato tra gli imputati ma tra gli internati (cioè tra i sottoposti a misura di sicurezza detentiva). Questi ultimi costituiscono peraltro una popolazione decisamente esigua, di poco più di 1.000 persone: una variazione anche di un solo caso di suicidio produce un cambiamento assai consistente nell'indice.

Molta cautela deve essere anche usata quando si vuole analizzare comparativamente la dimensione del fenomeno dei suicidi in carcere, mettendo a confronto gli indici registrati in vari Paesi. L'indice dei suicidi nelle carceri in Italia si è collocato negli ultimi anni intorno a valori non distanti e come tendenza più bassi rispetto alla media europea occidentale negli stessi anni (tab. 1); nella popolazione generale, invece, varia grandemente nei vari Paesi europei: e passa ad esempio da uno 0,5 per 10.000 abitanti di sesso maschile in Grecia, a 3 in Francia e a più di 4 in Finlandia. Poiché si presume che la propensione al suicidio nella popolazione generale influenza la propensione nel carcere, i dati relativi a questo ultimo contesto dovrebbero essere valutati anche alla luce del primo. Nel caso dell'Italia, l'indice di suicidi nelle carceri si colloca ad un

livello pari a circa dieci volte quello esistente tra la popolazione generale. Pertanto, se questo valore nelle carceri italiane è tendenzialmente inferiore a quello medio in Europa occidentale, il rapporto tra l'indice di suicidi in carcere e quello esistente tra la popolazione generale in Italia è comparativamente piuttosto alto e costituisce fenomeno che merita attenzione. Moltissimi studi hanno confermato questa relazione evidenziando percentuali di suicidio nelle carceri superiori a quelli del resto della popolazione (Bonner 2000, Eccleston et al. 2002, Fruehwald et al. 2002). I suicidi nelle prigioni sono di circa nove volte superiori di quelli della popolazione generale (Hayes e Rowan 1988).

A conferma di questo, verranno riportati i dati relativi al tasso di suicidi su popolazione carceraria e su popolazione nazionale dell'anno 2000-2001:

Anno	2000	2001
Presenza media detenuti	53.322	55.193
Suicidi su popolazione carceraria	61	70
Tasso di suicidi per 10.000 detenuti	11,4	12,7
Suicidi su popolazione nazionale	3.770	3.803
Tasso di suicidi per 10.000 abitanti	0,65	0,67

Si può notare, a questo proposito, come l'Amministrazione penitenziaria nel 2000 abbia dato vita a una nuova struttura: unità di monitoraggio sul fenomeno di suicidi, denominata UMES (Unità di Monitoraggio degli Eventi di Suicidio).

Per quanto la valutazione dell'andamento di tale fenomeno necessiti di analisi prolungate nel tempo, è interessante rilevare come già nel corso dell'anno 2002 si sia registrato un significativo calo del numero dei suicidi (53 casi a fronte dei 69 casi del 2001).

Nel 2002 i suicidi dietro le sbarre sono stati quasi 16 volte di più rispetto a quelli della popolazione generale: sono stati 57.

Nel 2003, invece, sono stati registrati 65, di cui due negli istituti minorili. In carcere ci si uccide nel primo, primissimo, periodo di permanenza. Nel 2002 il 61% dei casi di suicidio riguarda persone recluse da meno di un anno, questa percentuale, nel 2003, è del 61,9%: e, in quello stesso anno, circa il 51,6% dei reclusi suicidatisi si è tolto la vita già nei primi sei mesi di reclusione. Nelle carceri italiane i suicidi sono oltre 17 volte di più di quanto si verifica fuori dagli istituti di pena del 2003. Dato ancora più allarmante: nel 2003, il 17,2% dei suicidi si è verificato durante la prima settimana di reclusione, mentre nel 2002 la percentuale è stata del 14,8%. I detenuti in attesa di giudizio, presentano tassi di suicidio più alti: nel 2002, la percentuale era del 38,2%, mentre nel 2003 era del 31%. Se invece, si considerano i reclusi giudicabili emerge che ci si uccide il doppio delle volte di quanto ci si uccida tra i condannati con sentenza definitiva. A questo proposito, nel 2002, il 36,4% dei suicidi si è verificato tra i condannati con sentenza definitiva; nel 2003 invece, la percentuale è salita al 48,3%. Tra gli appellanti, infine, si sono verificati, nel 2002, 10,9% e nel 2003 il 10,3%.

Un altro punto su cui focalizzare l'attenzione è il problema dell'affollamento nelle carceri. Nel 2002, il 93% dei casi di suicidio si è verificato in carceri affollate; nel 2003 questa percentuale si è ridotta al 92,1%. Questo ci permette di affermare come nelle sedi affollate vi sia una propensione al suicidio maggiore, questo perché è difficile escludere una correlazione tra crescita dell'affollamento (esiguità di spazio, promiscuità, tensione e reciproca aggressività, carenza di

servizi, assistenza e strutture) e crescita dell'insostenibilità della condizione. Il tema dell'affollamento in carcere è di grande rilevanza, basti pensare che tra il 1991 e il 1992 si è registrato un salto rilevantissimo (da 29 a 47), parallelamente all'incremento, altrettanto significativo, delle dimensioni della popolazione carceraria (da poco più di trentamila a oltre quarantaquattromila detenuti). Ne deriva che, a partire da quell'anno (1992), e per l'intero decennio seguente, il numero dei suicidi aumenta, arrivando a triplicarsi, contestualmente alla crescita della presenza media dei detenuti, fino ai 56.537 del maggio 2002.

