

LA PREVENZIONE DEL SUICIDO

NELLE CARCERI



**World Health  
Organization**

***IASP***

*International Association  
for Suicide Prevention*

Management of Mental and Brain Disorders  
Department of Mental Health and Substance Abuse  
World Health Organization

**© World Health Organization 2007**

Tutti i diritti riservati. Le pubblicazioni della World Health Organization possono essere richieste alla WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). L'autorizzazione a riprodurre o tradurre le pubblicazioni della WHO – per fini commerciali o meno – deve essere richiesta alla WHO Press, all'indirizzo sopra indicato (fax: +41 22 791 4806; e-mail: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

I termini utilizzati e la presentazione del materiale in questa pubblicazione non implicano l'espressione di qualunque opinione da parte della World Health Organization sullo stato legale di paesi, territori, città, aree o sulle loro autorità, o sulla delimitazione delle loro frontiere o confini. Le linee tratteggiate sulle mappe rappresentano linee di confine approssimative sulle quali potrebbero non esserci accordi pienamente condivisi.

Il riferimento a specifiche compagnie o ad alcuni prodotti di fabbrica non implica che queste/i siano autorizzate/i o raccomandate/i dalla World Health Organization rispetto ad altre compagnie o prodotti di natura simile che non sono menzionati. Ad esclusione di eventuali refusi, i nomi dei prodotti di proprietà sono distinti da iniziali maiuscole.

Tutte le ragionevoli precauzioni sono state prese dalla World Health Organization al fine di verificare le informazioni contenute in questa pubblicazione. Ad ogni modo, il materiale pubblicato viene distribuito senza garanzia di alcun tipo, sia esplicita che implicita. La responsabilità per l'interpretazione e l'uso di questo materiale è a carico del lettore. In nessun caso la World Health Organization può essere imputata per danni derivanti dall'utilizzo di questa pubblicazione.

Stampato in Svizzera

# INDICE

PREFAZIONE.....	4
DATI GENERALI SUL SUICIDIO.....	8
I DETENUTI RAPPRESENTANO UN GRUPPO AD ALTO RISCHIO	9
LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN CARCERE .....	10
Elaborazione di un profilo suicidario.....	10
<i>Profilo 1: detenuti in attesa di giudizio</i> .....	10
<i>Profilo 2: detenuti condannati</i> .....	10
Fattori di Rischio comuni.....	11
<i>Fattori Situazionali</i> .....	11
<i>Fattori psicosociali</i> .....	11
<i>Donne</i> .....	12
<i>Carceri minorili</i> .....	12
I profili possono cambiare nel tempo.....	12
COMPONENTI CHIAVE DI UN PROGRAMMA DI PREVENZIONE DEL SUICIDIO.....	13
Addestramento del personale carcerario.....	13
Screening all'ingresso.....	14
Osservazione dopo l'ingresso .....	15
Gestione post-screening .....	16
<i>Osservazione</i> .....	16
<i>Comunicazione</i> .....	17
<i>Intervento sociale</i> .....	18
<i>Ambiente fisico e architettura</i> .....	18
<i>Trattamento Psichiatrico</i> .....	19
In caso di tentativo di suicidio .....	19
<i>I tentativi a scopo manipolativo</i> .....	20
In caso di suicidio .....	21
Riepilogo delle strategie più efficaci .....	22
CONCLUSIONI.....	23
BIBLIOGRAFIA.....	24

## PREFAZIONE

Il suicidio è un fenomeno complesso che ha attratto nel corso dei secoli l'attenzione di filosofi, teologi, fisici, sociologi ed artisti; secondo il filosofo francese Albert Camus, ne *Il Mito di Sisyphus*, è l'unico problema filosofico serio.

Il suicidio rappresenta un grave problema di salute pubblica, e come tale richiama tutta la nostra attenzione; ciononostante la sua prevenzione e il suo controllo non sono obiettivi semplici. L'attuale ricerca sullo stato dell'arte indica che la prevenzione del suicidio, per quanto fattibile, necessita una serie di attività che spaziano dal creare condizioni di crescita più favorevoli per bambini e giovani, al trattare i disturbi mentali, per arrivare al controllo dei fattori di rischio ambientali. Un'adeguata divulgazione delle informazioni al riguardo ed una maggiore consapevolezza del problema sono elementi essenziali affinché un programma di prevenzione del suicidio si riveli efficace.

Nel 1999 la WHO ha lanciato SUPRE, un'iniziativa su scala mondiale per la prevenzione del suicidio. Questo documento è la versione rivista di una di una serie di risorse elaborate inizialmente come parte di SUPRE, e indirizzate a gruppi sociali e professionali critici ai fini della prevenzione del suicidio. Esso rappresenta uno degli anelli di una lunga e variegata catena, che comprende un ampio spettro di persone e gruppi, tra cui operatori sanitari, educatori, istituzioni sociali, governi, legislatori, comunicatori sociali, forze di polizia, famiglie e comunità.

Siamo particolarmente grati alla Dott.ssa Heather L. Stuart, Community Health and Epidemiology, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada, che ha prodotto la versione precedente di questo documento. Desideriamo esprimere la nostra gratitudine anche ai seguenti esperti:

Dott.ssa Annette Beautrais, Christchurch School of Medicine, Christchurch, New Zealand  
Dott. Ekeberg, Ullevål Hospital, University of Oslo, Oslo, Norway  
Prof. Robert D. Goldney, University of Adelaide, Gilberton, Australia  
Prof. Richard Ramsay, University of Calgary, Calgary, Canada  
Prof. Lourens Schlebusch, University of Natal, Durban, South Africa  
Dott. Airi Värnik, Tartu University, Tallinn, Estonia  
Prof. Julio Arboleda-Flórez, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada.

Questo aggiornamento è stato sviluppato con la collaborazione della Task Force on Suicide in Prisons della International Association for Suicide Prevention (IASP). Vorremmo quindi porgere i nostri ringraziamenti alle persone che seguono, per il loro contributo alla versione aggiornata:

Dr Norbert Konrad, Institute of Forensic Psychiatry Charité, Berlin, Germany  
Dr Marc S. Daigle, University of Québec at Trois-Rivières and Centre for Research and Intervention on Suicide and Euthanasia (CRISE), Canada

Dr Anasseril E. Daniel, University of Missouri School of Medicine,  
Columbia, Missouri, United States of America  
Dr Greg Dear, Edith Cowan University, Joondalup, Australia  
Dr Patrick Frottier, J.A. Mittersteig, Vienna, Austria  
Mr Lindsay M. Hayes, National Center on Institutions and  
Alternatives, Mansfield, United States of America  
Professor Ad Kerkhof, Vrije Universiteit, Amsterdam, the Netherlands  
Professor Alison Lieblich, Cambridge Institute of Criminology,  
Cambridge, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland  
Professor Marco Sarchiapone, Department of Health Sciences,  
University of Molise, Campobasso, Italy.

Traduzione a cura di Marco Sarchiapone.

La collaborazione della IASP con la WHO nelle sue attività  
dedicate alla prevenzione del suicidio è particolarmente apprezzata.

Queste risorse sono ampiamente divulgate nella speranza che  
vengano tradotte ed adattate ai contesti locali – un pre-requisito  
affinché siano efficaci. Sono quindi graditi commenti e richieste per  
l'autorizzazione a tradurle e adattarele.

