

IL SUICIDIO NELLE CARCERI IN ITALIA: UNO STUDIO EPIDEMIOLOGICO (1996-1997)

FRANCO TAGGI (*), ROBERTO TATARELLI (**),
GABRIELLA POLIDORI (*), IGINIA MANCINELLI (**)

SOMMARIO: Introduzione. — 1. - Materiali e metodi. — 2. - Risultati anno 1996. —
3. - Risultati anno 1997. — 4. - Discussione. — 5. - Conclusioni.

INTRODUZIONE

Il suicidio nelle carceri è un tema che solo recentemente ha polarizzato l'attenzione dei ricercatori. Questo interesse è giustificato non solo dal fatto che le persone recluse in Istituti di pena presentano un altissimo rischio per il suicidio — circa nove volte più elevato che nella popolazione generale (LESTER e DANTO 1993) — ma anche perché in diversi Paesi, tra cui l'Italia, la popolazione carceraria risulta in continuo aumento e ciò fa pertanto prevedere che sempre più persone verranno esposte ad un rischio così rilevante.

Le cause di un più alto tasso di suicidi tra i detenuti possono essere attribuite sia al tipo di popolazione che si trova in carcere (spiegazioni di «importazione», dove «importazione» è riferito a caratteristiche soggettive) sia a quello che le prigioni rappresentano (spiegazioni di «deprivazione»). La maggior parte dei fattori di rischio per i suicidi o per i tentati suicidi presenti nella popolazione generale sono iper-rappresentati in

(*) Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità.

(**) Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Università degli Studi di Roma «La Sapienza».

quella carceraria (HAYCOCK 1991). Comunque, sebbene l'aspetto relativo all' «importazione» abbia il suo valore, esso rappresenta solo una spiegazione parziale dell'alto tasso di suicidi registrati nelle carceri (ad esempio alcuni aspetti relativi all'alto tasso di patologia psichica dei reclusi possono essere riferiti agli effetti della permanenza nell'ambiente carcerario stesso).

Dall'esame della letteratura emerge che i principali fattori di rischio suicidario nelle carceri appaiono essere principalmente (dall'anamnesi o nella storia della carcerazione) la presenza di disturbi psichici (in 6 studi), precedenti tentativi di suicidio (TS) (in 4 studi), il primo periodo di detenzione (in 4 studi), la lunghezza del periodo di detenzione (in 4 studi) e la tossicodipendenza (in 3 studi). Esistono pertanto dei sottogruppi, all'interno della popolazione carceraria, che presentano un rischio più elevato rispetto a quello presentato dalla totalità dei detenuti.

SCHALLER et al. (1996) riportano che il suicidio in Svizzera rappresenta il 25-45% delle morti in carcere. Nel loro studio caso-controllo, che comprendeva 172 casi e 169 controlli, vengono rilevati i seguenti fattori di rischio: età inferiore a 25 anni (RR = 4.4), precedenti TS (RR = 4.7), una storia di trattamenti psichiatrici (RR = 2.5) e dipendenza da oppiacei (RR = 2.8). AXELSON e WAHL (1992) riportano che tra i detenuti, sia uomini che donne, vi è un numero significativo di malati psichici, la cui psicopatologia è spesso seria, ed aggiungono che gli psicotici, una volta in prigione, sono soggetti a condizioni che conducono ad uno scompenso della sintomatologia e ad un alto tasso di suicidio. WINKLER (1992) ritiene che fattori di rischio suicidario in carcere sono principalmente la tossicodipendenza, l'isolamento, e le prime 24 ore di detenzione. SALIVE et al. (1989) hanno riscontrato 37 suicidi nelle prigioni del Maryland tra il 1979 e il 1987 (39.6 suicidi su 100,000 detenuti maschi/anno); sono stati considerati quali fattori di rischio: la razza bianca (RR = 2.0; 95% CI da 1.1 a 3.9), l'età compresa tra 25 e 34 anni (RR = 1.8; 95% CI da 1.0 a 3.4), la condanna per crimini commessi contro la persona (RR = 3.4; 95% CI da 1.7 a 6.7), una sentenza a vita (RR = 4.7; 95% CI da 2.2 a 10.0), il

