

“Tutti gli uomini sani hanno pensato al suicidio”

Da A. Camus 'Il mito di Sisifo'

Indirizzi operativi per la prevenzione dei gesti autolesivi e delle scelte suicidarie in carcere.

Giuseppe Nese, Stefania Grauso, Loredana Cafaro, Grazia Campanile, Vittorio Borrelli, Pasqualina Borzacchiello, Elena Amoroso (Regione Campania - ASL Caserta “Laboratorio Territoriale Sperimentale per la Sanità penitenziaria Eleonora Amato”)¹

Introduzione

La privazione della libertà rappresenta un'esperienza devastante che, secondo le caratteristiche personali, i precedenti vissuti e il grado culturale, può portare a conseguenze estreme, tra le quali la decisione di compiere atti di auto-lesionismo e addirittura di tentare il suicidio; ciò è dimostrato anche statisticamente, se si pensa che nel 1990 è stato valutato che la possibilità di suicidio delle persone detenute sia di circa 12 volte superiore a quella della popolazione generale (Dooley, 1990), mentre, più recentemente, in uno studio di Taggi è risultata circa nove volte più elevata che nella popolazione libera (Taggi et al., 1997).

Quando si approfondisce questo tema, ci si trova a “de-scrivere” gli agiti di persone che si sono trasformati in *eventi critici* per le istituzioni.

I comportamenti suicidari possono essere concettualizzati come processo complesso che spazia dall'ideazione suicidaria, che può essere comunicata con modalità verbali o non-verbali, alla pianificazione del suicidio, al tentativo, e nei casi estremi al suicidio vero e proprio. I comportamenti suicidari sono influenzati dall'interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, ambientali e situazionali (Wasserman, 2001).

Riguardo alla tipologia, alle caratteristiche ed all'epidemiologia del fenomeno dei comportamenti suicidari nelle carceri, la dimostrazione che la sua frequenza nei luoghi di reclusione sia evidentemente più alta che all'esterno, risale alla fine dell'800 (Morselli, 1879). In sede di

1

Con Decreto Dirigenziale AGC 20 della Giunta Regionale della Campania n°142 del 21/07/2011 e successiva Deliberazione D.G. ASL Caserta n. 1444 del 12/09/2011 è stato istituito il “Laboratorio Territoriale Sperimentale per la Sanità penitenziaria *Eleonora Amato*”, operativo attraverso uno specifico gruppo di lavoro (componenti dell'AGC 20 della Regione Campania e della ASL Caserta) coordinato dal Responsabile dei progetti sulla sanità penitenziaria dell'Azienda Sanitaria di Caserta. Dall'esperienza di costruzione e sperimentazione di uno specifico assetto organizzativo della sanità penitenziaria aziendale - iniziata sin dall'entrata in vigore del DPCM 01.04.2008 presso la ex ASL CE2, ulteriormente implementata nella ASL Caserta e sostanzialmente recepita nel PSR 2011-2013 - è nato il progetto del Laboratorio il cui compito primario è quello di affiancare le altre Aziende Sanitarie regionali nella diffusione di una *cultura della salute in carcere* attraverso la concreta attuazione del modello organizzativo di riferimento, che valorizza le articolazioni sanitarie distrettuali e dipartimentali esistenti, assicurandone un costante coordinamento funzionale, sia a livello aziendale che regionale.

letteratura internazionale i primi apporti in materia sono di Danto (1973), anche se quest'ultimo non fornisce alcuna quantificazione circa i livelli di probabilità di suicidio in carcere.

Gli ambienti carcerari si differenziano sia per la tipologia di detenuti ospitati che per situazioni contestuali: condizioni giuridiche di attesa di giudizio, condanne brevi o lunghe, ambienti sovraffollati, sussistenza o meno di possibilità di lavoro, livello di igiene, situazione socioculturale, prevalenza di HIV/AIDS, livello di stress, 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 (WHO, La prevenzione del suicidio nelle carceri, 2010).

Differente è il concetto di "atto auto-lesionistico". Negli studi di settore è ritenuta basilare la differenziazione tra i diversi atti anti-conservativi, in particolare per l'individuazione del loro significato.

La presenza di episodi auto aggressivi avvenuti durante la storia di vita di un individuo (anche precedentemente al suo ingresso in carcere) costituisce, spesso, un rilevante elemento di valutazione del rischio suicidario tanto per i detenuti "nuovi giunti" quanto per una classificazione degli eventi rilevanti ai fini dell'anamnesi psico-patologica.

I comportamenti auto-lesionistici compiuti in carcere si prestano a molteplici interpretazioni, diversamente dagli episodi di suicidio che invece rappresentano una dichiarazione inequivocabile del fatto che per la persona che lo commette la sofferenza è stata più forte del naturale istinto di conservazione.

Tali dati hanno focalizzato l'attenzione del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) sul fenomeno, portando all'emanazione di una serie di Circolari riguardanti il problema dei suicidi e degli atti di auto-lesionismo e la tutela della vita e della salute delle persone detenute: Circ. D.A.P. n. 3173/5623 del 07 aprile 1986. Suicidi ed atti di auto-lesionismo; circ. D.A.P. n. 3524/5974 del 12 maggio 2000. Atti di autolesionismo e suicidi in ambiente penitenziario. Linee guida operative ai fini di una riduzione dei suicidi nelle carceri; circ. D.A.P. n. 434312 del 18 dicembre 2008. Prevenzione dei suicidi e tutela della salute e della vita delle persone detenute e/o internate; circ. D.A.P. n. 32296 del 25 gennaio 2010. Emergenza suicidi. Istituzione di unità di ascolto di Polizia Penitenziaria; Circ. D.A.P. n. 3182/5632 del 21 luglio 1986. Tutela della vita e della salute delle persone detenute; circ. D.A.P. n. 2844 del 17 giugno 1997. Tutela della vita e della salute delle persone detenute.

Suicidi in carcere, la *strage silenziosa*²

Tra le mura dei nostri penitenziari avviene una "strage silenziosa": nel 2011 i suicidi sono stati 66. Negli ultimi dodici anni, si sono avuti complessivamente 692 suicidi, cioè più di un terzo di tutti i decessi avvenuti in carcere (Ristretti Orizzonti). Il tasso di suicidi è estremamente elevato, piuttosto costante nel tempo con valori di 12-14/10.000 per anno. Si tratta di un tasso più di 20 volte superiore a quello registrato nel resto della popolazione italiana, al quale si deve aggiungere il numero rilevante di tentativi di suicidio e atti di autolesionismo. Il 2-3% dei detenuti tenta il suicidio. Il 61% dei suicidi è di persone recluse da meno di 1 anno (vedi figura 1).

Oltre ai 66 casi accertati nel 2011, vanno inoltre considerati i 23 episodi di morte per cause ancora "da accertare".