Degno di nota, concludendo l'esame sugli anni 2002-2003, sono i così detti "suicidi annunciati". Con il termine "suicidi annunciati" si fa riferimento a quei casi in cui il recluso ha già manifestato, in qualche modo, la volontà di togliersi la vita o ha messo in atto uno o più tentativi di farlo; e di casi in cui le condizioni di disagio psichico e di depressione sono più che evidenti. Nel 2002, i suicidi annunciati sono stati il 32,7%; mentre tale percentuale si è abbassata al 17,4% nel 2003. Questo ci permette di riflettere sull'importanza di adottare forme preventive e di salvaguardia delle vite in prigione.

Nell'anno 2004, nelle carceri italiane, prendendo in considerazione un totale di 56.068 detenuti, si sono verificati nel complesso 38 suicidi, tra i detenuti italiani (35 uomini e 3 donne); 14 tra i detenuti stranieri (13 uomini e 1 donna) per un totale complessivo di 52 suicidi (48 uomini e 4 donne). Per quanto riguarda i tentativi di suicidio: tra i detenuti italiani si fa riferimento ad un totale di 467 tentativi (TS) (427 uomini e 40 donne); tra i detenuti stranieri si sono verificati 246 TS (215 uomini e 31 donne) per un totale complessivo di 713 tentativi di suicidio (642 uomini e 71 donne). Infine per gli atti di autolesionismo: tra gli italiani si sono compiuti 3.071 gesti autolesivi (2.819 uomini e 252 donne); tra i detenuti stranieri si sono compiuti 2.868 gesti autolesivi (2.746 uomini e 122 donne) per un totale di 5.939 gesti autolesivi. (5.565 uomini e 374 donne).

In riferimento alla pena, invece, i suicidi tra gli imputati sono stati 24; tra i condannati 26; tra gli internati 2 per un totale complessivo di 52 suicidi. Per quanto riguarda i tentativi di suicidio, tra gli imputati se ne sono attuati 296; tra i condannati 386 e tra i condannati 386; per gli internati 29 per un totale di 713 Ts. Infine per gli atti di autolesionismo si è parlato di 2.222 di questi tra gli imputati; tra i condannati 3.599 e tra gli internati 118 per un numero complessivo di 5.939.

Mentre nel 2005 i detenuti che si sono tolti la vita sono stati 58.

A questo proposito, è importante far riferimento allo studio di Tatarelli et al., (1999) circa l'analisi dei suicidi nelle carceri Italiane, relativo agli anni 1996 e 1997, che ha formulato delle ipotesi interessanti sui possibili fattori di rischio ed eventuali misure di prevenzione di tale fenomeno.

In Italia, negli ultimi 17 anni, il numero dei detenuti è aumentato da 30347 (1980) a 49306 (1997) (Figura 1).

I dati di questo studio sono stati elaborati in accordo con i criteri statistici - epidemiologici usati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO 2000).

Nelle carceri Italiani, durante il 1996, erano avvenuti 45 suicidi (43 uomini e 2 donne), corrispondente ad un tasso pari al 93,5 per 100000 detenuti nell'anno. Il numero totale dei detenuti era 48528 dei quali, 39155 erano Italiani e 9373 stranieri. L'età media dei soggetti era 34,8 anni, stabilita entro un range di età tra i 23 e i 55 anni; il 25% di questi aveva un'età inferiore a 31 anni e il rimanente 25% un'età superiore a 39 anni. Le due donne suicide avevano rispettivamente 23 e 27 anni. La maggior parte dei soggetti erano stati condannati (57,8%), mentre altri erano in attesa di giudizio. I crimini commessi da questi soggetti erano: omicidio (26,7%), furto con scasso (24,4%), spaccio di droga (20%), rapina a mano armata (15,6%), e altri reati (13,3%). Il 60% dei detenuti avevano avuto precedenti condanne. Il livello di educazione nei soggetti suicidari era basso (il 62% aveva un diploma di scuola media inferiore): solo uno, tra questi aveva un diploma