confinamento in un Istituto penitenziario di massima sicurezza (RR = 5.1; 95% CI da 2.7 a 9.8). DOOLEY (1990) ha studiato 295 suicidi avvenuti nelle prigioni inglesi nel periodo che va dal 1972 al 1987 (il 98.4% del totale dei suicidi in carcere); tra i soggetti che si erano suicidati è stato riscontrato che molti avevano avuto precedenti trattamenti psichiatrici, avevano compiuto gesti autolesivi, erano stati accusati o condannati di violenza o abusi sessuali o erano stati condannati all'ergastolo. L'autore ritiene che una misura preventiva potrebbe essere l'utilizzo di domande standardizzate tese alla ricerca di precedenti TS, insieme ad una migliore, continua ed attiva comunicazione tra lo staff ed i detenuti. BLAND et al. (1990) hanno trovato su 180 detenuti di età compresa tra 18 e 44 anni, selezionati mediante randomizzazione, un'alta frequenza di disturbi psichici ed una frequenza di TS sette volte più elevata che nella popolazione generale; tra i vari questionari era stato utilizzato il Diagnostic Interview Schedule. Sempre a proposito di disturbi psichici MADEN et al. (1994) hanno riscontrato le seguenti prevalenze tra le donne detenute: 2% psicosi, 18% disturbo di personalità, 18% nevrosi, 26% abuso di sostanze, 6% ritardo mentale. SKEGG e Cox (1991) riportano che in Nuova Zelanda il tasso di suicidio tra i detenuti (su 100.000 anni/persona) è passato da 27.3 nel periodo 1973-82 a 178.0 nel periodo 1983-87 (con RR da 1,6 a 8,2). L'Auckland ha contribuito notevolmente a tale incremento: da 37/100.000 nel periodo 1973-82 a 549/100.000 nel periodo 1983-87, a causa di rigide restrizioni nel trasferimento di prigionieri con problemi psicologici; in base a questi risultati, gli autori sottolineano l'importanza di una adeguata e pronta assistenza psichiatrica per i detenuti. DURAND et al. (1995) hanno esaminato i casi di suicidio in una grande prigione di Detroit dal 1967 al 1992. Secondo questi autori un importante fattore di rischio, mai identificato in precedenza, è l'omicidio o omicidio colposo. BOURGOIN (1993) ha riscontrato una correlazione tra suicidio e lunghezza del periodo di detenzione, ma non tra suicidio e tipo di crimine commesso né tra suicidio e sesso; l'autore indica tra i principali fattori di rischio per i detenuti un alto stato sociale ed un alto livello di integrazione sociale e familiare, contrariamente a quanto si rileva nella popolazione gene-

rale. GREEN et al. (1993) affermano che il suicidio in carcere è un fenomeno prevalentemente maschile, associato alla presenza di precedenti TS, di disturbi psichici, all'abuso di sostanze e allo stato di single, e non associato invece all'età, al tipo di reato commesso, a precedenti condanne o alla lunghezza del periodo di detenzione. HURLEY (1989) riporta i seguenti dati relativi a venti suicidi avvenuti in una prigione di massima sicurezza dell'Australia nell'arco di 15 anni (dal 1973 al 1987): più della metà dei suicidi si è verificato nei primi due mesi, i detenuti in attesa di giudizio si sono rivelati più a rischio dei condannati, più di un terzo aveva ricevuto in precedenza trattamenti psichiatrici, il 40% aveva già tentato il suicidio. MARCUS e ALCABES (1993) hanno rilevato 48 suicidi tra il 1980 e il 1988 nel Dipartimento di Correzione della città di New York, di cui il 42% attuati nei primi 30 giorni di detenzione; il 91% dei detenuti era in cella singola, il 52% aveva avuto una diagnosi di grave disturbo psichiatrico e il 46% aveva ricevuto cure psichiatriche ambulatoriali o era stato ricoverato; secondo gli autori tutti i detenuti con una storia di disturbi psichici o comunque ritenuti a rischio di suicidio devono beneficiare di cure psichiatriche adeguate durante il periodo di detenzione e non devono essere collocati in celle singole; essi inoltre ritengono che lo staff di correzione debba essere addestrato a riconoscere i comportamenti a rischio di suicidio. Per KERKHOF e BERNASCO (1990) i fattori di rischio da prendere in considerazione sono il primo periodo di detenzione, la condizione di «straniero» e il dover scontare una pena di molti anni. HAYCOOK (1991) parla di una probabile connessione tra eteroaggressività e suicidio tra i detenuti. GRIFFITHS (1990) considera come fattore di rischio suicidario la presenza di condanne precedenti. Uno studio che desta particolare attenzione è quello di BEN-DAVID e SILFEN (1993), i quali sottolineano l'importanza degli abusi sessuali nei maschi detenuti. In tale studio, effettuato in Israele, si riporta che su 235 maschi detenuti il 23.8 % ha confermato di aver subito uno stupro; di questi più del 20% ha avuto una reazione acuta (per esempio tentando il suicidio) dopo la confessione, mentre il 77.7% di coloro che non hanno avuto una reazione acuta trattavasi a loro volta di stu-

pratori. La Tab. 1 riporta i fattori di rischio rilevati negli studi sui suicidi nelle carceri.

Le ricerche empiriche sul suicidio in carcere rimangono comunque molto limitate e sarebbero necessarie nuove e approfondite indagini.