Dr José M. Bertolote  
Coordinator, Management of Mental and Brain Disorders  
Department of Mental Health and Substance Abuse  
World Health Organization



## LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO NELLE CARCERI

Il suicidio è spesso la causa più comune di morte nelle carceri. Gli istituti penitenziari hanno l'obbligo di preservare la salute e la sicurezza dei detenuti, ed un eventuale fallimento di questo mandato può essere perseguito a fini di legge. Un suicidio in ambiente carcerario può inoltre scatenare l'interesse dei mass media, e con facilità trasformarsi in scandalo politico. Ancora, il suicidio di un detenuto rappresenta un forte agente stressogeno per il personale di custodia e per gli altri detenuti. Per queste ragioni un programma di prevenzione del suicidio e l'organizzazione di un servizio d'intervento efficace sono misure utili non solo per i detenuti ma anche per l'intero istituto dove questi vengono implementati. E' proprio in questo contesto che le istituzioni carcerarie di tutto il mondo affrontano il problema della prevenzione del suicidio.

Gli ambienti carcerari si differenziano per i vari tipi di detenuti ospitati e per i contesti locali: condizioni giuridiche di attesa di giudizio, condanne brevi o lunghe, ambienti sovraffollati<sup>1</sup>, ambienti con possibilità di lavoro<sup>2</sup>, livello di igiene, situazione socioculturale, prevalenza di HIV/AIDS, livello di stress<sup>3</sup>, e accesso a servizi sanitari di base o ai servizi di igiene mentale. Ognuno di questi fattori può influenzare il tasso dei suicidi in vari modi; esistono tuttavia alcuni principi e pratiche fondamentali attraverso cui è possibile ridurre il numero di suicidi in ambiente carcerario<sup>4</sup>.

Questa pubblicazione è indirizzata ai dirigenti responsabili dello sviluppo ed implementazione dei programmi di salute mentale all'interno degli istituti di pena, e più direttamente al personale carcerario e agli operatori sanitari, che sono responsabili della sicurezza e della custodia dei detenuti con rischio suicidario. Nei capitoli successivi sono presentate le nozioni di base sul suicidio e descritte le componenti chiave di un programma di prevenzione del suicidio finalizzato a ridurre il numero di suicidi negli ambienti carcerari.

## DATI GENERALI SUL SUICIDIO

Il suicidio in generale costituisce un grave problema di salute per la comunità. Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità viene commesso un tentativo di suicidio circa ogni tre secondi, ed un suicidio completato ogni minuto. Ciò significa che il suicidio miete più vittime di un conflitto armato. Per tale ragione, la riduzione dei tassi di suicidio è diventata anche a livello di sanità internazionale un obiettivo cruciale.<sup>5</sup>

Le cause del suicidio sono complesse.<sup>6</sup> Alcuni individui mostrano una particolare vulnerabilità ad esso quando si trovano ad affrontare eventi di vita difficili, o un insieme di fattori stressanti. La difficoltà di prevenire il suicidio consiste soprattutto nel riuscire a identificare le persone più vulnerabili, le circostanze nelle quali questa vulnerabilità perlopiù si manifesta, e infine nell'intervenire efficacemente. In tal senso, i ricercatori hanno identificato un ampio numero di fattori che, interagendo tra loro, conferiscono all'individuo un rischio elevato di suicidio, e comprendono ad esempio i fattori socio-culturali, i disturbi psichiatrici, il substrato biologico, la genetica, e lo stress sociale. Le modalità con cui questi fattori interagiscono per generare un comportamento suicidario sono articolate, e non sono state ancora chiarite. Ciononostante, varie combinazioni di tali fattori sono state utilizzate per identificare gruppi ad alto rischio – popolazioni a cui prestare particolare attenzione perché spesso commettono suicidio con una frequenza superiore alla norma:

- Giovani maschi (dai 15 ai 49 anni);
- Persone anziane, soprattutto maschi;
- Popolazioni indigene;
- Persone con malattie mentali;
- Persone con abuso di alcol o di sostanze;
- Persone che hanno già effettuato un precedente tentativo di suicidio
- Detenuti

Molte delle caratteristiche dei detenuti suicidi sono comuni a tutti gli altri detenuti, e pochi studi hanno identificato elementi in grado di distinguere i detenuti che commettono suicidio dal resto della popolazione carceraria. Uno studio caso-controllo austriaco<sup>7</sup> ha identificato quattro fattori individuali (storia di tentativo di suicidio o comunicazione di intento suicidario; diagnosi psichiatrica; trattamento psicofarmacologico durante la detenzione; reato ad alto indice di violenza) ed uno ambientale (sistemazione in cella singola) che sono risultati specifici dei detenuti con rischio suicidario. Non è stato tuttavia ancora verificato se questi stessi fattori siano altrettanto rilevanti nel resto del mondo.



## I DETENUTI RAPPRESENTANO UN GRUPPO AD ALTO RISCHIO

Considerati come gruppo, i detenuti hanno tassi di suicidio più elevati rispetto alla comunità<sup>8</sup>, e vi sono dati che il numero di suicidi sia in aumento anche in aree dove il numero di detenuti è ridotto.<sup>9</sup> All'interno degli istituti di pena non solo vi è un numero maggiore di comportamenti suicidari, ma gli individui che subiscono il regime di detenzione presentano frequenti pensieri e comportamenti suicidari durante tutto il corso della loro vita. I detenuti in attesa di giudizio e i detenuti condannati hanno un tasso di tentativo di suicidio rispettivamente di 7.5 e 6 volte maggiore dei maschi nella popolazione generale.<sup>10</sup> Questi dati ci riportano anche a un problema di base riguardante le cause del suicidio in ambiente carcerario. Da una parte, le persone che infrangono la legge portano con sé diversi fattori di rischio per il suicidio ("importano" il rischio), e tra di loro il tasso di suicidio continua ad essere più elevato anche dopo la scarcerazione<sup>11</sup>. Ciò non significa che l'ambiente detentivo non abbia un impatto nello sviluppo degli atti suicidari, e d'altra parte è proprio quando questi individui vulnerabili sono all'interno dell'istituzione carceraria, e quindi raggiungibili, che andrebbero trattati. In più, la detenzione in sé e per sé è un evento stressante anche per i detenuti "sani", in quanto priva la persona di risorse basilari.

Elenchiamo di seguito alcuni fattori di rischio individuali e ambientali che se presenti in qualsiasi combinazione potrebbero contribuire ad innalzare il rischio suicidario tra i detenuti:

- Gli istituti di pena sono luoghi dove si concentrano gruppi vulnerabili che sono tradizionalmente tra quelli più a rischio, ovvero giovani maschi, persone con disturbi mentali, persone interdette, socialmente isolate, con problemi di abuso di sostanze, e con storie di precedenti comportamenti suicidari.
- L'impatto psicologico dell'arresto e dell'incarcerazione, le crisi di astinenza dei tossicodipendenti, la consapevolezza di una condanna lunga, o lo stress quotidiano della vita in carcere possono superare la soglia di resistenza del detenuto medio, e a maggior ragione di quello a rischio elevato.
- Non in tutti gli ambienti carcerari esistono procedure formali o regolamenti per identificare e gestire i detenuti con rischio suicidario. In particolare, anche dove viene eseguito lo screening per gli indicatori di rischio elevato, spesso non vi è un adeguato monitoraggio del livello di stress dei detenuti e quindi vi è poca probabilità di identificare situazioni di rischio acuto.
- Anche laddove programmi o procedure adeguate sussistano, eventuali condizioni di sovraccarico lavorativo per il personale o il loro mancato addestramento possono talvolta impedire il riconoscimento dei segnali precoci di rischio suicidario.
- Gli istituti di pena possono essere esclusi dai programmi di igiene mentale di comunità, e avere dunque un limitato o assente accesso ai servizi psichiatrici.

## LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN CARCERE

In alcuni istituti di pena sono stati avviati programmi di prevenzione del suicidio, ed in alcuni paesi sono state anche stabilite normative nazionali e linee guida per la prevenzione del suicidio nelle carceri. All'implementazione di tali programmi sono seguite riduzioni significative del numero dei suicidi e dei tentativi di suicidio<sup>12,13,14,15</sup>. Anche se i dettagli di questi programmi variano a seconda delle risorse locali e delle necessità dei detenuti, determinati elementi ed attività sono comuni a tutti questi programmi e costituiscono la base per la conoscenza delle strategie più efficaci nel campo.