Una delle caratteristiche più evidenti è la giovane età di molte delle persone coinvolte: 37 anni, in media. In 28 casi si è trattato di condannati con sentenza definitiva; in 27 di persone in attesa di primo giudizio; tre i casi registrati tra condannati in primo grado. Significativa è, tuttavia, anche la presenza di 8 eventi tra le persone sottoposte a misure di sicurezza detentiva, considerato che in questo caso la popolazione di riferimento è molto esigua (circa 1.500 persone). 46 suicidi si sono consumati all'interno di sezioni comuni, dove è collocato circa il 90% della popolazione detenuta; 10 in internamento (9 all'interno di Ospedali Psichiatrici giudiziari e uno in casa di lavoro), 4 in isolamento, 3 in sezione protetti e 1 in alta sicurezza (2 in infermeria).

Tra le fonti di informazione inerenti la vita che si svolge all'interno degli istituti di pena italiani, si distingue, tuttavia, un dossier realizzato dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria (Dap) e significativamente intitolato "eventi critici". Oltre al numero dei suicidi, all'interno di questo report si possono leggere le cifre riguardanti gli atti di autolesionismo e gli episodi di tentato suicidio avvenuti nel corso dell'anno tra la popolazione detenuta.

L'insieme di questi dati focalizza l'attenzione su come il comportamento autolesionistico sia in realtà molto più diffuso rispetto al numero dei casi in cui la morte si realizza concretamente: soltanto per il 2010, il dossier riporta ben 6.563 episodi di autolesionismo e 1.134 casi di tentato suicidio (figure 3 e 4); i decessi volontari si presentano, quindi, come un esiguo sottoinsieme dei comportamenti messi in campo contro se stessi da un numero significativo di detenuti. Il tasso più elevato degli episodi di autolesionismo si registra tra la popolazione carceraria straniera (14,84%) e, in particolare, tra quella di sesso maschile (15,35%); tra i detenuti italiani invece le donne presentano un tasso più elevato (11,36%).

Anche per quanto riguarda i tentati suicidi, le maggiori frequenze si registrano tra la popolazione italiana femminile (2,41%) e tra quella straniera maschile (2,13%). I suicidi sono invece molto più diffusi tra i detenuti maschi italiani, tra i quali si concentrano 42 dei 55 casi censiti dal DAP nel 2010. I detenuti in attesa di giudizio presentano un tasso di suicidi più elevato rispetto ai condannati (0,09% contro 0,07%): un dato che sembra indicare come nella risoluzione individuale a togliersi la vita, l'impatto con il carcere abbia in sé un ruolo determinante, a prescindere dalla durata della pena inflitta. Una conferma indiretta di questo stato di cose si ricava da un focus sui tempi del suicidio carcerario, condotto sull'arco di tempo compreso tra il 1987 e il 2008. Tale studio evidenzia, infatti, che nel 34% dei casi il suicidio avviene entro il primo mese di reclusione e nel 28% addirittura entro la prima settimana di permanenza in carcere (Baccaro & Morelli, 2009).

In assoluto è tuttavia tra la popolazione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari che si riscontrano i maggiori tassi di suicidi, tentati suicidi, atti di autolesionismo e persino di decessi per cause naturali, ad indicare una maggiore esposizione dei così detti "internati" al verificarsi di eventi critici. Anche le manifestazioni di protesta messe in campo dai detenuti sono ancora una volta riconducibili ad atteggiamenti di tipo autolesionistico, tra i quali spicca sicuramente il ricorso allo sciopero della fame: nel corso del 2010 si sono contati ben 6.626 episodi di questo tipo messi in campo da singoli detenuti.

Il suicidio e gli atti autolesivi negli istituti penali minorili rappresentano un fenomeno doloroso e di certo destabilizzante sia per i minori detenuti, sia per la società civile, ma anche per gli operatori che lavorano nelle strutture e che hanno avuto contatti istaurando a volte relazioni supportive intense con il ragazzo autore dei suddetti gesti estremi. I giovani detenuti si mostrano spesso

molto dipendenti da tali relazioni con il personale del carcere (OMS, 2011), in considerazione peraltro dell'esperienza traumatica di separazione dalla famiglia e dagli amici. La separazione e l'isolamento dei giovani detenuti possono portare ad un incremento nel rischio di atti suicidari, che possono avvenire in qualsiasi momento della detenzione (Hayes, 2005). Particolarmente a rischio risultano anche i minori che vengono trasferiti in istituti per adulti.

Confronto tra suicidi in carcere e suicidi nella popolazione libera in Europa.

In alcuni Paesi, come la Francia, la Gran Bretagna e la Germania, che hanno un numero di detenuti paragonabile a quello dell'Italia, avvengono in media più suicidi rispetto a quelli che si registrano nelle nostre carceri. Tuttavia per un confronto efficace tra i dati dei vari paesi bisogna prendere in considerazione anche la frequenza dei suicidi nella popolazione libera, perché ogni sistema carcerario va contestualizzato nella comunità di riferimento.

L'ha fatto l'Istituto Nazionale francese di Studi Demografici (INED), con la ricerca "Suicide en prison: la France comparée à ses voisins européens", pubblicata a dicembre 2009. L'INED ha considerato la frequenza di suicidi tra i cittadini liberi, maschi, di età compresa tra 15 a 49 (cioè con caratteristiche simili a quelle della gran parte della popolazione detenuta) e ha calcolato lo "scarto" esistente con la frequenza dei suicidi in carcere.

L'Italia, tra i Paesi considerati, è quello in cui maggiore è lo scarto tra i suicidi nella popolazione libera e quelli che avvengono nella popolazione detenuta, con un rapporto da 1,2 a 9,9 (quindi in carcere i suicidi sono circa 9 volte più frequenti), mentre in Gran Bretagna sono 5 volte più frequenti, in Francia 3 volte più frequenti, in Germania e in Belgio 2 volte più frequenti e in Finlandia, addirittura, il tasso di suicidio è lo stesso dentro e fuori dalle carceri.

Dello "scarto" esistente tra i suicidi dei detenuti e quelli della popolazione libera è possibile definire un criterio di "vivibilità" di ogni sistema penitenziario.

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. Fattori socio-culturali, il substrato biologico, la genetica, lo stress sociale e talvolta disturbi psichiatrici rientrano nell'ampio spettro di fattori che, interagendo tra loro, conferiscono all'individuo un rischio elevato di suicidio. Dalle ricerche in materia, quindi, non ancora risultano chiarite le modalità con cui questi fattori interagiscono per generare un comportamento suicidario.

D'altra parte, poiché è un fenomeno in gran parte prevenibile, è imperativo che i governi – attraverso le proprie articolazioni sanitarie e sociali, di una certa rilevanza – investano risorse finanziarie ed umane nella prevenzione del suicidio. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha lavorato alla redazione di alcuni documenti, da destinare quali risorse per affiancare i governi nello sviluppo e nell'implementazione di strategie mirate e per dare aiuto a quelli che hanno già iniziato un processo di programmazione di strategie nazionali di prevenzione (Who, 2011).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, inoltre, riporta che in alcuni Istituti di pena sono stati avviati specifici programmi di prevenzione del suicidio, e che in alcuni Paesi sono anche state approvate 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.