TABELLA 1 – FATTORI DI RISCHIO DEL SUICIDIO NELLE CARCERI

AUTORI	LUOGO	FATTORI DI RISCHIO
Hurley (1989)	Australia	Primo periodo di detenzione; posizione giuridica di imputato; storia di trattamenti psichiatrici; precedenti TS
Salive et al. (1989)	Maryland	Razza bianca; età compresa tra 25 e 34 aa; condanna per crimini commessi contro la persona; sentenza a vita; confinamento in un istituto penitenziario di massima sicurezza
Griffiths (1990)	USA	Precarcerazione
Dooley (1990)	Inghilterra	Storia di trattamenti psichiatrici; precedenti TS; lunghezza del periodo di detenzione; condanna per violenza o abuso sessuale
Kerkhof e Bernasco (1990)	Netherlands	Primo periodo di detenzione; condizione di «straniero»; lunghezza del periodo di detenzione
Skegg e Cox (1991)	N. Zelanda	Presenza di disturbi psichici
Winkler (1992)	Wisconsin	Tossicodipendenza; isolamento; le prime 24 ore di detenzione
Bourgoin (1993)	Francia	Alto livello di integrazione sociale e familiare; lunghezza del periodo di detenzione
Green et al. (1993)	Canada	Sesso; precedenti TS; presenza di disturbi psichici; tossicodipendenza; stato di single
Marcus e Alcabes (1993)	New York	Primo periodo di detenzione; isolamento; presenza di disturbi psichici; precedenti ricoveri in ambiente psichiatrico
Ben David e Silfen (1993)	Israele	Aver subito abusi sessuali in carcere
DuRand et al. (1995)	Detroit	Condanna per omicidio o omicidio colposo
Schaller et al. (1996)	Svizzera	Età inferiore a 25 aa; precedenti TS; precedenti trattamenti psichiatrici; dipendenza da oppiacei

In Italia non sono stati ancora compiuti studi sistematici sul fenomeno suicidario in carcere. In questo primo lavoro ci proponiamo:

- a) di esaminare, in termini di epidemiologia descrittiva, i casi di suicidio nelle carceri italiane rilevati nel periodo 1996-1997;
- b) di formulare delle ipotesi sui possibili fattori di rischio;
- c) di indicare eventuali misure di prevenzione da adottare.

Ulteriori studi (tipo caso-controllo) sono attualmente in corso per la verifica e la quantificazione dei presunti fattori di rischio individuati.

1. - *Materiali e metodi*

I dati da noi considerati sono quelli relativi alle schede anonime sui decessi per suicidio avvenuto in ambiente penitenziario occorsi negli anni 1996 e 1997. Essi sono stati forniti dal Ministero di Grazia e Giustizia, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria.

I dati sono stati inseriti in un data base ed elaborati con criteri statistico-epidemiologici mediante il programma Epi 6 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

2. - *Risultati anno 1996*

I casi di suicidio osservati sono stati 45, pari ad un tasso di 92,5 suicidi ogni 100.000 reclusi/anno. Il rapporto tra questo tasso e il tasso più recente disponibile per la popolazione generale (11.93 per 100.000 abitanti/anno) è pari a 7.8.

La popolazione carceraria era di 48.528 soggetti, di cui 46.441 maschi (95,7%) e 2.087 femmine (4,3%). Nonostante la gran parte dei suicidi (43/45) fosse costituita da maschi, il tasso suicidario nei due sessi risulta analogo (43/46.441 contro 2/2.087): ciò, confermato anche dai dati del 1997, sia pure in base ai modesti valori mostrati dalla variabile poissoniana per la femmine (dell'ordine di qualche unità), ha profonde conseguenze. Mentre nelle carceri vediamo che il rapporto tra la mortalità m/f è pari circa a 1, nella popolazione generale tale

rapporto è mediamente pari a 2,5 e per quanto riguarda gli anni in questione tale rapporto è in crescita ed è circa uguale a 3 per la fascia di età in questione. Pertanto se per i maschi detenuti il Rischio Relativo di suicidio è circa 10 volte quello della popolazione generale, nel caso delle femmine tale rischio è circa 30 volte quello della popolazione generale. Questo risultato se confermato sui dati retrospettivi mostrerebbe inequivocabilmente come l'esposizione al carcere per le femmine, sia pure con un basso numero di casi, rappresenta una situazione non solo non irrilevante ma a maggior rischio che nei maschi.

L'età media dei soggetti è di 34,8 anni (età mediana 32 anni). Il 25% dei soggetti aveva meno di 31 anni, un altro 25% aveva più di 39 anni. Il range di età di questi suicidi va da 23 a 55 anni. Le due donne suicide avevano rispettivamente 23 e 27 anni di età.

Il 64,4% dei casi era costituito da italiani e il 35,6% da stranieri, di cui una larga maggioranza (87,5%) extracomunitari. Il 25% dei soggetti era stato arrestato prima del giugno '94, un altro 25% dopo il maggio '96. L'ingresso nell'Istituto di pena era per il 25% dei casi precedente al gennaio '96 e per un altro 25% successivo al luglio '96. La posizione giuridica dei soggetti era prevalentemente di condanna definitiva (57,8%); i restanti casi erano imputati. Per una gran parte dei soggetti (84,4%) il termine della pena era previsto prima dell'anno 2000. I reati commessi erano prevalentemente omicidi (26,7%), furti (24,4%), droga (20%), rapina (15,6%), più altri reati (13,3%).

Il 60% dei soggetti aveva già subito carcerazione.

Gli Istituti dove si sono verificati i suicidi coprono praticamente tutto il territorio nazionale; la percentuale maggiore di suicidio riguarda però i grandi Istituti penitenziari.

La scolarità dei soggetti era sostanzialmente di tipo basso (il 62,2% di essi aveva conseguito un titolo pari alla media inferiore o meno). Tra i casi c'era un solo laureato.

I soggetti tossicodipendenti erano più della metà (55%). Di 21 soggetti, di cui si conosceva lo stato di infezione HIV, risultava positivo il 66,7%: nell'ipotesi ottimistica che tutti i soggetti non testati fossero negativi, la prevalenza di HIV positivi

sarebbe almeno pari al 31.1%. Il rischio suicidario era stato valutato per 26 soggetti, ed era risultato sostanzialmente basso o assente (53.8%); tuttavia, nel 23% di questi casi tale rischio era stato considerato elevato. Il 20% dei soggetti era in isolamento e il 40% pur non essendo in isolamento era comunque collocato in cella singola.