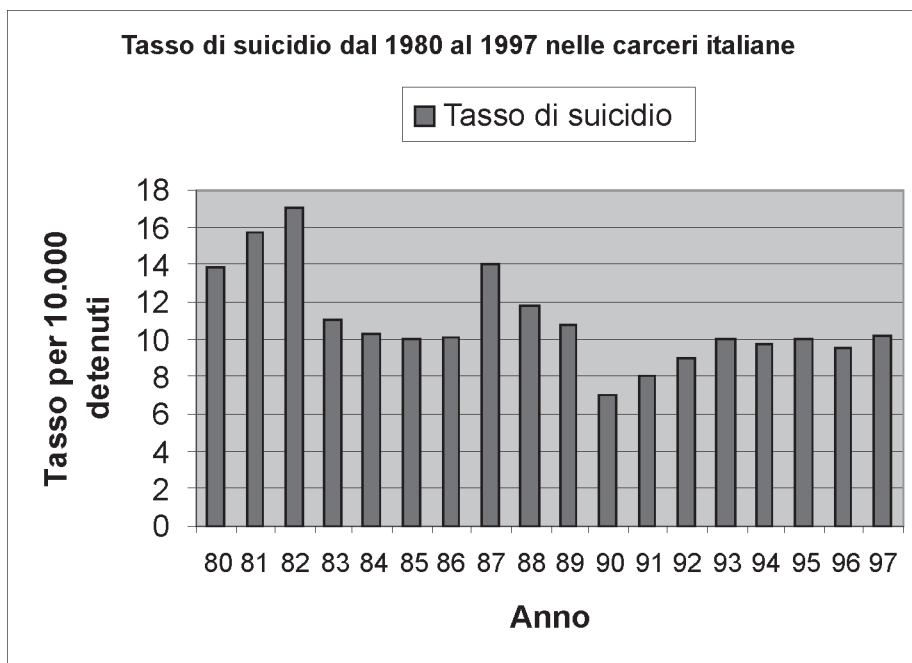


Figura 1. Tasso di suicidio in Italia dal 1980 al 1997 (Tatarelli et al. 1999)

di scuola superiore. Il rischio di suicidio era stato valutato per 26 soggetti: il 23% era considerato ad alto rischio di suicidio; il 53,8% era invece o a basso o per nulla a rischio.

Il 20% dei soggetti era in isolamento e il 40% era in celle singole. Il metodo più frequentemente usato per suicidarsi era l'impiccamento, seguito da inalazione di gas e due casi dovuti a ferite con coltello o soffocamento con un sacchetto di plastica.

I dati riguardanti le valutazioni psicologiche erano disponibili per 42 detenuti e nel 69% di questi si erano riscontrati disturbi mentali (disturbi depressivi nel 62,1% dei casi). Altri disturbi erano: iperattività (13,8%), disturbi di personalità (10,3%) e allucinazioni (16,7%). Queste condizioni erano giudicate severe per il 27,5 % dei casi e moderate per il 34,5%.

Il 24,4% dei casi, un quarto del campione, aveva commesso il suicidio entro il primo mese di carcerazione; mentre il 20% aveva commesso l'atto suicida dopo i primi tre anni di carcerazione, gli altri entro il primo.

I suicidi erano avvenuti durante tutti i mesi dell'anno, ma erano stati meno frequenti nei primi sei mesi, anche se questo dato non è molto attendibile, perché nel campione dei soggetti suicidari non italiani il 57,1% dei suicidi era avvenuto nei primi sei mesi di carcerazione.

Il periodo di tempo in cui era avvenuto il suicidio era estremamente variabile e comprendeva l'intero arco delle 24 ore, tuttavia questi erano meno frequenti durante la notte (il 16,3% dei casi è avvenuto tra la mezzanotte e le cinque di mattina). Il 58% dei casi di suicidio è avvenuto in carcere, il rimanente 41,9% è avvenuto durante il trasporto o in ospedale. In conclusione, un

Tabella 3. *Autolesionismo e decessi, anno 2004*

TOTALE atti di autolesionismi: 5.939 (10,58%); TOTALE tentati suicidi: 713 (1,27%); TOTALE suicidi: 52 (0,09%); TOTALE decessi per cause naturali: 104 (0,19%)

	IMPUTATI			CONDANNATI	
	uomini	donne	totale	uomini	donne
Atti di autolesionismo	2.103 (10,94%)	119 (11,38%)	2.222 (10,96%)	3.369 (10,12%)	230 (15,27%)
Tentati suicidi	282 (1,47%)	16 (1,53%)	298 (1,47%)	336 (1,01%)	50 (3,32%)
Suicidi	24 (0,12%)	0 (0,00%)	24 (0,12%)	22 (0,07%)	4 (0,27%)
Decessi per cause naturali	20 (0,10%)	2 (0,19%)	22 (0,11%)	68 (0,20%)	3 (0,20%)

interessante aspetto è che i detenuti che avevano commesso l'atto durante i primi 15 giorni della carcerazione erano in attesa di giudizio.

In confronto ai detenuti italiani, quelli stranieri non presentavano significative differenze per quanto riguarda lo stato mentale e legale o la tossicodipendenza.

Per quanto riguarda lo studio relativo al 1997, Tatarelli et al. (1999) rilevarono 55 suicidi (52 uomini e tre donne), con un tasso pari a 112 per 100000 detenuti nell'anno. Il numero totale di detenuti era 49306, dei quali 38481 erano italiani e 10825 stranieri.

L'età media dei soggetti era 33 anni, con un range di età compreso tra i 21 e i 57 anni; il 25% di questi aveva un'età inferiore a 26 anni e il rimanente 25% aveva invece, un'età superiore a 40 anni. Le tre donne suicide avevano rispettivamente 23, 24 e 27 anni. Approssimativamente il 62% dei soggetti era stato condannato.

I crimini commessi da questi soggetti erano: omicidio (19,6%), furto con scasso (29,4%), spaccio di droga (29,4%), rapina a mano armata (11,8%) e altri reati (9,8%). Più del 70% dei soggetti suicidari aveva avuto precedenti condanne.

Il livello di educazione nei soggetti suicidari era basso (l'82% dei casi aveva un diploma di scuola media inferiore). Più della metà dei soggetti era tossicodipendente (60%). Ventidue erano stati sottoposti al test dell'HIV e il 34% di questi era risultato positivo. Il rischio di suicidio era stato valutato per 23 soggetti: il 18,2% era considerato ad alto rischio mentre il 39,1% era a basso rischio.