### Elaborazione di un profilo suicidario

Un primo passo verso la riduzione del numero di suicidi tra i detenuti è quello di creare un "profilo" in grado di identificare situazioni e/o gruppi ad alto rischio. Per esempio, la letteratura dimostra che i detenuti in attesa di giudizio si distinguono da quelli già condannati per alcuni importanti fattori di rischio. Purtroppo in molti istituti questi diversi "profili" vengono confusi, e i diversi tipi di detenuti ospitati nella medesima istituzione.<sup>4</sup>

#### *Profilo 1: detenuti in attesa di giudizio*

I detenuti in attesa di giudizio che commettono il suicidio in carcere sono generalmente maschi, giovani (20-25 anni), non sposati, alla prima incarcerazione, arrestati per crimini minori, spesso connessi all'abuso di sostanze. Solitamente al momento dell'arresto sono sotto l'effetto delle sostanze e commettono il suicidio nelle prime fasi della loro incarcerazione<sup>16</sup>, spesso proprio nelle prime ore (a causa dell'improvviso isolamento, dello shock dell'incarcerazione, della mancanza di informazioni e delle preoccupazioni per il futuro). Le istituzioni a livello individuale possono ridurre il rischio di suicidio prestando attenzione all'accoglienza e alle procedure della prima notte e dell'Ufficio Matricola, e ai livelli di cura dei detenuti. Un altro momento critico per i prigionieri in attesa di giudizio è rappresentato dalle ore precedenti un'udienza in tribunale, specialmente quando si prevedono giudizi di colpevolezza e sentenze dure. Una grande quota dei suicidi nelle carceri avviene tre giorni prima di un'udienza in tribunale<sup>17</sup>. Inoltre, dopo 60 giorni di reclusione è stata riscontrata una sorta di esaurimento psicologico spesso chiamato "burn-out".<sup>18</sup>

#### *Profilo 2: detenuti condannati*

In confronto ai detenuti in attesa di giudizio, i detenuti condannati che commettono il suicidio in carcere sono generalmente più vecchi (30-35 anni), sono colpevoli di reati violenti e decidono di togliersi la vita dopo aver passato un certo numero di anni in prigione (spesso 4 o 5). Questi suicidi possono essere preceduti da conflitti con altri detenuti o con l'amministrazione, litigi in famiglia, separazioni,

o questioni legali come un'udienza persa o la negazione della libertà vigilata.

L'incarcerazione rappresenta la perdita della libertà, della famiglia e del supporto sociale, è paura di ciò che non si conosce, di possibili violenze psichiche e/o sessuali, incertezza e timore per il futuro, disagio psichico e sensi di colpa per il crimine commesso, paura e stress legati alle cattive condizioni ambientali. Con il tempo, l'incarcerazione porta stress aggiuntivi come il conflitto con l'istituzione, la vittimizzazione, le frustrazioni legali e l'esaurimento fisico e nervoso. Di conseguenza, il tasso di suicidio dei detenuti a lungo termine sembra crescere con la durata della pena<sup>18</sup>. Gli ergastolani in particolare sembrano possedere un rischio molto elevato<sup>3,19</sup>.

### Fattori di Rischio comuni

Oltre ai profili specifici sopra-identificati, vi sono un gruppo di caratteristiche che hanno in comune sia i detenuti già condannati che quelli rinviati a giudizio, di potenziale utilità nell'indirizzare i programmi di prevenzione del suicidio.

#### *Fattori Situazionali*

Il metodo più utilizzato per il suicidio è l'impiccamento, messo in atto spesso durante l'isolamento, e durante periodi in cui il personale è più scarso, come di notte e il fine settimana. Molti suicidi avvengono nei momenti in cui i prigionieri si trovano da soli, pur condividendo la cella con qualcun altro.<sup>3,20</sup>

Esiste una forte associazione tra suicidio dei detenuti e tipo di alloggio assegnato. Nello specifico, un detenuto posto in isolamento, o sottoposto a particolari regimi di detenzione (specialmente in cella singola) e incapace di adattarsi, è ad alto rischio di suicidio. Alcuni regimi di detenzione prevedono che il detenuto venga chiuso in cella per 23 ore al giorno per lunghi periodi di tempo. Un numero molto elevato di suicidi avviene in questi regimi.<sup>21</sup>

#### *Fattori psicosociali*

Tra i detenuti suicidi è comune constatare l'assenza di supporto sociale e familiare, precedenti comportamenti suicidari (specialmente negli ultimi 1-2 anni), e una storia di malattie psichiatriche e problematiche di natura emotiva. Inoltre questi soggetti sono spesso vittime di bullismo<sup>22</sup>, hanno avuto recenti conflitti con altri detenuti, sono stati oggetto di sanzioni disciplinari o anche hanno ricevuto notizie negative<sup>23</sup>. Ad ogni modo, qualunque fattore di stress o vulnerabilità sia in atto, il sentiero finale comune che conduce il detenuto verso il suicidio sembra essere costituito da sentimenti di disperazione, da una restrizione delle prospettive future e dalla perdita delle capacità di reagire. Il suicidio viene allora visto come l'unica via d'uscita da una condizione priva di speranza. Per questa

ragione, i detenuti che esprimono apertamente sentimenti di disperazione o la loro intenzionalità a farla finita, o eventuali piani suicidari, devono essere considerati soggetti ad alto rischio.

### *Donne*

Anche se la maggior parte dei suicidi che avvengono in carcere sono commessi dagli uomini (dato che la maggior parte dei detenuti è di sesso maschile), i detenuti di sesso femminile sono considerati ugualmente soggetti ad alto rischio suicidario. Le donne detenute in attesa di giudizio commettono suicidio molto più spesso che la loro controparte femminile nella comunità<sup>4,24</sup>. Anche i tassi di suicidio completato tra le donne sono più alti che tra gli uomini<sup>25</sup>. Le donne hanno inoltre una prevalenza elevata di malattie mentali gravi<sup>26</sup>. Anche se per le donne in attesa di giudizio o già condannate non stati ancora stilati profili di rischio specifici, ai soggetti femminili con uno scarso supporto familiare e sociale, precedenti comportamenti suicidari, storia di malattie psichiatriche e problemi emotivi dovrebbero essere indirizzati programmi di prevenzione del suicidio.

### *Carceri minorili*

L'esperienza dell'incarcerazione può risultare particolarmente difficile per i giovani criminali che vengono separati dalla famiglia e dagli amici. I giovani detenuti con problematiche emotive sono molto dipendenti da relazioni supportive con il personale del carcere<sup>3</sup>. Quindi la separazione e l'isolamento dei giovani detenuti può portare ad un incremento nel rischio di atti suicidari, che possono avvenire in qualsiasi momento della detenzione<sup>27</sup>. I minori che vengono trasferiti in istituti per adulti sono infine considerati a rischio particolare di suicidio.<sup>28</sup>

### *I profili possono cambiare nel tempo*

I profili possono rivelarsi utili per identificare gruppi potenzialmente ad alto rischio che necessitano di monitoraggio e interventi nel tempo. Man mano che vengono implementati programmi di prevenzione del suicidio, i profili di alto rischio possono cambiare<sup>18</sup>. Allo stesso modo, vi sono delle condizioni locali specifiche che possono variare il tradizionale profilo dei detenuti ad alto rischio. Ne consegue che i profili suicidari dovrebbero essere utilizzati solo come un supporto per identificare gruppi o situazioni potenzialmente a rischio elevato. Ove sia possibile, sarebbe opportuno elaborare dei profili che riflettano le condizioni locali, ed aggiornarli regolarmente per cogliere ogni eventuale cambiamento. I fattori di rischio non sono a prova d'errore e non dovrebbero essere utilizzati senza un'accurata valutazione clinica. Ciò che risulta particolarmente confondente, è che quando si cerca di fare uno screening ai detenuti a rischio, quelli che eventualmente moriranno di suicidio avranno un profilo più "normale" di quelli che lo avranno solo tentato.<sup>29</sup>

## COMPONENTI CHIAVE DI UN PROGRAMMA DI PREVENZIONE DEL SUICIDIO

Tutti gli istituti di pena, indipendentemente dalla grandezza, dovrebbero avere un programma di prevenzione per il suicidio che sia applicabile e completo, in grado di indirizzare le componenti chiave che saranno descritte nei paragrafi a seguire. L'approvazione e l'implementazione di un tale programma non è ovviamente responsabilità degli agenti di custodia, ma delle autorità amministrative dei penitenziari stessi.