Al colloquio psicologico, nel 69% dei 42 soggetti di cui si conosceva questo dato si era rilevata un'alterazione dello stato psichico. La situazione più frequentemente riscontrata era quella di una sindrome ansioso-depressiva (42.9% sul totale dei casi, 62.1% sul numero di soggetti che presentava disturbi psichici). Gli altri disturbi messi in evidenza nei 29 soggetti positivi al colloquio di valutazione psichica erano costituiti da: agitazione psicomotoria (13.8%); disturbo di personalità (10.3%); sindrome delirante (13.3%) idee persecutorie (3.4%). La gravità di queste manifestazioni era considerata elevata nel 27.5% dei casi e media nel 34.5%.

La modalità prevalente del suicidio è stata l'impiccagione, che si è riscontrata nel 84.4% dei casi, seguita da inalazione di gas (11.1%) e, nei due casi restanti, ferite da taglio e soffocamento mediante sacchetto di plastica.

In rapporto al periodo di detenzione, il 24,4% dei casi si è suicidato entro un mese; medianamente il suicidio si è realizzato entro un anno; il 20% dei casi si è ucciso dopo tre anni di detenzione. Si osservi a questo proposito che non sono infrequenti suicidi dopo lunghi periodi di detenzione: ad esempio, l'11.1% si suicida dopo cinque o più anni di detenzione.

I suicidi si sono realizzati praticamente in tutti i mesi dell'anno, anche se appaiono meno numerosi nella prima metà dell'anno (da gennaio a giugno si osserva il 35.6% dei casi; in particolare, nel 1° semestre dell'anno si osserva il 57.1% di tutti i suicidi degli stranieri, contro solo il 25.0% dei suicidi dei soggetti italiani). Le ore del suicidio sono le più diverse e sostanzialmente coprono tutto l'arco della giornata, anche se sono meno rappresentate le ore notturne (16.3% dei casi, dalle 00.00 alle 05.00 del mattino). I decessi sono avvenuti per il 58.1% all'interno dell'Istituto di pena e per il 41.9% in ospedale, dove il paziente è deceduto o giunto cadavere.

Per quanto riguarda i reati, nei giovani con 30 e meno anni di età alla morte, predominano la droga (36.4%) e la rapina (36.4%); in soggetti tra 31 e 35 anni è dominante l'omicidio (38.9%) seguito dal furto (33.3%); anche nei soggetti di 36 e più anni prevale l'omicidio (31.3%), seguito dal furto (25%). Si osserva che il reato per droga, presente nella classe dei più giovani nel 36.4% dei casi, diminuisce percentualmente nelle classi successive (16.7% e 12.5% rispettivamente).

Per quanto riguarda gli extracomunitari, a fronte degli altri casi, non si rilevano differenze significative nello stato psichico, nella posizione giuridica, nella prevalenza di tossicodipendenti. Gli extracomunitari risultano più in isolamento degli altri (42.8% contro 9.6%, test X^2 , $p < 0.0128$). Lo stato di infezione HIV era noto solo in tre extracomunitari (risultati tutti positivi), contro 18 degli altri di cui risultava positivo il 61.1%: questa differenza tuttavia non risulta significativa data l'esiguità del campione.

In riferimento all'età, ripartendo sempre i soggetti in tre classi (≤ 30 , 31-35, 36 + anni alla morte), non si evidenziano differenze nella prevalenza di tossicodipendenti; per quanto riguarda l'HIV i dati sono più frammentari in quanto relativi, come detto, solo a 21 soggetti; tuttavia, mentre nelle classi più anziane la proporzione di HIV positivi tra i testati è intorno al 60%, i quattro soggetti sotto i 30 anni testati sono risultati tutti HIV positivi. La proporzione di extracomunitari è massima nella classe giovane (45.5%) e tende a decrescere nelle due classi successive (33.3% e 18.8% rispettivamente). Rischio suicidario «elevato» risulta massimo nella classe centrale (36.4%), ma tale risultato non sembra molto indicativo in quanto i dati sono disponibili solo per 26 soggetti. Elevato il tasso di precarcerazione tra i più giovani (75%), laddove nelle altre due classi si ha rispettivamente il 64.7% e 46.7%.

La rapidità nel realizzare il suicidio risulta massima nei giovani dove il 45.5% attua il gesto entro 15 giorni, laddove nelle altre due classi solo il 5.6% e il 12.5% si comporta analogamente (test X^2 , $p < 0.019$). Tale rapidità risulta inoltre essere massima negli extracomunitari: entro 15 gg si uccide il 35.7% contro il 9.7% degli altri (test della probabilità esatta di Fisher:

$p < 0.048$). La proporzione dei suicidi messi in atto il primo anno di detenzione nelle tre classi di età è rispettivamente 54.5%, 33.3% e 62.5% ($p < 0.215$, n.s.).