Il 17% dei soggetti era in isolamento e il 17,8% era in celle singole. Il metodo più frequentemente usato per suicidarsi, anche in questo caso, era l'impiccamento seguito da inalazione di gas.

I dati riguardanti le valutazioni psicologiche erano disponibili per 23 soggetti sui 55 casi, e il 78,3% dei soggetti aveva presentato un disturbo mentale: disturbo depressivo (60,7%), disturbo di personalità (8,6%) e allucinazioni (8,6%). Queste condizioni erano giudicate severe per il 11,8% dei casi e moderate per il 58,8%.

Poco più del 20% (23,5%) dei detenuti aveva commesso il suicidio entro il primo mese di carcerazione; il 25% dei casi aveva commesso l'atto dopo i primi tre anni della carcerazione, gli

altri entro il primo anno. I suicidi erano avvenuti in tutti i mesi dell'anno. Il periodo di tempo in cui erano avvenuti era estremamente variabile e comprendeva l'intero arco delle 24 ore, tuttavia, come nel 1996, il numero dei suicidi era basso durante la notte (il 19,6% dei casi era avvenuto tra la mezzanotte e le cinque di mattina). Nell'84,0% dei casi, la morte era avvenuta in carcere.

Molti dei detenuti che avevano commesso l'atto entro i primi 15 giorni di carcerazione erano in attesa di giudizio (il 75% del numero totale). In confronto con i detenuti italiani, quelli non italiani non presentavano significative differenze per quanto riguarda lo stato mentale e legale o il numero di tossicodipendenti.

Malgrado il fatto che la grande maggioranza dei suicidi erano maschi, il tasso emergente era più alto nelle donne in entrambi gli anni considerati, la proporzione uomo/donna è rispettivamente di 1:1.1 e 1:1.4. Conseguentemente, il relativo rischio di suicidio nei detenuti (uomini) è circa 10 volte più grande rispetto alla popolazione generale, lo stesso rischio aumenta di circa 30 volte nelle detenute (vedi tabella 3).

Tabella 4. *Frequenza dei fattori di rischio tra i detenuti che commettono il suicidio in Italia (Tatarelli et al. 1999)*

Fattori di rischio per il suicidio	1996	1997
Disturbi mentali	69	60
Tossicodipendenza ^a	55	50
Precedente carcerazione	60	70.5
Condanna ^b	57.8	61.8
Primo mese di carcerazione	24.4	23.5
Soggettiva valutazione per il rischio di suicidio ^c	100	100
Detenuti stranieri in isolamento	42.8	42.9

- Questo dato è confermato dal fatto che c'era stata una notevole diminuzione del tasso di suicidio nel 1990 (73 rispetto a 108 nel 1989), anno in cui il servizio sulla tossicodipendenza era stato introdotto nei carceri italiani.
- I detenuti in attesa di giudizio presentano un rischio più alto (di suicidio) durante i primi 15 giorni di carcerazione.
- La valutazione sul rischio di suicidio era estremamente inaffidabile perché era basata solo su impressioni soggettive ed effettuata da operatori con poche esperienze riguardo il suicidio.

Prevenzione del suicidio in carcere

Sulla base dei possibili fattori di rischio per il suicidio elencati precedentemente, è possibile delineare alcune linee guida (Tatarelli et al. 1999) prendendo in considerazione elementi come l'ambiente, la diagnosi e la terapia.

L'aspetto ambientale riguarda: migliorare le condizioni generali (cibo, collocazioni, igiene ambientale ecc.), più relazioni umane interpersonali, ridurre l'isolamento e l'inattività, separare i tossicodipendenti e gli alcolisti dagli altri detenuti, migliorare la distribuzione dei detenuti riducendo il sovraffollamento, migliorare i contatti con il mondo esterno (soprattutto con i parenti) riducendo la sensazione di essere isolati, separare i detenuti in attesa di giudizio da quelli condannati e incrementare la sorveglianza.

Il livello riguarda invece la valutazione psichiatrica (psicopatologica e psicosociale). Questo dovrebbe includere dati anamnestici, stato psico-comportamentale e ove è possibile, l'uso di test psicometrici attendibili.

Le misure terapeutiche dovrebbero prendere in considerazione terapie psichiatriche personalizzate. In aggiunta si potrebbe includere uno staff di volontari il quale potrebbe proporre programmi psico-educativi. Questi programmi potrebbero esser messi a disposizione anche ai familiari dei detenuti. A tal proposito, Penn e Thomas (2005) analizzano i parametri per il trattamento e la valutazione dello sviluppo nella detenzione giovanile e i supporti alla correzione (*Practice parameter for the assessment and treatment of youth in juvenile detention and correctional facilities*).

Goss et al. (2002), in base ai risultati ottenuti, hanno messo in evidenza come sia fondamentale applicare degli interventi di screening e trattamenti mirati per detenuti che abusano di sostanze, oltre che a mutamenti strutturali per evitare situazioni di rischio.

Ritengo degno di nota un documento dell'OMS (WHO 2000) diretto agli amministratori dell'istituto penitenziario responsabili dello sviluppo o della realizzazione di programmi di salute mentale in setting correttivi e ai funzionari responsabili della sicurezza e della custodia dei detenuti. Questi provvedono a fornire alcune informazioni generali sul suicidio ed identificano un numero di attività chiave che possono essere usate come parte di un programma preventivo globale.