### Addestramento del personale carcerario

La componente essenziale di ogni programma di prevenzione del suicidio è l'addestramento del personale di custodia, che costituisce la colonna portante di ogni istituto di pena. Nella realtà dei fatti, il personale sanitario di un carcere, gli psichiatri o altri professionisti che lavorano nelle carceri raramente si trovano in grado di prevenire un suicidio, perché spesso questi vengono tentati nelle celle, e frequentemente durante le ore notturne o nei fine-settimana, quando i detenuti sono generalmente fuori dal controllo del personale fisso di un eventuale programma. Questi eventi dunque dovrebbero essere prevenuti dagli agenti, che saranno stati addestrati per la prevenzione dei suicidi e saranno divenuti più attenti nei confronti dei detenuti sotto la loro custodia. Gli agenti sono spesso le uniche figure disponibili 24 ore al giorno; quindi formano la prima linea di difesa nella prevenzione del suicidio. Gli agenti, come il personale sanitario e quello psichiatrico non saranno adeguatamente in grado di identificare il rischio, effettuare una valutazione, né tantomeno prevenire un suicidio, se non saranno stati prima addestrati.

Gli agenti di custodia, il personale sanitario e quello psichiatrico dovrebbero sottoporsi quindi ad un addestramento iniziale, e in seguito a corsi di aggiornamento con frequenza annuale. Il core di un addestramento iniziale dovrebbe coprire in via minimale i seguenti temi: perché gli ambienti carcerari inducono ai comportamenti suicidari, le opinioni del personale carcerario sul suicidio, potenziali fattori predisponenti, periodi a rischio elevato, segnali d'allerta, recenti suicidi e/o tentativi all'interno dell'istituto, e le varie componenti del programma di prevenzione del suicidio. Inoltre, tutto il personale che è regolarmente a contatto con i detenuti dovrebbe essere addestrato anche al primo soccorso e tecniche di rianimazione cardio-polmonare. Tutto il personale dovrebbe anche essere addestrato all'utilizzo delle varie equipaggiature d'emergenza collocate nell'istituto. Si dovrebbero prevedere, sia nell'addestramento iniziale che negli aggiornamenti successivi, anche delle esercitazioni di "falso allarme", per assicurare una pronta risposta in caso di tentativo di suicidio.<sup>20</sup>

## Screening all'ingresso

Una volta effettuato l'addestramento degli agenti e favorito la loro dimestichezza con i principali fattori di rischio suicidario, il passo successivo è l'implementazione di uno screening istituzionale dei nuovi giunti<sup>30</sup>. Visto che i suicidi in carcere avvengono per la maggior parte nelle prime ore consecutive all'arresto e nelle primissime fasi della detenzione, lo screening dovrebbe essere effettuato proprio a ridosso dell'ingresso nell'istituzione, per essere efficace. In realtà un detenuto dovrebbe essere sottoposto a screening sia all'ingresso sia ogni volta che cambiano le circostanze e/o condizioni di detenzione. Spesso vi è un numero insufficiente di personale psichiatrico nelle carceri; quindi c'è bisogno di individuare semplici indicatori di rischio di modo che gli agenti stessi siano in grado di completare il processo di screening<sup>31</sup>. In generale, le domande di screening dovrebbero indagare sia delle variabili statiche (anamnestico-demografiche) che dinamiche (variabili personali o situazionali).<sup>32</sup>

Ove le risorse lo permettano, lo screening per il suicidio potrebbe essere effettuato nel contesto di una valutazione medico-psicologica, condotta da professionisti. Laddove invece lo screening sia effettuato a carico degli agenti, si dovrebbe prevedere un addestramento appropriato<sup>33</sup>, e dovrebbe essere fornita loro una lista di domande che li aiuti a valutare l'entità del rischio suicidario<sup>30,31,34,35</sup>. Ad esempio, nel contesto di una valutazione all'interno del carcere, una risposta affermativa ad una o più delle seguenti domande può indicare un rischio di suicidio maggiore, e quindi la necessità di un ulteriore intervento:

- Il detenuto è in stato di intossicazione da sostanze e/o ha un passato di abuso di sostanze.
- Il detenuto esprime livelli insoliti di vergogna, colpa, e preoccupazione per l'arresto e l'incarcerazione.
- Il detenuto mostra disperazione o paura per il futuro, o segni di depressione come il pianto, l'appiattimento affettivo, e l'assenza di comunicazione verbale.
- Il detenuto ammette di avere al momento pensieri riguardanti il suicidio<sup>36</sup> (è sbagliato credere che non si debba domandare ad una persona se pensa, in quell'istante, di volersi suicidare perché ciò potrebbe indurlo all'azione)
- Il detenuto in passato è stato in trattamento per problemi psichiatrici.
- Il detenuto soffre attualmente di un disturbo psichiatrico, o si comporta in maniera insolita e bizzarra, per esempio se ha difficoltà di concentrazione, parla da solo o sente le voci.
- Il detenuto ha già tentato una o più volte il suicidio, e/o afferma che il suicidio al momento è una soluzione possibile.
- Il detenuto afferma di avere attualmente piani suicidari (da prendere in considerazione anche i contatti con i familiari ed altri detenuti vicini <sup>24</sup>)
- Il detenuto riferisce di avere poche risorse interne e/o esterne di supporto.

- L'agente che ha arrestato e/o tradotto il detenuto lo ritiene a rischio di suicidio.
- Dal registro emerge che il detenuto ha già avuto in passato un rischio suicidario.

Una lista di questo tipo è parte importante di un programma di prevenzione del suicidio, per vari motivi:

- Fornisce al personale carcerario domande strutturate su alcune aree fondamentali che vanno indagate.
- Quando c'è poco tempo per condurre una valutazione più approfondita, fornisce un pro-memoria per il personale impegnato.
- Facilita la comunicazione tra gli agenti e gli operatori sanitari e psichiatrici.
- Rappresenta una documentazione legale che il detenuto è stato sottoposto a screening per valutare il rischio suicidario all'ingresso in istituzione e quando le condizioni siano cambiate.

Anche quando la valutazione è condotta dal personale medico, rimane comunque importante utilizzare una serie di domande strutturate, per le stesse ragioni. Ogni volta che viene identificato un rischio elevato di suicidio, questa informazione dovrebbe essere inserita nel registro del detenuto, in modo che le informazioni vengano passate al personale del turno successivo, o a quello dell'istituto in cui il detenuto eventualmente sarà trasferito. L'utilità di questa lista non si limita tuttavia alla fase d'ingresso del detenuto; non è stata elaborata come strumento di valutazione del rischio suicidario a sé stante, ma può essere utilizzata in ogni momento della reclusione per identificare il rischio suicidario, e necessita di un ulteriore intervento da parte di altri operatori correttamente addestrati, tra cui quelli psichiatrici. In caso di screening positivo, il personale medico dovrebbe visitare il detenuto nel più breve tempo possibile<sup>31,34</sup>.