Un altro aspetto interessante è che a 15 gg. dall'inizio della detenzione la gran parte dei suicidi riguarda «imputati» che costituiscono il 75% dei suicidi a 15 gg (su 10 soggetti imputati, 6 si sono uccisi entro 15 gg — il 60%! — mentre su 24 «definitivi» solo uno si è ucciso entro 15 gg — 4.2%). Questo non sembra spiegato dall'età in quanto la distribuzione per età non è diversa statisticamente nei due casi ($p > 0.20$), né — si noti — la presenza di problemi psichici ($p > 0.30$), né dalla mancanza di precarcerazioni (fattore protettivo). Questo fatto risulta confermato dai dati dei suicidi relativi al 1° semestre 1997.

Sembra esserci una tendenza nei soggetti HIV positivi a suicidarsi prima degli altri, specie nei giovani: tuttavia l'esiguità dei casi, unitamente a una parziale conoscenza di positività per HIV, rende questa una ipotesi da esaminare attentamente in futuro, eventualmente su casistiche cumulate di diversi anni. Sempre tenendo conto che il test per l'HIV è stato effettuato solo su 21 soggetti, si tenga presente che 12 dei 13 tossicodipendenti esaminati erano HIV positivi (92.3%), contro solo 2 degli 8 non tossicodipendenti testati (25%) ($p < 0.0032$ al test della probabilità esatta di Fisher).

3. - Risultati Anno 1997

I suicidi osservati nel '97 sono stati 55 (52 maschi e 3 femmine), cui corrisponde un tasso di 112 suicidi ogni 100.000 detenuti/anno, con un aumento del tasso di mortalità suicidario di 20 rispetto all'anno precedente.

Per tutte le altre cause si sono avuti 67 decessi. Il suicidio pertanto ha rappresentato il 45% di tutta la mortalità carceraria osservata nell'anno (122 morti totali).

La popolazione carceraria era di 49.306 soggetti, di cui 47.274 maschi (96%) e 2.032 femmine (4%).

Nonostante la gran parte dei suicidi (52/55) fosse costituita da maschi, il rapporto maschi/femmine è di circa 1:1,4.

L'età media dei soggetti era di 33 anni. Il 25% dei soggetti aveva meno di 26 anni, un altro 25% aveva più di 40 anni. L'età di questi suicidi andava da 21 a 57 anni. Le 3 donne suicide avevano rispettivamente 23 e 27 e 24 anni di età.

L'85,5% dei casi era costituito da italiani e il 14,5 da stranieri, tutti extracomunitari (3 slavi e cinque nordafricani). Il 25% dei soggetti è stato arrestato prima del giugno '94, un altro 25% dopo marzo '97. L'ingresso nell'Istituto di pena era per il 25% dei casi precedente ad ottobre '96 e per un altro 25% successivo al luglio '97.

La posizione giuridica dei soggetti era prevalentemente di condanna definitiva (61,8%); i restanti casi erano imputati.

Per una gran parte dei soggetti con condanna definitiva (78,4%) il termine della pena era previsto prima dell'anno 2000.

I reati commessi erano prevalentemente omicidi (19,6%), furti (29,4%), droga (29,4%), rapina (11,8%), più altri reati (9,8%).

Gli Istituti dove si sono verificati i suicidi coprono sostanzialmente tutto il territorio nazionale. Il 70,5% dei soggetti per i quali il dato era noto (n = 44) aveva già subito carcerazione.

La scolarità dei soggetti risulta essere sostanzialmente di tipo basso: dei 41 casi in cui era noto questo dato, il 43,9% aveva conseguito la licenza elementare, il 39% la media inferiore; un soggetto aveva conseguito il diploma e uno la laurea.

Il 60% dei 45 casi in cui era noto il dato era tossicodipendente. Di 22 soggetti, di cui si conosceva lo stato di infezione HIV, risultava positivo il 36,4%: nell'ipotesi ottimistica che tutti i soggetti non testati fossero negativi, si avrebbe una prevalenza di HIV positivi pari al 15,7%.

Il rischio suicidario era stato valutato per 23 soggetti, ed era risultato sostanzialmente basso (39,1%); tuttavia nel 18,2% di questi casi tale rischio era stato considerato elevato.

Solo il 16,7% dei soggetti era in isolamento, anche se un ulteriore 17,8% pur non essendo in isolamento era comunque collocato in cella singola.

All'esame psichiatrico il 21,7% dei 23 soggetti di cui si conosce questo dato non mostrava alterazioni dello stato psichico.

La situazione più frequentemente riscontrata nei restanti soggetti è quella di una sindrome depressiva (47.7%). Gli altri problemi messi in evidenza nei 23 soggetti positivi all'esame psichiatrico erano costituiti da: disturbo di personalità (8.6%), idee persecutorie (8.6%).

Nei 17 casi in cui il dato risultava disponibile, la gravità di queste manifestazioni era considerata elevata nel 5.9% dei casi e media nel 58.8%.

La modalità prevalente del suicidio è l'impiccagione, che si riscontra nel 81.8% dei casi, seguita da inalazione di gas (16.4%) e ferite da taglio (1.8%).

In rapporto al periodo di detenzione, il 23.5% dei casi si è suicidato entro un mese; medianamente il suicidio si realizza entro un anno; circa il 25% dei casi si uccide dopo tre anni di detenzione. Si osservi a questo proposito che non sono infrequenti suicidi dopo lunghi periodi di detenzione: ad esempio, il 7.8% si suicida dopo cinque o più anni.