In alcune carceri sono stati intrapresi programmi globali per la prevenzione del suicidio e, in diverse città, sono stati stabiliti supporti e linee guida per la prevenzione all'interno di setting correttivi. Diversi dati hanno dimostrato che, attraverso l'utilizzo di tali programmi, si verificano significative riduzioni di suicidio e tentato suicidio (Felthous 1994). Fruehwald et al. (2003), sottolineano l'importanza e il significato del comportamento suicidario nei settings ad alto rischio, fornendo la possibilità agli interni di riferimento di cure psichiatriche adeguate con l'obiettivo di fare passi in avanti nella prevenzione del suicidio (controllo o supervisione attenta o l'ammissione ad un ospedale psichiatrico), naturalmente se il rischio è evidente.

Per chi non ha una storia di suicidio alle spalle o non vuole comunicare l'intenzione a farlo ad alcuno, è necessario uno screening al momento dell'ammissione.

Tali programmi preventivi prevedono una prima valutazione da parte dello staff correttivo (dell'istituto penitenziario) che deve essere preparato riguardo i fattori di rischio per il suicidio e realizzare una valutazione di tale fenomeno sui nuovi ammessi (Cox et al. 1989). Affinché la valutazione possa essere efficace essa deve avvenire entro le prime ore dall'entrata, seguita da una successiva valutazione a breve distanza se si rilevano particolari cambiamenti. Shaw et al. (2004) hanno fatto riferimento a misure preventive importanti da applicare nel periodo successivo all'entrata in prigione, con un'iniziale supervisione svolta da uno staff capace e preparato ad affrontare situazioni a rischio e a sostenere il detenuto. L'accoglienza infatti è fondamentale per tali soggetti, per evitare che possano fare scelte estreme. Purtroppo in alcuni carceri l'insufficienza delle risorse e l'alto turn-over rendono quasi impossibile la valutazione di tutti i detenuti; una concreta soluzione potrebbe essere centrare la valutazione sui casi che presentano un alto rischio di suicidio o mostrano segni di intenti suicidari.

La valutazione del rischio di suicidio è un impegno dello staff correttivo, che dispone di checklist (Arboleda-Flórez et al. 1989) per il controllo del rischio; le risposte affermative ad alcuni item, di seguito riportati, segnalano il rischio di suicidio e dovrebbero portare a interventi mirati:

- Il detenuto è tossicodipendente;
- Il detenuto esprime di solito un alto livello di vergogna, colpa e preoccupazione sull'arresto e sulla carcerazione;
- Il detenuto esprime disperazione o paura per il futuro, mostra segni di depressione, come

- anche pianto, mancanza di emozioni, diminuzione di espressioni verbali;
- Il detenuto ammette attuali pensieri riguardo il suicidio;
- Il detenuto ha precedentemente ricevuto trattamenti per problemi di salute mentale;
- Il detenuto è correntemente sofferente per una condizione psichiatrica, così come mostra difficoltà a mantenere costante il focus di attenzione, ascolta voci;
- Il detenuto ha commesso uno o più precedenti tentativi di suicidio e/o ammette che il suicidio è attualmente un'opinione accettabile;
- Il detenuto ammette di aver progettato il corrente suicidio;
- Il detenuto ammette o appare avere poche risorse supportive.

Questa *checklist* è importante al fine di un programma preventivo globale per diverse ragioni:

- Segnalazione del rischio;
- Funzione di promemoria per lo staff quando c'è poco tempo disponibile per condurre la valutazione.
- documentazione legale circa la valutazione ad alto rischio di suicidio di un detenuto;
- l'alto rischio di suicidio rilevato su un detenuto può essere annotato su una scheda individuale in modo che l'informazione possa essere nota ai diversi staff presenti nell'istituto o che collaborano dall'esterno.

A questo proposito è importante far riferimento ad uno studio di Hall e Gabor (2004), i quali affermano la necessità della prevenzione del suicidio negli istituti penali, non solo attraverso gli approcci tradizionali, ai quali partecipa soltanto il personale addetto alla prevenzione del suicidio, e ciò è per certi versi limitante; ma anche attraverso la partecipazione dei detenuti al tentativo di prevenzione del suicidio, questo lavoro tra "pari" è risultato essere un metodo alternativo ragionevole. Questo studio fa riferimento ad un programma, che si chiama SAMS in the Pen. Questo servizio, prevede che il detenuto volontario venga addestrato alla prevenzione del suicidio e alla valutazione del rischio dei detenuti. Tale servizio si è rivelato utile sia per i detenuti che per lo staff.