Purtroppo, ci sono solo informazioni limitate sui potenziali fattori protettivi dal suicidio<sup>37</sup> – dati che potrebbero in realtà facilitare l'identificazione del rischio e renderla più accurata.

#### Osservazione dopo l'ingresso

Le procedure di screening, seppur importanti, rappresentano solo una piccola parte di un programma di prevenzione del suicidio nelle carceri. Quello che uno strumento di screening può dare è l'informazione al personale sanitario che un particolare detenuto in un certo momento della sua detenzione ha un elevato rischio di tentare il suicidio. Lo screening non è in grado di prevedere quando un tentativo avverrà o quali ne saranno i fattori determinanti, caso per caso. Dal momento che i suicidi in carcere possono avvenire anche successivamente al primo periodo di detenzione (alcuni dopo vari anni) non è sufficiente monitorare i detenuti solo al momento dell'arresto, ma si dovrebbe procedere ad intervalli regolari. Per essere efficace, la prevenzione del suicidio deve implicare valutazioni regolari nel tempo. Tutto il personale deve essere addestrato a

vigilare sul detenuto per tutta la durata della sua incarcerazione. A tal fine, il personale può raccogliere informazioni sul grado di suicidalità del detenuto durante i seguenti momenti:

- Controlli di sicurezza di routine per il rilevamento di: indicatori di intento suicidario e disagio psichico quali crisi di pianto, insonnia, pigrizia, estrema irrequietezza o passeggiare avanti e indietro; improvvisi sbalzi di umore, di abitudini alimentari o sonno; gesti di "spoliazione" come ad esempio dar via oggetti personali; perdita di interesse in attività e/o relazioni; ripetuti rifiuti di cure o richiesta di dosi maggiori di farmaci.
- Colloqui con i detenuti nei periodi circostanti le udienze in tribunale o altri periodi critici (come la morte di un familiare e/o il divorzio) per identificare sentimenti di disperazione o intenti suicidari.
- Supervisione dei colloqui con i familiari o gli amici per rilevare eventuali conflitti o problemi emergenti durante la visita. Si dovrebbe suggerire ai familiari di rendere noto al personale carcerario la percezione di un intento suicidario nel loro familiare detenuto.
- A causa dell'enorme numero di suicidi che avvengono in isolamento, i detenuti al principio di questo nuovo regime detentivo dovrebbero ricevere un breve esame di status mentale per verificare se lo stato psichico del detenuto e/o il suo grado di rischio suicidario sia compatibile con tale regime.
- Gli agenti dovrebbero costruire con i detenuti rapporti tali da facilitare la loro espressione di condizioni di disagio o sentimenti di disperazione qualora insorgano.

### Gestione post-screening

Dopo lo screening è necessaria un'adeguata osservazione e il follow-up. Va pertanto stabilito un processo di gestione, con linee guida articolate in maniera chiara e procedure che definiscano le varie responsabilità per l'alloggio, la supervisione continua e gli interventi psichiatrici per i detenuti ad alto rischio di suicidio.

### *Osservazione*

Un'adeguata osservazione dei detenuti con rischio suicidario è cruciale, in particolare durante i turni di notte (quando il personale è scarso) e negli istituti dove il personale non è assegnato ad un'area in maniera permanente. Il livello di osservazione dovrebbe essere adeguato al grado di rischio. I detenuti in una fase di attiva suicidalità richiedono una supervisione costante. I detenuti che hanno destato nel personale un sospetto di suicidio, ma che non ammettono di pensarci al momento, possono non richiedere una supervisione costante, ma necessitano di un'osservazione più frequente (con intervalli di 5-15 minuti). Comunque, considerando che un tentativo di suicidio per impiccamento necessita solo di 3 minuti per provocare danni cerebrali permanenti, e 5-7 minuti per essere letale, anche a un intervallo di 10-15 minuti gli interventi potrebbero essere inefficaci per un detenuto ad alto rischio. In isolamento, a un detenuto non



dovrebbe mai mancare supervisione e contatto umano costanti. Colloqui individuali ai detenuti a rischio potrebbero rappresentare un'opportunità di auto-espressione e allo stesso tempo di osservazione clinica<sup>38</sup>. Infine, i detenuti a rischio non dovrebbero essere mai lasciati soli, ma si dovrebbe offrir loro costantemente osservazione e compagnia.<sup>8,33</sup>

### *Comunicazione*

Vi sono alcuni segnali comportamentali che possono essere indicatori di rischio suicidario, e qualora rilevati e comunicati ad altri possono anche prevenire il suicidio. Vi sono essenzialmente tre livelli di comunicazione utili alla prevenzione del suicidio nei detenuti:

- Comunicazione tra l'agente responsabile dell'arresto/traduzione e gli altri agenti di custodia;
- Comunicazione tra le varie professionalità dell'istituto (inclusi agenti, personale sanitario e psichiatrico); e
- Comunicazione tra il personale dell'istituto e il detenuto con rischio suicidario<sup>20</sup>.

In vari modi, la prevenzione del suicidio inizia proprio al momento dell'arresto. Durante il contatto iniziale, quello che un individuo dice e come si comporta durante l'arresto, la traduzione in carcere e la chiusura in cella sono cruciali nell'individuare un potenziale comportamento suicidario. L'atto dell'arresto è molte volte l'esperienza più intensa per il detenuto. Gli agenti incaricati dell'arresto dovrebbero prestare particolare attenzione all'arrestato in questi momenti, poiché potrebbero rendersi manifesti stati d'ansia e/o disperazione. Il tipo di comportamento in precedenza può anche essere confermato dai familiari o dagli amici. Qualsiasi informazione pertinente riguardante lo stato del detenuto deve essere comunicata dagli agenti incaricati dell'arresto/ traduzione agli agenti carcerari.

Dato che un detenuto può commettere il suicidio in qualsiasi momento della sua detenzione, gli agenti devono mantenere uno stato di vigilanza, condividere informazioni e riferire adeguatamente al personale medico. Ad un livello minimo, gli agenti dovrebbero accertarsi che di volta in volta il personale appropriato sia informato sullo stato di ogni detenuto posto in osservazione per un comportamento suicidario. Incontri multidisciplinari (che coinvolgono agenti, operatori sanitari e psichiatrici) dovrebbero tenersi ad intervalli regolari per discutere la condizione di un detenuto in osservazione. Inoltre l'autorizzazione alle misure di sicurezza per un detenuto, qualsiasi cambiamento di tali misure, e l'osservazione stessa, devono essere documentate attraverso moduli specifici distribuiti al personale di volta in volta responsabile. Questa documentazione deve essere esaustiva e di immediata consultazione, e dovrebbe essere distribuita a tutto il personale che è in contatto con il detenuto.

## *Intervento sociale*

I detenuti arrivano in carcere portando con sé alcune vulnerabilità al suicidio. Queste ultime, associate al trauma dell'incarcerazione e ai fattori stressanti della vita in carcere, possono culminare in una crisi emotiva e sociale, che in ultima analisi può portare al suicidio. L'isolamento sociale e fisico e la mancanza di risorse supportive accessibili contribuiscono ad aumentare il rischio. Quindi, un importante elemento di prevenzione del suicidio nelle carceri è l'interazione sociale<sup>33</sup>.

Come detto in precedenza la maggior parte dei suicidi avviene quando il detenuto è isolato sia dal personale che dai compagni di cella. Pertanto l'alloggio in isolamento, seppure per ragioni necessarie, può comunque incrementare il livello di rischio. Se l'isolamento è l'unico regime previsto, il detenuto dovrebbe essere sottoposto a costante osservazione<sup>23</sup>. Idealmente, il detenuto con rischio suicidario dovrebbe essere alloggiato in celle condivise. In certi istituti, alcuni detenuti addestrati ("compagni" o "ascoltatori") sono in grado di fornire un supporto sociale, e la loro vicinanza sembra avere un buon impatto sulla salute dei potenziali suicidi, perché questi non fidandosi degli agenti, potrebbero invece aprirsi ai loro compagni<sup>39,40</sup>. Le visite dei familiari possono anche essere viste come un mezzo per incrementare il supporto sociale, e rappresentano al tempo stesso un modo di raccogliere informazioni sul rischio suicidario di un detenuto.