I suicidi si sono realizzati praticamente in tutti i mesi dell'anno, anche se appaiono concentrati nella parte centrale dell'anno (da maggio a settembre si osserva il 60.8% dei casi). Le ore del suicidio sono le più diverse e sostanzialmente coprono tutto l'arco della giornata, anche se sono meno rappresentate le ore notturne (19.6% dei casi, dalle 00.00 alle 05.00 del mattino).

Diversamente da quanto osservato nel 1996, dove le morti sono avvenute per il 58.1% all'interno dell'Istituto di pena e per il 41.9% in ospedale, dove il paziente è deceduto o giunto cadavere, nel 1997 all'interno dell'Istituto di pena si osserva l'84.0% degli eventi.

In quasi la metà dei casi (44%) il suicidio si realizza entro un mese dall'ingresso.

4. - *Discussione*

Risulta chiaramente dai dati analizzati che i soggetti che si sono suicidati nelle carceri italiane nel 1996 erano per lo più adulti giovani (età media sotto i 35 anni). Più del 50% aveva una posizione giuridica di condanna definitiva (anche se il 75% dei decessi entro il quindicesimo giorno di detenzione riguarda

gli imputati), era tossicodipendente, aveva subito precedenti carcerazioni, si è suicidato prevalentemente nella seconda metà dell'anno (che comprende i mesi più caldi e con il maggior numero di festività). Per più di un terzo trattavasi di stranieri e di sieropositivi. Il 20% era in isolamento ed il 40% era comunque ubicato in cella singola. Il 25% si è suicidato entro un mese dall'inizio della detenzione. Il livello di scolarità per la maggior parte era basso. In più del 50% era stato riscontrato un disturbo psichico. I disturbi psichici più frequenti, anche se nella maggior parte dei casi è stata posta solo una diagnosi di stato, erano gli stati depressivi e deliranti e i disturbi di personalità. La valutazione del rischio suicidario è stata compiuta in modo meramente soggettivo e senza l'ausilio di idonee scale di valutazione psicometrica (era basata esclusivamente su di un colloquio). Non sono stati riportati dati su eventuali precedenti TS.

Nella popolazione carceraria da noi esaminata appaiono pertanto di interesse, nella valutazione del rischio suicidario, i seguenti fattori:

- la posizione giuridica (sebbene la posizione di «condannato» sia quella a maggior rischio, la posizione di «imputato» è ad altissimo rischio nei primi 15 gg di detenzione) (in accordo con HURLEY, 1989);

- lo stato di tossicodipendenza (in accordo con SCHALLER et al. 1996, WINKLER 1992, GREEN et al. 1993);

- la presenza di precarcerazioni (in accordo con GRIFFITHS 1990; in disaccordo con GREEN et al. 1993);

- la presenza di disturbi psichici (in accordo con AXELSON e WAHL 1992, DOOLEY 1990, BLAND et al. 1990, GREEN et al. (1993), MARCUS e ALCABES (1993), HURLEY 1989);

- il primo periodo di detenzione (in accordo con WINKLER 1992, MARCUS e ALCABES 1993, HURLEY 1989, KERKHOF e BERNASCO 1990);

- l'isolamento o la collocazione in cella singola (in accordo con WINKLER 1992, MARCUS e ALCABES 1993) in particolare per gli stranieri;

- il secondo semestre, che comprende i mesi più caldi (che coincidono: a) con il peggioramento delle condizioni ambientali

e b) con la significativa riduzione della presenza degli operatori a causa delle ferie) e quelli con il maggior numero di festività (vedi il punto b);

- la mancanza di una valutazione oggettiva del rischio suicidario;
- la sieropositività;
- la condizione di «straniero» (in accordo con KERKHOF e BERNASCO 1990), in particolare se in isolamento.

5. - Conclusioni: le possibilità preventive

Alla luce di quanto rilevato nella discussione, sia sulla base dei nostri dati, che dovranno naturalmente essere confermati e approfonditi mediante ulteriori ricerche, sia sulla base dei risultati degli studi internazionali, possono essere sin d'ora estratte linee guida per la prevenzione del fenomeno.

La prevenzione viene metodologicamente distinta in primaria, secondaria e terziaria. In materia di suicidio la prevenzione primaria dovrebbe tendere a prevenire le cause e i fattori responsabili direttamente e indirettamente del comportamento suicidario (riguarda i soggetti in cui non si sono manifestati intenzioni o gesti suicidari); la prevenzione secondaria dovrebbe tendere a prevenire il fenomeno nei soggetti in cui le intenzioni suicidarie si siano già manifestate, cioè nei soggetti che apertamente minacciano o promettono di suicidarsi; la prevenzione terziaria dovrebbe tendere a prevenire la ricorrenza del suicidio, o meglio del tentato suicidio.

In Italia non è mai stata attuata alcuna strategia tesa a prevenire o a ridimensionare il fenomeno suicidario tra i detenuti; va detto che nel corso del 1997 è stato istituito dal Ministero di Grazia e Giustizia (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria — Ufficio Centrale dei Detenuti-Affari Generali Rep. II) un gruppo di lavoro sul fenomeno dell'autolesionismo in carcere, al quale uno di noi ha attivamente partecipato in qualità di esperto esterno.