Fermo restando il fatto che il maggior numero di suicidi avviene durante il primo periodo di carcerazione, questo rilievo non deve escludere continui controlli durante tutto il periodo di detenzione onde prevenire un possibile futuro tentativo (Cox et al. 1989). Affinché il programma preventivo sia efficace, l'osservazione deve avvenire a intervalli regolari e in modo continuo. A tal fine lo staff può riunire una serie di indizi premonitori dell'intenzionalità suicidaria, riscontrabili nei seguenti comportamenti:

- Durante il controllo di routine: intenzione suicidale o disturbi mentali come pianto, insonnia, agitazione, perdita di interesse in attività e relazioni interpersonali, rifiuto di prendere medicine o richiesta di un aumento della dose dei farmaci;
- Conversazioni con altri detenuti circa la non sopportazione del periodo di condanna o altri periodi critici in cui si sono verificati lutti, divorzi ecc;
- Manifestazioni di contrasti e diverbi durante le visite dei familiari (i quali potrebbero anche essere ascoltati dallo staff al fine di ottenere informazioni utili circa una possibile intenzione suicidaria da parte dei loro parenti);

La valutazione deve essere necessariamente seguita da un adeguato e appropriato monitoraggio, soprattutto durante le ore notturne quando lo stesso staff è numericamente ridotto e impegnato nel controllo di più aree.

Notevole importanza riveste anche l'interazione sociale, soprattutto per quei detenuti che entrano in carcere già in uno stato di vulnerabilità, al quale si unisce poi la crisi per l'incarceramento e i forti stress ai quali sono soggetti. Il maggior numero di suicidi avviene quando un detenuto si trova a essere isolato sia nei confronti dello staff che degli altri carcerati.

Tuttavia, nonostante la segregazione cellare sia necessaria in diverse occasioni, è stato rilevato come la collocazione di un sospetto suicida in celle condivise possa ridurre significativa-

mente il rischio; anche se la presenza di un compagno non solidale potrebbe essere peggiorativo. In queste strutture sono stati forniti supporti sociali attraverso l'operato di "speciali" detenuti addestrati a ciò.

Ottimo strumento questo, ferma restando però la limitazione del suo utilizzo per facilitare il lavoro dello staff, il cui monitoraggio deve essere accurato e costante.

Gli oggetti maggiormente usati per il suicidio sono lenzuola, asciugamani, e altri simili oggetti e il modo è l'impiccamento, per questo un'efficace tecnica di prevenzione consiste nell'eliminazione nei dormitori dei punti facilitanti ed evitare l'accesso ai materiali letali (Danto 1973). Lo studio di Shaw et al. (2004), conferma l'importanza di adottare delle forme cautelari come, per esempio, la consegna di panni, lenzuola che non possono essere usati per l'impiccamento o il soffocamento, mettendo in evidenza come, su 172 suicidi, 159 casi si erano verificati attraverso l'impiccamento e il soffocamento. Anche Gunnell et al. (2005), ritengono che sia necessario applicare delle strategie preventive che riducano il suicidio per impiccamento.

Con l'incremento della tecnologia, i controlli visivi sono ora possibili per mezzo di telecamere; tuttavia la sorveglianza con la telecamera dovrebbe essere accompagnata da regolari ispezioni (ogni 10-15 minuti). Un ulteriore intervento preventivo relativo alla valutazione e al trattamento è costituito dall'intervento di esperti in disturbi mentali; purtroppo l'accesso di questo personale in alcuni istituti è complicato nonché esiguo, anche se alcune strutture sono collegate con comunità di base utili per quei detenuti che vengono trasferiti. Invero tali strutture mai avranno sufficienti risorse per venire incontro a ogni bisogno relativo alla salute mentale dell'intera popolazione carceraria. Si potrebbe ovviare richiedendo la collaborazione di altri servizi quali ospedali, servizi di emergenza, strutture psichiatriche.

Se avviene un tentato di suicidio il personale correttivo deve essere adeguatamente preparato ad un tempestivo intervento in attesa degli aiuti esterni richiesti. Infatti il provvedimento di primo aiuto dello staff correttivo sull'episodio potrebbe essere parte di una procedura operativa standard formalmente articolata. Il tempestivo intervento potrebbe evitare un avanzamento delle conseguenze del tentativo. Il kit di pronto soccorso deve essere sempre disponibile ed esaminato abitualmente. Il tutto affinché, la struttura correttiva e lo staff medico possano fornire un'immediata risposta ottimale (Hayes 1997). Alcuni detenuti effettuano tentativi di suicidio a scopo manipolativo per ottenere il trasferimento in ospedali o per essere portati in setting meno restrittivi (Fulwiler et al. 1997, Holley et al. 1998). Detenuti con personalità antisociale o sociopatica sono molto più portati a compiere gesti suicidari manipolativi poiché hanno maggiori difficoltà di adattamento e di disciplina nella vita in carcere. Per le detenute, ricorrere a gesti autolesivi potrebbe significare una risposta allo stress indotto dalla reclusione e dalla cultura del carcere.

Quando lo staff ritiene che alcuni detenuti potrebbero manipolare questo ambiente, attraverso comportamenti autolesivi, la loro tendenza è di non prendere seriamente il gesto. Tuttavia il tentativo di suicidio, qualsiasi sia la motivazione, può esitare nel decesso del soggetto, anche se questa non era l'originaria intenzione. Disattenzione ai comportamenti auto-distruttivi a causa della segregazione potrebbe generare ulteriori conseguenze per il detenuto. Così, per i detenuti potenzialmente auto-lesionistici, programmi che promuovano accurate supervisioni, supporti sociali e accesso a risorse psicosociali sono oltre che giusti anche fondamentali.

Nel caso di un suicidio, lo staff dovrebbe interrogarsi nel tentativo di:

- ricostruire gli eventi dominanti del suicidio;
- ricostruire i fattori che hanno causato la morte del detenuto;
- adottare linee guida per migliorare le future opere di prevenzione.