E' importante tenere presente, comunque, che interventi sociali forzati o controllati possono anche comportare dei rischi. Ad esempio, detenuti con alto rischio di suicidio che vengono messi in celle condivise hanno maggiore accesso a strumenti letali, ed anche, compagni di cella poco collaborativi potrebbero non allertare il personale in caso di tentativo di suicidio. Quindi, il collocamento di un detenuto con rischio suicidario in una cella condivisa non dovrebbe mai essere utilizzato in sostituzione di un'attenta osservazione e supporto sociale da parte di un personale responsabile addestrato<sup>3</sup>.

## *Ambiente fisico e architettura*

Molti detenuti si suicidano impiccandosi con lenzuola, lacci o vestiti. Una cella "anti-suicidio" dovrebbe essere un luogo dal quale sono stati eliminati punti da cui potersi impiccare, e dove l'accesso a strumenti potenzialmente letali sia controllato.

Detenuti con crisi suicidarie in atto possono necessitare di indumenti protettivi o di qualche tipo di contenzione. Per via delle controversie riguardo all'utilizzo di questi ultimi mezzi, in caso di necessità devono essere seguite le procedure e i regolamenti appropriati. Questi devono prevedere le situazioni in cui i mezzi di contenzione sono autorizzati o meno, i metodi per assicurarsi che alternative meno restrittive vengano utilizzate prima, le questioni riguardanti la sicurezza, i limiti di tempo per l'uso delle contenzioni, la necessità di monitoraggio e supervisione durante il contenimento e la consulenza psichiatrica.

Con l'avvento delle nuove tecnologie, l'osservazione con telecamere è diventata un'alternativa comune all'osservazione diretta da parte degli agenti in alcuni locali dell'istituto. Purtroppo i punti ciechi della telecamera, insieme all'attenzione limitata se gli osservatori sono impegnati, possono portare a diversi problemi. Vi sono numerosi esempi di suicidi che avvengono in maniera tragica di fronte alle telecamere. Inoltre molti detenuti non tollerano l'osservazione costante se questa non è imposta con supporto emotivo e rispetto<sup>4</sup>. Pertanto anche la sorveglianza con le telecamere non dovrebbe essere mai sostituirsi all'osservazione diretta da parte degli agenti, e, se utilizzata, dovrebbe solo essere di supporto a quest'ultima.

### *Trattamento Psichiatrico*

Detenuti con disturbi psichiatrici che presentano un elevato rischio di suicidio devono essere adeguatamente trattati con psicofarmaci<sup>41</sup>. Una volta che il detenuto è stato identificato come ad alto rischio di suicidio, saranno opportune ulteriori valutazioni e trattamenti da parte di personale psichiatrico, anche se in molti istituti l'accesso alle cure psichiatriche è complicato dal fatto che vi sono limitate risorse interne e pochi, se non nessuno, legami con le risorse di salute pubblica e strutture psichiatriche, che sarebbero invece necessari<sup>11</sup>.

Per assolvere pienamente alle necessità di salute fisica e mentale dei detenuti, sarebbe necessario che gli istituti di pena stabilissero forti legami con i programmi di comunità, qualora scarseggiassero le risorse e il personale interni all'istituzione. Questo significa che la giustizia criminale, la salute mentale, e i servizi sanitari pubblici dovrebbero essere connessi in maniera integrale per operare ai fini della prevenzione del suicidio in carcere. A seconda del contesto specifico, questo può richiedere convenzioni per servizi di collaborazione con ospedali, servizi di emergenza, strutture psichiatriche, programmi di salute mentale di comunità, e programmi di disintossicazione.

### In caso di tentativo di suicidio

Se avviene un tentativo di suicidio, il personale deve essere addestrato a proteggere l'area ed a prestare pronto soccorso al detenuto nell'attesa dell'arrivo del personale medico interno e/o esterno. L'addestramento del personale alle procedure di pronto soccorso è una componente fondamentale. In realtà la prestazione del primo soccorso da parte del personale carcerario dovrebbe essere parte integrante di un'articolata procedura operativa formalizzata. Per evitare ritardi, già prima di un potenziale evento devono essere previsti canali efficienti di comunicazione con il personale medico e procedure di risposta d'emergenza. L'equipaggiamento per il salvataggio di emergenza deve essere mantenuto in ordine, funzionale, regolarmente testato, e disponibile in loco. Tutto il personale deve essere addestrato all'uso delle attrezzature di rianimazione, che devono essere rapidamente accessibili. Ogni

membro del personale deve essere a conoscenza del da farsi in caso di un tentativo di suicidio<sup>42</sup>.

Una valutazione psicologica approfondita del detenuto dovrebbe essere condotta immediatamente dopo l'evento, non appena le circostanze cliniche lo consentano. Tale valutazione deve essere effettuata in un'area riservata, senza possibilità di interruzione del colloquio, dove sia il detenuto che il professionista potranno trovarsi fisicamente a loro agio. La valutazione dovrebbe chiarire i fattori che hanno precipitato l'atto autolesivo, il grado di intenzionalità dell'atto, le problematiche (sia acute che croniche) che il detenuto sta affrontando, la presenza o meno di un disturbo psichiatrico, la probabilità di una ripetizione dell'atto a breve termine (per es., in caso di una forte ideazione suicidaria che il detenuto fa difficoltà a respingere), il tipo di aiuto necessario e quello che il detenuto è in grado di accordare.

### *I tentativi a scopo manipolativo*

In alcune circostanze, i detenuti che commettono gesti suicidari o tentativi di suicidio sono visti come manipolatori. Si ritiene che questi soggetti utilizzino tali comportamenti per ottenere una sorta di controllo sull'ambiente, come ad esempio il trasferimento in ospedale o in un'istituzione meno restrittiva<sup>43,44</sup>. Una possibilità che deve essere sempre tenuta in considerazione da parte degli agenti, in particolare quelli che lavorano in distaccamenti di alta e massima sicurezza, è che in realtà venga inscenato un tentativo di suicidio per evadere dal carcere, o per altri motivi criminali. I detenuti con disturbi di personalità antisociale, o sociopatici sono in genere più inclini ai tentativi di manipolazione in quanto hanno più difficoltà ad adattarsi ad un ambiente ipercontrollato e alle comuni condizioni della vita in carcere<sup>45</sup>. Per altri detenuti invece gli atti autolesionistici rappresentano un modalità per ridurre la tensione<sup>46</sup>. Per le donne detenute, l'automutilazione ripetuta (sotto forma di tagli o bruciature) può rappresentare una reazione allo stress della detenzione e della vita in carcere. In realtà non è facile differenziare l'automutilazione da un tentativo di suicidio, neanche chiedendo al detenuto stesso quale fosse il suo intento<sup>47</sup>. D'altra parte vi sono indicazioni che molti atti suicidari raccolgono in sé sia un alto livello di intento suicidario, sia le motivazioni manipolative, ad esempio per attirare l'attenzione sul proprio disagio psichico, o per influenzare la gestione della propria detenzione, come evitare il trasferimento in un altro complesso dove le visite dei familiari potrebbero essere meno frequenti<sup>48</sup>.