Anche se i dettagli variano secondo le risorse locali e le necessità dei detenuti, determinati elementi ed attività sono comuni a tutti questi programmi e costituiscono la base di conoscenza delle strategie più efficaci nel campo.

I profili delineati possono rivelarsi utili per identificare gruppi potenzialmente ad alto rischio che necessitano di monitoraggio ed interventi nel tempo. Va ricordato, inoltre, che man mano che sono implementati programmi di prevenzione del suicidio, i profili di alto rischio possono cambiare. Allo stesso modo, il tradizionale profilo dei detenuti ad alto rischio può variare secondo le condizioni locali (e contestuali) specifiche. Ne consegue che l'utilità dei profili suicidari dovrebbe essere **solo** quella di costituire un supporto per identificare gruppi o situazioni potenzialmente a rischio elevato, non una forma di categorizzazione definitiva ed esaustiva, astratta da altre variabili di contesto. Ove possibile, è opportuno elaborare dei profili che si basino sulle condizioni locali, da aggiornare regolarmente per cogliere ogni eventuale cambiamento.

Figura 1 – Tassi suicidio nella popolazione mondiale e italiana (Baccaro & Morelli, In carcere: del suicidio ed altre fughe. Edizioni Ristretti, 2009)

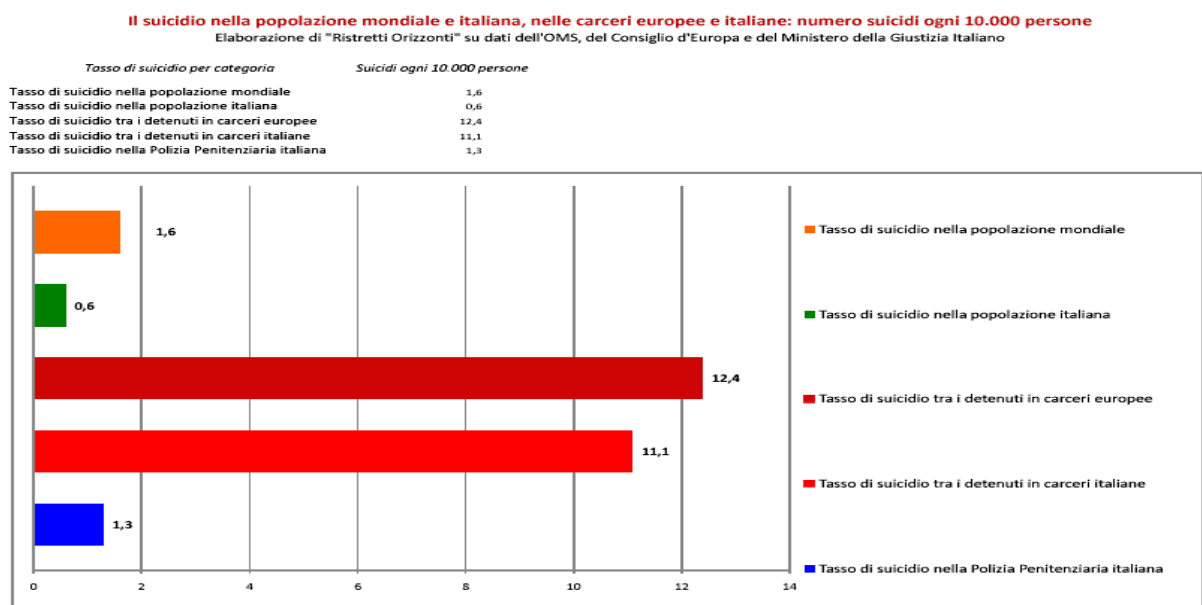


Figura 2 - Tassi suicidio nella popolazione italiana detenuta (1990-2011) (Edizioni Ristretti)

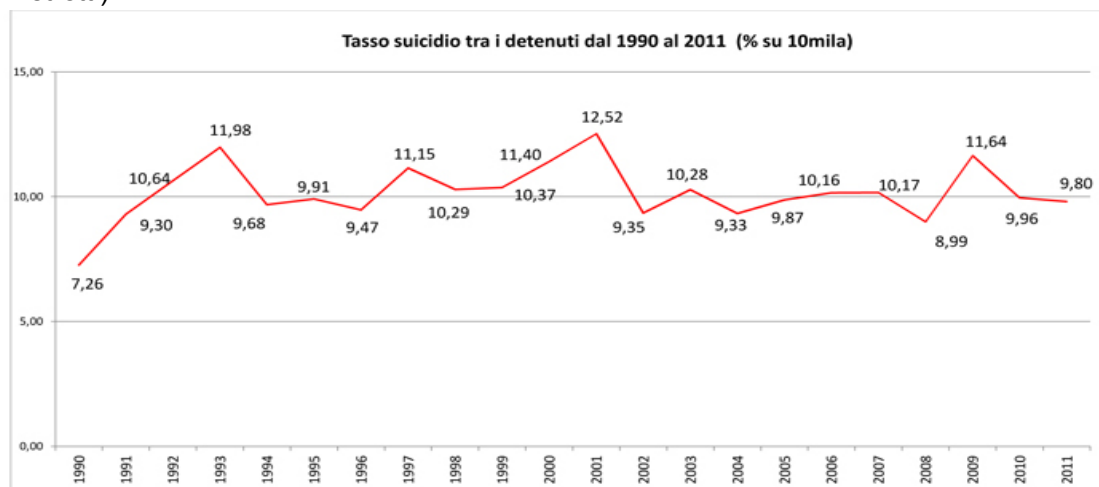


Figura 3 –suicidi nella popolazione italiana detenuta (1990-2011) (Edizioni Ristretti)