Inoltre, lo staff e altre strutture di base che hanno esperienze con detenuti suicidi hanno individuato una serie di sentimenti comuni come l'ira, il risentimento, sentimenti di colpa e tristezza. Questi individui possono beneficiare di supporti terapeutici.

Inoltre l'esame dei tentati suicidi ha suggerito un incremento di rischio limitato alle quattro settimane seguenti l'iniziale suicidio e appare diminuire con il passar del tempo (Cox e Skegg 1993). Strategie per ridurre il rischio di influenza di tali comportamenti suicidari su detenuti particolarmente sensibili, includono terapie psichiatriche.

Un piano di prevenzione globale per il suicidio contiene i seguenti elementi:

- Un programma di addestramento per lo staff correttivo che aiuti a individuare i detenuti a rischio di suicidio e le risposte appropriate per i detenuti in crisi;
- Procedure per valutare sistematicamente i detenuti al loro arrivo nelle strutture e attraverso il loro periodo di carcerazione, identificare quali potrebbero essere quelli ad alto rischio;
- Un meccanismo per sostenere la comunicazione tra i membri dello staff per quanto riguarda i detenuti ad alto rischio;
- Scrivere procedure che delineano le minime esigenze per proteggere i detenuti a rischio; fornire un supporto sociale; controlli visivi di routine e una costante osservazione per i detenuti più a rischio;
- L'evoluzione di risorse interne sufficienti o collegamenti con comunità di base esterne per assicurare l'accesso a professionisti di salute mentale quando richiesti per ulteriori valutazioni e trattamenti.

Nello studio di He et al. (2001), viene messo in evidenza come relazioni con familiari e amici deteriorate siano un fattore di stress presente nei detenuti suicidatisi. A questo proposito è importante che lo staff coinvolga la famiglia e chi è in contatto stretto con il detenuto. Il coinvolgimento delle figure professionali e della famiglia è essenziale, per intervenire in maniera incisiva su comportamenti o gesti preoccupanti.

Un aspetto degno di attenzione è focalizzare i gesti autolesivi, che se preceduti da un tentativo di suicidio, possono sottendere il desiderio di morire. È necessario quindi prestare molta attenzione ai dettagli del gesto come: la pericolosità dei mezzi adottati che spesso riflettono la gravità del voler morire. Tale pericolosità va definita sulla base dell'atto compiuto, del danno conseguente e delle circostanze in cui avviene il fatto.

Conclusioni

La prevenzione del suicidio è un'altra questione che ricade negli scopi di un servizio di assistenza sanitaria in carcere. Esso dovrebbe assicurare che ci sia consapevolezza su questo tema in tutto l'istituto e che siano in atto procedure adeguate. Lo screening medico all'entrata e il complessivo processo della ricezione hanno un ruolo importante in questo contesto; eseguiti in maniera adeguata, possono come minimo identificare alcuni di coloro che sono a rischio e alleviare in parte l'ansia provata da un nuovo giunto in carcere. Inoltre il personale del carcere, qualunque sia il ruolo specifico che ricopre, deve essere messo al corrente (ciò implica che deve ricevere una formazione sulla capacità di riconoscimento) degli indicatori di potenziali suicidi. A questo riguardo, è importante notare come le ricerche abbiano messo in evidenza che il periodo immediatamente prima e dopo il processo e, in minor modo, quello precedente alla scarcerazione, implicano un maggior rischio suicidio. Una persona identificata come potenziale suicida deve, per quanto necessario, essere tenuta sotto un programma di osservazione speciale. Inoltre, queste persone non dovrebbero avere facile accesso ai mezzi con i quali potrebbero uccidersi (le barre della finestra della cella, vetri rotti, cinture o cravatte, lenzuola ecc.). Dovrebbero anche essere mossi dei passi per assicurare un adeguato flusso d'informazioni, sia all'interno di un dato istituto, sia, qualora opportuno, tra gli istituti (e più specificamente tra i loro rispettivi servizi di assistenza sanitaria) sulle persone che siano state identificate come

potenzialmente a rischio.

ALCUNI DATI ESPOSTI NELLE TABELLE SONO TRATTI DA WWW.GIUSTIZIA.IT, WWW.ILDUE.IT

Riassunto

In questo lavoro presentiamo una *overview* sul suicidio nelle carceri in Italia. Molti istituti di pena hanno promosso specifici programmi per la prevenzione del suicidio in carcere e alcune nazioni hanno approvato, in tale ambito, norme e modalità di intervento di carattere più generale. I risultati ottenuti hanno dimostrato in questi casi significative riduzioni dei suicidi e dei tentativi di suicidio. Una volta applicate tali modalità operative sulla popolazione carceraria è necessario, come fase successiva, attivare un sistema di screening preliminare da attuarsi nelle primissime fasi della detenzione. È in questa fase infatti che il rischio di suicidio è aumentato. Poiché tali attività non sempre sono possibili sia per i costi che per il frequente turnover, una soluzione ragionevole potrebbe essere l'applicazione di screening mirati sulla base del profilo di rischio suicidario e sulla esistenza di eventuali segni di intenzioni suicidiarie. Qualora invece le risorse economiche e di personale lo consentano, la soluzione migliore appare l'applicazione di esami psicologici e psichiatrici condotti da personale qualificato.