Gli agenti di custodia, quando sono convinti delle intenzioni manipolatorie di alcuni detenuti, tendono a non prendere in seria considerazione gli atti suicidari di questi per non sentirsi manipolati. Ciò è tanto più vero quando un detenuto ha anche una storia di violazione delle regole<sup>44</sup>. Purtroppo i tentativi di suicidio, qualunque sia la loro motivazione, possono portare comunque alla morte del detenuto, anche se questo non era l'intento originale. A causa del limitato numero di metodi suicidari disponibili, i detenuti tendono a scegliere i metodi più letali come l'impiccamento anche in assenza di una vera e propria intenzione di morire, oppure li scelgono semplicemente perché ignorano quanto pericolosi siano in realtà

questi metodi<sup>49</sup>. I tentativi di suicidio con un intento suicidario basso devono essere visti più come “espressivi” che “propositivi”, ovvero come un modo disfunzionale di comunicare un problema. La risposta più corretta ad un atto del genere sarebbe far parlare il detenuto di questi problemi, piuttosto che punirlo. Ignorare il comportamento autolesivo o punirlo con l’isolamento possono in realtà peggiorare la situazione, e indurre il detenuto a correre dei rischi ancora maggiori. Per queste ragioni si rendono cruciali programmi specifici per detenuti tendenti all’atto e potenzialmente autolesionisti, volti a promuovere una stretta supervisione, il supporto sociale e l’accesso alle risorse psicoterapeutiche.

#### In caso di suicidio

Se avviene un suicidio, devono essere attuate procedure specifiche per documentare ufficialmente l’evento, e per fornire un riscontro positivo finalizzato al miglioramento delle attività future di prevenzione del suicidio. Gli operatori sanitari e gli agenti di custodia dovrebbero dunque analizzare l’accaduto nel tentativo di:

- Ricostruire gli eventi che hanno portato al suicidio;
- Identificare i fattori che hanno portato alla morte del detenuto non precedentemente rilevati o presi in debita considerazione;
- Valutare l’adeguatezza del sistema di risposta all’emergenza;
- Delineare nuove regole che possano migliorare l’impegno futuro nella prevenzione dei suicidi.

Gli agenti o altre figure operanti nei carceri che hanno avuto esperienze di suicidi avvenuti durante la loro custodia, o eventualmente anche altri detenuti, possono manifestare reazioni emotive piuttosto variegata, spaziando dalla rabbia al risentimento, alla tristezza e ai sensi di colpa. Questi individui possono trarre beneficio da un “debriefing” più accurato, o da un supporto formalmente organizzato da parte di pari o da consulenze professionali .

Anche se non frequentemente, i carceri possono rappresentare uno degli ambienti in cui i suicidi possono ricorrere “a grappolo”. L’analisi dei cluster di suicidi avvenuti in carcere ha portato all’acquisizione del dato che un rischio elevato che si ripetano suicidi sussiste fino alle prime quattro settimane successive al primo evento suicidario, e sembra invece ridursi col passare del tempo<sup>50</sup>. I detenuti di giovane età sono soggetti a rischio particolare per i cosiddetti “*suicidi fotocopia*”<sup>51</sup>, per cui il personale dovrebbe essere adeguatamente addestrato sul particolare rischio di queste fasce d’età. D’altra parte vi sono strategie in grado di ridurre il rischio di “contagio” e che includono l’accesso alle cure psichiatriche per i detenuti con disturbi psichiatrici, il trasferimento o il trattamento di quelli particolarmente suscettibili, e l’attenta gestione della divulgazione di un suicidio da parte delle autorità.

## Riepilogo delle strategie più efficaci

Innanzitutto, le conoscenze e la collaborazione del personale carcerario sembrano essere elementi cruciali per l'avvio di un programma efficace di prevenzione del suicidio nelle carceri. Le migliori tattiche si basano sullo sviluppo e la documentazione di un piano generale di prevenzione del suicidio, che raccolga i seguenti elementi:

- Un programma di addestramento (e di aggiornamento) per il personale di custodia e per gli operatori sanitari che li aiuti a riconoscere i detenuti con crisi suicidarie.
- Deve essere posta particolare attenzione all'ambiente carcerario, considerando i suoi livelli di attività, di sicurezza, di cultura, e il tipo di rapporto tra agenti e detenuti. Nello specifico, la qualità del clima sociale è di importanza critica nel ridurre al minimo i comportamenti suicidari. Anche se le carceri non potranno mai essere ambienti privi di stress, le autorità dovrebbero attuare delle strategie efficaci per ridurre il bullismo ed altre forme di violenza nelle loro istituzioni, e enfatizzare invece relazioni supportive tra detenuti e personale carcerario. La qualità del rapporto tra agente e detenuto è di cruciale importanza per ridurre il livello di stress dei detenuti e per fare in modo che i detenuti stessi siano portati con fiducia a comunicare i momenti in cui le loro forze reattive stanno per essere sopraffatte, provano disperazione o si sviluppa in loro un intento suicidario.
- Procedure di screening sistematico dei detenuti sia all'ingresso che durante la detenzione, per identificare gli individui con un rischio elevato.
- Strategie per favorire la comunicazione e le informazioni tra il personale carcerario sui soggetti a rischio.
- Procedure scritte che riportino i requisiti minimi per ospitare detenuti ad alto rischio; fornire supporto sociale; frequenti controlli visivi e osservazione continua per i detenuti in crisi suicidaria, ed un uso appropriato dei mezzi di contenzione fisica come ultima modalità di controllare pazienti autolesionisti acuti.
- I detenuti con disturbi mentali che necessitano di cure psichiatriche devono essere trattati (con interventi farmacologici e psicosociali) e tenuti sotto stretta osservazione.
- Sviluppo di risorse interne o collegamenti con i servizi di igiene mentale di comunità esterni sufficienti per assicurare l'accesso alle cure psichiatriche quando sia necessario per un'ulteriore valutazione e trattamento.
- Strategie di "debriefing" quando avvengono casi di suicidio per migliorare in futuro il rilevamento dei tentativi, l'osservazione dei detenuti e la loro gestione nelle carceri.

## CONCLUSIONI

Per concludere, anche se molte volte non ci è dato di prevedere con precisione se e quando un detenuto tenterà il suicidio o lo porterà a termine, gli agenti di custodia, gli operatori sanitari e il personale psichiatrico possono essere messi in grado di identificare detenuti in crisi suicidaria, stimare il loro rischio e trattare eventuali gesti suicidari. Anche se non tutti, molti suicidi in carcere possono essere prevenuti, e l'implementazione di programmi generali per la prevenzione del suicidio in tutto il mondo è uno degli strumenti che abbiamo per ridurre sistematicamente il loro numero.