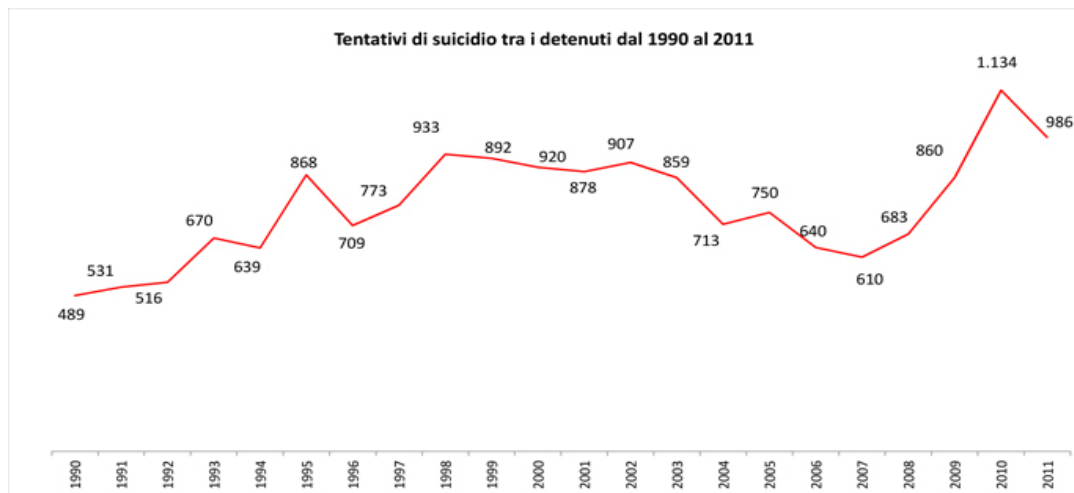
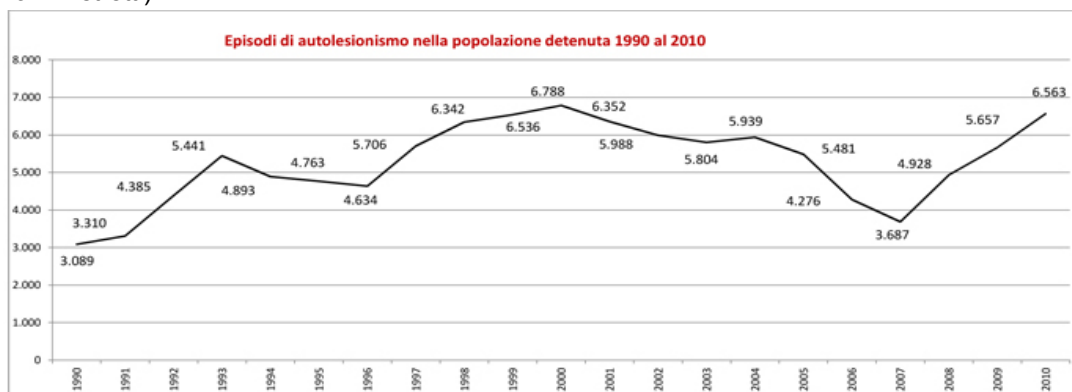


Figura 4 - episodi di autolesionismo nella popolazione italiana detenuta (1990-2011) (Edizioni Ristretti)



Quadro normativo essenziale di riferimento.

A seguito del DPCM del 01/04/2008, nello specifico nell'Allegato A dello stesso Decreto, sono contenute le indicazioni fondamentali della Riforma e, in particolare, viene riservata un'attenzione specifica al tema della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario.

La Conferenza Unificata nella seduta del 19 gennaio 2012 ha sancito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" (Repertorio Atti n.: 5/CU del 19/01/2012; Allegato A) peraltro coerente con il programma di sviluppo e potenziamento delle reti assistenziale penitenziaria della Regione Campania, e contemplato fra gli adempimenti LEA cui sono tenute le Regioni per l'anno 2012; infine la deliberazione di Giunta regionale della Campania n° 96 del 13 marzo 2012 aveva ad oggetto: "recepimento ed iniziali provvedimenti attuativi dell'Accordo del 19 gennaio 2012 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante *Linee di*

indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale".

Nel suddetto quadro normativo si può individuare la ratio del presente documento di indirizzo.

Prevenire il rischio di suicidi in ambito carcerario è, in ogni caso, un obiettivo condiviso, tanto dalla Amministrazione della Giustizia quanto dalla Amministrazione della Salute. In particolare viene condiviso il principio di un metodo di lavoro con caratteristiche di innovatività, che punti sul comune perseguimento degli obiettivi e sull'integrazione delle reciproche competenze.

Considerando alcuni degli aspetti della tematica, nella Circolare del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (DAP), emanata il 25 novembre 2011, si afferma esplicitamente che *"deve essere superato il concetto di sorveglianza, oggi alla base delle misure utilizzate per prevenire gesti auto soppressivi; a questo deve sostituirsi quello di sostegno"*.

Nel documento ufficiale suddetto, il modello di trattamento deve fondarsi su principi quali la sicurezza, l'accoglienza e la rieducazione. Si raccomanda che "i soggetti ritenuti a rischio" vengano "presi in carico dallo staff multidisciplinare". In altri termini, tale organo collegiale - rimarca la circolare - oltre a continuare a svolgere la sua funzione originaria nei confronti dei nuovi giunti, "dovrà continuativamente impegnarsi nel sostenere tutti quei soggetti che, pur se da tempo ristretti, manifestino i sintomi un intento auto aggressivo".

Lo Staff multidisciplinare dovrà agire in modo integrato con i servizi psichiatrici e sociali del territorio secondo piani di trattamento individuali che, quando possibile, *"devono tendere a un forte coinvolgimento anche dei familiari dei detenuti ed essere sottoposti a periodiche valutazioni multidisciplinari strutturate"*.

Nella Circolare si raccomanda inoltre la massima attenzione riguardo la scelta dell'ubicazione del detenuto: *"Tale delicata decisione dovrà avvenire tenendo conto delle indicazioni dello staff multidisciplinare, in ogni caso evitando tassativamente ogni forma di isolamento del soggetto a rischio, ma semmai, per quanto possibile, individuando compagni di detenzione umanamente e culturalmente più idonei a instaurare un rapporto proficuo con la persona in difficoltà"*.

All'interno della nuova normativa di riforma della sanità penitenziaria (DPCM, 2008) è altresì espressamente previsto che i presidi sanitari presenti in ogni istituto penitenziario e servizio minorile debbano adottare procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà e mettere in atto gli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo.

Nel Piano Sanitario 2009-2011 della Regione Campania, tra gli Obiettivi di Salute e i Livelli essenziali di assistenza, era già presente la riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio. *"Lo strumento da utilizzare in questi casi risulta essere quello dell'intervento partecipato tra operatori della sanità ed operatori penitenziari, fondato su un Accordo tanto a livello centrale che a livello periferico"*. Successivamente, nel PSR 2011-2013, tra gli obiettivi regionali da conseguire nel triennio, è stato ribadito quello specifico di *approvazione di indirizzi regionali per la riduzione del rischio suicidario nelle carceri*.

Componenti chiave di un programma di prevenzione dei gesti autolesivi e suicidari in ambiente penitenziario

Un valido programma di prevenzione per il suicidio con caratteristiche di applicabilità e completezza, dovrebbe accomunare tutti gli istituti di pena, indipendentemente dalla loro

grandezza, e interessare almeno la formazione degli operatori in ambito penitenziario, lo screening all'ingresso, gli interventi specifici per i detenuti già presenti e le attività da assicurare quando si verifica un suicidio o un tentativo di suicidio.

A. La formazione degli operatori in ambito penitenziario.

La componente essenziale di ogni programma di prevenzione del suicidio è l'addestramento del Personale della Polizia penitenziaria, che costituisce una componente significativa di ogni istituto di pena. Nella realtà dei fatti, il personale sanitario, 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. Gli agenti spesso sono 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 saranno adeguatamente in grado di identificare il rischio, effettuare una valutazione, né tantomeno prevenire un suicidio, solo se saranno stati prima adeguatamente formati allo scopo.

Gli agenti di Polizia penitenziaria, il personale sanitario e quello psichiatrico dovrebbero sottoporsi quindi ad un training iniziale, e in seguito a corsi di aggiornamento periodici (possibilmente con frequenza annuale).