Sulla base dei possibili fattori di rischio sopra individuati riteniamo che la prevenzione del fenomeno nello specifico

ambiente di restrizione carceraria dovrebbe schematicamente comprendere tre momenti o livelli: un primo a carattere generale ambientale, un secondo a carattere diagnostico-individuativo ed un terzo a carattere terapeutico (tab. 2). I tre momenti devono integrarsi e ciascuno di essi non può naturalmente prescindere dagli altri due.

Per quanto riguarda l'aspetto ambientale possono essere individuate le seguenti misure: miglioramento delle condizioni generali (curare ad esempio gli aspetti alberghieri: vitto, alloggio, ecc., così come l'igiene ambientale); umanizzazione dei rapporti intersoggettivi; riduzione dell'inattività e dell'isolamento affettivo; separazione dei tossicodipendenti e degli alcolisti dagli altri detenuti; migliore distribuzione del numero dei detenuti per metro quadrato, nel senso della riduzione dell'affollamento; riduzione della frattura con il mondo esterno e agevolazione dei contatti con la famiglia; separazione tra imputati e condannati; maggiore sorveglianza.

Per quanto riguarda il momento diagnostico-individuativo risulta indispensabile un corretto esame psichico per una valutazione oggettiva e multidisciplinare del rischio suicidario (psicopatologica e psicosociale) con accurato esame anamnestico e psico-comportamentale e, possibilmente, con idonee scale psicometriche e schede di valutazione. Specifica atten-

TABELLA 2 – MISURE DI PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN CARCERE

AMBIENTE	DIAGNOSI	«TERAPIA»
Miglioramento condizioni generali	Valutazione rischio:	Trattamento individualizzato:
Umanizzazione rapporti	– anamnesi	Coinvolgimento psicoeducazionale di:
Riduzione inattività e isolamento	– status psichico	– tutto il personale
Selezione tossicodipendenti	– test psicometrici	– detenuti
Selezione alcolisti		– familiari
Migliore distribuzione detenuti		Permessi premio
Riduzione frattura mondo esterno		
Agevolazioni contatti familiari		
Separazione imputati/condannati		
Maggiore sorveglianza		

zione e particolare cautela debbono inoltre essere poste all'atto dell'ingresso della persona in Istituto, specie se per la prima volta, e prima della sua assegnazione alla sezione a cui è destinata. È auspicabile che l'osservazione non si limiti all'inizio della detenzione ma venga proseguita nel corso di essa.

Rientrano nel momento terapeutico: un adeguato e ovviamente individualizzato trattamento psicologico e/o psichiatrico del disagio e del disturbo rilevati; il coinvolgimento almeno di tipo psicoeducazionale di tutto il personale (compreso il volontariato); il coinvolgimento dei detenuti; il coinvolgimento dei familiari. Potrebbero inoltre avere finalità pedagogiche gratificanti alcune incentivazioni quali i «permessi premio».

Un ulteriore approfondimento, soprattutto ai fini della prevenzione, dei dati da noi indicati come possibili fattori di rischio resta comunque indispensabile. A questo scopo servirebbe uno studio caso-controllo, dove il controllo è costituito da detenuti con caratteristiche analoghe ai casi di suicidio.

BIBLIOGRAFIA

- LESTER D., DANTO B.L., *Suicide Behind Bars. Prediction and Prevention*. Philadelphia: The Charles Press Publishers 1993.
- HAYCOCK J., *Capital crimes: suicide in jail*. Death Studie 1991; 15/5.
- SCHALLER G., ZIMMERMANN C., RAYMOND L., *Risk factors in self-injurious behaviour in a Swiss prison*. Soz Praventiv Med 1996; 41/4: 249-56.
- AXELSON GL., WAHL OF., *Psychotic versus nonpsychotic misdemeanants in a large county jail: an analysis of pretrial treatment by the legal system*. Int J Law Psychiatry 1992; 15/4: 379-86.
- WINKLER GE., *Assessing and responding to suicidal jail inmates*. Community Ment Health J 1992; 28/4: 317-26.
- SALIVE ME, SMITH GS, BREWER TF. *Suicide mortality in the Maryland state prison system, 1979 through 1987*. JAMA 1989; 262/3: 365-369.
- DOOLEY E., *Prison suicide in England and Wales, 1972-87*. Br J Psychiatry 1990; 156: 40-5.
- BLAND RC, NEWMAN SC, DYCK RJ, ORN H. *Prevalence of psychiatric disorders and suicide attempts in a prison population*. Can J Psychiatry 1990; 35/5: 407-13.