## BIBLIOGRAFIA

---

- <sup>1</sup> Huey MP, McNulty TL. Institutional conditions and prison suicide: Conditional effects of deprivation and overcrowding. *Prison Journal*, 2005, 85(4): 490-514.
- <sup>2</sup> Leese M, Thomas S, Snow L. An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2006, 29(5): 355-360
- <sup>3</sup> Liebling A. The role of the prison environment in prison suicide and prisoner distress. In: Dear GE. *Preventing suicide and other self-harm in prison*. Basingstoke (UK): Palgrave-Macmillan, 2006, 16-28.
- <sup>4</sup> Paton J, Jenkins R. Suicide and suicide attempts in prisons. In: Hawton K. *Prevention and treatment of suicidal behaviour: from science to practice*. Oxford: University Press, 2005, 307-334
- <sup>5</sup> World Health Organization. Figures and facts about suicide. Geneva, 1999.
- <sup>6</sup> Task Force on Suicide in Canada. Suicide in Canada. Minister of National Health and Welfare, Ottawa, 1994.
- <sup>7</sup> Fruehwald S, Matschnig T, Koenig F, Bauer P, Frottier P. Suicide in custody: a case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 185: 494-498.
- <sup>8</sup> Snow L, Paton J, Oram C, Teers R. Self-inflicted deaths during 2001: an analysis of trends. *The British Journal of Forensic Practice*, 2002, 4(4): 3-17.
- <sup>9</sup> Fruehwald S, Frottier P. Suicide in prison. *Lancet*, 2005, 366: 1242-1244.
- <sup>10</sup> Jenkins R, Bhugra D, Meltzer H, Singleton N, Bebbington P, Brugha T, Coid J, Farrell M, Lewis G, Paton J. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological Medicine*, 2005, 35: 257-269.
- <sup>11</sup> Pratt D, Piper M, Appleby L, Webb R, Shaw J. Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *Lancet*, 2006, 368: 119-123.
- <sup>12</sup> Cox JF, Morschauser PC. A solution to the problem of jail suicide. *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 1997, 18(4): 178-184.
- <sup>13</sup> Felthous AR. Preventing jailhouse suicides. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 1994, 22(4): 477-487.
- <sup>14</sup> White TW, Schimmel DJ. Suicide prevention in federal prisons: A successful five-step program. In: LM Hayes, *Prison suicide: An overview and guide to prevention*. U.S. Department of Justice National Institute of Correction, 1995, 46-57.
- <sup>15</sup> Gallagher CA, Dobrin A. The association between suicide screening practices and attempts requiring emergency care in juvenile justice facilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005, 44(5): 485-493.
- <sup>16</sup> Shaw J, Baker D, Hunt IM, Moloney A, Appleby L. Suicide by prisoners: national clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184: 263-267.



- 
- <sup>17</sup> Marcus P, Alcabes P. Characteristics of suicides by inmates in an urban jail. *Hospital and Community Psychiatry*, 1993, 44: 256-261.
- <sup>18</sup> Frottier P, Fruehwald S, Ritter K, Eher R, Schwaerzler J, Bauer P. Jailhouse Blues revisited. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2002, 37: 68-73.
- <sup>19</sup> Borrill J. Self-inflicted deaths of prisoners serving life sentences 1988-2001. *British Journal of Forensic Practice*, 2002, 4(4): 30-38.
- <sup>20</sup> Hayes L. Suicide prevention on correctional facilities: An overview. In: M Puisis, *Clinical Practice in Correctional Medicine*. Philadelphia (PA), Mosby-Elsevier, 2006, 317-328.
- <sup>21</sup> Metzner J, Hayes L. Suicide Prevention in Jails and Prisons. In: R Simon, R Hales, *Textbook of Suicide Assessment and Management*, Washington (DC), American Psychiatric Publishing, Inc, 2006, 139-155.
- <sup>22</sup> Blaauw E, Winkel FW, Kerkhof AJFM. Bullying and suicidal behaviour in jails. *Criminal Justice and Behaviour*, 2001, 28(3): 279-299.
- <sup>23</sup> Way BB, Miraglia R, Sawyer DA, Beer R, Eddy J. Factors related to suicide in New York state prisons. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2005, 28(3): 207-221
- <sup>24</sup> Holley HL, Arboleda-Flórez J, Love E. Lifetime prevalence of prior suicide attempts in a remanded population and relationship to current mental illness. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1995, 39(3): 190-209.
- <sup>25</sup> Mackenzie N, Oram C, Borrill J. Self-inflicted deaths of women in custody. *British Journal of Forensic Practice*, 2003, 5(1): 27-35.
- <sup>26</sup> Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 2002, 359: 545-550.
- <sup>27</sup> Hayes, L. Juvenile suicide in confinement in the United States: results from a national survey. *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2005, 26(3): 146-148.
- <sup>28</sup> Winkler GE. Assessing and responding to suicidal jail inmates. *Community Mental Health Journal*, 1992, 28(4): 317-326.
- <sup>29</sup> Daigle MS. MMPI inmate profiles: Suicide completers, suicide attempters, and non-suicidal controls. *Behavioral Sciences and the Law*, 2004, 22(6): 833-842.
- <sup>30</sup> Blaauw E, Kerkhof AJFM, Hayes LM. Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2005, 35(1): 63-75.
- <sup>31</sup> Dahle KP, Lohner J, Konrad N. Suicide prevention in penal institutions: Validation and optimization of a screening tool for early identification of high-risk inmates in pretrial detention. *International Journal of Forensic Mental Health*, 2005, 4(1): 53-62.
- <sup>32</sup> Mills JF, Kroner DG. Screening for suicide risk factors in prison inmates: Evaluating the efficiency of the Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS). *Legal and Criminological Psychology*, 2005, 10(1): 1-12.
- <sup>33</sup> Kerkhof AJFM, Blaauw E. Suicide in prisons and remand centers: Screening and prevention. In: D Wasserman D, Wasserman C. *The Oxford Textbook on suicide: Continental perspectives*. London: The Oxford Press, in press.

- 
- <sup>34</sup> Daigle MS, Labelle R, Côté G. Further evidence of the validity of the Suicide Risk Assessment Scale for prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2006, 29(5): 343-354.
- <sup>35</sup> Arboleda-Flórez J, Holley HL. Development of a suicide screening instrument for use in a Remand Centre setting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 33: 595-598.
- <sup>36</sup> Lekka NP, Argyriou AA, Beratis S. Suicidal ideation in prisoners: risk factors and relevance to suicidal behaviour. A prospective case-control study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2006, 256(2): 87-92.
- <sup>37</sup> Bonner RL. Correctional suicide prevention in the year 2000 and beyond. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2000, 30(4): 370-376.
- <sup>38</sup> Daniel AE, Fleming J. Suicides in a State Correctional System, 1992-2002: A Review. *Journal of Correctional Health Care*, 2006, 12(1): 1-12.
- <sup>39</sup> Hall B, Gabor P. Peer suicide prevention in a prison. *Crisis*, 2004, 25(1): 19-26.
- <sup>40</sup> Junker G, Beeler A, Bates J. Using Trained Inmate Observers for Suicide Watch in a Federal Correctional Setting: A Win-Win Solution. *Psychological Services*, 2005, 2(1): 20-27.
- <sup>41</sup> Daniel, AE. Preventing suicide in Prison: A Collaborative Responsibility of Administrative, Custodial and Clinical Staff. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 2006, 34(2): 165-175.
- <sup>42</sup> Wool R, Pont J. *Prison Health Care: A Guide for Health Care Practitioners in Prisons*. London: Quay Books, 2006.
- <sup>43</sup> Fulwiler C, Forbes C, Santagelo SL, Folstein M. Self-mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1997, 25(1): 69-77
- <sup>44</sup> Holley HL, Arboleda-Flórez J. Hypernomia and self-destructiveness in penal settings. *International Journal of Law and Psychiatry*, 1998, 22: 167-178.
- <sup>45</sup> Lohner J, Konrad N. Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: Distinguishing features in male inmates' self-injurious behavior. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2006, 29(5): 370-385.
- <sup>46</sup> Snow L. Prisoners' motives for self-injury and attempted suicide. *The British Journal of Forensic Practice*, 2002, 4(4): 18-29.
- <sup>47</sup> Daigle MS, Côté G. Non-fatal suicide-related behavior among inmates: testing for gender and type differences. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2006, 36(6): 670-681.
- <sup>48</sup> Dear G, Thomson D, Hills A. Self-harm in prison: Manipulators can also be suicide attempters. *Criminal Justice and Behavior*, 2000, 27: 160-175.
- <sup>49</sup> Brown GK, Henriques GR, Sosdjan D, Beck, AT. Suicide intent and accurate expectations of lethality: Predictors of medical lethality of suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004, 72: 1170-1174.
- <sup>50</sup> Cox B, Skegg K. Contagious suicide in prisons and police cells. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1993, 47: 69-72.

---

<sup>51</sup> Hales H, Davison S, Misch P, Taylor PJ. Young male prisoners in a Young Offenders' Institution: their contact with suicidal behaviour by others. *Journal of Adolescence*, 2003, 26(6): 667-685.