Il core di un addestramento iniziale dovrebbe vertere sui seguenti temi basilari: perché gli ambienti carcerari inducono ai comportamenti suicidari, le opinioni del personale penitenziario sul suicidio, i 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 regolarmente a contatto con i detenuti dovrebbe essere formato anche al primo soccorso ed alle fondamentali tecniche di rianimazione cardio-polmonare. Tutto il personale dovrebbe anche essere addestrato all'utilizzo delle equipaggiature d'emergenza collocate nell'istituto. Si dovrebbero prevedere, sia nell'addestramento iniziale che negli aggiornamenti successivi, anche delle esercitazioni specifiche, finalizzate ad una pronta risposta in caso di tentativo di suicidio (Hayes, 2006).

Va inoltre sottolineata l'esigenza di strutturare i programmi di formazione, basandoli anche sui risultati ottenuti da interventi svolti all'interno degli Istituti, con il Personale destinatario stesso, tramite l'applicazione di metodiche di tipo partecipativo basate su gruppi esperenziali.

Nell'ambito della programmazione ed implementazione di efficaci Programmi di Formazione/aggiornamento si iscrive tra l'altro la necessità di un'attenta valutazione del benessere organizzativo. Da tempo infatti si è sviluppata l'esigenza di disporre di elementi di analisi e valutazione specificamente riferiti al sistema penitenziario italiano, per un approccio alla complessa tematica sul burnout degli operatori di tale ambito.

C. Maslach ha messo chiaramente in evidenza il ruolo esercitato da disfunzioni e/o lacune organizzative, in primo luogo nell'ambito delle strategie e delle politiche di gestione, enucleando cinque dimensioni cruciali di indagine e monitoraggio: il sovraccarico lavorativo, la mancanza di equità, lo scarso senso di appartenenza e riconoscimento in un collettivo, la non chiara definizione della missione e l'assenza di coerenza tra le finalità dichiarate e le strategie effettivamente poste in essere, nell'ambito della gestione operativa dei processi di lavoro.

Risulta chiaro quindi che le organizzazioni in grado di soddisfare i bisogni dei lavoratori sono quelle che possono contare su un buon livello di motivazione, soddisfazione, efficacia delle proprie risorse interne e dei processi di lavoro.

In conformità agli indirizzi espressi nelle Direttive del Dipartimento della Funzione Pubblica sul *benessere organizzativo*, sono state già da alcuni anni promosse delle progettualità di livello decentrato, i cui punti qualificanti sono stati ispiratori di quanto le presenti Linee di indirizzo intendono promuovere.

Pertanto, gli interventi rivolti al Personale tutto potranno essere declinati su tre livelli:

1. esplorazione: utilizzo di una metodologia attiva e cooperativa, tramite il coinvolgimento diretto dei partecipanti e la valorizzazione delle esperienze di lavoro accumulate nel corso degli anni;
2. formazione: teorica (acquisizione di concetti e teorie utili ad osservare e decodificare comportamenti e dinamiche di una realtà estremamente complessa) ed esperienziale (riflessione, confronto, elaborazione di esperienze con l'obiettivo del contenimento – prevenzione del rischio burn-out degli operatori) per apprendere nuove modalità e strategie
3. sostegno: nei casi di suicidio avvenuto.

Per dar vita a interventi di promozione del benessere, occorre effettuare un superamento del livello di analisi individuale e socio-relazionale, pianificando innovazioni di stampo organizzativo-istituzionale che siano tutte segnate dalla chiara e manifesta volontà di valorizzare le persone al lavoro, a partire dalla concordanza tra mission dichiarata e obiettivi realmente perseguiti, dal rapporto tra carico di lavoro, livello di controllo percepito sull'impostazione delle attività demandate, grado di autonomia ed autorità decisionale effettivamente riconosciuta, tra responsabilità assegnate e risorse messe a disposizione, tra risultati raggiunti e riconoscimenti ottenuti per l'impegno e la professionalità dimostrate, anche a fronte del sistema di incentivi in vigore e dei criteri esistenti di avanzamento in carriera, valutati nella loro effettiva equità e trasparenza.

B. Screening all'ingresso

Dalla letteratura si evince che i suicidi in carcere avvengono per la maggior parte nelle prime ore consecutive all'arresto e nelle primissime fasi della detenzione, nonché in prossimità di una sentenza. Potrebbe pertanto risultare di fondamentale aiuto per la prevenzione del rischio effettuare un attento screening innanzitutto a ridosso dell'ingresso nell'istituzione, ma anche ogni qualvolta cambino le circostanze e/o le condizioni di detenzione.

Come precedentemente evidenziato, fattori socio-culturali, disturbi psichiatrici, il substrato biologico, la genetica, e lo stress sociale rientrano nell'ampio spettro di fattori che, interagendo tra loro, conferiscono ad ogni individuo un rischio elevato di suicidio. Per la popolazione detenuta da numerosi studi in materia si possono evincere specifici fattori di rischio, tra cui:

- la posizione giuridica
- le forme di dipendenza patologica
- la eventuale presenza di disturbi psichici
- la collocazione in cella singola
- la sieropositività
- la mancanza di una valutazione oggettiva del rischio suicidario.

Per poter avere un'evidenza non solo scientifica ma anche "vissuta" degli indicatori di disagio che conducono spesso a gesti estremi, siamo *scesi sul campo* e abbiamo ascoltato la voce dei detenuti ricorrendo alla tecnica di gruppo ideata da Delbecq e Van de Ven (1971) dal nome Nominal Group Technique³. Il principio è quello di ascoltare il giudizio di "esperti", dove per esperto s'intende colui/ei che è in grado di vantare una certa esperienza o una determinata conoscenza circa uno specifico argomento oggetto di studio (Ziglio 1996; Bezzi 2001). Il ricorso a esperti, che nel nostro caso sono anche testimoni privilegiati, rappresenta uno dei metodi più frequentemente utilizzati nel contesto degli studi sui bisogni sociali. La possibilità di scendere direttamente sul campo per ascoltare la viva voce dei diretti interessati, consente di evidenziare le istanze sommerse, non rilevabili attraverso un semplice esame delle statistiche ufficiali. Risulta pertanto di grande interesse l'utilizzo di tale metodologia nell'ambito della Sanità Penitenziaria. In particolar modo riteniamo possa rivelarsi un'importante risorsa l'ascolto dei detenuti in qualità di detentori di un sapere specifico che, partendo dalla esperienza vissuta, ci permetta di conoscere le loro testimonianze in merito a quelle condizioni di disagio carcerario che possono condurre alla messa in atto di gesti estremi (atti autolesivi, tentativi di suicidio, suicidio). Abbiamo adottato questa tecnica anche nell'ambito della Giustizia minorile e nello specifico, vista la *delicatezza* del tema da affrontare, i membri del GTS (³) hanno concordato di selezionare quali esperti / testimoni privilegiati gli operatori impegnati con i minori di Area Penale, nelle diverse Aree del percorso penale minorile.

Per rendere efficace il processo di screening per il suicidio, quindi, è necessario fare riferimento a specifici fattori di rischio. Per facilitare e velocizzare tale processo, si può ricorrere all'utilizzo di una serie di domande strutturate che abbiano lo scopo di farne emergere i più significativi. La redazione di una scheda così concepita e strutturata, andrebbe curata adeguatamente da esperti del settore (con l'incarico specifico di supportare lo staff nello specifico compito della suddetta attività di formazione).