- MADEN T, SWINTON M, GUNN J., *Psychiatric disorder in women serving a prison sentence*. Br J Psychiatry 1994; 164/1: 44-54.
- SKEGG K, COX B. *Impact of psychiatric services on prison suicide*. Lancet 1991; 338/8780: 1436-8.
- DURAND CJ, BURTKA GJ, FEDERMAN EJ, HAYCOX JA, SMITH JW., *A quarter century of suicide in a major urban jail: implications for community psychiatry*. Am J Psychiatry 1995; 152/7: 1077-80.
- BOURGOIN N., *Mortality due to suicide in prison*. Rev Epidemiol Santé Publique 1993; 41/2: 146-54.
- GREEN C, KENDALL K, ANDRE G, LOOMAN T, POLVI N., *A study of 133 suicides among Canadian federal prisoners*. Med Sci Law 1993; 33/2: 121-7.
- HURLEY W., *Suicides by prisoners*. Med J Aust 1989; 151/4: 188-190.
- MARCUS P, ALCABES P., *Characteristics of suicides by inmates in an urban jail*. Hosp Community Psychiatry 1993; 44/3: 256-61.
- KERKHOF AJ, BERNASCO W., *Suicidal behavior in jails and prisons in the Netherlands: incidence, characteristics and prevention*. Suicide Life Threat Behav 1990; 20/2: 123-37.
- HAYCOCK J., *Crimes and misdemeanors: a review of recent research on suicides in prison*. Journal of Death and Dying 1991; 23/2: 81-94.
- Griffiths AW., *Correlates of suicidal history in male prisoners*. Med Sci Law 1990; 30/3: 217-8.
- BEN DAVID S, SILFEN P. *Rape death and resurrection: male reaction after disclosure of the secret of being a rape victim*. Med Law 1993; 12/1-2: 181-9.

RIASSUNTO

Il problema del suicidio nelle carceri è particolarmente grave. Si consideri infatti che nella popolazione carceraria esso rappresenta la prima causa di morte, con tassi annui intorno a 100 casi ogni 100.000 detenuti (nella popolazione generale detto tasso è intorno a 8 casi ogni 100.000 abitanti/anno). In Italia nel 1996 su una presenza media di 48.528 detenuti sono stati osservati 45 suicidi (43 maschi e 2 femmine), pari a un tasso di 93 suicidi ogni 100.000 detenuti/anno. Il 35,6% di questi era costituito da stranieri, in gran parte extracomunitari. Per tutte le altre cause si sono avuti 76 decessi. Il suicidio pertanto ha rappresentato il 37,2% di tutta la mortalità carceraria osservata nell'anno (121 morti totali). Come termine di confronto, si pensi che negli USA i suicidi nelle carceri costituiscono circa il 30% dei decessi.

Nel 1997 sono stati registrati 55 suicidi (52 maschi e 3 femmine), pari a un tasso di 112 suicidi ogni 100.000 detenuti/anno, con un aumento del tasso di mortalità per suicidio di 20 rispetto al 1996.

In questo lavoro vengono esaminati i casi di suicidio nelle carceri italiane rilevati nel periodo 1996-1997, con una descrizione del fenomeno in termini quantitativi. Tale analisi ha dato la possibilità agli autori di proporre ipotesi sui fattori di rischio e sulle misure di prevenzione adottabili.

RÉSUMÉ

Le problème du suicide dans les institutions pénitentiaires est particulièrement grave. Parmi la population carcérale, celui-ci est en fait la première cause de décès, avec des taux annuels d'environ 100 cas sur 100.000 détenus (parmi la population en milieu libre, le taux est de 8 cas sur 100.000 citoyens/an). En Italie en 1996, considérant une moyenne de présence de 48.528 détenus, 45 suicides ont été enregistrés (43 hommes et 2 femmes), ce qui correspond à un taux de 93 suicides sur 100.000 détenus/an. Le 35,6% des suicides concernait des étrangers, en majorité extra-communautaires. Pour d'autres causes, 76 décès ont été enregistrés. Le suicide a donc constitué le 37,2% de la mortalité carcérale observée pendant l'année (totale: 121 décès). À fin d'une comparaison, aux Etats Unis les suicides en prison constituent environ le 30% des décès.

En 1997, 55 suicides ont été enregistrés (52 hommes et 3 femmes), c'est à dire un taux de 112 suicides sur 100.000 détenus/an, avec une augmentation du taux de mortalité à cause de suicide de 20 unités, comparé à 1996.

Dans cet article on examine les cas de suicide dans les établissements italiens, relevés en 1996-1997, avec une description quantitative du phénomène. Cette analyse a donné aux Auteurs la possibilité de formuler des hypothèses sur les facteurs de risque et sur les mesures possibles de prévention.

SUMMARY

The problem of suicide in prison is particularly serious. Among the prison population, this is the first cause of death, with annual rates around 100 cases out of 100.000 prisoners (among the general population, this rate is around 8 cases out of 100.000 citizens/year). In Italy, in 1996, out of an average presence of 48.528 prisoners, 45 suicides have been recorded (43 men and 2 women), which means a rate of 93 suicides out of 100.000 prisoners/year. 35,6% of these were strangers, and most of them from extra-european countries. Due to other causes, 76 cases of death have been counted. In fact, suicide has represented 37,2% of prison mortality during that year (121 cases of death). As a comparison, it can be observed that, in the United States, prison suicides are around 30% of all causes of prison mortality.

In 1997, 55 suicides have been recorded (52 men and 3 women), which means a rate of 112 suicides out of 100.000 prisoners/year, showing an increase of 20 units compared with 1996.

In this essay, the cases of suicide in Italian penitentiary institutions during the period 1996-1997 are observed, viewing at a quantitative description of the phenomenon. This analysis gives the Authors the occasion to formulate hypothesis on risk factors and on possible prevention measures.