SUCIDE IN PRISONS

Summary

Keywords: *Suicide – Prison – Italy - Prevention*

A number of jails and prisons have undertaken comprehensive suicide prevention programmes and in some countries national standards and guidelines for suicide prevention in correctional settings have been established. Reports from these areas show that significant reductions in suicides and suicide attempts can be accomplished once comprehensive prevention programmes have been implemented. Once correctional staff are trained and familiar with risk factors of suicide, the next step is to implement formal suicide screening of newly admitted inmates. Since suicides in jails may occur within the first hours of arrest and detention, suicide screening must occur almost immediately upon entrance to the institution to be effective. To be most effective, every new inmate should be screened at intake and again if circumstances or conditions change. In correctional facilities with high turnover and limited resources, suicide screening of all incoming inmates may be impossible. A pragmatic solution would be to target screening to those inmates who match high-risk profiles and those who show signs of suicidal intent. When resources permit, suicide screening may be undertaken within the context of an intake cursory medical examination conducted by facility-based health care staff. Should suicide screening be a responsibility of correctional staff they should be adequately trained and aided by a suicide checklist.

Bibliografia

- Arboleda-Florez J, Holley HL (1989). Predicting suicide behaviours in incarcerated setting. *Canadian Journal of Psychiatry* 34, 668-674.
- Bonner RL (2000). Correctional suicide prevention in the year 2000 and beyond. *Suicide Life Threat Behav* 30, 370-376.

- Cox JF, Landsberg G, Paravati MP (1989). The essential components of crisis intervention program for local jails: the New York Local Forensic Suicide Prevention Crisis Service Model. *Psychiatric Quarterly* 60, 103-117.
- Cox B, Skegg K (1993). Contagious suicide in prisons and police cells. *Journal of Epidemiology and Community Health* 47, 69-72.
- Danto BL (1973). *Jailhouse Blues – studies of suicidal behavior in jail and prison*, Epic. Publications, Orchard Lake, Michigan
- Eccleston L, Sorbello L (2002). The RUSH program-real understanding of self-help: a suicide and self-harm prevention initiative within a prison setting, *Aust Psychologist* 37, 237-244.
- Felthous AR (1994). Preventing jailhouse suicides. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 22, 477-488.
- Fruehwald S, Frottier P, Matschnig T, Eher R (2003). The relevance of suicidal behaviour in jail and prison suicides, *Eur Psychiatry* 18(4), 161-5.
- Fruehwald S, Frottier P, Ritter K, et al (2002). Impact of overcrowding and legislative change of the incidence of suicide in custody. Experiences in Austria, 1967-1996, *Int J Law psychiatry* 25, 119-128.
- Fulwiler C, Forbes C, Santangelo SL, Folstein M (1997). Self-mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 25, 69-77.
- Goss JR, Peterson KP, Smith LW, Kalb K, Brodey BB (2002). Characteristics of suicide attempts in a large urban jail system with an established suicide prevention program. *Psychiatric Services* 53, 575-579.
- Gunnell D, Bennewith O, Hawton K, Simkin S, Kapur N (2005). The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *International Journal of Epidemiology* 34, 433-442.
- Hall B, Gabor P (2004). Peer suicide prevention in a prison. *Crisis* 25, 19-26.
- Hayes LM, Rowan JR (1988). *National study of jail suicides: Seven years later*. Alexandria, VA: National Center for Institutions and Alternatives.
- Holley H, Arboleda-Florez JE (1988). Hypernomia and self-destructiveness in penal settings. *International Journal of Law and Psychiatry* 11, 167-178.
- He XY, Alan R, Felthous MD, Holzer CE, Nathan P, Veasey S (2001). Factors In prison suicide: one year study in Texas. *Forensic Science* 46, 896-901.
- Hayes LM (1997). From chaos to calm: one jail system's struggle with suicide prevention. *Behavioral Sciences & the Law* 15, 399-413.
- Penn JV, Thomas C (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of youth in juvenile detention and correctional facilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44, 1085-1098.
- Shaw J, Baker D, Hunt IM, Moloney A, Appleby L (2004). Suicide by prisoners. National clinical survey. *British Journal of Psychiatry* 184, 263-267.
- Tatarelli R, Mancinelli I, Taggi F, Polidori G (1999). Suicide in Italian Prisons in 1996 and 1997: a descriptive Epidemiological Study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 43, 438-447.
- WHO - World Health Organization (2000). Preventing suicide a resource for prison officers. WHO, Geneve.
- Maurizio Pompili^{1,2}, M.D., Camilla Ferrara¹, Psy. D., Piera Maria Galeandro¹, Psy. D., Valentina Narciso¹, M.D., Carlo Olivieri¹, M.D., Caterina Cecchitelli¹, M.D., Roberto Tatarelli¹, M.D.
- ¹Department of Psychiatry - Sant'Andrea Hospital University of Rome "La Sapienza", Italy
- ²McLean Hospital - Harvard Medical School, Boston, MA - USA

Corrispondenza

Maurizio Pompili, M.D., Dept. of Psychiatry, Sant'Andrea Hospital, Via di Grottarossa, 1035, 00189 Roma Italy. Email: maurizio.pompili@uniroma1.it or mpompili@mclean.harvard.edu