La scheda personale di screening - di è presentata in Appendice l'attuale versione, in fase di ulteriori approfondimenti finalizzati a successivi arricchimenti, integrazioni e modifiche - va intesa come documento personalizzato ed individualizzato per ogni detenuto.

Una volta identificata la presenza di rischio di suicidio, data dalla preponderanza degli indicatori riportati, si procederà alla comunicazione di tale dato all'intera equipe multidisciplinare (sanitaria e penitenziaria) in modo da permettere uno specifico ed efficace intervento.

Lavorando sul perfezionamento di questa scheda, sarà da prendere dovutamente in considerazione la sua articolazione in più moduli diversificati per aree d'indagine, di specifico interesse-uso per ogni figura professionale presente in equipe. In tal modo la scheda, una volta aperta all'ingresso del detenuto, rimarrà un *diario personale* costantemente aggiornato. Sarà pertanto importante favorire la comunicazione (come specificato dall'OMS) tra il personale tutto, coadiuvata dallo svolgimento di assidue riunioni d'equipe.

Tutto questo potrebbe diventare possibile avendo cura di effettuare una reale e totale *presa in carico* del detenuto (a livello bio-psico-sociale).

¹ La metodologia individuata ed i gruppi NGT consequenzialmente realizzati sono stati ideati e condotti dai componenti del Gruppo Tecnico Scientifico (GTS) costituito in seno all'Osservatorio permanente per la Sanità penitenziaria della Regione Campania (ex DGRC n. 96/2012, di recepimento dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 19/01/2012 (C.U. Repertorio Atti n.: 5/CU del 19/01/2012).

C. Proposte di intervento sui detenuti già presenti

Restando in tema di reale e totale *presa in carico* del detenuto, è necessario che un discorso analogo sia intrapreso anche per quanti sono ristretti già da tempo. Quanto sopra potrebbe essere attuato sia tramite lo strumento del *diario personale*, sia attraverso l'adozione di metodiche specifiche tra le quali gli interventi di gruppo.

La dimensione del gruppo si sovrappone a quella di una condizione individuale di vita poco umana, in celle sovraffollate dove il più delle volte si condivide solamente la stessa invivibile situazione.

Non vi è dubbio che la dimensione di gruppo sia inoltre fondamentale rispetto al tipo di relazione che si instaura solitamente tra gli operatori penitenziari e le persone detenute.

L'idea allora di sperimentare il gruppo anche come risorsa per la persona che vive in carcere, non può che essere vista con grande interesse e in una dimensione progettuale non può che assumere una rilevanza fondamentale.

Il gruppo è il campo adatto per verificare le proprie abilità sociali, sviluppare canali comunicativi efficaci, sperimentare il confronto.

Il gruppo è il luogo in cui *il fare* assume una dimensione collettiva e i processi di responsabilizzazione sono condivisi. Quanto sopra risulta altrettanto significativo nell'ambito della Giustizia minorile, considerando le caratteristiche peculiari della fase evolutiva degli interessati (fase adolescenziale).

Per questo l'idea di trasformare la visione del gruppo, utilizzandolo anche come una risorsa per la persona che vive in carcere, assume una rilevanza fondamentale all'interno di una dimensione progettuale.

Lo strumento del gruppo, infatti, è di per se contrastante con la logica dell'isolamento che permane anche quando più persone convivono in una cella ma faticano a comunicare tra di loro.

In secondo luogo, il gruppo costituisce un buon veicolo di apprendimento reciproco perché può agire da rinforzo per il singolo: in questa prospettiva il gruppo è lo strumento che più di altri consente un possibile miglioramento della qualità di vita detentiva e dello sviluppo di empowerment.

Si potrebbe trattare ad esempio di gruppi centrati sul compito, non di gruppi terapeutici che lavorano in modo privilegiato sulle proprie dinamiche interne; un insieme di persone che si incontra per raggiungere un obiettivo ben preciso secondo regole condivise, centrato sugli aspetti consapevoli delle relazioni tra persone, in cui il senso di appartenenza è diverso a seconda degli obiettivi e dei tempi di vita del gruppo. Lo stile e le modalità di conduzione di questo tipo di gruppo devono essere perciò coerenti con questa cornice.

Il ruolo del conduttore è improntato alla facilitazione dei processi comunicativi e di realizzazione del compito.

Si tratta dunque di favorire la comunicazione senza per questo individuare il gruppo come uno "sfogo" in cui è necessario giocarsi senza limiti, un contenitore dell'aggressività, una cassa di risonanza dei vissuti emotivi. (www.ristretti.it)

D. Quando si verifica un suicidio o un tentativo di suicidio.

L'intervento deve essere articolato su due livelli: uno rivolto al personale, l'altro ai detenuti. Relativamente al primo, diventa importante ricorrere a strategie di debriefing in modo tale da poter lavorare meglio in futuro, raggiungendo una più efficace gestione del rischio in carcere. Sia a livello tecnico-pratico migliorando la valutazione post-screening dei detenuti, l'osservazione e la loro gestione nelle carceri, sia a livello personale mediante un sostegno che aiuti l'operatore nell'elaborazione emotiva del forte evento accaduto.

Come indicato nel documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, La prevenzione del suicidio nelle carceri) nei casi di 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. Gli operatori sanitari e gli agenti di polizia penitenziaria 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 nelle carceri che hanno assistito a casi di suicidi avvenuti durante il loro servizio, possono manifestare reazioni emotive piuttosto variegata, che vanno 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 figure professionali appropriate.

I detenuti di giovane età sono soggetti a rischio particolare per i cosiddetti "suicidi fotocopia" (Hales, 2003), 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 diagnosticati, il trasferimento o il trattamento di quelli particolarmente suscettibili, e l'attenta gestione della divulgazione di un suicidio da parte delle autorità.

Per quanto riguarda l'intervento specifico da rivolgere ai detenuti, si potrebbe valutare l'ipotesi di formare gruppi di sostegno psicologico.

Operatori penitenziari, operatori dei servizi, volontari che a diverso titolo si impegnano anche nell'uso di questa modalità di lavoro, devono essere ben consapevoli della specificità di questo strumento all'interno del carcere. Devono conoscerne anche i limiti e i rischi per poterne fare un uso consapevole e mirato.

Proporre un gruppo di sostegno psicologico per detenuti significa porsi l'obiettivo di aiutare il detenuto ad adattarsi alle frustrazioni rafforzando le difese e facilitando così la propria capacità nel

gestire le difficoltà della vita carceraria, tutto ciò avvalendosi dell'ausilio del gruppo, il quale accompagna il soggetto nel cammino che sta facendo.

In questo contesto si è ipotizzato di proporre un tipo d'intervento che vada nella direzione di affrontare il carcere come ambito di produzione di esperienza in cui il singolo gioca la propria possibilità/responsabilità di continuare ad essere individuo, tanto in autonomia quanto all'interno di un sistema di relazioni sociali.

Nello specifico, ci si propone il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Affrontare la situazione di perdita della libertà;
- Contrastare l'isolamento attraverso la condivisione;

- Lavorare sulle prospettive future.

Lo strumento che può aiutarci a perseguire tali obiettivi è il gruppo, in quanto racchiude in sé una grande potenzialità di cura. Diventa, infatti, il luogo dove le angosce e i pensieri più dolorosi possono essere espressi ed affrontati; diventa inoltre un luogo dove è possibile confrontarsi con altre modalità di reazione alla stessa condizione di detenzione e dove poter “apprendere” nuovi pensieri/strategie.

In tal modo il gruppo crea la possibilità di vivere una "esperienza ed un'evoluzione personale ed affettiva condivisa"; ogni persona che inizialmente si percepisce sola e da sola nel suo bisogno d'aiuto, può finalmente viverci come una persona in grado di dare aiuto, sperimentando così momenti di condivisione, di solidarietà e di crescita. E' proprio questo aspetto del gruppo che offre al detenuto la possibilità di contrastare la condizione d'isolamento e di non perdere la speranza riguardo ciò che la vita può ancora offrirgli.

Figura 5 – Gruppi di sostegno.

OBIETTIVI	Funzione di sostegno Funzione educativa Funzione informativa
SCOPO	Sostegno emotivo Informazione
PROFESSIONISTI	Presenti anche con il ruolo di facilitatori
CRITERI D'INCLUSIONE	Condivisione del problema e affiliazione

Conclusioni

In sintesi, un programma sistematico di interventi che affronti con risposte adeguate la complessità del fenomeno, potrà articolarsi essenzialmente sulle seguenti azioni.

- Attivare un sistema di sorveglianza epidemiologica, attraverso l'osservazione dei nuovi giunti e la valutazione periodica delle molteplici condizioni di rischio (non esclusivamente sanitarie ma soprattutto contestuali e socio-culturali)
- Attivare interventi di individuazione precoce dei disturbi mentali (disagio psicologico, sociale e materiale), con particolare attenzione ai soggetti minorenni
- Curare la formazione e l'aggiornamento degli operatori coinvolti (sanitari e penitenziari) secondo moduli che tengano sempre conto delle specificità del contesto in cui si opera.

Anche se molte volte non c'è dato di prevedere con precisione se e quando un detenuto tenterà il suicidio o lo porterà a termine, gli Operatori Sanitari e il personale penitenziario possono essere messi in grado di identificare detenuti con alto rischio suicidario, nonché di trattare l'eventuale ed effettivo verificarsi di un gesto così disperato. Anche se non tutti, una parte significativa dei suicidi in carcere può essere prevenuta e l'implementazione di programmi generali ed operativi per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario è uno degli strumenti che si possono mettere in atto per ridurre sistematicamente il numero (WHO, 2007).

Appendice

Scheda personale di screening.

Dati anagrafici

Nome _____ Cognome _____ giunto il _____

Età _____ sesso _____ stato civile _____

Nazionalità _____ titolo di studio _____

Condizione lavorativa precedente (segnalare eventuale recente perdita di lavoro)

Componenti del nucleo familiare _____

Specificare: _____

Esperienza di detenzione

Prima esperienza di detenzione SI NO

se non è alla prima esperienza, riportare le precedenti condanne

Il detenuto esprime livelli insoliti di vergogna colpa e preoccupazione per l'arresto e l'incarcerazione SI NO

Impatto con l'istituzione _____

Abitudini e informazioni sanitarie

Eventuale terapia attuale _____

Eventuali farmaci in uso e dosaggio _____

Peso (Kg) _____ Altezza (cm) _____

Consumo di tabacco: SI NO quantità di sigarette (n°/die) _____

Consumo di alcolici SI NO quantità di alcolici (n° bicchieri/die) _____

Consumo di sostanze stupefacenti (sostanza principale ed eventuali sostanze secondarie)

Eventuale patologia psichiatrica in atto/pregressa _____

A) Disturbo dell'umore: bipolare I
bipolare II
depressione ricorrente

B) Disturbo d'ansia: disturbo di panico
disturbo d'ansia generalizzato
disturbo ossessivo-compulsivo

C) Disturbo da abuso di sostanze

D) Disturbo di personalità

E) Comorbilità Asse I _____

Presenza Fattori di rischio:

tipo di alloggio assegnato (cella singola o numero detenuti conviventi) _____

disposizioni di isolamento (specificare numero e motivazioni) _____

Rifiuto di partecipare ad attività intramurarie SI NO

Rifiuto di usufruire delle 'ore d'aria' SI NO

Comportamenti di tipo dimostrativo (sciopero della fame, contrasti con altri detenuti, contrasti con agenti di P.P., sanzioni disciplinari)

Storia di tentativi di suicidio SI NO numero _____

Metodi impiegati

impiccagione

ingestione di farmaci

flebotomia

inalazione di gas

altro

Descrizione di un eventuale tentativo di suicidio, metodi impiegati. accorgimenti preparatori, conseguenze medico-chirurgiche

Schema di sintesi dei componenti chiave di un programma / intervento di prevenzione dei gesti autolesivi e delle scelte suicidarie in carcere.

Componenti chiave di programma/intervento di prevenzione dei gesti autolesivi e delle scelte suicidarie in carcere: **riepilogo per punti**

A. Formazione degli operatori in ambito penitenziario

Interventi rivolti al Personale tutto, declinati prioritariamente su tre livelli:

esplorazione: utilizzo di una metodologia attiva e cooperativa, tramite il coinvolgimento diretto dei partecipanti e la valorizzazione delle esperienze di lavoro accumulate nel corso degli anni;

formazione: teorica (acquisizione di concetti e teorie utili ad osservare e decodificare comportamenti e dinamiche di una realtà estremamente complessa) ed esperienziale (riflessione, confronto, elaborazione di esperienze con l'obiettivo del contenimento – prevenzione del rischio burn-out degli operatori) per apprendere nuove modalità e strategie;

sostegno: nei casi di suicidio avvenuto.

B. Screening all'ingresso (v. Scheda personale di screening)

Necessario riferimento a fattori di rischio specifici. Utilizzo di una serie di domande strutturate che abbiano lo scopo di fare emergere i fattori più significativi.

Presenza di esperti del settore (con l'incarico specifico di supportare lo staff nello specifico compito dell'attività di formazione).

La *scheda di screening* va intesa come documento personalizzato ed individualizzato per ogni detenuto.

In presenza di rischio di suicidio, data dalla preponderanza degli indicatori individuati, comunicazione di tale dato all'intera equipe multidisciplinare (sanitaria e penitenziaria) in modo da permettere uno specifico ed efficace intervento.

Lavorando sul perfezionamento della scheda, sarà da prendere dovutamente in considerazione la sua articolazione in più moduli, diversificati per aree d'indagine.

La scheda, una volta aperta all'ingresso del detenuto, rimarrà un *diario personale* costantemente aggiornato. (Come specificato dall'OMS) necessità di favorire la comunicazione tra il personale tutto, coadiuvata dallo svolgimento di riunioni d'equipe.

Obiettivo: reale *presa in carico* del detenuto.

C. Interventi specifici per i detenuti già presenti

Adozione del *diario personale*.

Adozione di metodiche specifiche tra le quali gli interventi di gruppo. In particolare, è

raccomandata la costituzione di *gruppi centrati sul compito* (non gruppi terapeutici che lavorano in modo privilegiato sulle proprie dinamiche interne); un insieme di persone che si incontra per raggiungere un obiettivo ben preciso secondo regole condivise, centrato sugli aspetti consapevoli delle relazioni. Ruolo del conduttore improntato alla facilitazione dei processi comunicativi e di realizzazione del compito.

D. Attività essenziali in caso di suicidio o tentativo di suicidio

Intervento articolato su due livelli:

Intervento rivolto agli operatori sanitari e agli agenti di polizia penitenziaria.

- Utilizzo di adeguate strategie di “debriefing” da parte di pari oppure da figure professionali appropriate
 - Ricostruzione degli eventi che hanno portato al suicidio;
- Identificazione dei fattori che hanno portato alla morte del detenuto non precedentemente rilevati o presi in debita considerazione;
- Valutazione dell’adeguatezza del sistema di risposta all’emergenza;
- Identificazione di nuove regole che possano migliorare l’impegno futuro nella prevenzione dei suicidi.

Intervento specificamente rivolto ai detenuti (v. Figura 5 - Gruppi di sostegno) con l’ausilio di gruppi di sostegno psicologico con l’obiettivo di:

- Aiutare il detenuto ad adattarsi alle frustrazioni rafforzando le difese;
- Facilitare le capacità nel gestire le difficoltà della vita carceraria;
- Affrontare la situazione di perdita della libertà;
- Contrastare l’isolamento attraverso la condivisione;
- Lavorare sulle prospettive future.

Programma / intervento di prevenzione dei gesti autolesivi e delle scelte suicidarie in carcere: cronoprogramma della sperimentazione regionale (12 mesi) in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 19.01.2012 (Repertorio Atti n.: 5/CU del 19/01/2012; Allegato A).

Trimestre	1	2	3	4
Seminari di informazione sui programmi e le attività da implementare in ciascuna ASL regionale (da realizzare a cura dell'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria).				
Avvio di tutte le attività previste: in un Istituto Penitenziario per adulti ed uno per minori				
Monitoraggio in itinere (da realizzare a cura dell'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria).				
Aggiornamento dei programmi di formazione delle AA.SS.LL. con integrazione degli interventi previsti al punto A dello schema di sintesi e con la previsione di adeguate modalità organizzative idonee a realizzare il concreto coinvolgimento del personale dell'Amministrazione Penitenziaria: in tutti gli Istituti Penitenziari della Regione				
Avvio degli interventi previsti al punto B dello schema di sintesi: in tutti gli Istituti Penitenziari della Regione.				
Verifica dei risultati, consequenziale aggiornamento del programma/intervento regionale e suo successivo avvio in tutti gli istituti penitenziari (da realizzare a cura dell'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria).				

Bibliografia

- Baccaro L., Morelli F. (2009), In carcere: del suicidio ed altre fughe. Edizioni Ristretti.
- Bernardi L. (2005), Percorsi di ricerca sociale. Conoscere, decidere, valutare, Carocci, Roma
- Bezzi C. (2001), Il disegno della ricerca valutativa, Franco Angeli, Milano
- Cox JF, Morschauser PC (1997), A solution to the problem of jail suicide. *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 18(4): 178-184.
- Danto BL (1973), Jailhouse Blues – study of suicidal behaviour in jail and prison. Epic. Publications, Orchard Lake, Michigan
- Delbecq A., Van de Ven A., and Gustafson D. (1975), Group Techniques for Program Planning: A guide to Nominal Group and Delphi Processes, Middleton, WI: Green Briar Press
- Felthous AR (1994). Preventing jailhouse suicides. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 22(4): 477-487.
- Gallagher CA, Dobrin A. (2005), 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*, 44(5): 485-493.
- Hales H, Davison S, Misch P, Taylor PJ (2003). Young male prisoners in a Young Offenders' Institution: their contact with suicidal behaviour by others. *Journal of Adolescence*, 26(6): 667-685
- Hayes, L. (2005) Juvenile suicide in confinement in the United States: results from a national survey. *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 26(3): 146-148.
- Hayes L. (2006), Suicide prevention on correctional facilities: An overview. In: M Puisis, *Clinical Practice in Correctional Medicine*. Philadelphia (PA), Mosby-Elsevier, 317-328.
- Machpail A. (2001), Nominal Group Technique: : a useful method for working with young people, *British Educational Research Journal*, Vol. 27, n° 2
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-153.
- MASLACH C. (1992): La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri, Cittadella editrice, Assisi.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Schwab, R.L. (1996). Maslach Burnout Inventory-Educators Survey (MBI-ES). In C. Maslach, S. E. Jackson, & M. P. Leiter (Eds.), *MBI Manual*. (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Morselli E. (1879), Il suicidio. Saggio di statistica morale comparata, Milano.
- Taggi F., Tatarelli R., Polidori G., Mancinelli I.. Il suicidio nelle carcere in Italia: uno studio epidemiologico. ISS, 2002
- Wasserman D.(2001), Suicide: An Unnecessary Death. Martin Dunitz, London
- White TW, Schimmel DJ (1995), 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, 46-57.
- World Health Organisation – Public Health Action for the prevention of suicide. A framework. 2011
- ZIGLIO E., La tecnica Delphi. Applicazione alle politiche sociali, *Rassegna italiana di valutazione*, n.2, aprile-giugno 1996.

Fonti normative essenziali

DPR n°230 del 30/06/2000;
DPCM 01/04/2008;
Piano Sanitario Regione Campania, 2009-2011
Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. Ministero della Salute
Piano Sanitario Regione Campania, 2011-2013
DGR Campania n°96 del 21/03/2011
Accordo Conferenza Unificata (Repertorio Atti n.: 5/CU del 19/01/2012; Allegato A)
DGR Campania n°96 del 13 marzo 2012

Siti Internet consultati

1. www.ristretti.it (sito internet della rivista Ristretti Orizzonti della Casa di Reclusione Due Palazzi di Padova e dell'Istituto di Pena Femminile della Giudecca di Venezia); Morelli F.: Suicidi in carcere, un fenomeno da capire;
2. www.psychomedia.it (Portale di psichiatria, psicologia, psicoanalisi, psicoterapia);
3. www.associazioneantigone.it (Antigone onlus: associazione per i diritti e le garanzie nel sistema penale);
4. www.eurispes.it (Istituto di studi politici economici e sociali);
5. www.who.int (Sito Internet dell'Organizzazione Mondiale della Sanità);
6. www.istat.it (Sito Internet dell'Istituto Nazionale di Statistica);
7. www.giustizia.it/pcarcere (Sito Internet del Ministero di Grazia e Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria);
8. www.leduecitta.com (Rivista dell'Amministrazione Penitenziaria).